



Bundesversicherungsamt



Tätigkeitsbericht 2013



Herausgeber:

Bundesversicherungsamt

Öffentlichkeitsarbeit

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Telefon (02 28) 619 - 0

Telefax (02 28) 619 - 18 80

www.bva.de



Vorwort

Auch im Tätigkeitsbericht für das Jahr 2013 berichtet das Bundesversicherungsamt wieder über eine Vielzahl von Aktivitäten aus den Bereichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung.

Im Bereich des Prüfdienstes der Krankenversicherung standen im Jahr 2013 neben dem üblichen Prüfgeschäft umfangreiche Vorbereitungen für die neuen Prüfungen der sog. Sonstigen Beiträge und den neuen Prüfungen der Datenmeldungen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich an. Diese Prüfungen liefern einen wichtigen Beitrag zur Finanzstabilität und zur fairen Sicherung der Wettbewerbsbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

In der Rentenversicherung waren insbesondere Fragen der Versicherungspflicht bestimmter Personengruppen von besonderem Interesse, seien es Syndikusanwälte oder vermeintlich selbstständige Pflegekräfte in Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Erwartungsgemäß war der 2013 neu entstandene Träger der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung intensiv zu begleiten; hier ist ebenfalls die angestrebte wirtschaftlichere Erfüllung der Aufgaben durch einen gemeinsamen Träger die zentrale Vorgabe.

Die Sozialversicherungsträger investieren erfreulicherweise seit vielen Jahren in die Ausbildung junger Menschen und sichern sich so qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Hier fungiert das Bundesversicherungsamt als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz und trägt dazu bei, dass die Ausbildung auch aus Sicht der Auszubildenden erfolgreich verlaufen kann, indem es z.B. die Ausbildungskonzepte kritisch würdigt.

In der Fachöffentlichkeit waren auch 2013 die Selektivverträge der Krankenkassen ein immer wiederkehrendes Thema. Trotz der kurzen Beanstandungsfrist gelingt es dem Bundesversicherungsamt meistens im Dialog, die Krankenkassen zu einem rechtskonformen Verhalten zu bewegen. Hier ging es insbesondere um die in Richtlinien und verbindlichen medizinischen Standards geregelten Schutzvorschriften zugunsten der Versicherten, die nicht aus Einsparungsgründen über Bord geworfen werden dürfen. Auch die bei der Hausarztzentrierten Versorgung angestrebte flächendeckende Versorgung ist noch nicht erreicht. Bei den bestehenden Verträgen gibt es nach wie vor Probleme, die meist die finanzielle Seite betreffen. Zudem ist der Trend, Aufgaben der Krankenkassen „outzusourcen“ oder die Versicherten aus rein wirtschaftlichen Gründen „zu steuern“ ungebrochen.

Von vielen Krankenkassenvorständen wird § 30 Abs. 1 SGB IV, der bestimmt, dass „die Versicherungsträger nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zu-

gelassenen Aufgaben führen dürfen“, durch tatsächliches Handeln oder in theoretischen Abhandlungen zunehmend in Frage gestellt. Legitimiert wird dies mit dem Hinweis auf den Kassenwettbewerb. Flankierend wird unter Hinweis auf Gesetzesverstöße und ihre Tolerierung durch andere Aufsichtsbehörden die Billigung der eigenen rechtswidrigen Praxis angemahnt. Unabhängig von dem falschen Glauben mancher Kassenvorstände, dass der Kassenwettbewerb quasi automatisch Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung wie Fallobst im Herbst vom Baum des Wettbewerbs fallen lasse, ist festzuhalten, dass ein Kassenwettbewerb nur im Rahmen der vorgegebenen Rechtsvorschriften und rechtlichen Zuständigkeiten eröffnet ist. Das Handeln der Krankenkassen tangiert in vielfältigster Weise und oft sehr intensiv die Grundrechte der Versicherten aber auch der Leistungserbringer. Hier ist der Gesetzgeber schon von Verfassung wegen gehalten, die wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen und darf sie nicht der Disposition der Krankenkassen oder gar deren freien wettbewerblichen Spiel überlassen. Und es ist Aufgabe der Rechtsaufsichtsbehörde dies auch tatsächlich sicher zu stellen. Dort wo der Gesetzgeber verbindlich rechtliche Vorgaben gemacht hat, können diese weder von den Partnern der Selektivverträge, noch von den Krankenkassen als Satzungsgeber unter Berufung auf wettbewerbliche Freiheiten außer Acht gelassen werden. Und schon gar nicht kann rechtswidriges Handeln – wie gefordert – Prüfungsmaßstab werden: Recht setzt der Gesetzgeber und sonst niemand und schon gar nicht der, der es durch Rechtsbruch negiert.

Es ist trotz aller Probleme festzustellen, dass wir in Deutschland im Großen und Ganzen eine gut funktionierende und solide finanzierte Sozialversicherung haben, auch wenn es immer Nachbesserungsbedarf gibt und dem Gesetzgeber die Arbeit nie ausgehen wird.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M T Gaßner', with a stylized flourish at the end.

Dr. Maximilian Gaßner
Präsident des Bundesversicherungsamtes

1. KRANKENVERSICHERUNG	9
1.1 Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung	11
1.2 Eingabenstatistik	13
1.3 Aufsicht bei den Krankenkassen	13
1.4 Satzungs- und Organisationsrecht	28
1.5 Aus dem Prüfreferat	31
1.6 Strukturierte Behandlungsprogramme	32
2. PFLEGEVERSICHERUNG	37
2.1 Finanzen der sozialen Pflegeversicherung	39
2.2 Eingabenstatistik	44
2.3 Aufsicht bei den Pflegekassen	45
2.4 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen	46
2.5 Aus dem Prüfreferat	46
3. UNFALLVERSICHERUNG	49
3.1 Finanzen der gesetzlichen Unfallversicherung	51
3.2 Eingabenstatistik	51
3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten	52
3.4 Aufsichtsprüfungen	55
4. RENTENVERSICHERUNG, KÜNSTLERSOZIALKASSE UND INTERNATIONALES SOZIALVERSICHERUNGRECHT	59
4.1 Finanzen der gesetzlichen Rentenversicherung	61
4.2 Eingabenstatistik	62
4.3 Grundsatzfragen	62

4.4	Aufsicht über die Deutsche Rentenversicherung Bund, soweit sie Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung wahrnimmt	68
4.5	Aufsichtsprüfungen bei den Rentenversicherungsträgern	69
4.6	Aufsicht über die Künstlersozialkasse	72
4.7	Internationales Sozialversicherungsrecht	72
5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG		77
6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN		83
6.1	Gerichtsverfahren	85
6.2	Selbstverwaltung	87
6.3	Personal- und Dienstrecht	89
6.4	Allgemeines Aufsichtsrecht	90
6.5	Vermögenswirtschaft	92
7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS		99
7.1	Allgemeines/ Verfahren	101
7.2	Risikostrukturausgleich	102
7.2.1	Grundlagen	102
7.2.2	Monatliches Abschlagsverfahren 2013	103
7.2.3	Jahresausgleich 2012	103
7.2.4	Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich	104
7.2.5	Weiterentwicklung	105
7.3	Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds	106
7.4	Entwicklung der Beitragseinnahmen, Prüfungen	109

8. PRÜFDIENST KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG	113
8.1 Prüfstatistiken	115
8.2 Projekt zur Vorbereitung der Prüfungen der sonstigen Beiträge nach § 252 SGB V	117
8.3 Vorbereitung der Prüfungen nach § 42 RSAV	118
8.4 Maschinelle Datenanalyse	119
8.5 Aus der Arbeit der Prüfgruppen	120
8.5.1 Allgemeine Verwaltung	120
8.5.2 Mitgliedschaft/ Beiträge	121
8.5.3 Leistungen der Krankenversicherung	122
8.5.4 Finanzen	126
8.5.5 Pflegeversicherung	127
8.5.6 Kassenärztliche Bundesvereinigungen und GKV-Spitzenverband	130
9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ	133
9.1 Ausbildungsplatzsituation	135
9.2 Prüfungen	136
9.3 Überwachung und Beratung	137
9.4 Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen	141
10. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE	145
11. ANHANG	151

1. KRANKENVERSICHERUNG

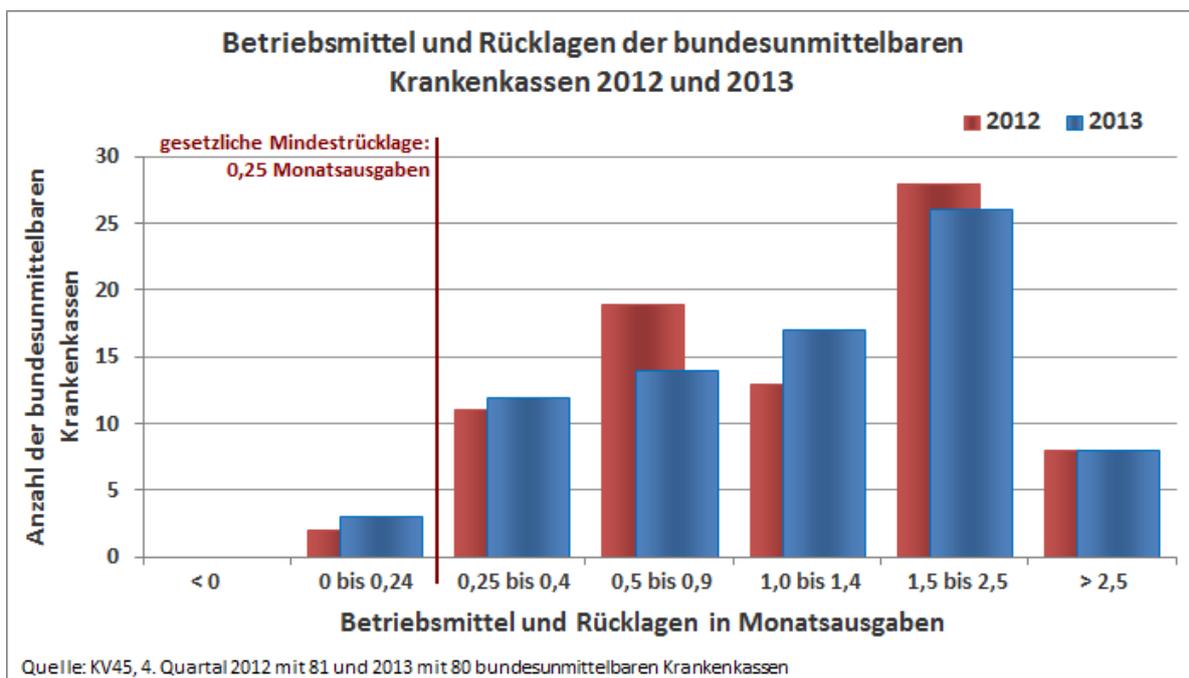
1. KRANKENVERSICHERUNG

1.1 Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung

Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen

Im Jahr 2013 erzielten die bundesunmittelbaren Krankenkassen einen Überschuss der Einnahmen von rd. 139 Mio. Euro. Wie schon in den Vorjahren unterschritten die Ausgaben die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Dies gilt für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt, trifft allerdings nicht für jede einzelne Krankenkasse zu. Einerseits konnten 14 Krankenkassen mit sehr guter Vermögenslage Prämien an ihre Mitglieder auszahlen. Andererseits verfügten 3 Krankenkassen am Ende des Jahres nicht über die gesetzlich vorgeschriebene Mindestrücklage in Höhe von 0,25 Monatsausgaben. Ein Zusatzbeitrag wurde im Jahr 2013 von keiner bundesunmittelbaren Krankenkasse erhoben.

Die gesetzlichen Vorgaben bei der Auszahlung von Prämien lassen einen größeren Handlungsspielraum zu, der von den Krankenkassen auch genutzt wurde. Die von den Selbstverwaltungen festgelegten Anforderungen, die von den Mitgliedern für den Erhalt einer Prämie zu erfüllen waren, unterschieden sich zum Teil erheblich. Beispielsweise zahlten einige Krankenkassen ihre Prämie anteilig für jeden Tag der Mitgliedschaft innerhalb eines bestimmten Zeitraumes, andere Krankenkassen stellten lediglich auf die Mitgliedschaft an einem oder mehreren Stichtagen ab. Damit hat sich die Ausgestaltung der Prämienzahlung neben der reinen Höhe der Prämie als ein zusätzlicher Wettbewerbsparameter entwickelt. Die unterschiedlichen Regelungen der Krankenkassen erschwerten allerdings die Vergleichbarkeit für wechselinteressierte Versicherte.



Ab 2015 wird es infolge der Neuregelung zur Beitragssatzgestaltung durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) keine Prämien mehr geben.

Die günstige Vermögenssituation vieler Krankenkassen hat nicht nur die Auszahlung von Prämien ermöglicht, sondern auch dazu beigetragen, dass vermehrt zusätzliche Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V angeboten wurden. Hatten die bundesunmittelbaren Krankenkassen hierfür im Jahr 2012 noch 49 Mio. Euro ausgegeben, war es im Jahr 2013 ein Betrag in Höhe von rd. 159 Mio. Euro. Auch bei an Versicherte ausgezahlte Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V stiegen die Ausgaben deutlich um rd. 35 %. Die Aufwendungen für Bonusprogramme betragen im Jahr 2013 rd. 230 Mio. Euro. Diese müssen vollständig aus den Einsparungen durch das bonifizierte gesundheitsbewusste Verhalten finanziert werden.

Das Vorsichtsprinzip bei der Buchung von Forderungen und Verpflichtungen

Die Krankenkassen haben bei ihrer Rechnungslegung die handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze zugrunde zu legen. Der Intention der gesetzlichen Regelungen entsprechend hat das Bundesversicherungsamt sowohl bei der Bilanzierung als auch bei der Haushaltsplanung besonderen Wert auf die Einhaltung des Vorsichtsprinzips durch die seiner Aufsicht unterstehenden Krankenkassen gelegt. Eine Ausprägung des Vorsichtsprinzips besteht darin, dass Verluste bereits gebucht werden müssen, wenn

sie lediglich vorhersehbar sind, Gewinne hingegen erst, wenn sie realisiert wurden. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die Finanzlage einer Krankenkasse nicht zu optimistisch dargestellt wird und finanzielle Schwierigkeiten rechtzeitig erkannt werden. Der Beachtung des Vorsichtsprinzips durch die Krankenkassen kommt daher für die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung eine besondere Bedeutung zu. Das Bundesversicherungsamt hat die Krankenkassen hierüber u.a. anlässlich des Urteils des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen zum Risikostrukturausgleich vom 04. Juli 2013 informiert (Rundschreiben vom 29. November 2013). In einigen Fällen, in denen es um die Buchung und Bewertung bestimmter Forderungen in der Jahresrechnung ging, hat das Bundesversicherungsamt aufsichtsrechtliche Verfahren eingeleitet, um eine rechtmäßige Bilanzierung seitens der Krankenkassen durchzusetzen.

Wahltarife:

Anpassung des § 53 Abs. 9 SGB V

Bei der Kalkulation von Wahlтарифen dürfen Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, nicht berücksichtigt werden. Dies hat der Gesetzgeber durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (KVBeitrSchG), das zum 01. August 2013 in Kraft getreten ist, klargestellt. Mit dieser Klarstellung wurde die vom Bundesversicherungsamt bereits seit dem Jahr 2011 vertretene Rechtsauffassung bestätigt. Aus den dem Bundesversicherungsamt seitdem vorgelegten Kalkulationen ergibt sich, dass viele Krankenkassen davon ausgehen, das

Gebot der Eigenfinanzierung der Wahltarife auch ohne die Berücksichtigung von Halteeffekten einhalten zu können. Die Krankenkassen sind allerdings gesetzlich verpflichtet, ihre Kalkulationen regelmäßig, mindestens alle drei Jahre durch einen versicherungsmathematischen Sachverständigen überprüfen zu lassen. Das Bundesversicherungsamt hat die seiner Aufsicht unterstehenden Krankenkassen aufgefordert, im Herbst des Jahres 2014 entsprechende Gutachten vorzulegen.

1.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
KV	2.987

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

1.3 Aufsicht bei den Krankenkassen

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

Die zum 01. Januar 2012 eingeführte Pflicht der Krankenkassen, nach § 71 Abs. 4 SGB V, die Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V) und zur integrierten Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) beim Bundesversicherungsamt und den (bis zu 16) Landesaufsichten anzuzeigen, hat das Bundesversicherungsamt weiterhin stark beschäftigt. So wurden im Laufe des Jahres 2013 insgesamt 1.268 Verträge der Krankenkassen angezeigt.

Im Jahr 2013 hat sich die bereits im vergangenen Jahr gewonnene Erkenntnis bestätigt, dass die Zweimonatsfrist des § 71 Abs. 4 Satz 3 SGB V, binnen derer die Verträge zu prüfen und ggf. zu beanstanden sind,

deutlich zu kurz ist. Die Rückfragen bei den Krankenkassen zu Vertragsauslegungen unterbrechen die Frist nicht, so dass im Fall einer Beanstandung die Frist für eine qualifizierte Anhörung der Krankenkassen sehr begrenzt ist. Auch eine adäquate Beteiligung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder nach § 71 Abs. 4 Satz 4 SGB V ist unter den gegebenen Bedingungen nur erschwert möglich.

Grundsätzlich wird diese Beteiligung der Landesaufsichten vom Bundesversicherungsamt begrüßt, da sie dazu beiträgt, dass für die Krankenkassen im Bereich der Selektivvertragsabschlüsse gleiche Wettbewerbsbedingungen geschaffen werden. Auch aus diesem Grund wurde die im Jahr 2012 ins Leben gerufene gemeinsame Arbeitsgruppe der Aufsichtsbehörden zur Vorlage der Verträge nach § 71 Abs. 4 SGB V weitergeführt.

Das Bundesversicherungsamt stand darüber hinaus auch im ständigen Dialog mit den Krankenkassen, um die im Rahmen der Vorlagepflicht nach § 71 Abs. 4 SGB V festgestellten Rechtsverstöße zu beseitigen und die Verträge rechtskonform zu gestalten. Sofern das Bundesversicherungsamt rechtswidrige Regelungen festgestellt hat, waren die Verträge überwiegend anpassungsfähig, so dass das Bundesversicherungsamt darauf verzichtet hat, die Verträge förmlich zu beanstanden, sofern die Krankenkasse ihrerseits auch die Anpassungsbereitschaft signalisiert hat.

Lediglich in acht Fällen hat das Bundesversicherungsamt von seinem Recht auf

eine förmliche Beanstandung Gebrauch gemacht. In diesen Fällen waren die Verträge grundsätzlich nicht mehr anpassungsfähig oder die einzelne Krankenkasse hat dem Bundesversicherungsamt eine notwendige Vertragsmodifizierung nicht zugesagt. Die Gründe für die Beanstandungen lagen u.a. darin, dass den Verträgen z.B. kein integriertes Versorgungskonzept zugrunde lag, die vertraglich verpflichteten Leistungserbringer nicht über die erforderliche Zulassung verfügten oder zwingende datenschutzrechtlichen Anforderungen nicht erfüllt waren. Derzeit sind gegen die ausgesprochenen Beanstandungen insgesamt sechs Klagen vor den Sozialgerichten anhängig.

Zudem haben die Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften im Jahr 2013 verstärkt von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, bereits im Vorfeld der Vertragsunterzeichnung die Meinung des Bundesversicherungsamtes zu einzelnen Verträgen einzuholen. Auch wenn dieser Dialog zu einem nicht unerheblichen zusätzlichen Arbeitsaufwand führte, wird dieses Verfahren vom Bundesversicherungsamt ausdrücklich begrüßt. Auf diese Weise konnten viele Beanstandungen vermieden und Vertragsentwurfsanpassungen ohne Zeitdruck im Dialog mit den Krankenkassen erreicht werden.

Das Gesetz zur Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Pat-RechteG) hatte im Jahr 2013 auch Auswirkungen auf die Verträge zur ambulanten ärztlichen sowie zur integrierten Versorgung (§ 73c und §§ 140a ff. SGB V). Hier hat der Gesetzgeber ein zweiwöchiges Widerrufsrecht ab

Erklärung der Teilnahme für die Versicherten vorgesehen. In der Folge musste das Bundesversicherungsamt darauf hinwirken, dass die gesetzlichen Schutzvorschriften für die Versicherten in den Verträgen der Krankenkassen auch umgesetzt wurden.

Darüber hinaus lagen dem Bundesversicherungsamt vermehrt Verträge der Krankenkassen vor, die eine Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor regelten. Eine Reduzierung von stationären Verweildauern steigert zwar grundsätzlich die Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Jedoch musste das Bundesversicherungsamt in diesen Fällen sicherstellen, dass hierdurch die bestehenden gesetzlichen Ansprüche der Versicherten nicht verkürzt werden und insbesondere die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Versicherten durch solche Vertragsschlüsse nicht gemindert wird.

Schließlich konnte das Bundesversicherungsamt feststellen, dass in einzelnen Verträgen die Teilnahmebedingungen für die Versicherten rechtswidrig waren. Diese Feststellungen betrafen u.a. Mindestversicherungszeiten, finanzielle Beteiligungen der Versicherten über die gesetzliche Zuzahlung hinaus, Fallzahlenbegrenzungen und Altersbeschränkungen ohne medizinische Notwendigkeit. Die Teilnahmebedingungen konnten jedoch im Dialog mit den Krankenkassen rechtskonform modifiziert werden. Darüber hinaus musste das Bundesversicherungsamt in einigen Fällen darauf hinwirken, dass der wesentliche Vergütungsanteil in die medizinische Versorgung und nicht an die Managementgesellschaften fließt.

Die Gesamtleistungsausgaben pro Versichertem lagen im Bundesdurchschnitt 2013 bei 2.615,85 Euro, die Ausgaben für integrierte Versorgungsverträge (IV) bei 21,95 Euro pro Versichertem. Das Bundesversicherungsamt hat nach Auswertung der Daten sämtlicher der Bundesaufsicht unterstehenden Krankenkassen keine Korrelation zwischen den Gesamtleistungsausgaben pro Versichertem und den IV-Ausgaben pro Versichertem feststellen können. Exemplarisch hat das Bundesversicherungsamt hierzu die Ausgaben einzelner Krankenkassen gegenübergestellt:

Name der Krankenkasse	IV-Ausgaben pro Versichertem in Euro	Gesamtleistungsausgaben pro Versichertem in Euro	Anmerkungen
Krankenkasse A	4,03	1371,75	fast dieselben IV-Ausgaben, jedoch sehr unterschiedliche Gesamtleistungsausgaben
Krankenkasse B	4,34	3059,41	
Krankenkasse C	89,25	2292,43	fast dieselben Gesamtleistungsausgaben, jedoch sehr unterschiedliche IV-Ausgaben
Krankenkasse D	31,39	2331,73	
Krankenkasse E	18,05	2913,46	hohe Gesamtleistungsausgaben, jedoch sehr unterschiedliche IV-Ausgaben
Krankenkasse F	4,84	2748,52	

Hausarztzentrierte Versorgung

Das Bundesversicherungsamt hat umfangreiche Sachstandserhebungen zum Umsetzungsstand der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen durchgeführt. Danach ist die Umsetzung dieser besonderen Versorgungsform weiterhin nicht flächendeckend. Ursache hierfür ist auch, dass das Konzept des § 73b SGB V vom Gesetzgeber den Krankenkassen auf Druck der Hausarztverbände auferlegt wurde und zudem nach Auskunft vieler Hausärzte, diese sich, insbesondere in den neuen Bundesländern, in der überkommenen Struktur der Kassenärztlichen Vereinigung besser aufgehoben fühlen als in ihren eigenen Berufsverbän-

den. Das Bundesversicherungsamt befindet sich daher in einem intensiven Dialog mit den Krankenkassen und fordert diese nachdrücklich zu Vertragsschlüssen auf.

Auch wenn die Angebotssituation in den 17 Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigung weiterhin nicht zufriedenstellend ist, so war das Bundesversicherungsamt dennoch in erheblichem Maße mit der Prüfung von geschiedsten als auch eigenständig verhandelten und damit von den Krankenkassen vorgelegten Hausarztverträgen beschäftigt.

Insgesamt sind im Jahr 2013 51 neue Vertragsschlüsse nach § 73b Abs. 9 SGB V angezeigt worden. Das Bundesversicherungsamt hat für das Berichtsjahr 2013 keinen Vertrag förmlich beanstanden müssen. Die Umsetzung der Verträge läuft in der Praxis schleppend. In der Regel können sich die Vertragspartner nicht auf einen Bereinigungsvertrag einigen.

Des Weiteren war im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen erneut die Frage zu klären, ob der die Bestimmung einer Schiedsperson beanstandende Hausärzterverband eine bevorrechtigte Gemeinschaft darstellt. Wegen im Laufe des Verwaltungsverfahrens neu vorgelegter Unterlagen konnte dieses Verfahren noch nicht abgeschlossen werden.

Für das nächste Berichtsjahr werden aufgrund der durch das 14. SGB V-Änderungsgesetz eingeführten Änderungen bei der hausarztzentrierten Versorgung weitere Vertragsschlüsse erwartet. So entfallen u.a. die bisherigen engen Vorgaben in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Verträge. Es ist daher mit einem deutlichen Anstieg der Vergütung für die hausarztzentrierte Versorgung zu rechnen.

Outsourcing einschließlich Hilfsmittelberatung und Pflegeberatung

Auf der Basis von Feststellungen der Prüfreferate und der nach § 97 Satz 3 SGB X bestehenden Vorlagepflicht für Verträge, die eine Aufgabenübertragung an einen Dritten beinhalten, wurden auch zahlreiche Outsourcingmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen geprüft.

Einen Schwerpunkt bildete dabei die Auslagerung des Beitragseinzugs nach § 197b SGB V an private Dienstleister. Im Rahmen des Outsourcings von Maßnahmen zur Vollstreckung und Insolvenz bei Arbeitgebern und selbstzahlenden Versicherten wurde durch eine Vielzahl von Krankenkassen die notwendige Transparenz im Auftreten der Dienstleister nach Außen nicht gewahrt. So wurden den privaten Dienstleistern von den Krankenkassen Briefbögen und das eingescannte Dienstsiegel zur Fertigung der Bescheide und Schreiben an die Schuldner zur Verfügung gestellt. Im Einzelfall haben die Krankenkassen hoheitliche Aufgaben, wie die Erstellung von Beitragsbescheiden, ausgegliedert. Im aufsichtsrechtlichen Dialog mit den Krankenkassen konnte eine weitgehend einvernehmliche Anpassung

der laufenden Verträge im Hinblick auf die internen Arbeitsabläufe und das Auftreten der Krankenkasse nach Außen sichergestellt werden.

Auch das Ausgliedern von telefonischen Beratungen der Versicherten und die dabei zu wählende Transparenz war vermehrt Gegenstand der Aufsichtspraxis und stand zudem im Fokus der 83. Tagung der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder am 13. und 14. November 2013. Die Beratung der Versicherten nach § 14 SGB I ist eine grundsätzlich nicht nach § 197b SGB V an private Dritte auslagerungsfähige Kernaufgabe der Krankenkassen. Lediglich das Abfangen von Nachfragespitzen und die Kommunikation außerhalb der regulären telefonischen Kontaktzeiten ohne abschließende Fallbearbeitung kann toleriert werden. Darüber hinaus muss für den Versicherten erkennbar sein, dass er nicht von einem Mitarbeiter seiner Krankenkasse, sondern lediglich von einem Mitarbeiter eines vertraglich gebundenen externen Dienstleisters beraten wird.

Einen weiteren Aufgabenschwerpunkt stellte der Bereich der Patientenberatung durch Dienstleister, die von der Krankenkasse beauftragt worden sind, dar. Das Bundesversicherungsamt fordert hier die Krankenkasse auf, vor Beginn von Schulungsmaßnahmen das Einverständnis der Versicherten einzuholen. In einigen Fällen mussten Verletzungen des Sozialdatenschutzes beanstandet werden. Beratungsangebote, die in das Arzt-Patienten-Verhältnis eingreifen, konnten ebenfalls nicht toleriert werden.

Im Rahmen der Prüfung von Outsourcinganzeigen hat das Bundesversicherungsamt ferner Verträge von Krankenkassen mit privaten Hilfsmittelberatern aufsichtsrechtlich aufgegriffen. Private Gutachterdienste wurden nicht nur zur Beratung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, zur Prüfung der technischen Anforderungen oder zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung eingeschaltet. Darüber hinaus wurden private Gutachter für die Bewertung der medizinischen Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung eingeschaltet und zum Teil auch die Vorbereitungen der Leistungsentscheidung selbst an Externe ausgegliedert.

In diesen Fällen gelangten medizinische Versorgungsdaten an die privaten Gutachter, die nach § 275 SGB V dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorbehalten sind. Zum Teil werden die Gutachter orientiert an dem Einsparvolumen der Krankenkassen vergütet, so dass deren Unabhängigkeit und Neutralität in Frage zu stellen war.

Neben den Krankenkassen haben auch die Pflegekassen die Möglichkeit, unter Beachtung der Voraussetzungen an ein zulässiges Outsourcing, Teilbereiche ihrer Aufgaben auszugliedern. Hiervon machten die Pflegekassen im Jahr 2013 regen Gebrauch, nachdem sie durch die Einführung des § 7b SGB XI verpflichtet sind, dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach dem SGB XI entweder unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin für die Beratung nach §§ 7 und 7a SGB XI anzubieten oder einen Beratungsgutschein auszustellen. Bei der Prüfung der

Auslagerung wurde neben den allgemeinen Voraussetzungen auch untersucht, ob die Vorgaben der §§ 7 und 7a SGB XI in den Verträgen entsprechend umgesetzt sind. Das war nicht immer der Fall. Im Einzelfall waren in den Verträgen keine ausreichenden Regelungen zur Prüfung der Qualität der Beratungsleistung enthalten. Auch die Wirtschaftlichkeit der Vertragsschlüsse war zum Teil zu beanstanden.

Anstieg des Arbeitsaufkommens im Rahmen der Einsetzung von Schiedspersonen nach § 132a Abs. 2 Satz 7 SGB V

Im Berichtsjahr 2013 stieg die Zahl der Beschwerden von Leistungserbringern über das Verhalten der Krankenkassen in Verhandlungen zum Schluss von Vergütungsvereinbarungen für häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V stark an.

Können sich Leistungserbringer und Krankenkasse nicht auf einen Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege einigen und ist auch eine Einigung auf eine Schiedsperson nicht möglich, bestimmt das Bundesversicherungsamt auf Antrag nach § 132a Abs. 2 Satz 7 SGB V eine Schiedsperson. Diese „schiedst“ dann unter Berücksichtigung der Interessen aller Vertragsparteien einen Vertrag zur Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Im Jahr 2013 hat das Bundesversicherungsamt in vier Verfahren eine Schiedsperson eingesetzt. Ein Antrag wurde abgelehnt, wobei der Ablehnungsbescheid gerichtlich beklagt wird.

Gesamtvergütung 2013

Im Hinblick auf die Gesamtvergütung für den vertragsärztlichen und den vertragszahnärztlichen Bereich war das Jahr 2013 durch das Inkrafttreten neuer Fassungen von § 87a Abs. 4 SGB V für den vertragsärztlichen Bereich und von § 85 Abs. 3 SGB V für den vertragszahnärztlichen Bereich geprägt.

Ziel dieser Neuregelungen ist es, den Vertragsparteien für die Gesamtvergütungsvereinbarungen größere Verhandlungsspielräume zu eröffnen und Veränderungen der Gesamtvergütungen zu ermöglichen, die den morbiditätsbedingten Leistungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse widerspiegeln und nicht allein und vorrangig von der Einnahmesituation der Krankenkassen bestimmt werden. Den Vertragsparteien werden daher für die Gesamtvergütungsvereinbarungen neue Kriterien – die Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung sowie die Kosten- und Versorgungsstruktur – vorgegeben, auf deren Grundlage die Vertragsparteien zielgenauer eine angemessene Vergütungshöhe vereinbaren sollen.

Die regionalen Vertragspartner haben die ihnen durch den Gesetzgeber verliehene deutlich gestärkte Gestaltungsverantwortung rege genutzt und erhebliche Steigerungen der Gesamtvergütungen vereinbart.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang etwa auf den Vergütungsvertrag zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt für das Jahr 2013, festgesetzt durch Schieds-

spruch des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung im Bundesland Sachsen-Anhalt vom 06. Dezember 2012 und vom 19. Dezember 2012. Das Landesschiedsamt hatte durch den Schiedsspruch die vertragsärztliche Gesamtvergütung für das Jahr 2013 im Vergleich zum Jahr 2012 um 12 % erhöht. Die Krankenkassen haben den Schiedsspruch beklagt. Mit Beschluss vom 11. Juli 2013, Az.: L9 KA 5/13 ER KL, hat das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt in einem Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes den Schiedsspruch in Teilen für nichtig erklärt.

Auch in den nächsten Jahren ist mit deutlich höheren Vergütungsabschlüssen in der vertragsärztlichen Versorgung zu rechnen, weil der Gesetzgeber ab dem 01. Januar 2013 den Vertragspartnern zugebilligten Handlungsspielraum erheblich ausgeweitet hat.

Beitragsrechtliche Behandlung monatlicher Abfindungs- bzw. Übergangszahlungen

Mit einzelnen Krankenkassen hat das Bundesversicherungsamt die beitragsrechtliche Beurteilung „monatlicher Abfindungszahlungen“ erörtert. Solche Zahlungen werden von Arbeitgebern auf der Grundlage individueller „Vorruhestandsvereinbarungen“ gewährt, welche ihrerseits auf Unternehmens- bzw. Konzernbetriebsvereinbarungen basieren. In der Regel erfolgt die Zahlung ab dem Zeitpunkt des Ausscheidens des Arbeitnehmers aus dem Arbeitsverhältnis bis zum Einsetzen einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Vor allem in Abhängigkeit vom (Haupt-) Zweck dieser Zahlungen wird deren beitragsrechtliche Qualifikation kontrovers beurteilt, d.h. entweder als Versorgungsbezug (§ 229 SGB V) eingeordnet oder den „sonstigen Einnahmen“ zugerechnet. Praktische Unterschiede ergeben sich durch die Anlegung des allgemeinen Beitragssatzes für Versorgungsbezüge (§ 248 SGB V) einerseits und des ermäßigten Beitragssatzes (§ 243 SGB V) bei „sonstigen Einnahmen“ für freiwillige Mitglieder ohne (faktischen) Anspruch auf Krankengeld andererseits. Unterschiede ergeben sich auch im Hinblick auf die Beitragspflicht nur der Versorgungsbezüge für die (später) pflichtversicherten Arbeitnehmer und nicht zuletzt wegen der (Melde-) Pflichten der Arbeitgeber als Zahlstelle i.S.d. § 202 SGB V bzw. der Versicherten gem. § 206 SGB V.

Bereits im Jahre 2008 hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), bekräftigt durch den GKV-Spitzenverband, Merkmale erarbeitet, die als Indizien bzw. Richtwerte dafür gelten, dass entsprechende „Übergangszahlungen“ überwiegend „Versorgungscharakter“ aufweisen sollen. Sie seien zumeist als Versorgungsbezüge in Form einer „vorgezogenen Alterssicherung“ bzw. „vorgezogene betriebliche Alterssicherung“ zu qualifizieren.

Ausweislich konkreter Anfragen seitens der Krankenkassen beim Bundesversicherungsamt erfolgt die Einstufung derartiger Zahlungen indes durchaus unterschiedlich. Zudem liegt höchstrichterliche Rechtsprechung bisher nicht vor. Die jüngere obergerichtliche Rechtsprechung votiert in An-

sehung unterschiedlicher Fallgestaltungen vornehmlich gegen eine Qualifikation der (sonstigen) Einnahmen als Versorgungsbezüge i.S.d. § 229 SGB V, dessen (erweiternde) Auslegung insofern uneinheitlich beurteilt wird.

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes lässt die jüngere obergerichtliche Rechtsprechung durchaus unterschiedliche Bewertungen der Vorruhestandsregelungen zu. Wesentlich für die Beurteilung ist, welchem Zweck die Abfindung zuvorderst dient und ob von einer Beendigung des Erwerbslebens auszugehen ist. Dies ist nach der vertraglichen Ausgestaltung der Vorruhestandsvereinbarungen und den sonstigen Umständen des Einzelfalls zu beurteilen.

Bei seinen Prüfungen stellte das Bundesversicherungsamt allerdings fest, dass die Krankenkassen die zu bewertenden Merkmale oftmals vorschnell im Sinne eines Versorgungsbezuges interpretieren und Hinweise, die für eine Charakterisierung der Zahlungen als sonstige Einnahmen sprechen, nicht ausreichend würdigen. Diese Verfahrensweise wird den komplexen und in ihrer Ausgestaltung recht unterschiedlichen Vorruhestandsvereinbarungen nicht immer gerecht.

Vor diesem Hintergrund hat sich das Bundesversicherungsamt im Interesse einer möglichst einheitlichen Rechtsauffassung im wettbewerbsrelevanten Umfeld erneut mit dem GKV-Spitzenverband in Verbindung gesetzt. Ein Konsens konnte aber nicht erreicht werden. Der GKV-Spitzenverband hat die bereits vormals aufgestellten Kriterien nahezu unverändert in die im November

2013 erlassenen „Grundsätzlichen Hinweise zu den beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge [u.a.]“ aufgenommen. Zudem weist der GKV-Spitzenverband darauf hin, im Falle einer mit der Arbeitsförderung vergleichbaren Leistung, bei welcher der Versorgungscharakter deutlich in den Hintergrund trete, könne ein Versorgungsbezug nicht angenommen werden.

Das Bundesversicherungsamt hat daraufhin mitgeteilt, dass es im Dialog mit den gesetzlichen Krankenkassen weiterhin die Verantwortung des einzelnen Sozialversicherungsträgers herausstellt, eine umfassende und eigenständige Würdigung zur beitragsrechtlichen Einstufung der Abfindungszahlungen vorzunehmen.

Das Bundesversicherungsamt wird die weitere Rechtsentwicklung, insbesondere auf dem Gebiet der Rechtsprechung, intensiv beobachten.

Reihenfolge der Berücksichtigung unterschiedlicher Einkunftsarten

Des Weiteren hatte sich das Bundesversicherungsamt mit der Rangfolge der Berücksichtigung unterschiedlicher Einnahmearten der hauptberuflich selbständig tätigen freiwillig Versicherten bei der Beitragsbemessung auseinander zu setzen.

Vor allem der Prüfdienst der Krankenversicherung sah sich mit der auch für die Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds wichtigen Frage konfrontiert, ob in den Fällen, in denen der vorgenannte Personenkreis zugleich über Einnahmen in Form von Renten oder Versorgungsbezügen

verfügt, an erster Stelle das Arbeitseinkommen oder aber der Zahlbetrag der Rente bzw. der Versorgungsbezüge – bis zur Beitragsbemessungsgrenze – zu berücksichtigen ist. Nach § 7 Abs. 6 Satz 1 der vom GKV-Spitzenverband erlassenen „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ wird das Arbeitseinkommen in den ersten Rang gestellt. Demgegenüber folgt aus § 238a SGB V, der über § 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V entsprechend Anwendung findet, dass zunächst der Zahlbetrag der Rente bzw. der Versorgungsbezüge zu berücksichtigen ist.

In Abhängigkeit der Rangfolge fällt die Beitragshöhe ggf. unterschiedlich hoch aus, soweit für Arbeitseinkommen der hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen im Falle eines nicht bestehenden Krankengeldanspruchs der ermäßigte Beitragssatz anzulegen ist.

Im Ergebnis der Prüfung durch das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde ist der Zahlbetrag der Rente bzw. der Versorgungsbezüge vorrangig zu berücksichtigen. Der in § 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V enthaltene Verweis auf § 238a SGB V gilt nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes einschränkungslos; eine Ausnahme für freiwillig versicherte hauptberuflich Selbständige erschließt sich hingegen nicht. Ebenso wenig ist erkennbar, dass die „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ auf der Grundlage des § 240 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 SGB V insoweit Abweichendes zu regeln vermögen. § 240 Abs. 4 SGB V betrifft vor allem Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen. Die in § 240 Abs. 2 SGB V angelegten Begrenzungen der Regelungsbezugnis bleiben vorliegend zu beachten.

Somit galt es, darauf hinzuwirken, den durch die gegenläufigen Regelungen erzeugten Widerspruch aufzulösen bzw. zu beseitigen. Wegweisende höchstrichterliche Rechtsprechung ist weiterhin nicht vorhanden. Dem Bedürfnis konkretisierender Vorgaben entsprechend, insbesondere im Hinblick auf Beratungs- und Aufsichtsprüfungen, hat das Bundesversicherungsamt die Problematik zum Ende des Berichtszeitraums an das Bundesministerium für Gesundheit herangetragen, um eine Klärung und einheitliche Rechtsanwendung herbeizuführen.

Wettbewerbswidrigkeit diverser Krankenkassenportale

Nachdem die Krankenkassen dazu übergegangen sind, verstärkt auch die elektronischen Medien wie etwa Internet und Soziale Netzwerke für Werbezwecke zu nutzen, hat auch das Bundesversicherungsamt diesen Bereich aufsichtsrechtlich stärker in den Blick genommen. Dabei ist das Bundesversicherungsamt auf verschiedene Internetseiten gestoßen, über die wechselwillige Versicherte einen Mitgliedschaftswechsel zu einer neuen Krankenkasse anstreben können. Die über die Internetseite wechselnden Versicherten erhalten von dem Betreiber der Internetseite eine Prämie in Form von Sachprämien, z.B. Blu-Ray-Player, Elektrorasenmäher, E-Book-Reader, Einkaufsgutscheine o.ä. für den durchgeführten Krankenkassenwechsel.

Die aufnehmende Krankenkasse zahlt dem Betreiber des Internetportals für zustandgekommene Mitgliedschaften eine Aufwandsentschädigung. Der Betreiber der Internetseite selbst handelt als Erfüllungs-

gehilfe der Krankenkasse. Die Zahlung im Verhältnis „Betreiber der Internetplattform – Neumitglied“ ist der Krankenkasse insoweit als eigenes Handeln zuzurechnen. Die Krankenkassen selbst sind jedoch nicht berechtigt, den Versicherten derartig hohe Prämien für einen Krankenkassenwechsel zu gewähren. Aufgrund buchungsrechtlicher Besonderheiten umgehen die Krankenkassen durch die Einschaltung des Betreibers der Internetseite als Mitgliederwerber zudem die durch die „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. März 1998 in der Fassung vom 09. November 2006“ zulässige Obergrenze für Werbeausgaben. Durch intensiven Dialog mit den betroffenen Versicherungsträgern konnte das Bundesversicherungsamt erreichen, dass ein Großteil der Krankenkassen, die sich durch derartige Internetportale hatten bewerben lassen, die Kooperationen eingestellt haben. Bei den wenigen noch fortgeführten Kooperationen zwischen Krankenkassen und Internetportalen sind – auch zur Sicherstellung der Gleichbehandlung der Versicherungsträger – aufsichtsrechtliche Mittel nicht ausgeschlossen.

Familienversicherung: Maßgebliches Gesamteinkommen bei Zusammenreffen von geringfügiger Beschäftigung und selbständiger Erwerbstätigkeit

Ausgelöst durch die Eingabe eines Betroffenen hatte das Bundesversicherungsamt die Frage zu klären, welche der im § 10 Abs. 1 Nr. 5 SGB V enthaltenen Gesamteinkommensgrenzen Anwendung findet, wenn sowohl eine geringfügige Beschäftigung (i.S.d. § 8 SGB IV), als auch eine (gering-

füfige, nicht hauptberufliche) selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt wird.

Der Betroffene erhielt hierzu von mehreren Krankenkassen sich widersprechende Aussagen, die entweder uneinheitlich eine der Einkommensgrenzen als maßgeblich ansahen, oder z.T. auch vom Zusammenrechnen beider Einkommensgrenzen ausgingen. Die uneinheitliche Verfahrensweise dürfte nicht zuletzt dem insoweit uneindeutigen Gesetzeswortlaut geschuldet sein.

§ 10 Abs. 1 Nr. 5 SGB V sieht zwei Einkommensgrenzen vor, deren Überschreitung zum Ausschluss der Familienversicherung führt. Grundsätzlich gilt die im § 10 Abs. 1 Nr. 5 1. Halbsatz SGB V enthaltene Grenze von 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2013: 385 Euro/ Monat). Sofern der (potentielle) Familienversicherte einer geringfügigen Beschäftigung (§§ 8 Abs. 1 Nr. 1 oder 8a SGB IV) nachgeht, gilt hingegen eine besondere Einkommensgrenze (2013: 450 Euro/ Monat).

Ein Zusammenrechnen beider Einkommensgrenzen ist durch § 10 Abs. 1 Nr. 5 SGB V nicht eröffnet, so dass es für die insoweit getroffene Aussage keinerlei gesetzliche Stütze gibt; die gesetzliche Regelung ist vielmehr auf eine Anwendung „entweder/ oder“ angelegt.

Im Ergebnis gelangte das Bundesversicherungsamt bei der dargestellten Konstellation zu der Auffassung, dass es grundsätzlich unerheblich ist, ob neben der geringfügigen Beschäftigung noch eine weitere Erwerbstätigkeit – bspw. eine (nicht hauptberufliche) selbständige Tätigkeit – ausgeübt wird. Die

Einkommensgrenze richtet sich nur danach, ob eine geringfügige Beschäftigung vorliegt oder nicht. Auch die Höhe der jeweiligen Einkünfte (etwa ob eine der beiden Einkünfte der Höhe nach überwiegt) hat keinen Einfluss auf die Frage, welche der Einkommensgrenzen Anwendung findet. Dies ist nur hinsichtlich der Prüfung der Voraussetzung relevant, ob das Gesamteinkommen die einschlägige Einkommensgrenze übersteigt, da hier das Entgelt der geringfügigen Beschäftigung und die Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit gleichwohl zusammenzurechnen sind.

Notwendigkeit des lückenlosen Nachweises der Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung zur Weitergewährung von Krankengeld

Ein dauerhafter thematischer Schwerpunkt der an das Bundesversicherungsamt gerichteten Eingaben betrifft Probleme im Zusammenhang mit der Gewährung von Krankengeld. Im Berichtszeitraum hat sich dabei die Notwendigkeit des lückenlosen Nachweises der Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung für die Gewährung von Krankengeld als Kristallisationspunkt vieler Eingabeverfahren erwiesen.

Hintergrund der Eingaben ist folgende Rechtslage:

Nach § 44 Abs. 1 SGB V haben Versicherte u.a. dann Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit ist dabei regelmäßig durch eine ärztliche Bescheinigung zu erbringen. Der Anspruch auf Krankengeld entsteht nach § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V

von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt.

Im Falle des Bezuges von Krankengeld bescheinigt der Arzt die Arbeitsunfähigkeit in der Regel bis zu einem in der näheren Zukunft liegenden Termin. Diese Bescheinigung dient der Krankenkasse als Nachweis für den Anspruch auf Krankengeld, soweit die übrigen Voraussetzungen für dessen Gewährung vorliegen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes muss der Versicherte die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich rechtzeitig vor Ablauf der Befristung der bisherigen Attestierung der Arbeitsunfähigkeit ärztlich feststellen lassen und seiner Krankenkasse melden, wenn er das Ruhen des Leistungsanspruches vermeiden will. Wegen der o.g. Regelung aus § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V bedeutet dies, dass der Anspruch eines Versicherten auf Krankengeld grundsätzlich auch dann ruht, wenn dieser am Tag nach Ablauf der Befristung seinen Arzt aufsucht und dieser die Arbeitsunfähigkeit weiter bescheinigt. Da der Krankengeldanspruch erst am Tag nach der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit entsteht, ruht der Anspruch in solchen Fällen für einen Tag, nämlich den des Arztbesuches.

Es ist eine Obliegenheit des Versicherten, für eine zeitgerechte ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sowie ihre rechtzeitige Meldung bei der Krankenkasse zu sorgen. Die Folgen einer unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen Feststellung oder Meldung sind deshalb grundsätzlich von ihm

zu tragen. Regelmäßig ist dabei die Regelung des § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts strikt zu handhaben.

Besonders folgenreich ist eine solche Unterbrechung in Fällen, in denen der Krankengeldanspruch nicht nur für einen oder einige Tage ruht, sondern – wie in den folgenden Fällen – gänzlich entfällt:

Nach § 190 Abs. 2 SGB V endet die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter in einer gesetzlichen Krankenkasse grundsätzlich mit dem Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis gegen Arbeitsentgelt endet.

Allerdings bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger nach § 192 Abs. 2 Nr. 2 SGB V solange erhalten, wie über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus Anspruch auf Krankengeld besteht.

Wenn die Arbeitsunfähigkeit in solchen Fällen nicht lückenlos nachgewiesen wird, entfällt zunächst der Anspruch auf Krankengeld für mindestens einen Tag. Da die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse aber nur noch auf der Gewährung des Krankengeldes beruht, endet mit der Unterbrechung der Krankengeldzahlung die Mitgliedschaft. Auch wenn in den meisten dieser Fälle eine andere Form der Mitgliedschaft (freiwillige Versicherung oder Familienversicherung) den Krankenversicherungsschutz sicherstellt, beinhalten diese Formen der Versicherung regelmäßig keinen Anspruch auf Krankengeld. Der Krankengeldanspruch entfällt also möglicherweise vollständig und dauerhaft durch eine Lücke im Nachweis der Arbeitsunfähigkeit von einem Tag.

Die – auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – konsequente Handhabung der gesetzlichen Regelung aus § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen führt häufig zu rechtlichen Auseinandersetzungen und ist Gegenstand zahlreicher Eingaben beim Bundesversicherungsamt. Im Vordergrund steht dabei die Frage, ob die besonderen Umstände des Einzelfalles nicht doch einen lückenlosen Krankengeldanspruch herbeizuführen vermögen.

Das Bundessozialgericht hat die strenge Anwendung der Regelung immer wieder bestätigt und Ausnahmen von diesem Grundsatz nur in sehr engen Grenzen zugelassen. Die Gewährung von Krankengeld ist deshalb bei verspäteter Meldung auch dann ausgeschlossen, wenn die Leistungsvoraussetzungen im Übrigen zweifelsfrei gegeben sind und das selbst dann, wenn den Versicherten keinerlei Verschulden an dem unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen Zugang der Meldung der Arbeitsunfähigkeit trifft.

Eine abweichende Verfahrensweise hat das Bundessozialgericht z.B. dann für möglich gehalten, wenn der Versicherte wegen Geschäfts- oder Handlungsunfähigkeit daran gehindert war, seine Obliegenheiten zu erfüllen (Urteil vom 05. Mai 2009, Az.: B 1 KR 20/08 R).

Das Bundesversicherungsamt hat angesichts der klaren Rechtslage die Krankenkassen in zahlreichen Eingabeverfahren einerseits dazu aufgerufen, die Versicherten rechtzeitig zu Beginn der Krankengeldzahlung und in ausreichender Deutlichkeit auf die Folgen von Unterbrechungen des Nachweises der

Arbeitsunfähigkeit hinzuweisen. Andererseits werden die Krankenkassen und die Versicherten auch darauf hingewiesen, dass der Krankengeldanspruch zu Recht entfällt, falls der lückenlose Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht erbracht wird. Darüber hinaus hat sich das Bundesversicherungsamt auch gegenüber dem GKV-Spitzenverband für eine verbesserte Information sowohl der Versicherten als auch der Ärzte durch die Gemeinsame Selbstverwaltung (etwa durch die Verwendung veränderter, informativerer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) eingesetzt. Wie der GKV-Spitzenverband dem Bundesversicherungsamt daraufhin mitteilte, finden bereits Verhandlungen über Präzisierungen der zur Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit verwendeten Vordrucke und Vordruckerläuterungen statt. Die Entwicklung wird vom Bundesversicherungsamt weiter beobachtet werden.

Sachstand Datenerhebungen der Krankenkassen mittels Selbstauskunftsbögen bei Arbeitsunfähigkeit

Auch ein weiteres Problem im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit beschäftigt das Bundesversicherungsamt weiterhin: Die von den Krankenkassen verwendeten Selbstauskunftsbögen.

Eine abschließende Klärung der im letzten Berichtsjahr aufgeworfenen Problematik war nicht zuletzt aufgrund klärungsbedürftiger rechtlicher Folgefragen noch nicht möglich. Insbesondere die Frage, ob und ggf. inwieweit den Krankenkassen Möglichkeiten zum Krankengeld-Fallmanagement zustehen (oder nur die Leistung Krankengeld maßgeblich ist), die letztlich

auch Auswirkungen auf die Frage nach dem zulässigen Umfang des Einsatzes von Selbstauskunftsbögen oder telefonischer Kontaktaufnahme haben, ist noch nicht abschließend zu beantworten. Zu dieser Frage befindet sich das Bundesversicherungsamt im Dialog mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationssicherheit.

Auch die Auswertung der dem Bundesversicherungsamt vorliegenden, von den einzelnen Krankenkassen verwendeten Fragebögen sowie der Arbeitsanweisungen zur telefonischen Kontaktaufnahme dauert noch an und wird sich, aufgrund der Vielzahl zu prüfender Fragebogen/ Arbeitsanweisungen und ihrer sehr individuellen Ausgestaltung bis in das nächste Berichtsjahr erstrecken.

Gleichwohl wurde/ wird der Einsatz von Selbstauskunftsbögen durch das Bundesversicherungsamt auch weiterhin kritisch begleitet.

Erstattungsverfahren Energiekosten für Hilfsmittel

Vor dem Hintergrund mehrerer Eingaben hat sich das Bundesversicherungsamt im Berichtszeitraum mit den unterschiedlichen Verfahren bundesunmittelbarer Krankenkassen zur Erstattung der für die Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. Sauerstoffgeräten) anfallenden Stromkosten befasst.

Die Beschwerden der Versicherten richteten sich in einigen Fällen gegen das Verfahren der Erstattung von gerätebezogenen Kostenpauschalen. In anderen Fällen wurde das Verfahren der Berechnung der tatsächlich

angefallenen Energiekosten durch die Versicherten beanstandet.

Unstrittig ist, dass der Leistungsanspruch auf Hilfsmittelversorgung nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V grundsätzlich auch die Versorgung mit der zum Betrieb des Hilfsmittels erforderlichen Energie umfasst. Dies hat das Bundessozialgericht bereits mit Urteil vom 06. Februar 1997 (Az.: 3 RK 12/96) festgestellt.

Die Krankenkassen verfahren unterschiedlich: Entweder werden die tatsächlich angefallenen Energiekosten erstattet oder es erfolgt die Zahlung eines zuvor festgelegten Pauschalbetrages.

Der Prüfdienst des Bundesversicherungsamtes hatte außerdem festgestellt, dass Krankenkassen in Einzelfällen für den Betrieb von Hilfsmitteln Stromkosten erstattet haben, die bis zu 100 % der für den gesamten Haushalt anfallenden Stromkosten abdeckten. Diese Verfahrensweise wurde nach entsprechenden Beanstandungen durch das Bundesversicherungsamt eingestellt.

Soweit das grundsätzliche Verfahren angesprochen ist, lässt die Rechtslage aus Sicht des Bundesversicherungsamtes sowohl die Festlegung von gerätebezogenen Erstattungspauschalen als auch die Berechnung des Erstattungsbetrages im Einzelfall zu, soweit die Verfahren so gestaltet sind, dass für alle Beteiligten Transparenz im Hinblick auf die tatsächlich auf den Betrieb des Hilfsmittels entfallenden Stromkosten hergestellt wird. Bei der Festlegung auf eines der beiden Verfahren handelt es sich um eine eigenständige Entscheidung der Krankenkassen.

Sollte die Krankenkasse sich für eine Erstattung von gerätebezogenen Pauschalen entschieden haben, hat der Versicherte dies grundsätzlich zu akzeptieren. Die Pauschalisierung der Leistungsgewährung dient der Vereinfachung des Verfahrens, führt aber nicht zu einer Begrenzung der Leistungspflicht. Deshalb steht es dem Versicherten frei, unter Vorlage entsprechender Belege den Nachweis von höheren entstandenen Kosten im Einzelfall zu führen. Diese sind dann von der Krankenkasse in Erfüllung der Leistungspflicht aus § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V auch zu erstatten.

Rückwirkende Befreiung von der Versicherungspflicht im Zusammenhang mit der Gewährung von Mutterschaftsgeld

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2013 bei mehreren Krankenkassen Bescheide an Versicherte zur Befreiung von der Versicherungspflicht beanstandet, die von diesen erteilt wurden, um den Versicherten den Bezug von Mutterschaftsgeld zu ermöglichen. Der den Entscheidungen zu Grunde liegende Sachverhalt ist in aller Regel ähnlich:

Die Mütter hatten vor der Geburt ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und sind deshalb von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit und privat krankenversichert. Im Zusammenhang mit der Geburt von Kindern reduziert sich das Einkommen der Mütter, meist wegen des Ausübens einer Teilzeittätigkeit. Infolge dessen entsteht durch Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze – unbemerkt – Versicherungspflicht.

Privat Krankenversicherte haben grundsätzlich die Möglichkeit, beim Bundesversicherungsamt ein Mutterschaftsgeld in Höhe von maximal 210 Euro gem. § 13 Abs. 2 Mutterschutzgesetz zu beantragen. Da in diesen Fällen ein Nachweis über die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht Voraussetzung für die Gewährung des Mutterschaftsgeldes ist, fragt die Mutterschaftsgeldstelle des Bundesversicherungsamtes bei den Betroffenen nach. Diesen wird regelmäßig erst zu diesem Zeitpunkt bewusst, dass Versicherungspflicht eingetreten ist.

Nach § 8 Abs. 1 Ziffer 2 SGB V wird auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit, wer durch die Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit i.S.v. § 1 Abs. 6 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (unter 30 Wochenstunden) während der Elternzeit versicherungspflichtig wird. § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB V legt dabei fest, dass ein entsprechender Antrag innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen ist. Eine rechtmäßige Befreiung ist daher in den meisten Fällen nicht mehr möglich, weil die dreimonatige Antragsfrist bereits abgelaufen ist. Gleichwohl führten manche Krankenkassen eine (rechtswidrige) rückwirkende Befreiung durch und eröffneten damit den betroffenen Müttern die Möglichkeit, Mutterschaftsgeld zu beziehen.

Da das SGB X die Aufhebung von begünstigenden Verwaltungsakten zum Schutz der Betroffenen auch dann nur unter eng gefassten Voraussetzungen zulässt, wenn die ursprüngliche Entscheidung rechtswidrig war, lassen sich die Bescheide der Krankenkassen im Nachhinein häufig nur schwer korrigieren.

Die Befreiungsbescheide der Krankenkassen werden in diesen Fällen vom Bundesversicherungsamt dennoch beanstandet und im Einzelfall geprüft, ob eine rückwirkende Aufhebung der rechtswidrigen Entscheidungen möglich ist.

Möglichkeit der Pauschalierung bei Einziehung von Kleinbeträgen

Sowohl im Jahr 2012 als auch im Berichtszeitraum hat das Bundesversicherungsamt im Rahmen der Aufsichtsprüfungen festgestellt, dass einige Krankenkassen ausstehende Beitragsforderungen von bis zu 50 Euro oder gar bis zu 110 Euro pauschal niederschlagen, d.h. auf Vollstreckungsmaßnahmen verzichten, obwohl es sich um laufende (offene) Konten handelt.

Grundsätzlich sind gem. § 76 Abs. 1 SGB IV Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben. Eine Ausnahmeregelung normiert § 76 Abs. 2 SGB IV: Ansprüche dürfen nur bei feststehender Erfolglosigkeit der Einziehung oder bei einem Missverhältnis der Kosten der Einziehung zur Höhe des Anspruchs niedergeschlagen werden.

Im Rahmen der Niederschlagung sind geschlossene und laufende (offene) Beitragskonten differenziert zu betrachten. Im zweiten Schritt ist zwischen den Regelungen für Gesamtsozialversicherungsbeiträge (GSV-Beiträge) bzw. für sonstige Beiträge zu unterscheiden.

Für geschlossene Beitragskonten sind pauschalierende Regelungen ausdrücklich vorgesehen. Für GSV-Beiträge sieht die auf § 76 Abs. 2 Satz 3 SGB IV gestützte, im Juli 2007 geschlossene und vom Bundes-

ministerium für Arbeit und Soziales genehmigte Vereinbarung der Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger und der Bundesagentur für Arbeit, die auf ein Besprechungsergebnis vom 11. Juni 2007 zurückgeht, Folgendes vor:

„Betragsgrenzen nach § 76 Abs. 2 Satz 3 SGB IV (geschlossene Konten): Bei Beitragsansprüchen unter 4 v.H. der monatlichen Bezugsgröße West (auf 10 EUR nach oben aufgerundet; 2007 = ...) wird auf Vollstreckungsmaßnahmen verzichtet. Die Beiträge können niedergeschlagen werden. Anmerkung: Die Kosten der Maßnahme stehen in keinem wirtschaftlich vertretbaren Verhältnis zur Höhe der Forderung.“

Bei 4 % der monatlichen Bezugsgröße West i.S.d. § 18 Abs. 1 SGB IV beträgt die Grenze damit aktuell 110 Euro. Dies gilt nach der Vereinbarung nur für geschlossene Konten, d.h. „wenn der Arbeitgeber mehr als 6 Monate meldepflichtige Beschäftigte nicht mehr gemeldet hat“.

Für Beiträge, die nicht GSV-Beiträge sind, knüpft § 8 Abs. 1 der Beitragserhebungsgrundsätze des GKV-Spitzenverbandes vom 17. Februar 2010 betreffend die „Besondere Niederschlagung (Kleinstbeträge) bei geschlossenen Beitragskonten“ gleichfalls an einen Betrag von unter 4 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV an.

Für laufende (offene) Beitragskonten existiert keine ausdrückliche Regelung. Es erscheint daher bereits zweifelhaft, ob es in den Fällen von offenen Beitragskonten einer pauschalierenden Regelung zwingend bedarf oder es bei einer Prüfung im Einzel-

fall verbleiben muss. Es muss bei einer pauschalen Regelung jedenfalls sichergestellt werden, dass auf die Vollstreckung nur bei Kleinstbeträgen verzichtet werden darf.

Aus diesem Grund stellt die Ziffer 3.1. der Anlage zur Verwaltungsvorschrift (VV) Nr. 2.6 zu § 59 Bundeshaushaltsordnung (BHO) mit einem Grenzbetrag von 25 Euro nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes die einzige einheitliche sowie zur Ausfüllung einer möglichen Lücke fähige Regelung dar. In der Literatur wird das Staatshaushaltsrecht (vor allem die BHO) regelmäßig als Referenzsystem und Auslegungshilfe herangezogen (etwa im Rahmen des § 69 Abs. 2 SGB IV). Das wird umso verständlicher, als § 76 Abs. 1 SGB IV und § 34 BHO bzw. § 76 Abs. 2 SGB IV und § 59 BHO schon vom Wortlaut her einander entsprechen. Entgegen dem Vorbringen vieler Krankenkassen ist § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV die entscheidende Norm und § 69 Abs. 2 SGB IV allenfalls ergänzend heranzuziehen, ohne den Grundsatz des § 76 Abs. 2 SGB IV aufzuweichen.

Einer entsprechenden Anwendung der Anlage zu VV Nr. 2.6. zu § 59 BHO steht § 112 der BHO nicht entgegen: § 112 BHO wendet sich lediglich gegen eine unmittelbare Anwendung, ohne dass damit ein – nur für das Strafrecht bekanntes (vgl. Art. 103 Abs. 2 Grundgesetz) – „Analogieverbot“ verbunden wäre, wie einige Krankenkassen geltend machten.

Eine „entsprechende Anwendung“ der Grenzregelungen für geschlossene Beitragskonten und damit eine pauschale Niederschlagung für Beiträge bis zu 110 Euro

kommt nicht in Betracht. Die Vergleichbarkeit der offenen Arbeitgeberkonten mit andauernden Geldbewegungen und weiterhin gemeldeten Versicherten ist grundsätzlich nicht gegeben. Ferner würde mit Blick auf § 76 Abs. 2 Satz 4 SGB IV das gesetzliche Genehmigungserfordernis ebenso umgehen, wie auch die Befugnis zur Regelung nach § 217f Abs. 3 SGB V, die nur geschlossene Beitragskonten umfasst.

Bereits im Rahmen der 81. Aufsichtsbehörden tagung im November 2012 wurde die Thematik auf Initiative des Bundesversicherungsamtes behandelt und folgender Beschluss gefasst:

Sowohl die Vereinbarung 2007 der Spitzenverbände nach § 76 Abs. 2 Satz 3 SGB IV als auch § 8 der Beitragserhebungsgrundsätze vom 17. Februar 2010 gelten ausschließlich für geschlossene Konten. Ein pauschaler Verzicht auf Vollstreckungsmaßnahmen bei offenen Konten ist allein nach Maßgabe der entsprechend anzuwendenden Kleinbetragsregelung nach Ziffer 3.1. der Anlage zur VV Nr. 2.6 zu § 59 BHO für Beträge von weniger als 25 Euro zulässig.

1.4 Satzungs- und Organisationsrecht

Satzungsmehrleistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V)

Wie bereits in den Vorjahren beschäftigte das Thema freiwilliger Satzungsleistungen das Bundesversicherungsamt stark. Insgesamt bleibt es bei der anhaltenden Tendenz der Krankenkassen, die zusätzlichen Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V als ein Instrument des Leistungswettbewerbes zu nutzen. Als zusätzliche Leistung neu

hinzugekommen ist das sogenannte Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Operationen vorwiegend im Bereich der Onkologie und Orthopädie. Die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung erfolgt teilweise über ein Fachforum und bezieht sich auf konkrete Diagnosen. Krankenkassen und Versicherte erhoffen sich von diesem Leistungsangebot, ggf. unnötige Operationen vermeiden zu können. Da dieses Verfahren erst begonnen hat, liegen noch keine Erkenntnisse vor.

Prämienzahlungen gem. § 242 Abs. 2 SGB V

Aufgrund der guten Konjunkturlage zahlten 14 bundesunmittelbare Krankenkassen eine Prämie nach § 242 Abs. 2 SGB V aus. Es handelte sich dabei um einen Betrag in Höhe von 30 Euro bis 120 Euro jährlich. Die Auszahlung der Prämie gestaltete sich dabei höchst unterschiedlich; von Stichtagsregelungen bis zu gestaffelten Voraussetzungen bezogen auf die Dauer der Mitgliedschaft im Kalenderjahr. Die Krankenkassen nutzen auch hier ihren weiten Gestaltungsspielraum.

Vereinigungsverfahren von Krankenkassen

Mit Wirkung zum 01. Januar 2013 wurden zwei Vereinigungen von Krankenkassen genehmigt. Die Bearbeitung von zwei weiteren Vereinigungsverfahren im Jahr 2013 mit Wirkung zum 01. Januar 2014 erfolgte durch die eingetretene Rechtsänderung des Achten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen erstmals unter Beteiligung des Bundeskartellamtes. Die Zusammenarbeit verlief konstruktiv und reibungslos.

Kassensitzverlegungen

Im Berichtsjahr 2013 gab es im Bereich der Betriebskrankenkassen drei Kassensitzverlegungen, die drei Landesverbände betrafen.

Die Rechtsgrundlage für Kassensitzverlegungen findet sich in § 194 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, wonach die Krankenkassen in ihren Satzungen Bestimmungen über den Sitz der Krankenkasse treffen müssen.

Die Krankenkassen sind rechtlich selbstständige rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Als solche haben sie das Recht, ihren Sitz in der Satzung autonom zu bestimmen, soweit nicht zwingende gesetzliche Vorgaben oder Rechtsgrundsätze entgegenstehen.

Der Aufsicht wird bei der Sitzänderung eine Rechtsprüfung, aber keine Zweckmäßigkeitsprüfung zugestanden. Der Rechtssitz kann von der Krankenkasse grundsätzlich frei gewählt werden. Der einzige Grund, eine Sitzverlegung nicht zu genehmigen, wäre eine völlig willkürliche (missbräuchliche) Wahl des Sitzes. Hiervon kann jedoch nur ausgegangen werden, wenn die Sitzwahl ohne jeglichen Bezug zur Kassentätigkeit gewählt wurde. Hingegen müssen Verwaltung und Sitz der Krankenkasse nicht übereinstimmen, da besondere Tätigkeiten am Sitz nicht verlangt werden.

Da mit den Sitzverlegungen auch ein Wechsel in der Zugehörigkeit zu einem anderen BKK-Landesverband verbunden war, wurden die beteiligten BKK-Landesverbände gem. § 172 Abs. 1 SGB V vor der Genehmigung gehört, die teilweise Bedenken äu-

berten und sich auch gerichtlich gegen die Sitzverlegung zu wehren suchten.

Die BKK-Landesverbände sind im Rahmen von § 172 Abs. 1 Satz 2 SGB V keine Verfahrensbeteiligten im Sinne von § 12 Abs. 1 SGB X, so dass ihnen das Anhörungsrecht nach § 172 Abs. 1 Satz 2 SGB V bei Sitzverlegungen nach ausdrücklicher Regelung in § 12 Abs. 3 SGB X nicht die Rechte eines Beteiligten einräumt.

Dies bestätigte auch das Hessische Landessozialgericht (Az: L 1 KR 394/13 ER KL), welches im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens den Antrag des Landesverbandes mangels Klagebefugnis ablehnte (siehe hierzu auch Urteil des Bundessozialgerichts vom 11. September 2012, Az: B 1 A 2/11 R; Urteil des Landessozialgerichts Schleswig-Holstein vom 8. September 2011, Az: L 5 KR 24/10 KL; Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 18. März 2009, Az: L 1 KR 35/08 KL mit weiteren Nachweisen).

Satzungsrechtliche Umsetzung in 2013 in Kraft getretener gesetzlicher Regelungen (§§ 73b, 73c, 140a, 186, 305b SGB V)

Nach § 217f Abs. 4a SGB V in der Fassung des am 26. Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetzes waren vom GKV-Spitzenverband bis zum 26. August 2013 in einer Richtlinie allgemeine Vorgaben zur Teilnahmeerklärung der Versicherten in der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 3 Satz 8 SGB V), in der besonderen ambulanten Versorgung (§ 73c Abs. 2 Satz 7 SGB V) und in der integrierten Versorgung (§ 140a Abs. 2 Satz 5 SGB V) festzulegen.

Ziel dieser auch satzungsrechtlich umzusetzenden Bestimmungen ist es, dass Versicherte vor Abgabe ihrer Teilnahmeerklärung beispielsweise über Inhalt und Ziele des Vertrages sowie über Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme ergeben, informiert werden.

Nach der bisherigen Rechtslage waren die Versicherten zudem in der besonderen ambulanten Versorgung (§ 73c SGB V) an die Teilnahmeerklärung mindestens ein Jahr gebunden, wenn kein Widerrufsrecht ausgeübt wurde. Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften wurde am 13. August 2013 der § 73c Abs. 2 Satz 5 SGB V aufgehoben. Im bisherigen, die Satzungsinhalte regelnden Satz 6 der Vorschrift wurde neu bestimmt, dass das Nähere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung die Krankenkassen in ihren Satzungen regeln. Aus Gründen der Praktikabilität hat das Bundesversicherungsamt den Krankenkassen vorgeschlagen, dies in einem Verzeichnis als Anlage zur Satzung aufzunehmen.

Dagegen wurde die Mindestbindungsfrist der Versicherten von einem Jahr in § 73b Abs. 3 Satz 6 SGB V bei der hausarztzentrierten Versorgung beibehalten.

Im Übrigen haben alle Krankenkassen ab 2014 in ihren Satzungen eine eigenständige Regelung nach § 305b SGB V (Veröffentlichungspflicht der Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen) zu treffen. Dabei reicht der Verweis auf den Gesetzeswortlaut von § 305b SGB V nicht aus. Erforderlich ist die Regelung von weiteren Arten der Veröffentlichung (z.B. in der Mit-

gliederzeitschrift oder zur Einsicht in den Geschäftsstellen).

Ferner wurde mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung am 01. August 2013 der § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V aufgehoben, so dass Satzungsregelungen beispielsweise zur Stundung von Versicherungsbeiträgen obsolet sind.

1.5 Aus dem Prüferferat

Aufsichtsprüfungen zum Wettbewerbsverhalten der gesetzlichen Krankenkassen sowie zur Einhaltung der Vorlagepflicht von Selektivverträgen (§§ 73b, 73c, 140a-d SGB V)

Im Wettbewerb untereinander sind die gesetzlichen Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung besonderen Bedingungen unterworfen. Diese gehen über jene des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb hinaus, da die Ausgaben der Krankenkassen durch Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber finanziert werden, sie zur Sparsamkeit und wirtschaftlicher Mittelverwendung verpflichtet sind und der Wettbewerb ihrem sozialen Auftrag angemessen sein muss. Maßstab hierfür sind die „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung“ (in der Fassung vom 09. November 2006), nach denen sich die wettbewerblichen Aktivitäten der Krankenkassen und ihrer Verbände zu richten haben. Das Aufsichtsprüferferat hat im Jahr 2013 bei mehreren gesetzlichen Krankenkassen örtliche Erhebungen durchgeführt, um die Einhaltung dieser Grundsätze zu überprüfen.

Beispielsweise dürfen die gesetzlichen Krankenkassen Ausgaben für Werbemaßnahmen nur bis zu einer festgelegten Höchstgrenze tätigen, die u.a. von der Zahl ihrer Mitglieder abhängt.

Die Prüfung des Bundesversicherungsamtes ergab, dass eine Krankenkasse das zulässige Werbebudget mit ca. 1 Mio. Euro um fast das Doppelte überschritten hatte. Neben einem Verstoß gegen die Wettbewerbsgrundsätze wurde somit auch das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht hinreichend beachtet. Die Krankenkasse hatte sich hiermit zum wiederholten Mal einen erheblichen Wettbewerbsvorteil verschafft.

Die Krankenkassen haben darüber hinaus sicherzustellen, dass Werbemaßnahmen und Aufklärungsaktivitäten buchungsmäßig voneinander abgegrenzt und den Bestimmungen des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und für den Gesundheitsfonds entsprechend verbucht werden.

Bei den Aufsichtsprüfungen zeigte sich, dass mehrere Krankenkassen Ausgaben für Werbemaßnahmen nicht unter dem dafür vorgesehenen Konto 7108 verbucht und somit ihre Gesamtausgaben für Werbemaßnahmen zu niedrig ausgewiesen hatten. So wurden in einem Fall Vergütungen für Werbeagenturen in Höhe von ca. 300.000 Euro unter dem Konto 7003 (Beschäftigungsentgelte) und in einem anderen Fall z.B. Ausgaben für Werbebroschüren unter dem Konto 7100 (Geschäftsbedarf) gebucht und somit die Höhe der tatsächlich angefallenen Ausgaben für Wettbewerbsmaßnahmen verfälscht. Sofern

die entsprechenden Geschäftsjahre noch nicht abgeschlossen waren, wurden Korrekturbuchungen veranlasst.

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind große Teile der Versichertenversorgung kasseneinheitlich über Kollektivverträge zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den gesetzlichen Krankenkassen geregelt. Durch den Abschluss von Selektivverträgen haben die gesetzlichen Krankenkassen jedoch die Möglichkeit, die Versichertenversorgung in bestimmten Bereichen kassenspezifisch mit einzelnen Leistungserbringern zu regeln, wodurch sich Auswirkungen auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ergeben können. Entsprechende Verträge nach §§ 73b und 73c SGB V sowie §§ 140a ff. SGB V sind gemäß § 73b Abs. 9 und § 71 Abs. 4 SGB V den Aufsichtsbehörden vorzulegen.

Im Jahr 2013 hat das Bundesversicherungsamt die Einhaltung dieser Vorlagepflicht überprüft. Dabei zeigte sich, dass die geprüften Krankenkassen ihrer Vorlagepflicht nicht vollumfänglich nachgekommen sind. In einem Fall wurden 19 von 24 geschlossenen Verträgen der Aufsichtsbehörde nicht angezeigt. In einem anderen Fall handelte es sich um hausarztzentrierte Versorgungsverträge, die zur Verschleierung des nicht eingehaltenen gesetzlich vorgeschriebenen Refinanzierungsvorbehaltes einem nicht zutreffenden Vertragstypus zugeordnet und trotz ausdrücklicher Anforderung des zuständigen Aufsichtsreferates nicht angezeigt worden waren. Die Krankenkasse wurde aufgefordert, die Verträge unter Beachtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen anzupassen.

Beitragspflicht aus Versorgungsbezügen, insbesondere Verwaltungshandeln betreffend das Versorgungsgeschehen

Nach § 256 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, die Beiträge aus den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Wesentliche Erkenntnisse über das damit verbundene Verwaltungsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen lagen dem Bundesversicherungsamt bislang nicht vor. In mehreren Aufsichtsprüfungen hat das Bundesversicherungsamt daher das Zahlstellenverfahren unter verschiedenen Gesichtspunkten untersucht.

Es war festzustellen, dass die Umstellung auf das maschinelle Meldeverfahren in der Praxis noch nicht reibungslos läuft. Dies betrifft insbesondere die Zahlstellen und führt in Einzelfällen auch zu Mängeln im Verwaltungsverfahren der Krankenkassen.

Aus den bisher durchgeführten Aufsichtsprüfungen haben sich jedoch keine Sachverhalte ergeben, die es erforderlich machen, aufsichtsrechtlich tätig zu werden.

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) sind im Jahr 2013 weitere

1.807 strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) auf Antrag entfristet worden. Derzeit sind damit lediglich 705 DMP von ca. 10.000 noch befristet.

Die einjährigen Anpassungsfristen der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in 2012 beschlossenen Richtlinien (Richtlinie zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-RL) sowie die Richtlinie zur Regelung von Aufbewahrungsfristen der für die Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlichen personenbezogenen Daten nach § 137f Abs. 2 Nr. 5 SGB V (DMP-AF-RL)) liefen im Jahr 2013 aus.

Dies hatte zur Folge, dass bezüglich der DMP-AF-RL alle 10.501 laufenden zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramme angepasst werden mussten. Bezüglich der jeweiligen DMP-RL waren alle laufenden zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramme der jeweiligen Diagnose (Asthma bronchiale: 1.771; COPD: 1.779; Brustkrebs: 1.710) hinsichtlich der ihnen zugrunde liegenden Verträge mit Leistungserbringern, Dienstleistern und Datenstellen zu überarbeiten. Das Bundesversicherungsamt als Zulassungsbehörde hatte damit die Aufgabe zu überprüfen, ob die Anpassungen an die neuen Regelungen innerhalb der Umsetzungsfristen rechtskonform vorgenommen wurden.

Die Anpassungen erfolgten größtenteils erst kurz vor Ablauf der jeweiligen Frist, jedoch bis auf eine Ausnahme fristgerecht.

Im Falle der Vertragsanpassung bzgl. des DMP Brustkrebs für die Region Schleswig-Holstein wurde die Zulassung aufgrund nicht zeitgerecht erfolgter Anpassung für 97 Krankenkassen zeitweilig entzogen. Diese Entscheidung des Bundesversicherungsamtes wurde von keiner der betroffenen Krankenkassen beklagt.

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt zum Entwurf der DMP-Anforderungen-Richtlinie, in der insbesondere die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme der Indikation Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1) und Koronare Herzkrankheit (KHK) nun geregelt werden, Stellung genommen.

Evaluation

Da der G-BA eine entsprechende Richtlinie zur Evaluation noch nicht erlassen hat, wurde das Bundesversicherungsamt auf Basis der Übergangsvorschrift gem. § 321 Satz 4 SGB V tätig. Auf eine Überarbeitung der Evaluationskriterien wurde verzichtet, um den Beratungen des G-BA nicht vorzugreifen.

Das Jahr 2013 war geprägt durch die Abstimmung der Formate für die als Comma-separated values-Dateien (csv-Dateien) zu übermittelnden Evaluationsberichte der Krankenkassen sowie die (Weiter-) Entwicklung entsprechender Programme und Prüfroutinen für die Indikationen, in denen erstmals im csv-Format Berichte zu liefern waren.

Die Überprüfung der Plausibilität und Vollständigkeit der Berichte zu KHK sowie DM1 und DM2 erbrachte bezüglich der me-

dizinischen Daten keine gravierenden Mängel. Auffällig war jedoch die bis auf wenige Ausnahmen geringe Rücklaufquote der Fragebögen zur Lebensqualität, die keine sinnvolle Auswertung der Daten ermöglichte.

Die Prüfung des ökonomischen Teils der Evaluationsberichte zeigte eine durchwachsene Datenqualität. Für die o.g. Indikationen wurde eine Vollprüfung aller eingereichten Berichte anstelle einer Stichprobenprüfung durchgeführt. Durch Nutzung der Software „Stata“ wurden unplausible Daten sowohl im aktuellen als auch in älteren Berichtszeiträumen identifiziert und den Krankenkassen zurückgemeldet. Fehler im aktuellen Berichtszeitraum waren durch die Krankenkassen zu korrigieren. Dies erfolgte durch eine Neulieferung der korrigierten Daten, entweder auf kurzfristiger Basis oder zur nächsten Berichtsabgabe, abhängig von der Relevanz des Fehlers.

Dieses Verfahren führt zu einer Fehlerbereinigung über alle Krankenkassen und damit zu einer Verbesserung der Datenqualität. Die ökonomische Plausibilitätsprüfung für die 2014 erwarteten Berichte zu den Indikationen Asthma und COPD wird sich auf den aktuellen Berichtszeitraum konzentrieren.

Nachdem im Jahr 2012 Krankenkassen, deren DMP statistisch randständige Werte aufwiesen, bei der Indikation KHK über den Gesundheitszustand der teilnehmenden Versicherten und Prozessparameter – wie z.B. Anteil der Versicherten, bei denen koronartherapeutische Interventionen erfolgten – informiert wurden, war es durch die Weiterentwicklung der Programme erstmals möglich, allen berichtspflichtigen Kranken-

kassen detaillierte Rückmeldungen zu ihren Programmen in Form von individualisierten Berichten zur Verfügung zu stellen. Hierzu wurden diese Berichte auf einen sFTP-Server eingestellt, von dem die Krankenkassen ihren (individuellen) Bericht selbständig abrufen können. Die kosten- und personalintensive Versendung von Briefen/ CDs konnte so vermieden werden.

In 2013 konnten entsprechende Auswertungen zu den Evaluationsberichten der Krankenkassen zu den Indikationen DM2 (Liefertermin: 30. September 2011) und KHK (Liefertermin: 30. März 2013) zur Verfügung gestellt werden. Die entsprechende Rückmeldung zu den DM2-Berichten mit Liefertermin 30. September 2013 wurde vorbereitet und ist zwischenzeitlich erfolgt. Hier hat sich gezeigt, dass die Rückmeldung an die Krankenkassen deutlich beschleunigt werden konnte. Eine zeitnahe Rückmeldung erhöht die Aussagekraft und führt dazu, dass die Ergebnisse zukünftig noch besser für die Qualitätssicherung genutzt werden können.

DMP-Eingaben im Jahr 2013

Im Jahr 2013 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. 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.

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 2013 und die Veränderung gegenüber den jeweiligen Vorjahreswerten:

Tabelle 1: Soziale Pflegeversicherung	
EINNAHMEN	Beträge in Mio. €
Beitragseinnahmen	rd. 24.863
Summe der sonstigen Einnahmen	rd. 98
Einnahmen insgesamt	rd. 24.961
AUSGABEN	Beträge in Mio. €
Leistungsausgaben	rd. 23.174
Verwaltungskosten	rd. 790
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	rd. 357
Sonstige Ausgaben	rd. 15
Ausgaben insgesamt	rd. 24.336
Jahresüberschuss	rd. 625

Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung	
EINNAHMEN	Veränderungen in v.H.
Beitragseinnahmen	+ 8,48
Summe der sonstigen Einnahmen	-13,27
Einnahmen insgesamt	+ 8,30

AUSGABEN	Veränderungen in v.H
Leistungsausgaben	+ 6,02
Verwaltungskosten	+ 5,47
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	+ 6,30
Sonstige Ausgaben	+15,38
Ausgaben insgesamt	+ 6,03

Quelle: Statistiken PVM und PS

Seit dem 01. Januar 2013 gilt gem. „Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz“ (PNG) vom 23. Oktober 2012 der neue Beitragssatz von 2,05 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen. Der Kinderlosenzuschlag in Höhe von 0,25 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen ist unverändert geblieben.

Die Gesamtausgaben (Leistungsausgaben, Verwaltungskosten, Kosten des Medizinischen Dienstes und sonstige Ausgaben) der sozialen Pflegeversicherung betragen rd. 24,336 Mrd. Euro, was einem Anstieg von 6,03 v.H. gegenüber dem Vorjahr entspricht.

Hiervon entfallen auf die Leistungsausgaben rd. 23,174 Mrd. Euro, was eine Veränderung von + 6,02 v.H. gegenüber dem Vorjahr bedeutet.

Diesen Gesamtausgaben standen Gesamteinnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von rd. 24,961 Mrd. Euro gegenüber, die um rd. 8,30 v.H. gegenüber dem Vorjahr gestiegen sind. Die Gesamteinnahmen umfassen neben den Beitragseinnahmen der Pflegekassen auch die Beiträge, die unmittelbar an

den Ausgleichsfonds gezahlt werden (z.B. die vom Gesundheitsfonds weitergeleiteten Pflegeversicherungsbeiträge aus Arbeitslosengeld I und II und der Künstlersozialkasse sowie die Pflegeversicherungsbeiträge der Rentner und die Beiträge der sonstigen versicherungspflichtigen Personen nach § 21 Nr. 1-5 SGB XI), sowie Zinseinnahmen und sonstige Einnahmen.

Die Gesamtbeitragseinnahmen haben sich gegenüber dem Vorjahr um rd. 8,48 v.H. auf rd. 24,863 Mrd. Euro erhöht. Die Beitragseinnahmen der Pflegekassen stiegen um rd. 8,84 v.H. (rd. 1,574 Mrd. Euro), die des Ausgleichsfonds stiegen um rd. 7,23 v.H. (rd. 370 Mio. Euro).

Im Ergebnis des Jahres 2013 ergab sich in der sozialen Pflegeversicherung ein Überschuss in Höhe von rd. 625 Mio. Euro, während im Jahr 2012 ein Überschuss in Höhe von rd. 95 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 in 2013 zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand insgesamt rd. 9,966 Mrd. Euro an diese Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rd. 0,831 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

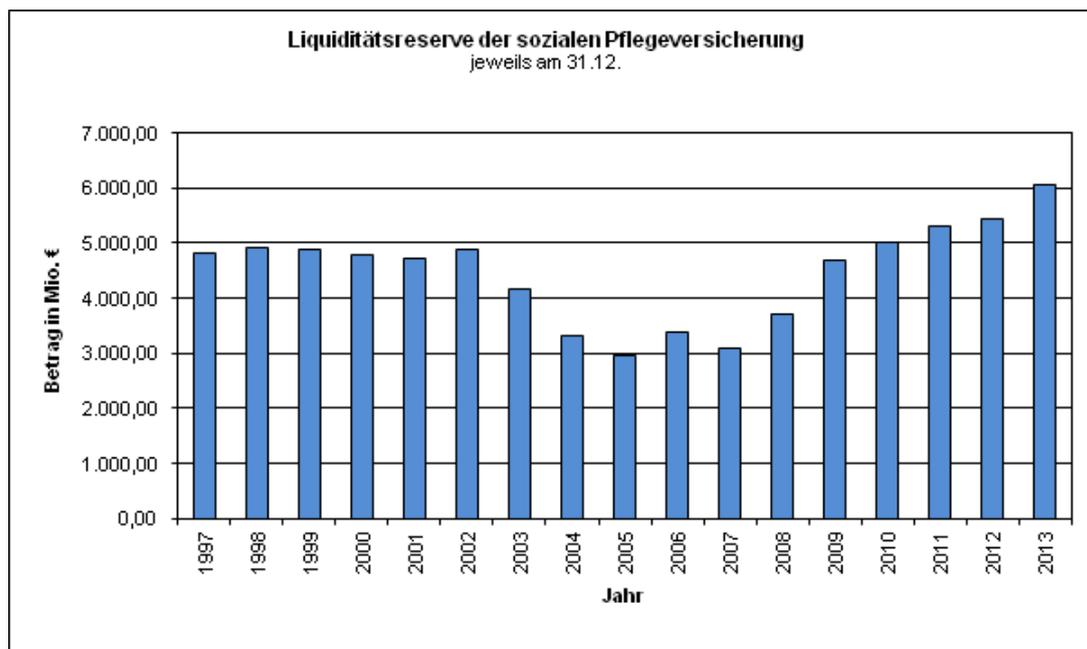
Gegenüber dem Jahr 1997, in dem erstmalig für das ganze Jahr stationäre Pflegeleistungen gezahlt wurden, ist das Transfervolumen um rund 70 % gestiegen. Die Ursachen hierfür sind Preissteigerungen in den Bereichen, in denen es keine betragsmäßig fixierten Geld- oder Sachleistungen gibt, Leistungsmehrausgaben durch die wachsende Anzahl pflegebedürftiger Versicherter sowie Leistungsmehrausgaben durch die Ausweitung der Pflegeleistungen nach der Reform vom 01. Juli 2008.

Entwicklung des Mittelbestandes

Die Liquiditätsreserve – auch Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung –, die sich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds und der Pflegekassen zusammensetzt, betrug zum Jahresbeginn rd. 5,418 Mrd. Euro. Innerhalb des Jahres 2013 erhöhte sich die Liquiditätsreserve bis zum Jahresende auf rd. 6,040 Mrd. Euro (siehe Tabelle 4 und Diagramm).

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

Stichtag: Jeweils 31. Dezember des Jahres



Fördergelder

Als besondere Aufgabe obliegt dem Ausgleichsfonds die Auszahlung der Fördergelder der sozialen Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI (Modellvorhaben des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung), nach §§ 45c und 45d Abs. 1 SGB XI (niedrigschwellige Betreuungsangebote, Angebote des Ehrenamts in der Pflege einschließlich Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen) sowie nach § 92c SGB XI (Anschubfinanzierung für Pflegestützpunkte). Durch das PNG wurden 2013 zusätzlich eingeführt (siehe hierzu ausführlich Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes 2012, S. 40 f.): Fördergelder nach § 45d Abs. 2 SGB XI (Angebote der Selbsthilfe in der Pflege einschließlich Modellvorhaben), nach § 45f SGB XI (Weiterentwicklung neuer Wohnformen), sowie nach § 125 SGB XI (Verlängerung 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 2013 geleisteten Auszahlungen:

Tabelle 5: 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	769	2.765
Bayern	380	1.227
Berlin	381	1.223
Brandenburg	113	739
Bremen	0	0
Hamburg	18	341
Hessen	168	1.422
Mecklenburg-Vorpommern	7	60
Niedersachsen	188	1.934
Nordrhein-Westfalen	149	4.095
Rheinland-Pfalz	109	397
Saarland	57	270
Sachsen	42	171
Sachsen-Anhalt	29	286
Schleswig-Holstein	95	358
Thüringen	99	363
Summe:	2.604	15.651 ²⁾

1) Die Mittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung werden zum Zwecke der gerechten Verteilung auf die einzelnen Bundesländer gem. § 45c Abs. 5 Satz 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 2013 wurde für den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ein Gesamtbetrag in Höhe von rd. 629 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	7	67
Bayern	21	25
Berlin	0	0
Brandenburg	21	123
Bremen	3	62
Hamburg	1	29
Hessen	1	0,9
Mecklenburg-Vorpommern	12	10
Niedersachsen	30	125
Nordrhein-Westfalen	0	0
Rheinland-Pfalz	0	0
Saarland	0	0
Sachsen	8	17
Sachsen-Anhalt	0	0
Schleswig-Holstein	0	0
Thüringen	2	9
Summe:	106	467,9⁴⁾

3) Für Angebote der Selbsthilfe gem. § 45d Abs. 2 SGB XI stand im Jahr 2013 ein Budget von bundesweit insgesamt 7,944 Mio. Euro 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 2013 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 für den Zweck der Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, aus. Im Jahr 2013 wurden 21 Anträge des GKV-Spitzenverbandes bearbeitet. Das Auszahlungsvolumen betrug für das Jahr 2013 insgesamt rd. 1.230 TEUR.

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 2013 wurde ein Betrag in Höhe von rd. 7 TEUR 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 wurde im Jahr 2013 ein Betrag in Höhe von rd. 7 TEUR abgerufen.

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 2013 kamen Anschubfinanzierungen in einem Gesamtvolumen von rd. 160 TEUR zugunsten von 21 Pflegestützpunkten zur Auszahlung.

Es erfolgten 286 Rückzahlungen an den Ausgleichsfonds in einer Gesamthöhe von rd. 321 TEUR.

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

Bis zum 31. Dezember 2013 wurden hinsichtlich der von den Pflegekassen gem. § 45e SGB XI auszahlenden Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen insgesamt Fördermittel von rd. 160 TEUR abgerufen.

2.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
PV	263

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

2.3 Aufsicht bei den Pflegekassen

Vorbereitung der Aufsicht über die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge bei der Deutschen Rentenversicherung Bund

Mit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) vom 23. Oktober 2012 wurde in den §§ 126 ff. SGB XI eine private Pflegevorsorge eingeführt (siehe BT-Drs. 17/10157, S. 20), in der Öffentlichkeit auch als „Pflege-Bahr“ bezeichnet. Intention ist es, die Bürgerinnen und Bürger bei dem Aufbau einer ergänzenden eigenständigen privaten Pflegevorsorge zu unterstützen und somit zugleich die Pflegeversicherung als Teilsicherungssystem zu ergänzen. Jede Bürgerin und jeder Bürger kann eine staatlich geförderte Pflege-Zusatzversicherung abschließen, wenn sie bzw. er

1. das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat,
2. in der sozialen oder in der privaten Pflege(pflicht)versicherung versichert ist,
3. noch keine Leistungen der Pflegeversicherung bezieht oder bezogen hat.

Die Pflege-Zusatzversicherung muss für jede Pflegestufe Leistungen anbieten, in der Pflegestufe III mindestens ein Pflegemontatsgeld von 600 Euro. Der Staat fördert die private Pflegevorsorge mit einer Zulage von 60 Euro im Jahr. Das Zulageverfahren ist in § 128 SGB XI und ergänzend in der auf der Grundlage von § 130 SGB XI erlassenen Verordnung zur Durchführung der Zulage für die private Pflegevorsorge (Pflegevorsorge-Durchführungsverordnung – PflvDV) vom 20. Dezember 2012 geregelt. Die Zulage wird auf Antrag gewährt. Diesen Antrag

stellt das private Versicherungsunternehmen im Namen und Vollmacht der zulageberechtigten Person bei der neu eingerichteten Zentralen Stelle für Pflegevorsorge bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (ZfP). Diese prüft die Zulagenberechtigung und zahlt bei Vorliegen der Voraussetzungen die Zulage aus.

Das Bundesversicherungsamt wurde vom Gesetzgeber zum 01. Januar 2014 mit der neuen Aufgabe betraut, die Rechtsaufsicht über die ZfP auszuüben. Rechtsgrundlage ist § 128 Abs. 5 Satz 5 SGB XI.

Im vierten Quartal 2013 wurde die Übernahme dieser Rechtsaufsicht bereits vorbereitet. Das zuständige Referat des Bundesversicherungsamtes hat an grundlegenden Besprechungen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der ZfP teilgenommen, um die Aufgaben der Rechtsaufsicht strukturieren zu können.

Zu der neuen Aufgabe gehört auch, dass das Bundesversicherungsamt ein Ordnungswidrigkeitenverfahren für die von privaten Versicherungsunternehmen begangenen Ordnungswidrigkeiten gem. § 121 Abs. 1 Nr. 7 SGB XI implementiert. Das private Versicherungsunternehmen handelt dann ordnungswidrig, wenn es vorsätzlich oder leichtfertig entgegen § 128 Abs. 1 Satz 4 SGB XI die dort genannten Daten nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelt. Das Bundesversicherungsamt ist zuständige Verwaltungsbehörde für die Ordnungswidrigkeiten gem. § 121 Abs. 1 Nr. 7 SGB XI.

2.4 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen

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

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

Im Berichtsjahr wurden an das Bundesversicherungsamt insgesamt 159.135 Meldungen erstattet. Die Anzahl der Meldungen ist damit im Vergleich zum Vorjahr (177.555 Meldungen) 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.

2.5 Aus dem Prüferat

Fortsetzung der Aufsichtsprüfung zum Thema Leistungsgewährung der Pflegekassen sowie Umsetzung der Vorgaben aus dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG)

Das Bundesversicherungsamt hat die Aufsichtsprüfungen bei den Pflegekassen fortgesetzt; u.a. hat es die Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 3 SGB XI, die Aufwendungen der Pflegekasse für Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI, die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI, die zusätzlichen Betreuungsleistungen gem. § 45b SGB XI, die Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf gem. § 87b SGB XI und die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI überprüft.

Die Prüfungen im Jahr 2013 haben die positive Entwicklung der vergangenen Jahre bestätigt. In den genannten Prüfgebieten konnte festgestellt werden, dass die Pflegekassen überwiegend rechtskonform handeln.

Mit der Einführung des PNG gehen Klarstellungen einher und der Gesetzgeber hat Fehlerquellen beseitigt. Er hat damit zur Erleichterung der Antragsbearbeitung bei den Pflegekassen beigetragen. So entfällt die Berechnung eines Eigenanteils für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes. Darüber hinaus wurde durch den Gesetzgeber festgelegt, dass Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit

Behinderung nunmehr einen Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld an Tagen haben, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Die Änderungen wurden von den geprüften Pflegekassen umgesetzt.

Des Weiteren hat der Gesetzgeber durch das PNG in § 18 Abs. 3b SGB XI festgelegt, dass die Pflegekasse von Amts wegen eine „Strafzahlung“ an den Versicherten zu leisten hat, wenn sie den schriftlichen Bescheid über den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist erteilt. Die durchgeführten Prüfungen konzentrierten sich auf die ordnungsgemäße Zahlung der Strafsumme an den Antragsteller. Das Bundesversicherungsamt hat festgestellt, dass die Pflegekassen entsprechend der Rechtslage verfahren.

3. UNFALLVERSICHERUNG

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Finanzen der gesetzlichen Unfallversicherung

Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften

Die neu gestaltete jährliche Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften wurde erstmals im Jahr 2009 für das Ausgleichsjahr 2008 durch das Bundesversicherungsamt durchgeführt. Diese ersetzt schrittweise in einer Übergangsphase bis zum Jahr 2014 den bisherigen Lastenausgleich, der in dieser Zeit parallel von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) durchgeführt wird. Für das Ausgleichsjahr 2013 wurde die Lastenverteilung zu 90 % (2012: 75 %, 2011: 60 %, 2010: 45 %, 2009: 30 %; 2008: 15 %) und der alte Lastenausgleich noch zu 10 % (2012: 25 %, 2011: 40 %, 2010: 55 %, 2009: 70 %; 2008: 85 %) berücksichtigt.

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

Für das Ausgleichsjahr 2013 hat das Bundesversicherungsamt im März 2014 die

Lastenverteilung berechnet. Insgesamt wurden 693,1 Mio. Euro von sechs ausgleichspflichtigen Berufsgenossenschaften auf drei ausgleichsberechtigte Berufsgenossenschaften umverteilt (Ausgleichsjahr 2012: 590,9 Mio. Euro, Ausgleichsjahr 2011: 504,4 Mio. Euro, Ausgleichsjahr 2010: 462,5 Mio. Euro, 2009: 289,5 Mio. Euro; 2008: 135 Mio. Euro). Die Ergebnisse sind im Einzelnen in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Lastenverteilung 2013	
Berufsgenossenschaft	Ausgleichsbeträge ^{*)}
Rohstoffe und chemische Industrie	371.532.774,77 €
Holz und Metall	- 22.763.654,21 €
Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	- 113.741.365,68 €
Nahrungsmittel und Gastgewerbe	3.228.285,17 €
Bauwirtschaft	318.298.920,72 €
Handel und Warendistribution	- 132.381.259,68 €
Verwaltung	- 326.479.086,51 €
Transport und Verkehrswirtschaft	- 26.969.455,16 €
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	- 70.725.159,42 €

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

3.2 Eingabenstatistik

Gesamtzahl der Eingaben	
UV	353

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten

Gefahrtarifangelegenheiten

Nach der erhöhten Anzahl der zur Genehmigung anstehenden Gefahrtarife im vorangegangenen Berichtsjahr, verblieb für das Jahr 2013 die Genehmigung eines Gefahrtarifs. Die Vorarbeiten hierzu begannen bereits im Jahr 2012, daran anknüpfend konnte die Prüfung im Berichtsjahr 2013 erfolgreich abgeschlossen werden.

Im Rahmen der Prüfung des Gefahrtarifs ist insbesondere zu bewerten gewesen, ob die jeweiligen Belastungsziffern und daraus folgend die Gefahrklassen in Einklang mit § 157 Abs. 3 SGB VII gebildet worden sind, weil einige Gefahrklassen abweichend vom rechnerischen Wert festgesetzt werden sollten. Das Bundesversicherungsamt konnte entsprechend seiner bisherigen Genehmigungspraxis (Vermeidung erheblicher Beitragsbelastungen, Wahrung der Versicherungskonformität, siehe auch Tätigkeitsbericht 2012, Seite 50) ebenso in diesem Verfahren die Genehmigung hierzu erteilen.

Ein weiterer Prüfungspunkt war die geänderte Gestaltung des Gefahrtarifs (§ 158 Abs. 1 SGB VII). Waren es seit den Anfängen der gesetzlichen Unfallversicherung traditionell zwei Hauptteile, zeigt sich nunmehr bei den Berufsgenossenschaften die Tendenz, in bis zu vier Hauptteile zu gliedern. Den Berufsgenossenschaften steht hierbei ein weiter Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum zu. Diesem hat das Bundesversicherungsamt im Rahmen seiner Tätigkeit als Genehmigungsbehörde Rech-

nung getragen, so dass eine Genehmigung des Gefahrtarifs auch hinsichtlich der Gestaltung bedenkenfrei war.

Satzungsangelegenheiten

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Die DGUV hat seit langem ein Satzungsmuster erarbeitet, um ihren Mitgliedern die redaktionellen Tätigkeiten bei der Formulierung ihrer Satzungen zu erleichtern. Auch kann das Satzungsmuster dazu beitragen, dass möglicherweise nicht genehmigungsfähige Regelungen in den Satzungen einzelner Träger vermieden werden. Es entspricht einem jahrelangen Usus, dass die DGUV das Satzungsmuster vor Bekanntgabe an ihre Mitglieder mit dem Bundesversicherungsamt abstimmt.

Daher hat die DGUV im Berichtsjahr auch die Anpassung ihres Satzungsmusters an zwischenzeitlich erfolgte Gesetzesänderungen, die vor allem eine Ergänzung der deklaratorischen Aufzählung von weiteren Versicherungstatbeständen nach sich gezogen haben, mit dem Bundesversicherungsamt im Vorfeld abgestimmt.

Gewerbliche Berufsgenossenschaften

Im Berichtszeitraum sind dem Bundesversicherungsamt von den gewerblichen Berufsgenossenschaften mehrfach Satzungsnachträge zur Vorprüfung bzw. Genehmigung vorgelegt worden.

Einer Berufsgenossenschaft wurden nach Vorprüfung in 2013 zwei Satzungsnachträge genehmigt. Während der 8. Satzungs-

nachtrag einige Änderungen der die Gremien und die Geschäftsführung des Trägers betreffenden Regelungen, eine Angleichung des Höchstbetrages des Jahresarbeitsverdienstes an die gesetzliche Regelung des § 85 Abs. 2 Satz 1 SGB VII sowie Folgeänderungen im Hinblick zur Aufbringung der Mittel für den Arbeitsmedizinisch-Sicherheitstechnischen Dienst zum Inhalt hatte, ging es im 9. Satzungsantrag im Wesentlichen um die Neuregelung der Beitragsüberwachung im Zuge der im Gesetz zur Neuorganisation der bundesunmittelbaren Unfallkassen, zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und zur Änderung anderer Gesetze (BUK-Neuorganisationsgesetz - BUK-NOG) vorgesehenen Änderung des § 166 Abs. 2 SGB VII.

Die im Berichtszeitraum von der Vertreterversammlung einer weiteren Berufsgenossenschaft beschlossenen umfangreichen Änderungen des 1. Satzungsantrages konnten nach Prüfung mit Ausnahme zweier Regelungen genehmigt werden. Im ersten Fall wäre aufgrund zwischenzeitlich eingetretener Rechtsänderungen des § 12 Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung (Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung - SVRV) die entsprechende Satzungsregelung durch die nunmehr beschlossene Änderung rechtsfehlerhaft geworden. Im zweiten Fall musste der zum Katalog der durch den Rentenausschuss zu treffenden Entscheidungen beschlossene zusätzliche Aufzählungspunkt „Entscheidungen über Rückforderungen wegen des Tatbestandes der Schwarzarbeit gem. § 110 Abs. 1a SGB VII i.V.m. § 1 Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz“ von

der Genehmigung ausgenommen werden, da insoweit ein Verstoß gegen den in § 36 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IV aufgeführten, abschließenden Katalog von Entscheidungen vorlag.

Die nächste Berufsgenossenschaft legte im Berichtszeitraum einen Satzungsantrag zur Vorprüfung vor, der von ihrer im November tagenden Vertreterversammlung beschlossen werden sollte. Schwerpunkt dieses Satzungsantrags war eine Korrektur der Bestimmungen betreffend die Mindestversicherungssumme für die freiwillige Versicherung in einer Branche von mehreren. Für deren Festlegung war für die Zeit getrennter Umlagen, anders als in den übrigen Branchen der sich seinerzeit vereinigten Berufsgenossenschaften nicht die sog. Bezugsgröße bzw. 60 oder 80 v.H. der Bezugsgröße als Maßstab vorgesehen, sondern vielmehr mindestens ein Viertel des Höchstjahresarbeitsverdienstes. Diese Regelung war für die betreffende Branche solange unproblematisch, als ein Viertel des Höchstjahresarbeitsverdienstes zu einer höheren Summe als 60 v.H. der Bezugsgröße (Mindestjahresarbeitsverdienstes) gem. § 85 Abs. 1 SGB VII führte, der auch für die freiwillig Versicherten (Mindestversicherungssumme) galt. Da dies seit 2012 allerdings für den überwiegenden Teil der freiwillig Versicherten nicht mehr zutraf, erwies sich die entsprechende Satzungsregelung seit diesem Zeitpunkt für eine Vielzahl von Versicherten insoweit als rechtswidrig. Eine diesbezügliche Korrektur durch Änderung bzw. Streichung der maßgeblichen Satzungsregelungen konnte daher antragsgemäß genehmigt werden.

Mit dem zur Vorprüfung vorgelegten 4. Nachtrag zur Satzung beabsichtigte ein weiterer Träger vorrangig eine Verlegung des Rechtssitzes von Düsseldorf nach Mainz, da sich die seinerzeit im Fusionsvertrag vereinbarte Trennung von Rechts- und Dienstsitz im alltäglichen Dienstbetrieb letztlich als hinderlich erwiesen habe und durch eine Verlagerung des Rechtssitzes leicht zu vermeiden sei.

Das Bundesversicherungsamt hat bei seiner Prüfung der beantragten Verlegung den Fusionsvertrag vom 26. August 2010 ebenso miteinbezogen wie zwei Entscheidungen des Bundessozialgerichts zur Frage des Rechtssitzes. Dabei haben sich keine Anhaltspunkte ergeben, die dem beabsichtigten Wechsel des Rechtssitzes des Trägers von Düsseldorf nach Mainz entgegengestanden hätten. Da auch eine Unvereinbarkeit der Satzungsänderung mit höherrangigem Recht nicht festgestellt werden konnte, war dem Genehmigungsantrag des Trägers mithin zu entsprechen.

Schließlich wurden drei Satzungsänderungen einer weiteren Berufsgenossenschaft nach Vorprüfung genehmigt, die eine Änderung im Beitragsausgleichsverfahren, eine Erhöhung des Höchstjahresverdienstes und eine hierauf beruhende Folgeänderung zum Gegenstand hatten.

Aufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

In Bezug auf die dem Bundesversicherungsamt Ende 2009 übertragene Rechtsaufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) zeigte sich wie in

den vorangegangenen Jahren, dass auch im Berichtszeitraum eine konstruktive und ergebnisorientierte Zusammenarbeit erfolgte. Nachdem das Bundesversicherungsamt in den Vorjahren die grundsätzlichen Prüfungen bzw. Betrachtungen zu den Richtlinien und dem Vertrag Ärzte-Unfallversicherungsversicherungsträger sowie dem Abkommen über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten auf Gesetzeskonformität abgeschlossen hatte, waren 2013 Änderungen zum Vertrag Ärzte-Unfallversicherungsversicherungsträger zu betrachten.

Ferner haben sich der turnusmäßig zu Beginn des Jahres stattfindende Austausch zum Aufsichtsbereich zwischen Bundesversicherungsamt und DGUV sowie die Berichte der DGUV jeweils im Sommer zu den Aufsichtsthemen zur guten und zielorientierten Zusammenarbeit fest etabliert.

Berufsgenossenschaften als Leistungserbringer im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung?

Die Beteiligungen von Sozialversicherungsträgern an privatrechtlichen Gesellschaften haben in der Vergangenheit hauptsächlich die Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes im Bereich der Vermögenswirtschaft tangiert (siehe Tätigkeitsbericht 2012, Seite 96 ff.). Im Berichtsjahr war darüber hinaus ein deutlicher Anstieg an Fragen zu verzeichnen, die der für die Aufsicht über die gesetzliche Unfallversicherung zuständige Fachbereich rechtlich zu bewerten hatte.

Hintergrund der o.g. Frage ist, dass die gewerblichen Berufsgenossenschaften Anteile an privatrechtlichen Gesellschaften erworben haben. Unternehmensgegenstand dieser Gesellschaften ist die Erbringung von Leistungen der Heilbehandlung, einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie der Abgabe von Hilfsmitteln, sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor.

Nach § 83 Abs. 1 Nr. 7 SGB IV ist eine solche Beteiligung nur zulässig, soweit die Zweckbestimmung der Mittelhingabe vorwiegend den Aufgaben des Versicherungsträgers dient. Diese sind in § 30 Abs. 1 SGB IV näher bestimmt. Danach dürfen die Versicherungsträger nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben verwenden (vgl. Engelhardt in: jurisPK-SGB IV, 2. Aufl. 2011, § 83 SGB IV, Rn. 40, 43). Im Vordergrund steht hier die Verpflichtung der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen.

Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Beteiligungsgesellschaften überwiegend gesetzlich Unfallversicherte nach Eintritt eines Versicherungsfalles versorgen, sei es durch stationäre Krankenhausbehandlung, ambulante ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Hilfsmitteln oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Das Bundesversicherungsamt hatte im Jahr 2013 deshalb zu bewerten, ob die Ge-

schäftsfelder der Beteiligungsgesellschaften hinsichtlich der Leistungsangebote unzulässigerweise (z.B. Fitnesstraining mit 10er-Karte, Rückenschule, Ernährungsseminare) ausgeweitet worden waren oder tendenziell verstärkt Versicherte anderer gesetzlicher Versicherungszweige oder privater Versicherungsgesellschaften versorgt und damit das Aufgabenfeld der gesetzlichen Unfallversicherung sowie die Grenze des rechtlich Zulässigen eventuell überschritten war.

Zurückhaltung hat das Bundesversicherungsamt auch bei der Ausweitung des Geschäftsfeldes der Beteiligungsgesellschaft auf das (europäische) Ausland angemahnt.

Zudem gehören Marketingaktivitäten privatrechtlicher Gesellschaften nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung. Eine Unterstützung solcher Aktivitäten hat das Bundesversicherungsamt vielmehr als eine unzulässige Absatzförderung zugunsten eines privaten Unternehmens bewertet.

Das Bundesversicherungsamt hat aufgrund dessen im Berichtsjahr Kontakt mit beaufsichtigten Trägern gesucht, um insbesondere das Geschäftsfeld der Beteiligungsgesellschaften aufzuklären und darauf hingewirkt, dass die Unfallversicherungsträger die Einhaltung des geltenden Rechts i.S.d. § 30 SGB IV sicherstellen.

3.4 Aufsichtsprüfungen

Durchgeführte Aufsichtsprüfungen

Das Prüfreferat für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung hat im Jahr 2013 nach Erhebungen aufsichtsrechtliche Fest-

stellungen bei zehn Verwaltungsstandorten von vier Unfallversicherungsträgern getroffen.

Die in 2013 begonnene, zweite umfassende Prüfung zum Stand der Fusionsumsetzungen auf den Gebieten Verwaltung, Finanzen und Leistungswesen wird bis in das Jahr 2014 andauern.

Fusionsprüfung

Die laufende Fusionsprüfung, an der mehrere Prüferferate des Bundesversicherungsamtes beteiligt waren bzw. sind, hat im Wesentlichen folgende Schwerpunkte:

- Stand der Fusion im Hinblick auf die Zielorganisation
- Fusionsbedingte Synergieeffekte im Bereich Finanzen und Vermögen
- Angleichung der Arbeitsweisen
- Kosten der Fusion und Fusionsrendite
- Beschaffungsrichtlinie

Durchschnittlich vier Jahre nach der Fusion sollten die Unfallversicherungsträger gemeinsame Verfahren und Regelungen gefunden haben, die zu einer schlanken, qualitativ und quantitativ effizienten Verwaltung im Hinblick auf die angestrebte Einsparung von Verwaltungskosten führen.

Das Bundesversicherungsamt wird auch weiterhin der Prüfung des Standes von Fusionen einen hohen Stellenwert einräumen und auf eine Vereinheitlichung der Arbeitsabläufe sowie auf effizientere Verwaltungsabläufe hinwirken.

Beschleunigung des Feststellungsverfahrens nach § 17 Abs.1 SGB I

Auch im Jahr 2013 war die beschleunigte Feststellung von Leistungen wieder einer der Schwerpunkte in der aufsichtsrechtlichen Tätigkeit des Bundesversicherungsamtes. Zwei Versicherungsträger befanden sich in der Überwachung, bei einem weiteren Träger wurde eine Nachschau durchgeführt. Sowohl die Überwachung als auch die Nachschau waren erforderlich, weil bei den Ersterhebungen aufgefallen war, dass Leistungen an Versicherte noch immer nicht mit der notwendigen Beschleunigung festgestellt wurden. In den geprüften Verwaltungen wurde nach entsprechenden Hinweisen des Bundesversicherungsamtes eine deutliche Verbesserung der Situation erreicht. Dort werden nun Instrumente wie regelmäßige Kontrollvorlagen länger laufender Verfahren bei Vorgesetzten oder Durchlaufzeitenstatistiken eingesetzt. Der mit einer Nachschau geprüfte Träger hatte die Bearbeitungsquantität inzwischen so weit verbessert, dass er aus der laufenden Prüfung entlassen werden konnte.

Auch in Bezug auf die Prüfung abgeschlossener Fusionen wurde der Einfluss auf die aktuelle Leistungserbringung der Träger untersucht. Wiederholt zeichnet sich bisher ab, dass relativ unabhängig von den ehemals selbständigen Verwaltungen auch bei den bisherigen Bezirksverwaltungen einer Berufsgenossenschaft erhebliche Unterschiede in Quantität und Qualität der Bearbeitung vorliegen. Eine signifikante Veränderung durch die Fusionen war bisher nicht zu beobachten. Das Bundesversicherungsamt wird der Problematik auch künftig eine hohe Aufmerksamkeit zukommen lassen.

Hinterbliebenenrecht

Bei den durchgeführten Aufsichtsprüfungen wurde unter anderem der Schwerpunkt Hinterbliebenenrecht geprüft. Dabei fiel auf, dass auch mehr als zehn Jahre nach Einführung eines geänderten Hinterbliebenenrechts im Hinblick auf die Dauer kleiner Witwen-/ Witwerrenten und den (erneuten) Anspruch auf eine große Witwen-/ Witwerrente sowie die Berücksichtigung von Einkommen nach neuem Recht noch Probleme bestehen. Insbesondere wird öfter das ab 2002 in Fällen nach neuem Recht zu berücksichtigende Vermögenseinkommen nicht berücksichtigt oder auch in Fällen nach altem Recht fälschlicherweise angefordert.

Weiterhin finden sich immer wieder Einzelfälle, in denen nicht geprüft wurde, ob oder ggf. in welcher Höhe Überführungskosten zu erstatten sind. Den betroffenen Unfallversicherungsträgern wurde empfohlen, ihre Mitarbeiter für diese Themen besonders zu sensibilisieren und ggf. notwendige Schulungen zu veranlassen.

4. RENTENVERSICHERUNG, KÜNSTLERSOZIALKASSE UND INTERNATIONALES SOZIALVERSICHERUNGSRECHT

4. RENTENVERSICHERUNG, KÜNSTLERSOZIALKASSE UND INTERNATIONALES SOZIALVERSICHERUNGSRECHT

4.1 Finanzen der gesetzlichen Rentenversicherung

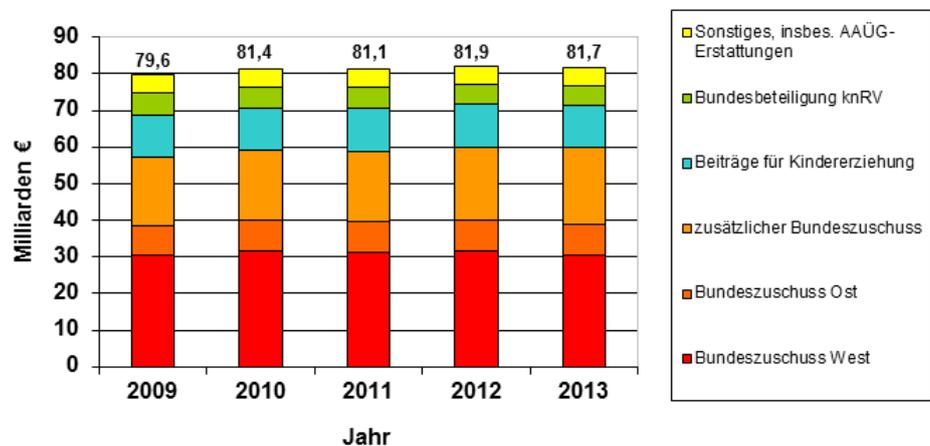
Der Bund trägt mit seinen Zahlungen (Zuschüsse, Beiträge, Erstattungen) in erheblichem Maße zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei. Im Jahr 2013 beliefen sich die Bundeszahlungen, die durch das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet wurden, auf insgesamt rd. 81,7 Mrd. Euro. Davon betragen die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung knapp 60 Mrd. Euro und die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten (KEZ) rd. 11,6 Mrd. Euro. Die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sondereversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) sind grundsätzlich rückläufig; 2013 betragen sie noch rd. 4,7 Mrd. Euro. Ein Teil der Zahlungen nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2013: 2,5 Mrd. Euro).

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

Auf die Bundeszahlungen zahlt das Bundesversicherungsamt monatliche Vorschüs-

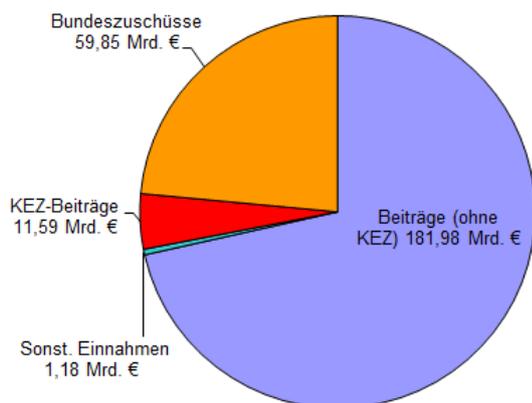
se in Höhe von ca. 6,4 Mrd. Euro aus, die im Folgejahr abgerechnet werden. Die Entwicklung der Abrechnungsbeträge der letzten 5 Jahre ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

Bundesmitten an die gesetzliche Rentenversicherung



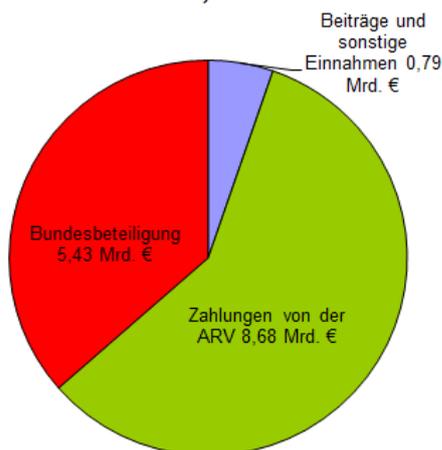
Die allgemeine Rentenversicherung (ARV) verfügte im Jahr 2013 über Einnahmen in Höhe von ca. 255 Mrd. Euro. Die Bundeszuschüsse machen damit 23,5 % der Gesamteinnahmen der ARV aus. Zusammen mit den Beiträgen für KEZ und sonstigen Erstattungen finanzierte der Bund im Jahr 2013 30,0 % der Gesamteinnahmen der ARV.

Einnahmen der ARV 2013
Gesamt: 254,6 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 2013 von 5,5 Mrd. Euro standen lediglich rd. 0,8 Mrd. Euro an Beitragseinnahmen gegenüber. Darüber hinaus erhielt die KnRV Zahlungen der ARV in Höhe von rd. 8,7 Mrd. Euro, insbesondere zur Deckung des Anteils der Leistungen an ihre Versicherten, der auf Zeiten der ARV entfällt.

Einnahmen der KnRV 2013
Gesamt: 14,9 Mrd. €



4.2 Eingabenstatistik

Gesamtzahl der Eingaben	
RV	1.162

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

4.3 Grundsatzfragen

Befreiung sog. Syndikusanwälte von der Rentenversicherungspflicht

Das Bundesversicherungsamt hat sich in den Jahren 2012/ 2013 intensiv mit der Frage der Befreiung sog. Syndikusanwälte von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befasst.

So beschwerte sich ein Volljurist, der als Schadenssachbearbeiter bei einem Versicherungsunternehmen rentenversicherungspflichtig beschäftigt war, über die Entscheidung seines Rentenversicherungsträgers. Nach seiner erfolgreichen Zulassung zur Rechtsanwaltschaft hatte der Beschwerdeführer bei diesem die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI in der für das Versicherungsunternehmen ausgeübten Beschäftigung beantragt. Der Rentenversicherungsträger lehnte die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht ab. Zwar sei der Beschwerdeführer aufgrund gesetzlicher Verpflichtung sowohl Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung als auch einer berufsständischen Kammer. Eine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht sei dennoch ausgeschlossen, da die für das Versicherungsunternehmen ausgeübte Beschäftigung nicht berufsspezifisch sei. Denn in der Beschäftigung sei der

Beschwerdeführer nicht kumulativ „rechtsberatend“, „rechtsgestaltend“, „rechtsentscheidend“ und „rechtsvermittelnd“ tätig. Hiergegen richtete sich die Eingabe des Beschwerdeführers.

Die Prüfung des Bundesversicherungsamtes ergab, dass die vom Rentenversicherungsträger vorgenommene Ablehnung der Befreiung im Ergebnis aufsichtsrechtlich nicht zu beanstanden war.

Nach dem Wortlaut des § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI erfolgt eine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht für die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, wegen der die versicherte Person aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe (berufsständische Versorgungseinrichtung) und zugleich kraft gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer ist. Es muss also ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Tätigkeit, für die eine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht begehrt wird und der gesetzlich angeordneten Pflichtmitgliedschaft in einer Berufskammer sowie einem berufsständischen Versorgungswerk bestehen.

Der Rentenversicherungsträger sah diesen Zusammenhang bislang als gegeben an, wenn es sich um eine berufsspezifische Tätigkeit handelte. Das heißt, die Merkmale der Beschäftigung mussten objektiv dem typischen, durch die Hochschulausbildung und den entsprechenden Hochschulabschluss geprägten Berufsbild und Tätigkeitsbereich

des Kammerzugehörigen entsprechen. Der Rentenversicherungsträger ging davon aus, dass ein Syndikusanwalt in seiner abhängigen Beschäftigung in einem Unternehmen durchaus eine dem Anwaltsberuf vergleichbare Tätigkeit ausüben kann. Zur Vergleichbarkeit der Tätigkeit von Rechtsanwälten und Syndikusanwälten zog er die Kriterien „Rechtsberatung“, „Rechtsgestaltung“, „Rechtsentscheidung“ und „Rechtsvermittlung“ heran. War ein Antragsteller in seiner konkreten Beschäftigung rechtsberatend, rechtsgestaltend, rechtsentscheidend und rechtsvermittelnd tätig, wurde ein Befreiungsbescheid erteilt.

Auch wenn das Bundesversicherungsamt diese von dem Rentenversicherungsträger vertretene Rechtsauffassung (insbesondere die Anwendung der vier Abgrenzungskriterien) nicht teilte, war sie zu tolerieren. Denn unter Berücksichtigung der bis zum damaligen Zeitpunkt ergangenen Rechtsprechung (insbesondere der Entscheidung des Hessischen Landessozialgerichts vom 29. Oktober 2009, Az.: L 8 KR 189/08) sowie einer Reihe erstinstanzlicher Entscheidungen, welche von einer Zulässigkeit der Anwendung dieser vier Kriterien ausgingen, war die von dem Rentenversicherungsträger vertretene Rechtsauffassung rechtlich zumindest vertretbar und entzog sich somit einer rechtsaufsichtlichen Beanstandung.

Im Fall des Beschwerdeführers bestand nach Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes allerdings unabhängig von den vier Abgrenzungskriterien kein Anspruch auf Befreiung von der Rentenversicherungspflicht. Denn die Beschäftigung als Schadenssachbearbeiter begründet weder eine

Pflichtmitgliedschaft in der Rechtsanwaltskammer noch beim Versorgungswerk der Rechtsanwälte. Diese steht hiermit vielmehr in keinerlei Zusammenhang, so dass - losgelöst von der Erfüllung der vier Abgrenzungskriterien - bereits im Hinblick auf die hier fehlende, vom Gesetz aber zwingend geforderte, Kausalität zwischen ausgeübter Beschäftigung und Pflichtmitgliedschaft in der Rechtsanwaltskammer und beim Versorgungswerk der Rechtsanwälte eine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht ausscheidet. Eine andere Auslegung ließe die ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs unberücksichtigt, wonach der Syndikusanwalt innerhalb seines festen Beschäftigungsverhältnisses für seinen Dienstherrn nicht anwaltlich tätig wird (z.B. Urteil des Bundesgerichtshofs vom 25. Februar 1999, Az.: IX ZR 384/97).

Zwischenzeitlich hat das Bundessozialgericht am 03. April 2014 in drei Revisionsverfahren (Az.: B 5 RE 13/14 R, B 5 RE 9/14 R und B 5 RE 3/14 R) entschieden, dass abhängig beschäftigte Syndikusanwälte grundsätzlich keinen Anspruch auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung haben (vgl. Medieninformation Nr. 9/14 des Bundessozialgerichts). Denn sie seien nicht „wegen der“ Beschäftigung als Syndikusanwälte Pflichtmitglieder in der Rechtsanwaltskammer und des Versorgungswerks. Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung und im berufsständischen Versorgungswerk müsse aber wegen ein und derselben Beschäftigung bestehen. Auf die von der Rechtspraxis entwickelten vier Kriterien komme es nicht an.

Sozialversicherungsrechtlicher Status von Pflegepersonen in stationären Einrichtungen

Im Berichtsjahr erreichten das Bundesversicherungsamt vermehrt Eingaben von vermeintlich freiberuflichen Pflegepersonen, welche sich gegen die von einem Rentenversicherungsträger getroffene Feststellung richteten, dass sie ihre Pflege Tätigkeit in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis im sozialversicherungsrechtlichen Sinne ausüben.

In den an das Bundesversicherungsamt herangetragenen Fällen waren die Pflegepersonen regelmäßig zeitlich begrenzt in Krankenhäusern, Alten- oder Pflegeheimen tätig (z.B. als Anästhesieschwestern/-pfleger, OP-Fachkräfte, Stationschwestern/-pfleger, Altenpflegerinnen/-pfleger), um dort Krankheits- bzw. Urlaubsvertretungen zu übernehmen oder sonstige außergewöhnliche Arbeitsbelastungen zu kompensieren. Nach dem Willen der vertragschließenden Parteien sollte die Pflege Tätigkeit im Rahmen einer selbständigen Erwerbstätigkeit ausgeübt werden. Das Vorliegen einer selbständigen Tätigkeit wurde insbesondere damit begründet, dass die Pflegekräfte ihnen angebotene Aufträge ablehnen könnten, sie weisungsfrei arbeiteten und ein Unternehmerrisiko trügen, da insbesondere ungewiss sei, ob sie Folgeaufträge erhielten.

Der Rentenversicherungsträger war bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung (entweder im Rahmen von Arbeitgeberprüfungen nach § 28p SGB IV oder aber im Rahmen des sog. Anfrageverfahrens nach § 7a SGB IV) unter Beachtung der maßge-

benden tatsächlichen Gegebenheiten und Berücksichtigung der Gesamtumstände des jeweiligen Einzelfalles zu dem Ergebnis gekommen, dass sozialversicherungsrechtlich von abhängigen Beschäftigungsverhältnissen auszugehen war.

Die vom Bundesversicherungsamt vorgenommene Prüfung der Einzelfälle sowie die aus grundsätzlicher Sicht mit dem Rentenversicherungsträger geführte Korrespondenz haben keine Hinweise auf ein rechtswidriges Verwaltungsverfahren des betroffenen Rentenversicherungsträgers ergeben. Auch hat sich der von mehreren Beschwerdeführern erhobene Vorwurf nicht bestätigt, der Rentenversicherungsträger sei bei der statusrechtlichen Beurteilung von Pflegekräften, die in stationären Einrichtungen eingesetzt sind, von Vorurteilen geleitet.

Zwar trifft es zu, dass die Sozialversicherungsträger gemeinschaftlich die Rechtsauffassung vertreten, dass Pflegepersonen, die zeitlich begrenzt in Krankenhäusern, Alten- oder Pflegeheimen tätig sind, um dort Vertretungen zu übernehmen oder sonstige außergewöhnliche Arbeitsbelastungen auszugleichen, grundsätzlich in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis i.S.d. § 7 Abs. 1 SGB IV stehen (vgl. Niederschrift über die Besprechung des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit über Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs am 08./ 09. Mai 2012).

Wie der Rentenversicherungsträger versichert hat, handelt es sich bei diesem Besprechungsergebnis allerdings lediglich um eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe

für die Sachbearbeitung, welche die grundsätzliche Rechtsansicht zur versicherungsrechtlichen Beurteilung der angesprochenen Berufsgruppe darstellt. Die regelmäßig erforderliche Prüfung im Einzelfall kann und soll dadurch nicht ersetzt werden.

Ob ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 7 Abs. 1 SGB IV oder aber eine selbständige Tätigkeit vorliegt, kann nicht pauschal entschieden werden, sondern ergibt sich erst in einer Gesamtwürdigung unter Berücksichtigung der Merkmale, die für eine selbständige Tätigkeit bzw. für eine abhängige Beschäftigung sprechen. Ob jemand abhängig beschäftigt oder selbständig tätig ist, hängt davon ab, welche Merkmale überwiegen. Maßgebend ist stets das Gesamtbild der Arbeitsleistung. Dieses bestimmt sich nach den tatsächlichen Verhältnissen, zu denen die rechtlich relevanten Umstände gehören, die im Einzelfall eine wertende Zuordnung zum Typus der abhängigen Beschäftigung erlauben.

Die vom Bundesversicherungsamt geprüften Einzelfälle bestätigten die grundsätzliche Aussage des Rentenversicherungsträgers. In allen Fällen ging der Entscheidung des Trägers eine Einzelfallprüfung voraus. Auch waren die jeweils ergangenen Entscheidungen im Ergebnis aufsichtsrechtlich nicht zu beanstanden.

Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch aufgrund fehlerhafter Beratung

Das von der Rechtsprechung entwickelte Institut des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs hilft immer wieder Betroffene vor sozialrechtlichen Nachteilen zu schüt-

zen. Gleich zweimal kam er im Falle einer Beschwerdeführerin zur Anwendung, die zwar nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung unterlag, aber mehrere Jahre freiwillige Beiträge entrichtete, um ihren Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente aufrecht zu erhalten. Dies ist nach der Vorschrift des § 241 Abs. 2 SGB VI möglich, wenn die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren vor dem 01. Januar 1984 erfüllt ist und bis zum Kalendermonat vor dem Eintritt der Erwerbsminderung jeder Monat mit einer Anwartschaftserhaltungszeit belegt ist.

Erst einige Jahre später erhielt sie vom Rentenversicherungsträger die Auskunft, dass ihr Versicherungskonto entgegen den bisherigen Mitteilungen doch nicht lückenlos sei und die gezahlten freiwilligen Beiträge den Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente nicht aufrechterhalten können. Daraufhin teilte sie dem Rentenversicherungsträger mit, keine weiteren freiwilligen Beiträge mehr zahlen zu wollen und forderte die bereits gezahlten freiwilligen Beiträge zurück. Im Rahmen des aufsichtsrechtlichen Verfahrens räumte der Rentenversicherungsträger einen Beratungsfehler ein und erstattete der Beschwerdeführerin die gezahlten freiwilligen Beiträge i.H.v. 2.145,70 Euro im Rahmen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches.

Das Bundesversicherungsamt stellte bei vollständiger Prüfung der Akten jedoch fest, dass der Rentenversicherungsträger die Kinderberücksichtigungszeiten übersehen hatte und durch diese doch alle Monate seit dem 01. Januar 1984 mit Anwartschaftserhaltungszeiten belegt waren. Dieser Umstand

führte dazu, dass der Beschwerdeführerin im Rahmen eines weiteren sozialrechtlichen Herstellungsanspruches die Möglichkeit eingeräumt wurde, die erstatteten Beiträge wieder einzuzahlen.

Gutschrift von zusätzlichen Entgeltpunkten bei Pflege eines pflegebedürftigen Kindes

Neben der Anerkennung einer Berücksichtigungszeit wegen Pflege nach § 249b SGB VI kann für pflegende Eltern auch eine Gutschrift von zusätzlichen Entgeltpunkten nach § 70 Abs. 3a SGB VI in Betracht kommen. Dies zeigt folgender Beispielfall: Eine Petentin, die ihr minderjähriges Kind in der Zeit vom 01. Januar 1992 bis 31. März 1995 pflegte, jedoch hierfür kein Pflegegeld oder ähnliche Leistungen in Anspruch nahm, weil ihr u.a. Geldleistungen aus einem zivilrechtlichen Schadensersatzanspruch zustanden, hatte die Anerkennung einer Berücksichtigungszeit wegen Pflege i.S.d. § 249b SGB VI beantragt. Der Antrag wurde vom Rentenversicherungsträger zu Recht abgelehnt, weil die Petentin keinen fristgerechten Antrag gestellt hatte.

Im Rahmen der Prüfung durch das Bundesversicherungsamt fiel jedoch auf, dass die Petentin noch weitere Kinder hatte und in dem oben genannten Zeitraum eine Berücksichtigungszeit für die Kindererziehung eines anderen Kindes vorlag. Weiter war dem Versicherungskonto zu entnehmen, dass 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten vorhanden waren. Damit kam die Erfüllung des Sondertatbestandes des § 70 Abs. 3a SGB VI für eine Gutschrift von Entgeltpunkten in Betracht. Obwohl es sich hierbei syste-

matisch nur um eine Berechnungsvorschrift handelt, stellt diese in solchen besonderen Fallkonstellationen auch eine eigene Anspruchsgrundlage dar. Nachdem der Rentenversicherungsträger aufgrund einer erneuten Prüfung festgestellt hatte, dass rückwirkend betrachtet eine nicht erwerbsmäßige Pflege und eine entsprechende Schwere der Pflegebedürftigkeit anzunehmen war, konnte eine Gutschrift an Entgeltpunkten erfolgen. Dies führte zu einer Erhöhung der monatlichen Rente um rund 30,00 Euro.

Zusätzliche Belohnung für Beschäftigte im Bergbau der ehemaligen DDR

In der ehemaligen DDR erhielten die Werktätigen unter bestimmten Voraussetzungen verschiedene zusätzliche Prämien als Bestandteil ihres Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts, die im Rahmen der Feststellung von Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatzversorgungssystem nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz zu berücksichtigen sind und zu einer Erhöhung der Rente führen können. Der tatsächliche Bezug solcher Prämien kann von den Betroffenen jedoch oftmals nicht nachgewiesen oder glaubhaft gemacht werden, weil hierüber in vielen Fällen keine Unterlagen mehr vorliegen.

Im Gegensatz zur Jahresendprämie, bei der es sich um eine sog. Erfüllungsprämie handelte, deren Gewährung an die Erfüllung vorher festgelegter Leistungskriterien gebunden war und deren Höhe jährlich auf Betriebsebene bestimmt wurde, bestand auf die zusätzliche Belohnung für Beschäftigte im Bergbau bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen ein Rechtsanspruch in einer

durch Verordnung festgelegten Höhe. Im Fall eines Petenten wurde die Anerkennung der zusätzlichen Belohnung abgelehnt, weil dieser den Erhalt der Prämie während seiner Tätigkeit in dem einem Bergbaubetrieb gleichgestellten Betrieb weder belegt noch glaubhaft gemacht habe.

Das Bundesversicherungsamt wies auf einen vergleichbaren Fall hin, in dem die Zahlung der zusätzlichen Belohnung für Beschäftigte im Bergbau anerkannt worden war. Außerdem legte der Petent Ehrenurkunden vor, die die erforderliche Dauer seiner Tätigkeit im Bergbau belegten. Aufgrund dessen überprüfte der Träger den Sachverhalt erneut und entschied, dass der Anspruch im Fall des Petenten im Wege der Glaubhaftmachung anerkannt wird. Die Höhe der Prämie wurde daraufhin anhand der Lohndaten fiktiv berechnet und zu fünf Sechsteln als zusätzlicher Arbeitsverdienst berücksichtigt. Dies führte zu einer Erhöhung der Altersrente um 44,05 Euro und einer Nachzahlung i.H.v. 5.716,78 Euro.

Versorgung mit Hilfsmitteln, insbesondere mit Hörgeräten

Die Frage, welcher Träger für die Versorgung mit Hörgeräten und ähnlichen Hilfsmitteln zuständig ist, beschäftigte das Bundesversicherungsamt auch im Berichtsjahr. Ursächlich hierfür sind die seit Jahren bestehenden Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und den Krankenkassen.

Unterschiedliche Rechtsauffassungen bestehen bei der Frage, in welchen Fällen die Vorschrift des § 14 SGB IX anzuwenden

ist. Im Gegensatz zu den Krankenkassen hält die DRV Bund den § 14 SGB IX in den Fällen für nicht anwendbar, in denen die Versorgung mit Hörgeräten und ähnlichen Hilfsmitteln eine Leistung der Krankenbehandlung nach dem SGB V ist. Viele Anträge, die innerhalb der im § 14 SGB IX vorgesehenen 14-Tagesfrist von der Krankenkasse an sie weitergeleitet wurden, lehnte die DRV Bund mit der Begründung ab, die Voraussetzungen des SGB VI lägen nicht vor. Eine Prüfung des Anspruchs nach anderen Leistungsgesetzen, z.B. dem SGB V, wie sie § 14 SGB IX verlangt, erfolgte nicht. Dies führte dazu, dass auch die eigentlich zuständige Krankenkasse im Nachhinein die Kosten für das beantragte Hörgerät oder ein ähnliches Hilfsmittel nicht übernehmen darf. Nach § 14 SGB IX ist der zweitangegangene Rehabilitationsträger (hier die DRV Bund) ausschließlich gegenüber dem Antragsteller zuständig. Alle anderen Rehabilitationsträger verlieren ihre Zuständigkeit. Obwohl die Anspruchsvoraussetzungen nach dem SGB V erfüllt waren, konnten die Antragsteller ihren Anspruch auf die notwendige Versorgung mit Hörgeräten und ähnlichen Hilfsmitteln oftmals nur in langwierigen Gerichtsverfahren durchsetzen.

Das Bundesversicherungsamt hatte bereits in der Vergangenheit, gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, den Abschluss einer Zuständigkeitsvereinbarung zwischen den Rentenversicherungsträgern und den Krankenkassen zur Lösung dieser Problematik angeregt (siehe Tätigkeitsbericht 2010). Nun endlich haben sich die DRV Bund und der GKV-Spitzenverband auf eine Verfahrensempfehlung zur Anwendung des § 14 SGB IX bei Anträgen

auf Hörhilfen verständigt. Ob damit eine Bearbeitung der Anträge sichergestellt ist, die den Bedürfnissen des Menschen mit Behinderung entspricht, wird das Bundesversicherungsamt aufsichtsrechtlich verfolgen. Das BVA hat der DRV Bund bereits mitgeteilt, dass nach seiner Auffassung unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung die Vorschrift des § 14 SGB IX auch in den Fällen anzuwenden ist, in denen Hörgeräte und ähnliche Hilfsmittel als Leistungen nach dem SGB V zu erbringen sind.

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

Die DRV Bund ist seit der Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung 2005 nicht mehr nur ein Rentenversicherungsträger, sondern nimmt zudem Grundsatz- und Querschnittsaufgaben für die gesamte Deutsche Rentenversicherung nach § 138 SGB VI wahr. In dieser Funktion kann sie verbindliche Entscheidungen treffen, die für alle Träger der Rentenversicherung verbindlich sind. Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2013 insgesamt 17 dieser verbindlichen Entscheidungen, mit denen vorwiegend grundsätzliche Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung geklärt werden sollen, geprüft. Hinsichtlich sechs dieser verbindlichen Entscheidungen hat das Bundesversicherungsamt Erörterungen mit der DRV Bund geführt, d.h. es wurden Nachfragen gestellt, Anregungen und Änderungswünsche diskutiert sowie Änderungen veranlasst.

4.5 Aufsichtsprüfungen bei den Rentenversicherungsträgern

Prüfverfahren Altersrenten, Zwischenergebnisse

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2013 bei den beiden seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträgern die Bearbeitung von Altersrenten geprüft. Die Prüfungen erstreckten sich auf insgesamt mehr als 500 Einzelfälle. Besonders hervorzuheben sind bisher die folgenden Prüffeststellungen:

Bescheiderteilung vor Verfahrensabschluss

Bei einem Rentenversicherungsträger fiel auf, dass Rentenbescheide erteilt wurden, obwohl die Sachverhaltsermittlungen noch nicht abgeschlossen waren. Beispielsweise stand noch eine gesonderte Meldung für eine erforderliche Hochrechnung gem. § 194 SGB VI aus, ohne die die Rente nicht abschließend festgestellt werden darf. Hintergrund für diese Verfahrensweise dürfte sein, dass die statistisch erfassten Laufzeiten sich durch die vorzeitige Bescheiderteilung verkürzen. Aufgrund des teils mehrere Monate in der Zukunft liegenden Rentenbeginns wäre ausreichend Zeit gewesen, den Eingang der erforderlichen Unterlagen bzw. Meldungen abzuwarten. Im Ergebnis führte diese Verfahrensweise dazu, dass die Renten zu einem späteren Zeitpunkt neu festgestellt werden mussten.

Außerdem hat das Bundesversicherungsamt bemängelt, dass Vorschüsse bewilligt wurden, obwohl weitere Sachverhaltsermittlungen teils zeitnah zu einem endgültigen Bescheid geführt hätten.

Im Hinblick auf die Kosten, die aufgrund überflüssiger Bescheiderteilung für die Versicherungsgemeinschaft entstehen, hat das Bundesversicherungsamt die Rentenversicherungsträger aufgefordert, diese Verfahrensweise abzustellen.

Ein Problem stellte auch die ordnungsgemäße Durchführung der Krankenversicherung der Rentner und deren Beitragserhebung bei der Rentenbewilligung dar. Statt den Eingang des erforderlichen Datensatzes der Krankenkasse abzuwarten, unterstellte der Rentenversicherungsträger ab Rentenbeginn eine Pflichtversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner. Der Rentenversicherungsträger nahm damit eine eventuelle spätere Neufeststellung in Kauf. Er wies die Rentner zudem nicht darauf hin, dass es sich bei der Einstufung als pflichtversicherter Rentner um eine vorausschauende Betrachtung handelt. Das Bundesversicherungsamt hat mit dem Träger erörtert, ob dieses Verfahren umgestellt wird. Insbesondere aufgrund der wenigen Fälle, in denen tatsächlich eine Neufeststellung erforderlich wurde, sieht es von der Weiterverfolgung der Angelegenheit ab.

Nichtberücksichtigung von Rentenbezugszeiten

Bei Erwerbsminderungsrenten werden Zurechnungszeiten berücksichtigt, um die vorzeitig in Rente gehenden Versicherten teils so zu stellen, als ob sie über den Eintritt der Erwerbsminderung hinaus Beiträge gezahlt haben (nach dem 2013 geltenden Recht bis zum 60. 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).

In einem Einzelfall ergab die Prüfung des Bundesversicherungsamtes, 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.

Für das Bundesversicherungsamt war diese Prüffeststellung Anlass, ein gesondertes Prüfverfahren einzuleiten, um hier die Thematik über den Einzelfall hinaus in grundsätzlicher Hinsicht weiterzuerfolgen.

Prüfverfahren Beitragserstattung, Zwischenergebnisse

Das Bundesversicherungsamt hat neben den Altersrentenprüfungen im Jahr 2013 erstmals eine Pilotprüfung bei einem Ren-

tenversicherungsträger zum Thema „Beitragserstattung nach § 210 SGB VI“ durchgeführt. Geprüft wurden zunächst 50 Einzelfälle.

In einer Vielzahl von Vorgängen wurde die Bescheidgestaltung des Rentenversicherungsträgers bei Ablehnung der Anträge auf Beitragserstattung bemängelt. Der Rentenversicherungsträger wird die vom Bundesversicherungsamt zum Bescheidaufbau getroffenen Prüfanmerkungen aufgreifen und diese der DRV Bund in ihrer Grundsatz- und Querschnittsfunktion vorlegen, da die Bescheidtexte bundesweit abgestimmt und von allen Rentenversicherungsträgern verwendet werden.

Ferner hat das Bundesversicherungsamt in vielen Prüffällen beanstandet, dass die Verzinsung des Erstattungsbetrags nach § 44 SGB I nicht geprüft wurde. Der Rentenversicherungsträger hat die Prüfanmerkungen des Bundesversicherungsamtes zum Anlass genommen, seine Mitarbeiter auf die Notwendigkeit der Prüfung der Verzinsung hinzuweisen. Ferner wird im Rahmen der Überarbeitung eines Vordrucks ein Hinweis für die Mitarbeiter auf die durchzuführende Verzinsung eingearbeitet.

Weitere Prüffeststellungen betrafen beispielsweise die Beratungspflichten, die Auszahlung des Beitragserstattungsbetrages und die zur Berechnung des Erstattungsbetrags verwendeten Beitragssätze. Insofern ist die Erörterung mit dem Träger noch nicht abgeschlossen.

Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes nach § 69 SGB IV in Eigenrichtungen der Rentenversicherungsträger

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung (DRV) haben bei der Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch eigene Rehabilitationskliniken (Reha-Kliniken) die in § 69 Abs. 2 SGB IV enthaltenen Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Geeignete Instrumente zur Umsetzung dieses Grundsatzes sind gem. § 69 Abs. 3 und 5 SGB IV Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und das sog. Benchmarking. Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen sind nach § 69 Abs. 3 SGB IV für alle finanzwirksamen Maßnahmen durchzuführen. Hierzu gehören z.B. das In- bzw. Outsourcing, die Durchführung von Bau- und Instandhaltungsmaßnahmen sowie die Beschaffung von beweglichen Gegenständen.

Das Bundesversicherungsamt hat 2013 bei verschiedenen Eigenbetrieben der bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträger untersucht, ob für finanzwirksame Maßnahmen Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen vorgenommen werden. Festgestellt wurde, dass die gesetzlichen Vorgaben und die seit 2008 geltende Rahmenrichtlinie für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen in Reha-Einrichtungen der DRV nicht beachtet wurden. Die geprüften Träger wurden aufgefordert, darauf zu achten, dass in ihren Einrichtungen künftig für alle finanzwirksamen Maßnahmen Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchgeführt werden.

Am Beispiel einer Reha-Einrichtung wurde außerdem geprüft, ob durch Maßnahmen wie das Benchmarking mit anderen Reha-Kliniken deren Wirtschaftlichkeit erhöht werden konnte. Für das Benchmarking in der Klinikgruppe der DRV sind zwei Verfahren vorgesehen: Einerseits ein Vergleich des eigenen Pflegesatzes mit sog. Marktpreisen, d.h. den Vergütungssätzen, die der DRV-Träger für die Behandlung eigener Patienten an private Vertragseinrichtungen zahlt. Zu diesem Zweck legt die DRV Bund jährlich für jede DRV-Einrichtung eine rechnerische Marktpreisobergrenze fest. Das zweite Verfahren umfasst einen Kennzahlenvergleich der DRV-Kliniken untereinander.

Der geprüften Einrichtung ist es im Betrachtungszeitraum 2009 bis 2012 nicht gelungen, die für sie maßgebliche Marktpreisobergrenze einzuhalten. Festgestellt wurde außerdem, dass sie sich am Benchmarking innerhalb der DRV-Klinikgruppe noch nicht beteiligt. Der Träger wurde dazu angehalten, wirksame Maßnahmen einzuleiten, die es der Reha-Einrichtung künftig ermöglichen sollen, ihre rechnerische Marktpreisobergrenze einzuhalten bzw. zu unterschreiten. Zudem ist deren Einbindung in das Benchmarking innerhalb der DRV-Klinikgruppe sicherzustellen. Hierbei hat sich die Einrichtung jeweils an den Reha-Kliniken mit den besten Ergebnissen des Kennzahlenvergleichs zu orientieren.

4.6 Aufsicht über die Künstlersozialkasse

Ausgleichsvereinigungen

Zur Zahlung der Künstlersozialgabe verpflichtete Unternehmen können nach § 32 Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) Ausgleichsvereinigungen bilden, bei denen die Ermittlung der Entgelte für künstlerische und publizistische Werke oder Leistungen unter Zugrundelegung von anderen für ihre Höhe maßgebenden Berechnungsgrößen als den gesetzlich vorgegebenen erfolgt. Das Bundesversicherungsamt hat die entsprechenden Verträge zwischen den Unternehmen, die eine Ausgleichsvereinigung bilden wollen, und der Künstlersozialkasse zu prüfen und ihnen zuzustimmen. Im Jahr 2013 hat das Bundesversicherungsamt sechs Vereinbarungen, mit denen neue Ausgleichsvereinigungen gegründet wurden, und zwei Vereinbarungen, mit denen Verträge bereits bestehender Ausgleichsvereinigungen überarbeitet wurden, genehmigt. Zudem hat das Bundesversicherungsamt drei Zusatzvereinbarungen und zwei Verträge über die Erstattung von Verwaltungskosten zugestimmt. Darüber hinaus wurden sechs Gründungs-, drei Folge- und eine Zusatzvereinbarung vorgeprüft, so dass diesen nach der Unterzeichnung durch die Vertragsparteien umgehend zugestimmt werden kann.

4.7 Internationales Sozialversicherungsrecht

Internationale Kontakte/ Konferenzen

Auch im Berichtsjahr hat das Bundesversicherungsamt an Verhandlungen und Besprechungen im internationalen Bereich teilgenommen.

So zog das Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Bundesversicherungsamt als Sachverständigen zu den Gesprächen zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Föderation Russland hinzu. Das Bundesversicherungsamt konnte demgemäß seine Erkenntnisse aus der aufsichtsrechtlichen Praxis in diese Gespräche miteinbringen.

Das Bundesversicherungsamt hat darüber hinaus die Gespräche zwischen den deutschen Rentenversicherungsträgern und den ungarischen, tschechischen, belgischen, österreichischen und kroatischen Versicherungsträgern begleitet. Bei der deutsch-ungarischen, deutsch-tschechischen, deutsch-belgischen und deutsch-österreichischen Verbindungsstellenbesprechung ging es vor allem um materiellrechtliche Fragen zum jeweiligen nationalen Recht sowie zu den seit 01. Mai 2010 anwendbaren Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009. Einen besonderen Stellenwert nahmen bei der kroatisch-deutschen Verbindungsstellenbesprechung die auch im Verhältnis zu Kroatien ab dessen Beitritt zur Europäischen Union zum 01. Juli 2013 anzuwendenden Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 ein.

Diskutiert wurden bei allen Gesprächen der Verbindungsstellen Folgen verschiedener Organisationsreformen sowie nationaler Rechtsänderungen und es wurden Verfahrensfragen abgestimmt, um im Interesse der Versicherten die langwierigen Verwaltungsverfahren insgesamt zu beschleunigen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im europäischen Ausland

Beschwerdeführer schildern und kritisieren in ihren Eingaben zunehmend Schwierigkeiten, die ihnen bei Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im europäischen Ausland begegnen. Die Gründe, warum sie eine solche Versorgung gerade nicht in Deutschland, sondern in einem anderen europäischen Mitgliedsstaat durchführen wollen, sind vielschichtig, häufig aber mit der besonderen Angebotsstruktur einer bestimmten ausländischen Rehabilitationseinrichtung begründet.

Das europäische Recht stellt Rehabilitanden für eine grenzüberschreitende rehabilitative Versorgung zwei gesetzliche Anspruchsgrundlagen zur Verfügung, nämlich Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 als sog. Sachleistungsaushilfe sowie die Richtlinie 2011/24/EU als Kostenerstattung. Aufgrund der Zweispurigkeit der beiden Anspruchsgrundlagen hat der Rehabilitand insoweit ein Wahlrecht. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stehen jedoch – wie im Inland auch – unter dem Vorbehalt der vorherigen Genehmigung durch den zuständigen Leistungsträger. Die Erteilung der Genehmigung steht grundsätzlich im Ermessen des Leistungsträgers. Anspruch auf die Erteilung einer Genehmigung besteht, wenn beide Voraussetzungen des Artikels 20 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 erfüllt sind. Die in einem anderen Mitgliedsstaat nachgesuchte Rehabilitationsleistung muss danach zu den Leistungen gehören, die der Rehabilitand in seinem eigenen Wohnstaat in einer vergleichbaren Leistungsform selbst auch beanspruchen

kann. Außerdem muss ihm die rehabilitative Versorgung aufgrund seines derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs seiner Krankheit in seinem Wohnstaat nicht rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden können.

Die Erfahrungen der jüngsten Zeit belegen, dass der Stellenwert der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen wie der rehabilitativen Versorgung von Versicherten ständig steigt. Eine aktive Begleitung der Umsetzung, gerade im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung, wird daher Schwerpunkt auch künftigen aufsichtsrechtlichen Handelns bleiben.

Beendigung der freiwilligen Versicherung bei Umzug ins vertragslose Ausland

Zieht eine in der deutschen Krankenversicherung freiwillig versicherte Person in einen Staat um, mit dem die Bundesrepublik Deutschland keine vertraglichen Beziehungen im Bereich der Krankenversicherung hat, endet grundsätzlich ihre Mitgliedschaft kraft Gesetzes mit dem Tag des Umzugs. Denn eine Berechtigung zur Begründung bzw. zur Fortführung der freiwilligen Versicherung besteht in der Regel nur für Personen, die in Deutschland wohnen oder sich dort gewöhnlich aufhalten. Ausnahmen hiervon sehen allerdings die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sowie einige bilaterale Sozialversicherungsabkommen vor.

Einige Krankenkassen beendeten die Mitgliedschaft jedoch nicht mit dem Umzugstag, sondern bestanden auf Einhaltung einer

Kündigungsfrist oder boten ihren Versicherten eine beitragsermäßigte freiwillige Versicherung ohne Leistungsansprüche an. Diese letztgenannte Versicherung ist allerdings ausschließlich bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland und auch dann nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig.

Das Bundesversicherungsamt hat die betreffenden Krankenkassen auf die geltende Rechtslage hingewiesen und konnte so erreichen, dass die freiwillige Mitgliedschaft von Betroffenen rückwirkend mit dem Tag der Wohnsitzverlegung beendet und zu viel gezahlte Beiträge erstattet wurden.

Übersetzungskosten für ausländische Arztrechnungen

Versicherte deutscher Krankenkassen, die während ihrer Reise im sogenannten vertraglichen Ausland (EU, EWR, Schweiz sowie Staaten, mit denen ein die Krankenversicherung betreffendes Sozialversicherungsabkommen besteht) erkranken, müssen oftmals noch am Urlaubsort einen Arzt aufsuchen. Dabei kommt es immer wieder vor, dass ausländische Ärzte die Europäische Krankenversicherungskarte oder die Auslandsberechtigungsscheine nicht akzeptieren und die in Anspruch genommenen Leistungen privat abrechnen.

Nach Rückkehr aus dem Urlaub beantragen die Versicherten dann bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse eine Kostenerstattung und reichen dazu die häufig in ausländischer Landessprache abgefassten Arztrechnungen ein.

Mehrere Eingaben im Berichtsjahr haben gezeigt, dass es für deutsche Krankenkassen regelmäßig schwierig ist, den erstattungsfähigen Betrag auf der Grundlage von Rechnungen in ausländischer Sprache zu ermitteln. Sie verlangen daher vielfach, dass der Versicherte auf seine Kosten eine Übersetzung der Belege - zum Teil auch in beglaubigter Form - beschafft und wieder bei seiner Krankenkasse einreicht.

Da in Deutschland die deutsche Amtssprache für amtliche Mitteilungen, Entscheidungen und Bescheide maßgeblich ist, kann die Krankenkasse grundsätzlich auch eine Übersetzung der in ausländischer Sprache eingereichten Schriftstücke vom Versicherten zu seinen Lasten fordern. Dies gilt aber nicht, wenn die im vertraglichen Ausland eingetretenen Sachverhalte nach über- oder zwischenstaatlichem Recht zu beurteilen sind. Dann müssen die Krankenkassen Schriftstücke in der Sprache des Vertrags- oder Mitgliedstaates wie deutsche Schriftstücke entgegennehmen und folglich benötigte Übersetzungen selbst oder auf eigene Kosten vornehmen. Hierauf hat das Bundesversicherungsamt betroffene Krankenkassen im Rahmen aufsichtsrechtlicher Prüfungen aufmerksam gemacht. Versicherten wurden dann auch die von ihnen getragenen Übersetzungskosten erstattet.

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG

Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau/Aufsicht

Personalübergang

Nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-Neuordnungsgesetz - LSV-NOG) galt es, zum 01. Januar 2013 die sofortige Funktionsfähigkeit der neu errichteten Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) sicherzustellen und mit Leben zu erfüllen. Besondere Bedeutung kam hierbei dem Organisationskonzept und dem Übergang von ca. 6.000 Beschäftigten von den bisherigen landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträgern sowie dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV) auf den neuen Bundesträger zu.

Mit der Vereinigung zur SVLFG wurden erstmals vier verschiedene Sozialversicherungszweige der einzelnen landes- und bundesunmittelbaren landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger und der LSV-SpV zu einem Sozialversicherungsträger fusioniert. Daher war die Aufstellung eines alle Beschäftigten umfassenden Stellenplanes aus dem bei den einzelnen Trägern vorhandenen Personalangebot eine der wesentlichen Aufgaben der landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde war und ist auch weiterhin ein steter Begleiter der SVLFG und stand mit Rat und Tat zur Sei-

te – insbesondere auch bei der Klärung von auftretenden personalrechtlichen Einzelfragen und der Aufstellung eines geordneten Stellenplans. Gleichfalls hat das Bundesversicherungsamt durch die Vorabstimmung des DO-Stellenplans, der Laufbahnrichtlinien und der Dienstordnung mit der SVLFG die umfangreichen Vorarbeiten zur Errichtung des neuen Bundesträgers aktiv betreut.

Weiterhin hatte das Bundesversicherungsamt im Jahr 2013 auch 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. Um dies sicherzustellen, hat das Bundesversicherungsamt dem Träger aufgegeben, regelmäßig über die Fortschritte seiner Organisationsuntersuchungen und der darauf aufbauenden Personalbedarfsermittlung zu berichten.

Haushaltsaufstellung und -genehmigung

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

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

Das Bundesversicherungsamt hat die SVLFG in 2013 bei der Haushaltsplanung 2014 und auch bei der Haushaltsbewirtschaftung 2013 beratend begleitet. Das Haushaltsaufstellungsverfahren für den Haushalt 2014 erfolgte erstmals unter dem Dach des neuen Trägers, dabei mussten die im ersten Jahr der Neuorganisation zu beachtenden Besonderheiten 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 in 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 überschrei-

ten. Bei der Ermittlung dieser Obergrenzen bleiben Ausgaben für die Versorgung sowie Zuführungen zu den Altersrückstellungenvermögen unberücksichtigt.

Der vom Vorstand der SVLFG aufgestellte Haushaltsplan mit einem Gesamtvolumen von 6.943 Mio. Euro wurde fristgerecht vorgelegt und wurde seitens des Bundesversicherungsamtes mit Maßgaben im Wesentlichen genehmigt. Da nach der Prognose die Verwaltungs- und Verfahrenskosten auf Basis des Haushaltsplanes 2014 bislang noch nicht die vom Gesetzgeber vorgegebenen Obergrenzen unterschreiten, erfolgte die Genehmigung des Haushaltsplanes unter Ausschluss der Haushaltsansätze für die Dienstbezüge der Beamtinnen, Beamten und DO-Angestellten und für die Entgelte der Tarifbeschäftigten der SVLFG, sodass für diese Haushaltsstellen die Vorgaben der vorläufigen Haushaltsführung nach § 72 SGB IV gelten. Ferner konnten im Personalhaushalt nicht alle Etatisierungen genehmigt werden. So wurden insbesondere die Planstellen für die Regionalbeauftragten nur befristet bis Ende 2014 teilgenehmigt.

Budgetierung

Der Gesetzgeber hatte aufgrund des öffentlichen Interesses an einer Reduzierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung im LSV-NOG festgelegt, dass der einheitliche Bundesträger die im Gesetz betragsmäßig ausgewiesenen Einsparziele bis zum Jahr 2016 zu erreichen hat. Die SVLFG hat im Jahr 2013 mit Unterstützung des Bundesversicherungsamtes - in enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und

Soziales und dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft - ein ausführliches Feinkonzept zur Budgetierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten vorgelegt, welches im Rahmen der zukünftigen Haushaltsgenehmigungsverfahren eine Überprüfung der Realisierbarkeit der bis Ende 2016 vorgegebenen Zielvorgaben ermöglichen soll. Ferner wurde dem Träger auch bei Genehmigung des Haushaltsplanes bezogen auf die dort ausgebrachten Stellen aufgegeben, unverzüglich eine Organisationsuntersuchung und Personalbedarfsermittlung gem. § 69 Abs. 6 SGB IV durchzuführen. Als Konsequenz dieser Vorgaben dürfen im laufenden Haushaltsjahr bei der SVLFG frei werdende Stellen nur im Ausnahmefall mit externen Kräften nachbesetzt werden. Zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit der SVLFG ist grundsätzlich allerdings eine Übernahme von (hauseigenen) Studierenden nach Abschluss des Studiums sowie die befristete Übernahme von Auszubildenden nach Abschluss der Ausbildung möglich.

Einführung eines bundeseinheitlichen Beitragsmaßstabs in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung

Der Gesetzgeber hat der zum 01. Januar 2013 errichteten SVLFG aufgegeben, bis zum 31. Oktober 2013 u.a. für die landwirtschaftliche Unfallversicherung einen bundeseinheitlichen Beitragsmaßstab festzulegen. Bisher bestehende, mitunter gravierende Beitragsunterschiede aufgrund der regionalen Belastungssituationen und unterschiedlicher Beitragsberechnungsgrundlagen sollten beseitigt und Wettbewerbsverzerrungen abgebaut werden. Um eine

finanzielle Überforderung der landwirtschaftlichen Unternehmen zu vermeiden, hat der Gesetzgeber mit § 221b SGB VII Übergangsregelungen geschaffen, so dass erst ab dem Jahr 2018 der neue Beitrag vollständig, d.h. ohne eine Berücksichtigung von Angleichungsfaktoren, nach dem neuen Beitragsmaßstab zu zahlen ist.

Mit dem am 22. März 2013 beschlossenen 2. Nachtrag zur Satzung, der durch den am 20. November 2013 beschlossenen 3. Nachtrag zur Satzung ergänzt wurde, hat die Vertreterversammlung der SVLFG die beitragsrechtlichen Regelungen für die landwirtschaftliche Unfallversicherung mit Wirkung zum 01. Januar 2013 für das Umlagejahr 2013 beschlossen. Der neue Beitragsmaßstab war zuvor aufgrund eines wissenschaftlichen Gutachtens konzipiert worden.

Mit Bescheiden vom 30. September und 16. Dezember 2013 hat das Bundesversicherungsamt die Berechnungsgrundlagen genehmigt. Die Satzungsregelungen zur Bemessung des Grundbeitrags und zur Durchführung des solidarischen Ausgleichs zwischen den Risikogruppen sowie innerhalb der Risikogruppen wurden befristet bis zum 31. Dezember 2015 genehmigt. Es besteht die Möglichkeit, dass sich das der Ausgestaltung der Vorschriften zugrunde liegende Datenmaterial im Verlauf dieses Zeitraumes verändert und erneute Entscheidungen der Selbstverwaltung erforderlich werden.

6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

6.1 Gerichtsverfahren

Die Prozessstatistik weist für das Jahr 2013 insgesamt 94 neue Rechtsstreite - allesamt Hauptsacheverfahren - aus. Dies ist gut ein Drittel weniger als noch im Vorjahr (2012: 158 neue gerichtliche Verfahren).

Thematisch verteilen sich die 94 neuen gerichtlichen Verfahren in 2013 auf 56 Rechtsstreite, in denen Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes in seiner Eigenschaft als Verwaltungsbehörde beklagt wurden, und 38 Klagen aus dem Aufsichts- und Mitwirkungsbereich. In 54 von 56 Rechtsstreiten aus der erstgenannten Kategorie wenden sich gesetzliche Krankenkassen gegen Bescheide des Bundesversicherungsamtes auf dem Gebiet des Risikostrukturausgleichs bzw. Gesundheitsfonds, die übrigen zwei Verfahren betreffen Angelegenheiten aus dem Entschädigungsrentenrecht.

Rechtsstreite zum Risikostrukturausgleich/Gesundheitsfonds bilden damit die stärkste Gruppe unter den Neueingängen im Jahr 2013, ihre Zahl hat gegenüber dem Vorjahr nur leicht abgenommen (2012: 65 neue Verfahren in diesem Bereich). Zu erklären ist dies mit der anhaltend hohen Klagebereitschaft der Krankenkassen hinsichtlich der sog. Verstorbene(n)problematik im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung. Das insoweit mit einer besonderen Zuständigkeit ausgestattete Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (vgl. § 29 Abs. 3 Nr. 1 SGG) hat am 04. Juli 2013 sechs the-

matisch einschlägige Klagen (jeweils zwei zu den Festlegungen für die Ausgleichsjahre 2011, 2012 und 2013) entschieden, wobei den beiden Klagen zu den Festlegungen 2013 stattgegeben wurde und die gegen die Festlegungen für die Ausgleichsjahre 2011 und 2012 gerichteten Klagen abgewiesen wurden (Az.: L 16 KR 774/12 KL und L 16 KR 800/12 KL (2013); L 16 KR 641/12 KL und L 16 KR 646/12 KL (2012) sowie L 16 KR 732/12 KL und L 16 KR 756/12 KL (2011)). Die Urteile betreffend das Ausgleichsjahr 2013 sind inzwischen rechtskräftig; gegen die übrigen vier Urteile wurde seitens der unterlegenen Krankenkassen jeweils das Rechtsmittel der Revision eingelegt. Da 2014 das Bundessozialgericht die Revision zurückgewiesen hat, besteht die Hoffnung, dass nach der höchstrichterlichen Klärung der entsprechenden Rechtsfragen auch in diesem Bereich Rechtsfrieden einkehrt und die Anzahl der Klagen künftig wieder abnimmt.

Rechtsstreite aus der Aufsichts- und Mitwirkungstätigkeit des Bundesversicherungsamtes sind mit nur noch 38 neuen Verfahren im Jahr 2013 (2012: 88 Zugänge) zwar statistisch rückläufig, zumal in 12 der 38 Rechtsstreite lediglich eine Beiladung des Bundesversicherungsamtes als Aufsichtsbehörde des dort beklagten Sozialversicherungsträgers erfolgte. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die hohe Zahl der Klagen im Vorjahr durch einen Sondereffekt hervorgerufen wurde (47 von 88 neuen Aufsichtsklagen in 2012 betrafen die Bestimmung einer Schiedsperson durch

das Bundesversicherungsamt gemäß § 73b Abs. 4a Satz 2 SGB V für das Saarland). Vor diesem Hintergrund bewegen sich die Zahlen für neue Klagen im Aufsichtsbereich letztlich auf konstantem Niveau.

Im Laufe des Jahres 2013 wurden insgesamt 23 gerichtliche Verfahren mit Beteiligung des Bundesversicherungsamtes durch Urteile oder Beschlüsse entschieden, davon 19 zugunsten des Bundesversicherungsamtes. Sieben Entscheidungen erwuchsen in Rechtskraft.

Lediglich eines dieser rechtskräftig beendeten Verfahren wurde durch eine höchstrichterliche Entscheidung des Bundessozialgerichts entschieden. Gegenstand dieses Rechtsstreits war der an die City BKK gerichtete Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 4. Mai 2011 über die Schließung der Krankenkasse mit Ablauf des 30. Juni 2011 auf der Grundlage von § 153 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Wie bereits an dieser Stelle im Tätigkeitsbericht 2011 berichtet wurde, hatten dutzende Beschäftigte der City BKK Anfechtungsklage gegen den aufsichtsbehördlichen Schließungsbescheid erhoben, wohingegen die Adressatin des Bescheides, die City BKK, keine Klage gegen die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes einlegte. Mit Urteil vom 12. März 2013 (Az.: B 1 A 1/12 R) hat das Bundessozialgericht eine dieser Klagen höchstrichterlich entschieden und die vom Kläger eingelegte Revision zurückgewiesen, nachdem der Klage bereits in den Vorinstanzen der Erfolg versagt geblieben war.

Das Bundesversicherungsamt hat in diesem Zusammenhang von Anfang an vertreten,

dass der streitgegenständliche Schließungsbescheid in dem aufsichtsrechtlichen Sonderrechtsverhältnis zwischen Aufsichtsbehörde und City BKK ergangen ist und allein auf aufsichtsrechtlichen Normen gründet. Dabei dient das Aufsichtsrecht ausschließlich dem öffentlichen Interesse, ist dagegen nicht dazu bestimmt, dem Individualinteresse Einzelner zu dienen. Dass sich dies auch hier so verhält, erkennt man an der Rechtsgrundlage des Bescheides in § 153 Satz 1 Nr. 3 SGB V, die allein dem öffentlichen Interesse, nämlich dem Erhalt der finanziellen Stabilität und damit Funktionsfähigkeit des GKV-Systems dient. Anhaltspunkte dafür, dass mit dieser Norm auch individuelle Rechte von Beschäftigten geschützt werden sollen, sind nicht ersichtlich. All dies führt dazu, dass die Klage bereits mangels Klagebefugnis unzulässig ist.

Darüber hinaus hatte das Bundesversicherungsamt die Zulässigkeit der erhobenen Anfechtungsklage gegen den Schließungsbescheid unter dem Gesichtspunkt der Erledigung in Abrede gestellt. Bei der Schließungsverfügung handelt es sich nämlich um einen rechtsgestaltenden Verwaltungsakt, der seine Gestaltungswirkung zum verfügbaren Schließungszeitpunkt einmalig für eine juristische Sekunde entfaltet (Beseitigung der Rechtspersönlichkeit der geschlossenen Krankenkasse als gesetzlicher Krankenversicherungsträger). Danach gehen vom Schließungsbescheid keine Rechtswirkungen mehr aus. Hier war der Schließungsbescheid mit Sofortvollzug versehen worden, so dass die vom Kläger erhobene Anfechtungsklage auch keine aufschiebende Wirkung auslösen konnte.

Demnach trat die einmalige Gestaltungswirkung der Schließungsverfügung mit Ablauf des 30. Juni 2011 ein und konnte ab diesem Zeitpunkt nicht mehr mit der Anfechtungsklage, sondern allenfalls mit einer Fortsetzungsfeststellungsklage angegriffen werden.

Diesen Aspekt hatten die Urteile der Vorinstanzen unberücksichtigt gelassen, im Falle des LSG Hamburg (Urteil vom 28. Juni 2012, Az.: L 1 KR 148/11) sogar ausdrücklich negiert.

Das Bundessozialgericht hingegen bestätigte auch in diesem Punkt die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes. Das Gericht stellte überdies klar, dass sich vorliegend eine Klagebefugnis auch nicht durch eine verfassungskonforme Auslegung der Schließungsvorschriften ergebe. Denn einerseits sei der Staat in § 164 SGB V seiner Schutzpflicht für die Arbeitnehmer nachgekommen. Die Reichweite dieses Schutzes sei vor den Arbeitsgerichten zu klären. Andererseits gebiete die Rechtsschutzgarantie des Art. 19 Abs. 4 GG nicht, sämtliche staatliche Organisationsakte für jedermann gerichtlich angreifbar zu machen.

Am Ende des Jahres 2013 konnten neben den 7 rechtskräftig entschiedenen Rechtsstreiten 93 weitere gerichtliche Verfahren erledigt werden, allein 84 davon endeten durch Klage- oder Rechtsmittelrücknahmen. Im Saldo gleichen sich 94 Zu- und 100 Abgänge in 2013 nahezu aus, so dass der Bestand im Prozessregister des Bundesversicherungsamtes mit 235 Verfahren gegenüber dem Vorjahr praktisch unverändert ist (2012: 241 Verfahren).

6.2 Selbstverwaltung

Einführung einer Zustimmungspflicht der Aufsichtsbehörden zu Vorstandsdienstverträgen durch Änderung des § 35a SGB IV

Der Deutsche Bundestag hat mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften auf Grund der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) die Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch durch Einfügung eines Absatzes 6a in § 35a SGB IV beschlossen (BT-Drs. 17/13770) und eine Vorlagepflicht sowie einen Zustimmungsvorbehalt durch die Aufsichtsbehörden über die gesetzlichen Krankenkassen für Vorstandsdienstverträge eingeführt. Das Gesetz trat am 13. August 2013 in Kraft.

Seit der Einführung der Funktion des hauptamtlichen Vorstands von gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 1996 hat der Gesetzgeber keine weiteren spezialgesetzlichen Regelungen zur Vorlagepflicht von Vorstandsdienstverträgen bei den Aufsichtsbehörden - weder für die Vorlage von Entwürfen von Verträgen noch von abgeschlossenen Verträgen - verabschiedet. Die Aufsichtsbehörden konnten daher bislang eine Unterzeichnung der Vorstandsdienstverträge vor der aufsichtsrechtlichen Prüfung nicht verhindern. Enthielt ein abgeschlossener Vorstandsdienstvertrag aus Sicht des Bundesversicherungsamtes rechtlich unzulässige Regelungen, konnte das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage des § 89 Abs. 1 SGB IV die Krankenkasse lediglich aufsichtsrechtlich beraten und verpflichten, künftig keine vergleichbaren Verträge mehr abzuschließen.

Im Hinblick darauf, dass die Sozialgerichte den Verwaltungsräten der Krankenkassen sehr weitreichende Gestaltungsspielräume bei der Vereinbarung von Vorstandsvergütungen einräumten, kam ein solches aufsichtsrechtliches Einschreiten jedoch nur in besonders gravierenden Ausnahmefällen in Betracht.

Mit Ergänzung des § 35a SGB IV um einen Absatz 6a soll nun sichergestellt werden, dass Vorstandsdienstverträge nicht ohne vorherige Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde wirksam werden und die darin vereinbarten Vergütungen der Vorstände in angemessenem Verhältnis zur Größe der Körperschaft und zum Aufgabenbereich stehen, wobei insbesondere die Zahl der Mitglieder zu berücksichtigen ist.

Da konkrete Maßstäbe zur Ausgestaltung der Vorstandsdienstverträge insbesondere zur Vergütungshöhe vom Gesetzgeber nicht genannt worden sind, haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder eine Arbeitsgruppe gebildet, um gemeinsame Maßstäbe für eine angemessene Ausgestaltung der Vorstandsdienstverträge sowie das Muster eines Dienstvertrages zu erarbeiten. Im Rahmen der 83. Arbeitstagung vom 13. bis 14. November 2013 in Dresden haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder ein von der Arbeitsgruppe erstelltes Arbeitspapier als gemeinsamen Maßstab zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und das Muster eines Vorstandsdienstvertrages beschlossen, welches das Bundesversicherungsamt mit Rundschreiben vom 05. Dezember 2013 den seiner Aufsicht unterstehenden gesetzlichen Krankenkassen zugänglich gemacht hat

und anhand dessen die Bewertung der Vorstandsdienstverträge vorgenommen wird.

Gesetzgeber reagiert auf Missstände bei der Ausgestaltung von Mietverträgen mit Vorlagepflicht

In den vergangenen Jahren hat das Bundesversicherungsamt vermehrt schwerwiegende Verstöße verschiedener Sozialversicherungsträger gegen das in § 69 Abs. 2 SGB IV verankerte Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Zusammenhang mit der Anmietung von Büroraum festgestellt. Das Bundesversicherungsamt berichtete im letztjährigen Tätigkeitsbericht über einen besonders eklatanten Fall einer Krankenkasse (siehe Seite 93 ff.).

Auswertungen mehrerer Mietverträge, die für die betroffenen Krankenkassen zu hohen finanziellen Belastungen geworden sind, ergaben, dass - neben weit über dem ortsüblichen Vergleichsmietzins liegenden Mietpreisen - insbesondere die Anmietung zu großer, nicht bedarfsgerechter Flächen sowie eine lange Mietzeitbindung ohne die Möglichkeit einer vorzeitigen Kündigung (etwa im Falle einer Schließung oder Fusion der Krankenkasse) die hauptsächlichen Beanstandungen darstellten. Ursachen für unsachgemäße Objektauswahl und Vertragsgestaltung sind u.a. in überalterten oder nicht durchgeführten Personalbedarfsanalysen, unrealistischen Wachstumsprognosen, unzureichenden Markterkundungen und Wirtschaftlichkeitsberechnungen, nicht vorhandenen Raumkonzepten oder übertriebenen Anforderungen an Ausstattung und Größe von Räumlichkeiten zu suchen.

Da das Bundesversicherungsamt trotz einer ausdrücklichen Vorlageempfehlung nur selten vor Abschluss kostenträchtiger Mietverträge eingebunden wurde, um die Krankenkassen im Vorfeld beraten zu können, sah der Gesetzgeber die Notwendigkeit, vergleichbare Fehlentwicklungen in Zukunft zu verhindern.

Mietverträge, von denen ein hohes Schadenspotenzial für die betreffende Krankenkasse ausgehen kann, müssen deshalb der zuständigen Aufsichtsbehörde so zeitgerecht vor Abschluss vorgelegt werden, dass seitens dieser eine ausreichende Prüfung stattfinden und die Krankenkasse erforderlichenfalls dahingehend beraten werden kann, den Vertrag nicht oder nur in geänderter Form abzuschließen. § 85 Abs. 3a SGB IV sieht vor, dass Mietverträge von Krankenkassen und ihren Verbänden der Aufsichtsbehörde vor ihrem Abschluss vorzulegen sind, wenn die anzumietende Fläche 7.500 m² übersteigt und eine Mietdauer von mehr als zehn Jahren fest vereinbart werden soll.

Diese Gesetzesänderung nahm das Bundesversicherungsamt zum Anlass, seine Leitlinien für das Mieten von Büroraum und sonstigen Flächen, die Verwaltungszwecken dienen (Leitlinien 88), zu überarbeiten und zu aktualisieren. Auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes stehen die aktualisierte Version vom 05. September 2013 und eine Synopse, welche die Unterschiede zur Vorgängerversion aufzeigt, zum Herunterladen bereit. Neben der Berücksichtigung der o.g. Vorlagepflicht für entsprechende Mietverträge wurden hauptsächlich Anpassungen im Bereich der Flächenarten und -normen sowie des gewerblichen Mietrechts und der Personalbedarfsprognose vorgenommen.

Auch den Trägern der Unfall- und Rentenversicherung empfiehlt das Bundesversicherungsamt ausdrücklich, Mietverträge in den genannten Fällen vorzulegen, um potentielle wirtschaftliche Schäden für die Sozialversicherungsträger im Vorfeld abzuwenden. Darüber hinaus steht das Bundesversicherungsamt für eine aufsichtsrechtliche Beratung selbstverständlich nach wie vor auch in den Fällen zur Verfügung, die nicht von der Vorlagepflicht erfasst werden.

6.3 Personal- und Dienstrecht

Aktuelle Fragen der Genehmigung von DO-Stellenplänen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften

Das Bundesversicherungsamt ist gem. § 147 SGB VII für die Genehmigung von DO-Stellenplänen als Bestandteil der Dienstordnungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften zuständig. Hierbei liegt der Fokus, wie schon in den vergangenen Jahren, auf der Optimierung von Organisation, Verfahrensabläufen und Personalbedarf, um den Vorgaben des Gesetzgebers zur Reduzierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten der gewerblichen Berufsgenossenschaften gem. § 222 Abs. 4 Satz 1 SGB VII zu entsprechen.

Diesbezüglich hat das Bundesversicherungsamt zwischenzeitlich seine Genehmigungspraxis geändert. DO-Stellenpläne können danach grundsätzlich nur noch zeitlich befristet genehmigt werden. Anlass ist die durch das Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (VerwVereinfachungsG) eingeführte Regelung des § 69 Abs. 6 SGB IV, wonach Sozial-

versicherungsträger Planstellen und Stellen nur noch ausbringen dürfen, soweit sie unter Anwendung angemessener und anerkannter Methoden der Personalbedarfsermittlung begründet sind. In dem DO-Stellenplan sind danach nur die Stellen aufzunehmen, die nach dem tatsächlichen aktuellen Bedarf der Berufsgenossenschaft erforderlich sind. Dieser Bedarf ist auf der Grundlage einer Personalbedarfsermittlung gem. § 69 Abs. 6 Satz 1 SGB IV nach einer zuvor durchzuführenden Organisationsuntersuchung zu ermitteln. Hierdurch soll dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verstärkt Rechnung getragen werden. Nach Ablauf eines gewissen Zeitraums entspricht das Ergebnis einer abgeschlossenen Personalbedarfsermittlung erfahrungsgemäß nicht mehr dem tatsächlichen Personalbedarf. Dies ergibt sich auch aus der Formulierung des § 69 Abs. 6 Satz 2 SGB IV, wonach die Erforderlichkeit der im Haushaltsplan ausgebrachten Stellen bei gegebenem Anlass, im Übrigen regelmäßig nach den in Satz 1 beschriebenem Verfahren zu überprüfen ist.

Mit dem Instrument der Befristung stellt das Bundesversicherungsamt insoweit sicher, dass ein genehmigter Stellenplan stets durch eine hinreichend aktuelle Personalbedarfsermittlung hinterlegt ist, damit die Sozialversicherungsträger tatsächlich immer nur Stellen in der erforderlichen Anzahl ausbringen.

Die geänderte Genehmigungspraxis ist derzeit Gegenstand zweier Rechtsstreite vor Landessozialgerichten.

6.4 Allgemeines Aufsichtsrecht

Verantwortung der Eigenbetriebe und Beteiligungsgesellschaften von Sozialversicherungsträgern für die Einhaltung rechtskonformer Vergabeverfahren

Im Zusammenhang mit der Anzeige einer Baumaßnahme durch einen Sozialversicherungsträger forderte das Bundesversicherungsamt die Vergabedokumentation an. Der Träger entsprach dieser Bitte nicht und erklärte, dass aus seiner Sicht die Verantwortung für eine vergaberechtskonforme Durchführung der Baumaßnahmen bei den Einrichtungen und Beteiligungsgesellschaften des Trägers liege. Im konkreten Fall sei hinsichtlich der Planungsleistungen keine explizite Dokumentation gefertigt worden. Dies sei aus „rein pragmatischer Bearbeitung der Vorgänge“ unterblieben.

Das Bundesversicherungsamt ließ dies nicht gelten. Es verwies auf seine umfassenden Informationsrechte als Aufsichtsbehörde, die jederzeit in Anspruch genommen werden könnten. Diese Informationsrechte seien die Grundlage für eine vollständige und richtige Sachverhaltsermittlung, ohne die eine rechtliche Überprüfung faktisch nicht möglich sei. Der Sozialversicherungsträger wurde daher aufgefordert, seine Eigenbetriebe und Beteiligungsgesellschaften sowie die sonstigen Einrichtungen auf die Notwendigkeit eines rechtskonformen Vergabeverfahrens einschließlich einer ordnungsgemäßen Dokumentation hinzuweisen. In diesem Zusammenhang machte das Bundesversicherungsamt auch auf die „Grundsätze für die Beteiligung von Sozialversicherungsträgern an gemeinnützigen Einrichtungen (pri-

vatrechtliche Gesellschaften)“ und auf die verbindliche Entscheidung „Rahmenrichtlinie für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen in der deutschen Rentenversicherung“ des Bundesvorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 11. Mai 2013 aufmerksam und wies darauf hin, dass der Sozialversicherungsträger im konkreten Fall als Mehrheitsgesellschafter der Gesellschaft durchaus die Verantwortung dafür trage, dass die betreffenden Einrichtungen sich bei ihrer Aufgabenwahrnehmung im Rahmen der rechtlichen Regelungen bewegten. Diese Verantwortlichkeit könne zumindest gegenüber der Aufsichtsbehörde nicht auf die jeweilige Einrichtung delegiert werden.

Der Sozialversicherungsträger wandte sich darauf an seine Beteiligungsgesellschaften und machte sie auf die Notwendigkeit eines rechtskonformen Vergabeverfahrens einschließlich einer ordnungsgemäßen Dokumentation sowohl für Bauleistungen als auch für Planungsleistungen aufmerksam.

Beratung führte zur vergaberechtskonformen Auftragsvergabe

Eine Krankenkasse informierte das Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit der Anzeige der Auftragsdatenverarbeitung gem. § 80 Abs. 3 SGB X über den Abschluss eines Dienstleistungsvertrages mit einem privaten Unternehmen über Prüfung, Geltendmachung, Einzug und Durchsetzung von übergegangenen Forderungen nach § 116 SGB X. Der Dienstleistungsvertrag war abgeschlossen worden, ohne dass zuvor ein Vergabeverfahren durchgeführt worden war. Die Krankenkasse hielt ein Abweichen von den die öffentlichen Auftraggeber gem.

§§ 97 ff. GWB treffenden vergaberechtlichen Verpflichtungen im Wesentlichen aus zwei Erwägungen für zulässig:

- Sie führte an, eine Markterkundung habe ergeben, dass im Bereich des Regresswesens neben dem Unternehmen, mit dem die Dienstleistungsvereinbarung abgeschlossen worden sei, nur noch ein weiteres Unternehmen tätig sei, das jedoch nicht dem Anforderungsprofil der Krankenkasse entspreche. Ein solches „Alleinstellungsmerkmal“ des ausgewählten Unternehmens konnte die Krankenkasse allerdings nicht belegen.

In diesem Zusammenhang berief sich die Krankenkasse auf die Rechtsprechung des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 11. Januar 2012 (Az.: VII-Verg 57/11, Open-house), in welcher das Gericht zur Möglichkeit eines dem Vergaberecht entzogenen „Zulassungs“-Verfahren Stellung bezogen hatte.

- Des Weiteren ließ sich die Krankenkasse dahingehend ein, sie bewege sich bezüglich der Anwendung von Vergaberechtsvorschriften wegen der Vergabe von Rechtsberatung in einer „vergabefreien Zone“.

Das Bundesversicherungsamt teilte diese Einschätzung nicht. Das „Zulassungs“-Verfahren scheiterte u.a. daran, dass durch die Krankenkasse schon eine Auswahl unter den in Betracht kommenden Unternehmen vorgenommen worden und auch kein Beitritt eines weiteren Vertragspartners vorgesehen war.

Des Weiteren lag der Schwerpunkt des abgeschlossenen Vertrages nicht bei einer wie auch immer gearteten Rechtsberatung, sondern bei Prüfung, Geltendmachung und Einzug der übergegangenen Forderungen der Krankenkasse nach § 116 SGB X.

Das Bundesversicherungsamt forderte die Krankenkasse auf, den Vertrag zu beenden und ein vergaberechtskonformes Verfahren durchzuführen.

Die Krankenkasse folgte dieser Aufforderung, präsentierte aber nach einer Übergangszeit Neuüberlegungen, nach denen vorgesehen war, mit einer Rechtsanwaltskanzlei eine Vereinbarung abzuschließen, welche die einzelfallbezogene Beratung, Geltendmachung und Durchsetzung bezüglich Regressforderungen nach § 116 SGB X zum Inhalt haben sollte. Dieser Auftrag sollte freihändig vergeben werden. Im Vertrag sollte zudem die Möglichkeit eröffnet werden, Unteraufträge an das zuvor tätige Unternehmen zu erteilen.

Eine nähere Überprüfung der Angelegenheit förderte deutliche Zweifel an der Vergaberechtskonformität des geplanten Vorgehens zu Tage.

Die Krankenkasse konnte nicht belegen, dass der Auftragswert den Schwellenwert gem. § 2 Verordnung über die Vergabe öffentlicher Aufträge (VgV) nicht erreichte. Eine realistische Schätzung des Auftragswerts gem. § 3 VgV konnte durch belastbare Unterlagen nicht belegt werden. Aber auch selbst dann, wenn die von der Krankenkasse vorgesehene freihändige Vergabe (unterhalb des Schwellenwertes) zulässig gewesen wäre,

hätte die Krankenkasse zur Ermittlung des Vertragspartners zumindest ein internes Verfahren, das die Elemente des Wettbewerbs sowie der Chancengleichheit zwischen den Bietern berücksichtigt, durchführen müssen. Eine solche Auswahlentscheidung hätte nachvollziehbar und schriftlich dokumentiert werden müssen.

Die Krankenkasse ließ sich durch die Argumente des Bundesversicherungsamtes überzeugen und schrieb letztlich den Auftrag in einem offenen Verfahren aus.

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.

Im Jahr 2013 wurde für Immobilienmaßnahmen ein Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 264,5 Mio. Euro genehmigt bzw. angezeigt:

Immobilienmaßnahmen der Sozialversicherungsträger			
Anlagegegenstand	Anlagevolumen in Millionen €		
	2011	2012	2013
Genehmigungen:			
Darlehen	45,0	46,6	11,6
Grunderwerbe	47,0	23,0	25,1
Baumaßnahmen	391,0	29,1	121,3
Anzeigen:			
Zuschüsse	18,0	33,4	27,5
Baumaßnahmen	38,0	5,1	79,0
Summe	539,0	137,2	264,5

In den einzelnen Maßnahmenbereichen wurden 2013 insgesamt 203 Vorgänge bearbeitet (2012: 260 Vorgänge; 2011: 176 Vorgänge):

Genehmigungen von Darlehen	88
Genehmigungen von Grunderwerben	2
Genehmigungen von Baumaßnahmen	9
Anzeigen von Zuschüssen	88
Anzeigen von Baumaßnahmen	16

Im Jahr 2013 hatte das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über insgesamt 63 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von 856,0 Mio. Euro geführt (2012: 48 laufende Projekte mit 694,0 Mio. Euro Volumen; 2011: 49 laufende Projekte mit 697,0 Mio. Euro Volumen). Bei acht Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt 44,8 Mio. Euro hat das Bundesversicherungsamt die Abschlussberichte geprüft (2012: 6 Projekte mit 37,7 Mio. Euro Volumen; 2011: 5 Projekte mit 49,6 Mio. Euro Volumen).

Aufsichtsprüfung der liquiden Vermögensanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2013 die liquiden Vermögensanlagen aller bundesunmittelbaren Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger sowie des damaligen Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und der Künstlersozialkasse (KSK) zum Stichtag 31. Dezember 2012 überprüft.

Vermögensabfragen dieser Art werden seit dem Jahr 2009 durchgeführt. Deren Ziel 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 Sozialversicherungsträger, des ehemaligen LSV-Spitzenverbandes (Rechtsnachfolger seit 01. Januar 2013: Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau - SVLFG) sowie der KSK.

Die Erhebungen erfolgten auf der Grundlage eines einheitlichen Meldebogens, in dem die Träger ihre Geldanlagen den vorgegebenen Anlagekategorien (Einlagen, Wertpapiere, Sondervermögen, Sonstige Geldanlagen) 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 Einlagensicherungsgrenze einzelner Kreditinstitute beim Bundesverband deutscher Banken wurde am 31. Dezember 2012 von zwei Trägern überschritten. Ein Sozialversicherungsträger hatte eine Einlage bei einer Privatbank, die nicht Mitglied im Einlagensicherungsfonds war, getätigt. Zudem wies die Vermögensanlage und -verwaltung von 34 Trägern Klumpenrisiken auf. 16 dieser Sozialversicherungsträger verfügten über Girokonten bei nur einem Kreditinstitut. 22 Träger hatten mehr als 70 % ihrer liquiden Mittel bei einem Kreditinstitut angelegt.

Die betroffenen Sozialversicherungsträger wurden auf die festgestellten Einlagensicherungs- sowie Klumpenrisiken hingewiesen und aufgefordert, ihr Anlagevermögen so umzuschichten, dass diese Risiken künftig vermieden werden.

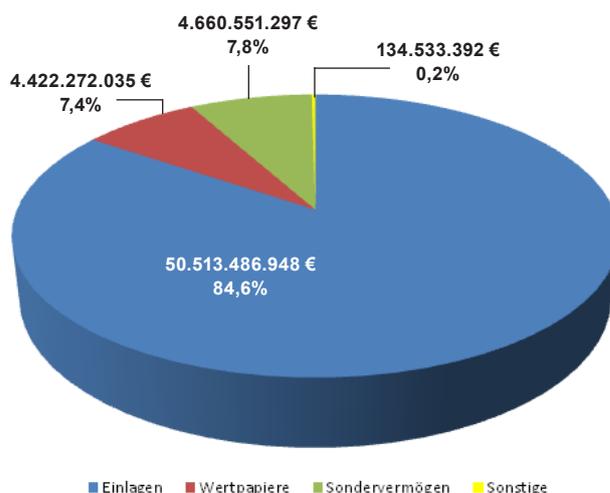
Die statistische Auswertung der erhobenen Daten hat zudem Folgendes ergeben:

Die geprüften Sozialversicherungsträger verfügten Ende 2012 über ein liquides Anlagevermögen in Höhe von rd. 59,73 Mrd. Euro,

was einem Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 9,4 Mrd. Euro bzw. 18,7 % entspricht (31. Dezember 2011: 50,33 Mrd. Euro). Im Vergleich zu den Unfall- und Rentenversicherungsträgern konnten die bundesunmittelbaren Krankenkassen mit 25,8 % den stärksten Anstieg der liquiden Mittel verzeichnen (Rentenversicherung: + 13,7 %; aber auch Beitragssatzsenkung zum 01. Januar 2012).

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

Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger zum 31. Dezember 2012 nach Anlagekategorien



Danach wurden rd. 84,6 % der Anlagen in Einlagen getätigt (31. Dezember 2011: 84,0 %). Der Anteil der Sondervermögen am gesamten Anlagevermögen erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr von 7,4 % auf 7,8 %. Der in einzelne Wertpapiere investierte Anteil verringerte sich im gleichen Zeitraum von 8,8 % auf 7,4 %.

Entsprechend den Spezialvorschriften des SGB VI haben die DRV Bund und die DRV Knappschaft Bahn See (DRV KBS) die Nachhaltigkeitsrücklage zu fast 100 % in Einlagen angelegt. Auch bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen stellen die Sicht- und Termingelder mit 77,5 % der liquiden Mittel die dominierende Anlageform dar (2011: 75,0 %). Anders hat sich die Anlagestruktur der bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger im Jahr 2012 entwickelt. Rund 65 % der liquiden Mittel wurden in Einlagen angelegt; dafür stieg der Anteil der Mittel, die längerfristig in Sondervermögen gem. § 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB IV investiert wurden, im Jahr 2012 von 26,4 % auf rund 32 %.

Vermögenswirtschaft/ Anlagerichtlinien

Nach den §§ 35 Abs. 2 und 35a Abs. 1 SGB IV erlässt der Vorstand eines Sozialversicherungsträgers Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte, soweit diese der Geschäftsführung obliegen. Hierzu zählt insbesondere die Richtlinie für die Anlage und Verwaltung der liquiden Vermögensbestände (Geldanlagen) des Sozialversicherungsträgers. Darin regelt der Sozialversicherungsträger die strategischen und grundsätzlichen Vorgaben für die Durchführung von Geldanlagegeschäften sowie das damit verbundene Risikomanagement und Anlagecontrolling.

Aufgrund der auf dem Kapitalmarkt angebotenen, z.T. hochkomplexen Anlageprodukte und der daraus resultierenden Risiken bei der Vermögensanlage war dieses Thema bereits Schwerpunkt von Prüfungen in den vorangegangenen Kalenderjahren, welche

einen erheblichen Handlungsbedarf bei einer Vielzahl bundesunmittelbarer Sozialversicherungsträger offenbarten (vgl. Seite 93 f. des Berichtes).

Zur Sicherstellung eines einheitlichen Regelungsniveaus im Anlagemanagement aller Sozialversicherungsträger hat das Bundesversicherungsamt die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger durch Rundschreiben vom 13. Februar 2013 aufgefordert, Anlagerichtlinien zu erlassen und sich hierbei an der Richtlinie der DRV Bund zu orientieren. Mit der DRV Bund hatten das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesversicherungsamt bereits 2012 eine „Anlagerichtlinie und Grundsätze für Arbeitsanweisungen der Träger der allgemeinen Rentenversicherung“ abgestimmt.

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt Empfehlungen für die Erstellung einer Anlagerichtlinie einer Krankenkasse mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung und den Aufsichtsbehörden der Länder abgestimmt.

Eine weitere Abstimmung erfolgte mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

Der Erlass entsprechender Anlagerichtlinien sowie deren Umsetzung stellt zudem einen Schwerpunkt für kommende Aufsichtsprüfungen nach § 88 Abs. 1 SGB IV bei den bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern dar.

Rundschreiben zum Erbbaurecht

Das Bundesversicherungsamt hat sich auch im Berichtsjahr mit dem Erbbaurecht auseinander gesetzt. Nach den Erfahrungen des Bundesversicherungsamtes kommt es vor, dass bundesunmittelbare Sozialversicherungsträger sowohl Erbbaurechte erwerben als auch in ihrem Eigentum befindliche Grundstücke mit Erbbaurechten zugunsten Dritter belasten.

§ 85 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. Abs. 2 und 3 SGB IV regelt, dass der Erwerb von grundstücksgleichen Rechten genehmigungsbedürftig ist. Hierunter fällt der Erwerb von Erbbaurechten durch Sozialversicherungsträger. Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes ist auch die Einräumung von Erbbaurechten, d.h. die Belastung von Grundstücken im Eigentum von (bundesunmittelbaren) Sozialversicherungsträgern mit Erbbaurechten, nach § 85 Abs. 1 Satz 1 SGB IV genehmigungsbedürftig. Dies ist sachgerecht, weil durch die Einräumung des Erbbaurechts die Grundlage für einen späteren Eigentumserwerb des Sozialversicherungsträgers an einem Gebäude geschaffen werden kann. Schließlich ist die Anzeigepflicht nach § 85 Abs. 5 SGB IV zu beachten, wenn Beteiligungsgesellschaften Erbbaurechte erwerben oder einräumen.

Handelt es sich bei der Beteiligungsgesellschaft um eine Arbeitsgemeinschaft besteht eine grundsätzliche Genehmigungspflicht nach §§ 94 Abs. 2 SGB X i. V. m. 85 Abs. 1 Satz 1 SGB IV.

Das Bundesversicherungsamt hat daher seine Rechtsauffassung in einem Rundschrei-

ben zum Erbbaurecht vom 07. Januar 2014 kundgetan und Hinweise gegeben, damit die aufsichtsrechtlichen Vorschriften beachtet werden.

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 (DRV 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 ist die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a 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 2013 wurde auf der Grundlage der Ergebnisse des Schätzerkreises vom 10./ 11. Oktober 2012 der durchschnittliche Zusatzbeitrag auf 0 Euro festgelegt; dadurch entfiel im Jahr 2013 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 Morbiditätsrisiken zu berücksichtigen. Seit dem Jahr 2009 wird der Risikostrukturausgleich um Morbiditätszuschläge für 80 Krankheiten ergänzt. Die Morbidität der Versicherten wird

dabei auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen erfasst.

7.2 Risikostrukturausgleich

7.2.1 Grundlagen

Jede Krankenkasse erhält für jeden 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 155 hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) (im Jahr 2013),
- 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 Jahres-

ausgleich 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. Die 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 2013

Bekanntgabe der Berechnungswerte

Die Berechnungswerte für 2013 hatte das Bundesversicherungsamt bereits mit der „Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2013“ am 15. November 2012 veröffentlicht. Die Grundpauschale je Versicherten wurde für 2013 mit monatlich rd. 216 Euro ermittelt.

Monatliche Zuweisungen

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 2013 einschließlich erster und zweiter Strukturanpassung. Die Zuweisungen 2013 werden nochmals im Rahmen der dritten Strukturanpassung im März 2014 und endgültig im Rahmen des Jahresausgleichs bis Ende 2014 angepasst.

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2013 in Mrd. € (einschließlich 1. und 2. Strukturanpassung)						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	„mitgliederbezogene Veränderung § 40 RSAV“	Gesamt
AOK	69,3 Mrd. €	3,6 Mrd. €	0,293 Mrd. €	0,415 Mrd. €	0 Mrd. €	73,6 Mrd. €
BKK	26,9 Mrd. €	1,5 Mrd. €	0,140 Mrd. €	0,121 Mrd. €	0 Mrd. €	28,7 Mrd. €
VdEK	65,8 Mrd. €	3,6 Mrd. €	0,314 Mrd. €	0,301 Mrd. €	0 Mrd. €	70,0 Mrd. €
IKK	12,2 Mrd. €	0,7 Mrd. €	0,066 Mrd. €	0,054 Mrd. €	0 Mrd. €	13,1 Mrd. €
KBS	6,3 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,021 Mrd. €	0,042 Mrd. €	0 Mrd. €	6,6 Mrd. €
GKV	180,5 Mrd. €	9,7 Mrd. €	0,834 Mrd. €	0,932 Mrd. €	0 Mrd. €	192,0 Mrd. €

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

7.2.3 Jahresausgleich 2012

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012 der Krankenkassen wurden im November 2013 die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (RSA) im

Jahresausgleich 2012 endgültig festgestellt und der Ausgleichsbetrag für Zuweisungen 2012 unter Anrechnung der im monatlichen Verfahren ausgezahlten Abschlagszahlungen festgesetzt. Insgesamt wurden den Krankenkassen 185,4 Mrd. Euro zugewiesen. Die Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten ist der folgenden Übersicht zu entnehmen.

7.2.4 Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Grundlage für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sind umfangreiche Datenmeldungen der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt, die sämtliche abgerechneten ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen um

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2012						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen - Pandemie	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 41 RSAV	Gesamt
AOK	65,2 Mrd. €	3,5 Mrd. €	0,255 Mrd. €	0,405 Mrd. €	2,042 Mrd. €	71,5 Mrd. €
BKK	25,1 Mrd. €	1,5 Mrd. €	0,121 Mrd. €	0,115 Mrd. €	0,939 Mrd. €	27,8 Mrd. €
VdEK	61,0 Mrd. €	3,5 Mrd. €	0,269 Mrd. €	0,285 Mrd. €	2,177 Mrd. €	67,2 Mrd. €
IKK	11,4 Mrd. €	0,7 Mrd. €	0,057 Mrd. €	0,052 Mrd. €	0,448 Mrd. €	12,6 Mrd. €
KBS	5,9 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,018 Mrd. €	0,040 Mrd. €	0,161 Mrd. €	6,4 Mrd. €
GKV	168,6 Mrd. €	9,5 Mrd. €	0,720 Mrd. €	0,897 Mrd. €	5,767 Mrd. €	185,4 Mrd. €

Den für das Jahr 2012 zugesagten Zuweisungen in Höhe von 185,4 Mrd. Euro standen tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von rd. 179,7 Mrd. Euro gegenüber. Die Zuweisungen dienten zu 91,3 % zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben, zu 5,2 % zur Deckung der Verwaltungsausgaben und zu 0,4 % zur Deckung von Satzungs- und Ermessensleistungen. Insgesamt standen 3,1 % der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Jahr 2012 keine Ausgaben der Krankenkassen gegenüber. Somit wurden mehr als 5,7 Mrd. Euro als sogenannte mitgliederbezogene Erhöhung der Zuweisungen ausgezahlt.

Die gleichzeitige Korrektur des Jahresausgleichs 2011 auf Grundlage von Korrekturmeldungen der Versichertentage 2011 führte zu einer Umverteilung von Zuweisungen in Höhe von insgesamt 22 Mio. Euro.

Insgesamt wurden im Jahr 2013 5,9 Milliarden Datensätze angenommen und verarbeitet. 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 2013 die regulären Auffälligkeitsprüfungen auf ein standardisiertes und weitgehend stabiles Verfahren umgestellt. Methodik und Vorgehensweise hat das Bundesversicherungsamt nach Abstimmungen mit dem GKV-Spitzenverband am 08. Juli 2013 in einer neuen Verfahrensbestimmung festgelegt. Auf dieser Grundlage war es möglich, für das Jahr 2009 in einem Prüfturnus Erst- und Korrekturmeldung zeitgleich zu prüfen.

Das umfassende Screening der Morbiditätsdaten aus 2009 ergab für eine Vielzahl von Krankenkassen statistische Auffälligkeiten. Diese erwiesen sich jedoch in den obligatorisch folgenden Einzelfallprüfungen – von einzelnen Ausnahmen abgesehen – als weitgehend unkritisch: Als vorläufiges Ergebnis – bei vier noch offenen Verfahren – hat das Bundesversicherungsamt in insgesamt vier Fällen unzulässig gemeldete Daten beanstandet. Erstmals waren dabei auch fehlerhaft gemeldete Arzneimitteldaten betroffen. Hintergrund war ein Software-Fehler, durch den eine unzutreffend hohe Zahl von Verordnungen gemeldet wurde. Für die drei betroffenen Krankenkassen hat diese Feststellung die Erhebung von Korrekturbeträgen nach § 39a RSAV zur Folge. Diese fließen dem Gesundheitsfonds zu und werden im Herbst 2014, wenn der Jahresausgleich 2013 durchgeführt wird, wieder an die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschüttet.

Auch auf externe Hinweise hin ist das Bundesversicherungsamt im Jahr 2013 in anlassbezogenen Einzelfallprüfungen aktiv geworden. Dabei hat sich der Verdacht bestätigt, dass zwei Krankenkassen im niedergelassenen Bereich auf unzulässige Weise Diagnosenacherfassungen betrieben haben. Das Bundesversicherungsamt konnte hier rechtzeitig eingreifen und dafür sorgen, dass diese manipulierten Daten aus der finanzrelevanten Datengrundlage für den Jahresausgleich 2012 gestrichen wurden. Für das Jahr 2014 stehen weitere anlassbezogene Prüfungen an. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen rechnet das Bundesversicherungsamt auch im laufenden Jahr mit finanzrelevanten Feststellungen.

7.2.5 Weiterentwicklung

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

- die Festlegung der im RSA zu berücksichtigten 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 2013 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 2014 zu berücksichtigenden

Krankheiten war bereits am 18. Dezember 2012 der erarbeitete Festlegungsentwurf in das vorgesehene Anhörungsverfahren gegeben worden. Nach Auswertung der Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes sowie weiterer Verbände und Institutionen hat das Bundesversicherungsamt am 01. März 2013 die nach § 31 Abs. 1 Satz 2 RSAV zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2014 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 22. April, 3. Juni und 23. Juli 2013 – unter Berücksichtigung der im Frühjahr 2013 im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells eingegangenen Anregungen – einen Vorschlag für die Anpassung des vom Bundesversicherungsamt ausgewählten Modells beraten und beschlossen.

Der auf Grundlage der Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats erarbeitete Entwurf zur Anpassung des Klassifikationsmodells für 2014 wurde am 31. Juli 2013 durch das Bundesversicherungsamt veröffentlicht und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes am 30. September 2013 als Festlegung für das Ausgleichsjahr 2014 bekannt gegeben.

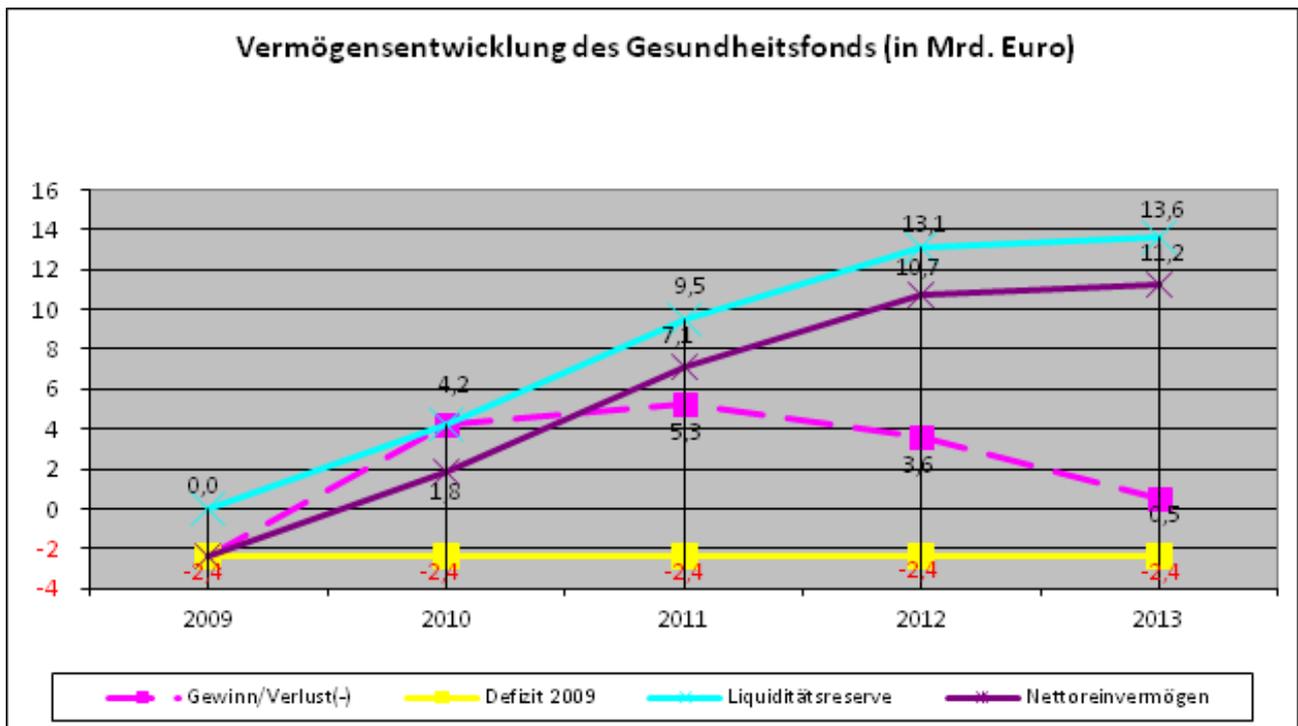
Weitergehende Informationen zum RSA werden im Internet unter www.bva.de > Risikostrukturausgleich zur Verfügung gestellt.

7.3 Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds hat das Jahr 2013 mit einem Überschuss der Einnahmen in Höhe von rd. 0,51 Mrd. Euro abgeschlossen. Den Einnahmen in Höhe von rd. 192,51 Mrd. Euro standen Ausgaben in Höhe von rd. 192,00 Mrd. Euro gegenüber. Von den Einnahmen entfallen rd. 181,13 Mrd. Euro auf Beitragseinnahmen und rd. 11,38 Mrd. Euro auf sonstige Einnahmen (Bundeszuschuss und Zinsen). Von den Ausgaben entfallen rd. 191,95 Mrd. Euro auf Zuweisungen an die Krankenkassen und rd. 47,0 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 4,2 Mio. Euro sowie DMP-Vorhaltekosten von 1,8 Mio. Euro enthalten. Die originären Verwaltungskosten belaufen sich auf rd. 5,1 Mio. Euro.

Endgültiges Rechnungsergebnis 2013 des Gesundheitsfonds in Euro (lt. KJ1 2013)	
Beitragseinnahmen	181.133.776.975,01
Sonstige Einnahmen (z.B. Bundeszuschuss, Zinsen)	11.377.326.083,98
Einnahmen gesamt	192.511.103.058,99
Zuweisungen an Krankenkassen	191.954.161.900,63
Verwaltungskosten	47.035.870,78
Ausgaben gesamt	192.001.197.771,41
Überschuss der Einnahmen	509.905.287,58

Der Einnahmenüberschuss des Jahres 2013 führt zu einem weiteren Anstieg des Vermögens des Gesundheitsfonds. Das Netto-Reinvermögen beläuft sich zum 31. Dezember 2013 auf rd. 11,2 Mrd. Euro und die Liquiditätsreserve auf 13,6 Mrd. Euro. Die Abweichung ergibt sich dadurch, dass nach den Buchungsbestimmungen das Defizit des Jahres 2009 von rd. 2,4 Mrd. Euro bei der Ermittlung der Liquiditätsreserve nicht berücksichtigt wird.



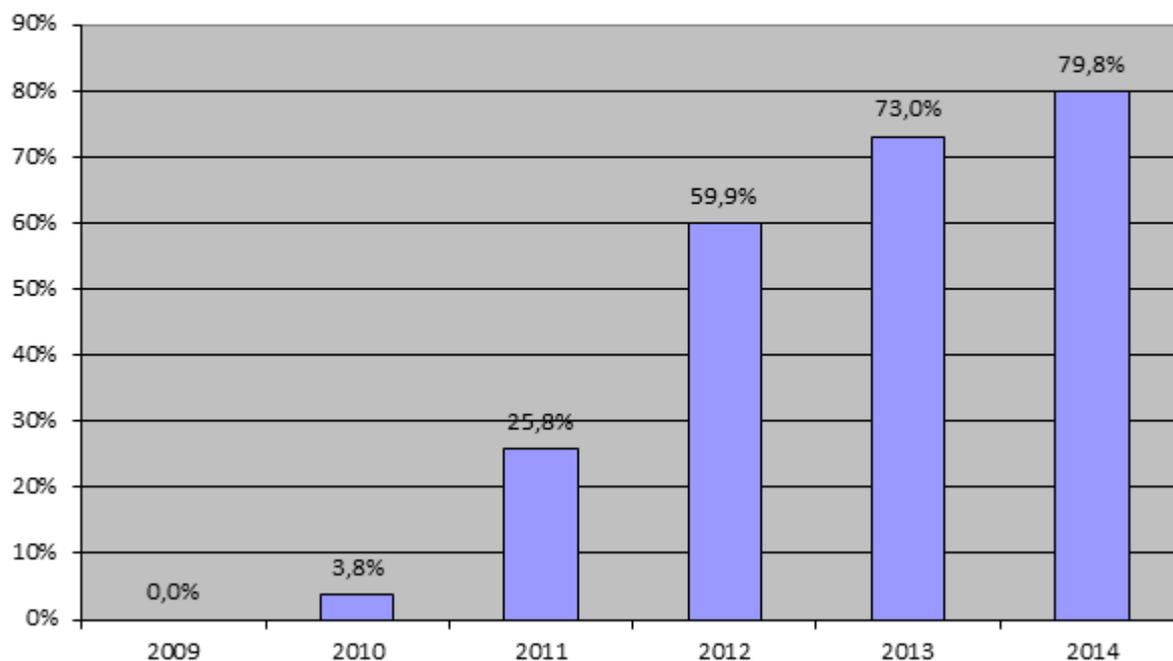
Die gesetzlichen Krankenkassen profitieren auch im Jahr 2013 unmittelbar von der positiven Einnahmenentwicklung, da der Gesundheitsfonds die monatlichen Zuweisungen früher auszahlen kann. Dabei ist der Ausgleichsmonat vom Auszahlungsmonat zu unterscheiden. Beim Ausgleichsmonat handelt es sich um den Kalendermonat, für den die monatliche Zuweisung berechnet ist. Der Auszahlungsmonat umfasst regelmäßig den Abrechnungszeitraum vom 16. des Ausgleichsmonats bis zum 15. des darauf folgenden Monats (= monatsübergreifende Zahlungsperiode), 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 arbeitstäglich seine Einnahmen an die Krankenkassen aus, soweit diese einen Betrag von 50 Mio. Euro über-

steigen. 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 nachfolgenden Abbildung wird deutlich, dass sich dieser Tag aufgrund des hohen Vermögens des Gesundheitsfonds als der auszahlungsstärkste Tag etabliert hat.

**Auszahlung am ersten Tag des Auszahlungsmonats Februar
(in % der monatlichen Zuweisungssumme)**



So erhielten die Krankenkassen am 18. Februar 2014 Zuweisungen von rd. 13,3 Mrd. Euro, dies entspricht rd. 79,8 % der monatlichen Zuweisungssumme. Im Februar 2010 lag dieser Wert erst bei knapp 4 % und im Februar 2012 bei knapp 60 %. Die vollständige Ausschüttung aller liquiden Mittel des Gesundheitsfonds am ersten Tag des Zuweisungsmonats verbessert die Liquidität der Krankenkassen.

Neben den monatlichen Zuweisungen hat der Gesundheitsfonds im Jahr 2013 drei Strukturanpassungen sowie den Jahresausgleich 2012 abgewickelt. Im Unterschied zu den monatlichen Zuweisungen, die der Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen leistet, gibt es in den Strukturanpassungen und den Jahresausgleichen sowohl Zahler- als auch Empfängerinnen, wobei sich Ein- und Auszahlungen regelmäßig die Waage halten. Die Zahlungsströme zwischen Gesund-

heitsfonds und Krankenkassen der im Jahr 2013 abgewickelten Strukturanpassungen und des Jahresausgleichs 2012 lassen sich der nachfolgenden Übersicht entnehmen:

	3. Strukturanpassung 2012	1. Strukturanpassung 2013	2. Strukturanpassung 2013
Fälligkeit	30.04.2013	30.04.2013	30.10.2013
Verpflichtung_GF (+)	273.650.072,59	87.765.926,04	208.834.269,99
Empfängerkassen (Anzahl)	67	89	64
Forderung_GF (-)	-273.650.072,21	-87.765.926,00	-208.834.269,86
Zahlerkassen (Anzahl)	66	44	69
Saldo	0,38	0,04	0,13
		Jahresausgleich 2012	
Fälligkeit		29.11.2013	
Verpflichtung_GF (+)		151.333.048,47	
Empfängerkassen (Anzahl)		99	
Forderung_GF (-)		-151.333.048,64	
Zahlerkassen (Anzahl)		36	
Saldo		-0,17	

7.4 Entwicklung der Beitragseinnahmen, Prüfungen

Prüfung der Beitragszahlung für die Empfänger von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II

Im Auftrag des Bundesversicherungsamtes waren im Berichtsjahr vier Prüfgruppen bestehend aus Krankenkassen oder ihren Landesverbänden bundesweit tätig, um die Beitragzahlung der in § 251 Abs. 5 Satz 2 SGB V genannten Direktzahler an den Gesundheitsfonds zu prüfen.

Insgesamt wurden in 29 Jobcentern und Agenturen für Arbeit Stichproben gezogen.

Aufgrund der hohen Anzahl der Institutionen und der Versicherten sind keine Vollprüfungen möglich. Daher wurden unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Datengrundlagen sowie der bekannten Fehlerquellen die Instrumente verfeinert, die das Verfahren zur Selektion der Prüffälle verbessern und damit die Effektivität der Prüfungen steigern.

Darüber hinaus hat dies auch zur Aufdeckung systematischer Fehler geführt, die mit hohen Beitragsnachforderungen zugunsten des Gesundheitsfonds einher gegangen sind.

Entwicklung der Beitragseinnahmen und -rückstände

Das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds überwacht die Entwicklung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und bildet seit dem Jahr 2010 die Entwicklung der Beitragsrückstände in der Sozialversicherung für den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (GSV-Beitrag) gegenüber den beteiligten Stellen und dem Bundesrechnungshof nach einheitlich abgestimmten Kriterien ab. Seit dem 01. Januar 2011 werden zusätzlich die sogenannten Sonstigen Krankenversicherungsbeiträge (bspw. Freiwillige Versicherung, Versorgungsbezüge) ausgewiesen.

Beitragsrückstände sind einheitlich definiert als die Summe aus den laufenden

Rückständen (monatlicher Fehlbetrag) und Listenrückständen (im Wesentlichen Bestandswerte).

Festzustellen ist, dass sich die Beitragsrückstände - sowohl im Bereich GSV-Beitrag als auch bei den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen - seit Beginn der Überwachung unauffällig und stabil entwickeln. Hervorzuheben ist, dass 2013 beim GSV-Beitrag erneut rd. 99,5 vom Hundert aller Beitragsforderungen umgehend realisiert werden konnten.

Zur dauerhaften Sicherstellung der Beitragseinnahmen wird die Innendienstprüfung des Bundesversicherungsamtes seit dem Jahr 2011 u.a. ergänzt durch die sogenannte Einzugsstellenprüfung.

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

Die entsprechenden Vor-Ort-Prüfungen wurden im Jahr 2013 flächendeckend bei über 200 Prüfstellen durchgeführt. Durch diese kontinuierliche und auch anlassbezogene Überwachung wird gewährleistet, dass der Sozialversicherung keine vermeidbaren Beitragsverluste entstehen.

Prüfung der Monatsabrechnungen

Das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds überwacht im Innendienst die pünktliche und ordnungsgemäße Überweisung der von den Krankenkassen eingezogenen und an den Gesundheitsfonds weiterzuleitenden Beiträge. Hierbei werden sämtliche Zahlungen der Krankenkassen mit der Wertstellung auf unserem Konto verglichen. Zurzeit sind monatlich 224 Monatsabrechnungen im Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags und 170 Monatsabrechnungen im Bereich der Sonstigen Beiträge zu kontrollieren.

Darüber hinaus werden die Monatsabrechnungen auch auf Plausibilität geprüft.

Wie auch bei der Weiterleitung kommt es immer wieder zu Fehlern mit zum Teil erheblichen monetären Auswirkungen, die das Bundesversicherungsamt durch die Prüfungen aufdeckt und mit den Krankenkassen klärt.

8. PRÜFDIENST KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

8. PRÜFDIENST KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

8.1 Prüfstatistiken

Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung (PDK) hat im Jahr 2013 insgesamt 137 Prüfungen durchgeführt und damit zahlenmäßig 61 weniger als im Jahr 2012.

Ein erheblicher Aufwand wurde in 2013 im Nachgang noch für den Abschluss der Schwerpunktprüfungen Mietverträge aufgewandt, der für die Prüfstatistik zu den Prüfungen des Jahres 2012 zu zählen ist (siehe Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes 2012, S.119).

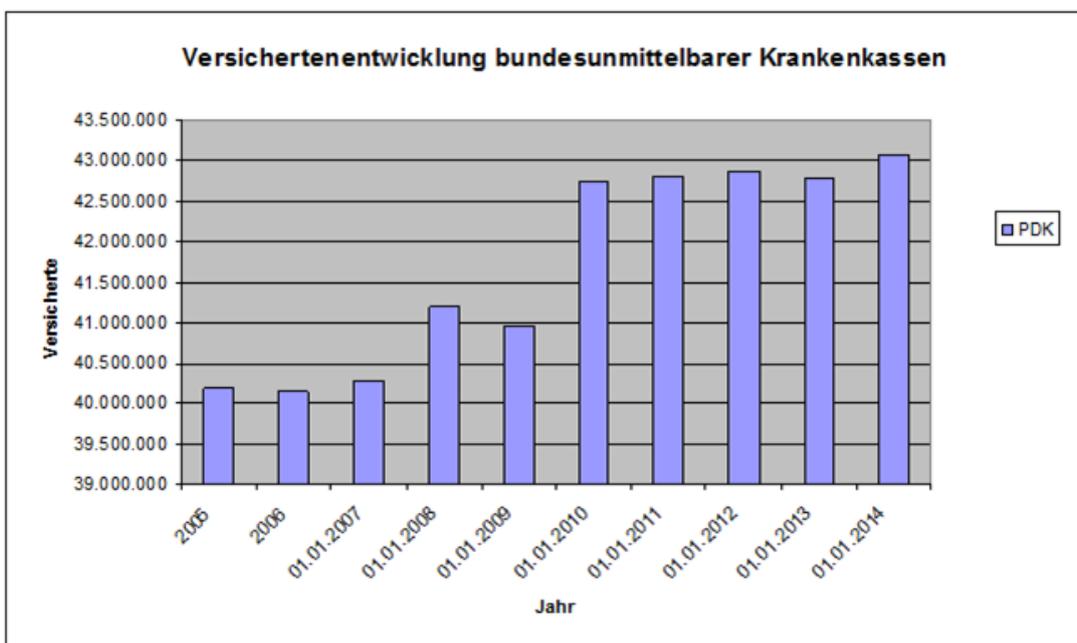
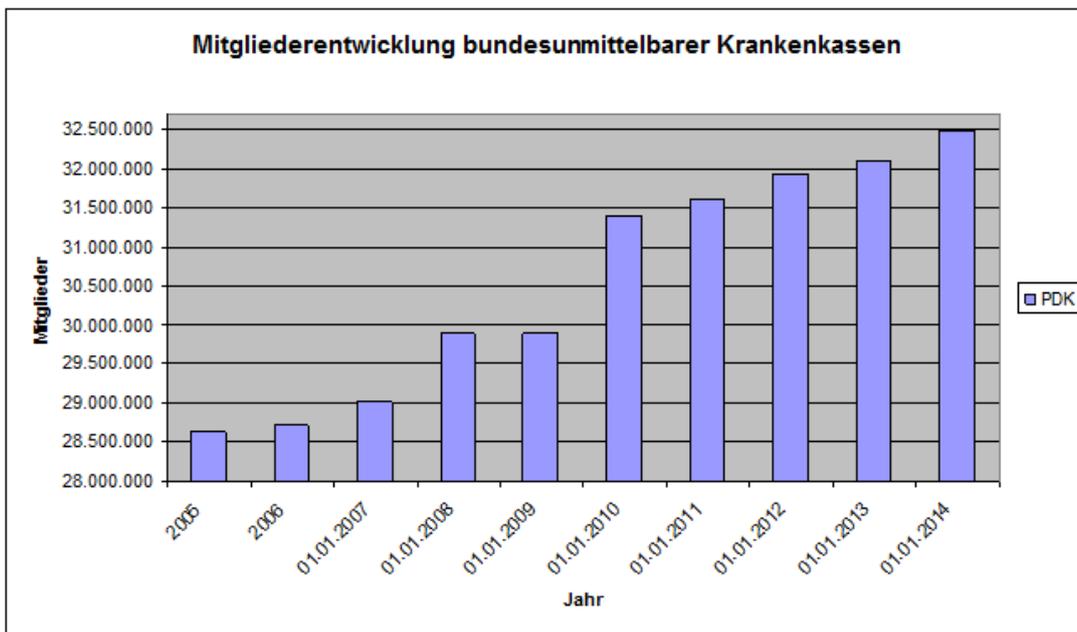
Da auch in 2013 keine Prüfungen nach § 15a bzw. § 42 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) durchgeführt wurden, konnten diese Zeiten für zeitintensivere Beratungsprüfungen auf der Grundlage von § 274 SGB V sowie Prüfungsvorbereitungen genutzt werden.

Diese Vorarbeit war notwendig, da der PDK für die Prüfungen der Meldungen zu Versicherungszeiten und strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie der Datenmeldungen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) nach § 42 RSAV aufgrund der zu erwartenden Stichprobengröße (siehe Beitrag zu 8.3) in 2014 und 2015 vermutlich einen höheren Aufwand einplanen muss als für die bisherigen Prüfungen auf der Grundlage des § 15a RSAV.

Auch werden die Prüfungen auf der Grundlage des § 252 Abs. 5 SGB V ab 2014 erstmalig bundesweit durchgeführt (siehe Punkt 8.2) und einen entsprechenden Mehraufwand mit sich bringen.

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2013	Durchgeführte Prüfverfahren 2012
Prüfungen nach § 274 SGB V	137	195
Turnusprüfungen bei Krankenkassen, davon:	119	158
Allgemeine Verwaltung	20	54
Finanzen/Kassen-sicherheit	21	22
Mitgliedschaft/Beiträge	27	26
Leistungen Krankenversicherung	22	21
Leistungen Pflegeversicherung	22	26
DRG	7	9
Nachprüfungen	3	4
Turnusprüfungen bei Arbeitsgemeinschaften, davon:	3	17
Allgemeine Verwaltung (Schwerpunktprüfung)	3	17
Finanzen	0	0
Personal	0	0
Eigenbetriebe/Beteiligungen	3	4
Prüfung bei Dienstleistern	0	0
Prüfungen EDV/Informationstechnik	8	8
Prüfungen Spitzenverbände	4	3
Prüfungen AAG	0	1
Prüfungen nach § 88 SGB IV i.V.m. § 274 SGB V	entfallen	3
Prüfungen Landwirtschaftliche Sozialversicherungsträger	0	3
RSA-Prüfungen	0	0
Prüfungen Versicherungszeiten/DMP bzw. RP	0	0
Nachprüfungen nach § 15a Abs. 3 Satz 9 RSAV	0	0
Sonderprüfungen	0	0
Sonderprüfungen IT (Satzarten Morbi RSA)	0	0
Sonderprüfungen	0	0
Insgesamt	137	198

Die Gesamtzahl der Mitglieder in den vom PDK zu prüfenden Krankenkassen ist wie schon in den Vorjahren weiter und deutlich gestiegen. Auch die Zahl der Versicherten hat im Vergleich zum Vorjahr wieder zugenommen (vgl. nachstehende Abbildungen). Da auch die Anzahl der zu prüfenden Krankenkassen nahezu stabil geblieben ist, sind Prüf- und Arbeitsaufwand für den PDK weiterhin in dem hohen Maße gegeben.



8.2 Projekt zur Vorbereitung der Prüfungen der sonstigen Beiträge nach § 252 SGB V

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 01. Januar 2009 wurden die gesetzlichen Krankenkassen, die am Risikostrukturausgleich teilnehmen, zusätzlich zur Erhebung und zum Einzug der sonstigen Beiträge auch für deren Weiterleitung und Abrechnung an den Gesundheitsfonds zuständig. Gleichzeitig fiel den mit der Prüfung nach § 274 Abs. 1 SGB V befassten Stellen die Aufgabe zu, die Beitragsfestsetzung, den Beitragseinzug und die Weiterleitung von Beiträgen nach § 252 Abs. 2 Satz 2 SGB V zu prüfen. Die hierzu erforderliche Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 21. Mai 2013 trat am 28. Mai 2013 in Kraft. Basierend auf den Erkenntnissen und Erfahrungen der bereits seit 2009 durchgeführten Sonder- und Pilotprüfungen für den Gesundheitsfonds hat der PDK im Januar 2013 eine Projektgruppe zur Vorbereitung und Installation dieser Prüfung in Abstimmung mit dem Gesundheitsfonds und den Prüfdiensten der Länder mit 1,5 Stellenanteilen eingerichtet.

Das Projekt hat Kriterien für die Stichprobe und ihren Umfang für die Prüfung nach § 252 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 2 Abs. 2 der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 21. Mai 2013 erarbeitet. Diesem sog. „Kategorien-Modell“ haben sich auch einige Prüfdienste der Länder angeschlossen und den PDK mit der Durchführung des Anhörungsverfahrens in ihrem Namen gegenüber dem Gesundheitsfonds und dem GKV- Spitzenverband beauftragt.

Zur Sicherstellung bundesweiter gleichartiger Prüfungen mit einheitlichen Prüfmaßstäben sind ein Prüfleitfaden für die versicherten- und kontenbezogenen Stichprobenprüfungen und eine Leitlinie für die Prüfungen auf systematische Fehler in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis „Gesundheitsfonds“ auf Bund-Länder-Ebene erstellt worden. Die hier getroffenen Festlegungen zum Prüfverfahren im Allgemeinen sowie im Fachlichen sind von allen Prüfdiensten der Länder angenommen worden. Die Projektgruppe im PDK hat im Weiteren für diese Prüfungen Arbeitshilfen und Musterschreiben entworfen und den Prüfdiensten der Länder zur Verfügung gestellt.

Nach § 11 Abs. 2 der Prüfverordnung sonstige Beiträge hat das Projekt - in Zusammenarbeit mit dem Projekt „Maschinelle Datenanalyse“ (MASDAT) des PDK - mit der „Datenbestimmung für Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V“ einheitliche Vorgaben für die elektronische Lieferung der zu prüfenden Daten in Form von Satzartenbeschreibungen und eine Vorlage für das erforderliche Anhörungsverfahren erstellt. Die Prüfdienste der Länder haben dieser zugestimmt und den PDK mit der Durchführung des Anhörungsverfahrens beauftragt.

Daneben hat das Projekt 15 Prüfverfahren nach § 274 SGB V begleitend betreut, bei denen bereits Beitrags- und Zinsschäden nach § 252 Abs. 4 SGB V ermittelt wurden und die der Gesundheitsfonds als quantitativ und qualitativ gleichwertig mit den künftig nach § 252 Abs. 5 SGB V durchzuführenden Prüfungen anerkannt hat.

8.3 Vorbereitung der Prüfungen nach § 42 RSAV

Mit der 24. Verordnung zur Änderung der RSAV wurde 2012 § 42 RSAV als neue Rechtsgrundlage für die Prüfungen der Datenmeldungen zum RSA geschaffen.

Für diese Prüfungen waren und sind umfangreiche Vorarbeiten durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder nach § 274 SGB V zu leisten. Durch die abgestimmte Arbeit in den entsprechenden Arbeitskreisen der Prüfdienste konnten im Jahr 2013 wesentliche Schritte hierzu geleistet werden.

Der Bereich der Datenmeldungen zum sog. Morbi-RSA wurde durch § 42 RSAV neu geschaffen und die Prüfungen der Datenmeldungen Versicherungszeiten und strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) an die neue Systematik des RSA angepasst.

Diese Anpassung musste inhaltlich in den entsprechenden Prüfkriterien (Prüfhandbüchern) sowie in der softwaregestützten Prüfhilfe nachvollzogen werden.

Die Prüfinhalte zur Prüfung der Datenmeldungen zum Morbi-RSA mussten völlig neu entwickelt werden. Für eine softwareunterstützte Prüfung der Datenmeldungen zum Morbi-RSA wurden seitens der Prüfdienste bereits die fachlichen Anforderungen und – auch zur Durchführung der Pilotprüfungen (siehe unten) – ein Prototyp auf Basis einer Revisionssoftware erstellt.

Zur Durchführung der Prüfungen sind durch das Bundesversicherungsamt als den Risikostrukturausgleich durchführende Stelle (RSA-Stelle) sog. Prüfsatzarten,

welche die von den Krankenkassen zu Prüfzwecken zu liefernde Daten definieren, die vom Bundesversicherungsamt zur Verfügung zu stellenden Daten sowie Inhalte der Mitteilung der Prüfergebnisse festzulegen. Die Entwicklung dieser Satzarten und weiteren Informationen wurden durch die Prüfdienste begleitet.

Mit den Prüfungen der Datenmeldungen zum Morbi-RSA soll festgestellt werden, ob die Krankenkassen die an das Bundesversicherungsamt als RSA-Stelle zur Berechnung des RSA gemeldeten Daten zu recht gemeldet haben. Dabei werden u.a. die von den Leistungserbringern den Krankenkassen gemeldeten Daten mit den von den Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt übermittelten Daten abgeglichen, um so rechtswidrig vorgenommene Änderungen bzw. Ergänzungen ausschließen zu können. Dabei sind die abzugleichenden Daten der Leistungserbringer von den Krankenkassen entsprechend der Datenbestimmung des Bundesversicherungsamtes nach § 42 Abs. 3 RSAV unveränderbar zu speichern, um als Nachweis anerkannt werden zu können.

Die Prüfdienste haben daher in 2013 damit begonnen, auf der Grundlage abgestimmter, einheitlicher Kriterien die Speichersysteme der Krankenkassen bzw. der die Daten annehmenden Stellen daraufhin zu untersuchen, ob die in der Datenbestimmung genannten allgemeinen Kriterien eingehalten werden.

§ 42 RSAV verändert auch die Systematik und Verfahrensweise bei den Prüfungen, da das Bundesversicherungsamt nunmehr die Stichproben zieht und den Prüfdiensten

zur Verfügung stellt. Daher mussten seitens der Prüfdienste für die Prüfung die neuen Datenwege zwischen ihnen und den Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband definiert werden.

Von Bedeutung für die Prüfungen nach § 42 RSAV sind auch die vom Bundesversicherungsamt als RSA-Stelle zu entwickelnden Stichproben- und Hochrechnungsmodelle. Da im Bereich des Morbi-RSA noch keine Erfahrungswerte vorliegen, um die aus mathematisch-statistischer Sicht erforderlichen Parameter festlegen zu können, wurden sog. Pilotprüfungen vorgesehen und noch im Jahr 2013 eingeleitet. Diese Prüfungen, die für die geprüften Krankenkassen keine Rechtsfolgen auslösen, sollen dem Bundesversicherungsamt als RSA-Stelle die in 2014 benötigten Hinweise zur Gestaltung der Modelle liefern.

Es zeichnet sich jedoch bereits ab, dass die zu prüfende Zahl der Stichprobenfälle im Vergleich zu den Prüfungen nach § 15a RSAV deutlich ansteigen wird.

8.4 Maschinelle Datenanalyse

Der PDK nutzt – dem Stand der Technik der Krankenversicherungsträger folgend – das Instrument der Maschinellen Datenanalyse, um effektive und effiziente Prüfungen auch und gerade im Sinne der Träger sicherzustellen.

Zur Vereinfachung des Informationsaustauschs sowie zur Minimierung des Aufwandes der Koordination zwischen den Prüfdiensten und den Krankenkassen bei der Bereitstellung der erforderlichen Daten hat der PDK in Abstimmung mit den Prüf-

diensten der Länder einen Quasi-Standard (Satzarten 274) definiert und stimmt diesen mit den Krankenkassen, deren Rechenzentren sowie den Softwareentwicklern ab. Diese enge Zusammenarbeit der Beteiligten hat sich in der Praxis bewährt und macht Mut für die Zukunft, obwohl die Träger rechtlich nicht verpflichtet sind, Daten in einer bestimmten Form für Prüfungen nach § 274 SGB V zu liefern.

Nachdem bereits in den Vorjahren Übereinkünfte mit einigen Krankenkassen erzielt wurden, konnte nunmehr auch mit der Bitmarck Software GmbH als Entwicklerin der Branchensoftware iskv_21c eine für alle Beteiligten zufriedenstellende Lösung abgestimmt und in Teilen bereits umgesetzt werden. Nach abgeschlossener Realisierung können dann ca. 90 % der bundesunmittelbaren Krankenkassen die „Satzarten 274“ liefern. Mit den Krankenkassen, bei denen die Bereitstellung noch nicht vollständig erfolgt, wird die Umsetzung der Satzarten bilateral und entsprechend dem Prüfplan des PDK besprochen.

Mit der Umsetzung dieses Quasi-Standards 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.

Zudem konnten aufgrund der vorausschauend angelegten Definition der Satzarten Synergieeffekte bei der Datendefinition nach § 11 Abs. 1 der Verordnung über die Prüfung der sonstigen Beiträge an den Gesundheitsfonds für Prüfungen nach § 252 Abs. 5

SGB V erzielt werden, da die Satzarten für beide Prüfungen (§ 274 und § 252 SGB V) in Aufbau und Inhalt deckungsgleich gestaltet werden sollen. Dadurch können wiederum die Kosten zur Umsetzung der letztgenannten Aufgabe minimiert werden.

8.5 Aus der Arbeit der Prüfgruppen

8.5.1 Allgemeine Verwaltung

Stellvertretung des Vorstandes

Eine vom PDK geprüfte Krankenkasse hatte keinen leitenden Beschäftigten mit der Stellvertretung des Vorstands beauftragt, obwohl der Vorstand nur aus einer Person bestand.

Die Krankenkasse hatte stattdessen ein Team von Vertretern aufgestellt und dabei die Stellvertretung „sachgebietsorientiert“ geregelt. Dies widerspricht der Verpflichtung aus § 35a Abs. 4 Satz 4 SGB IV. Die Krankenkasse erklärte, umgehend einen Vertreter für den Vorstand zu bestellen.

Archivierung von Belegen und Unterlagen

In einem anderen Fall sah der PDK die Grundsätze der ordnungsgemäßen Datenverarbeitung verletzt.

Ursprünglich aus dem Scannen von Beitragsnachweisen entstanden, hatte ein Sozialversicherungsträger die elektronische Archivierung auf die Belege der Finanzbuchhaltung erweitert. Anders als in komfortablen Dokumentenmanagementsystemen üblich, bestand die Archivierung lediglich im einfachen Scannen der Belege. Ein unmittelbarer Direktzugriff auf einzelne Un-

terbelege war nicht möglich, nicht zuletzt deshalb, weil der eingescannte Stapel insgesamt nur eine Nummer trug. Lediglich das Dokumenten- bzw. Belegarchiv des Sozialversicherungsträgers sollte die Verfügbarkeit aller Belege gewährleisten.

Dies ist nicht ausreichend. Hinsichtlich näherer Einzelheiten, Vorschriften, weiterer Nachweise und Fundstellen zur Langzeit-speicherung elektronischer Daten haben die Prüfdienste des Bundes und der Länder ein gleichnamiges Kompendium verfasst und der Krankenkasse geraten, entsprechend zu verfahren. Das Kompendium ist abrufbar über den Internetauftritt des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (<http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Langzeitspeicherung.pdf>).

Abgabe von Angeboten per Fax

Eine Krankenkasse hatte in den Vergabeunterlagen festgelegt, dass Preisangaben per Fax übermittelt werden können. Dies ist nach der Neufassung der VOL/A (Inkrafttreten am 11. Juni 2010) nach § 16 Abs. 1 Satz 2 letzter Halbsatz VOL/A EG zwar grundsätzlich zulässig. Die Übersendung von Angeboten an ein frei zugängliches Faxgerät hält der PDK gleichwohl aus Gründen der Korruptionsprävention für bedenklich, soweit nicht ausgeschlossen werden kann, dass ggf. Angebote vor Ablauf der Angebotsfrist eingesehen und die Inhalte an Mitbewerber weitergegeben werden könnten.

Es bestehen darüber hinaus erhebliche Bedenken bezüglich der geforderten Gewährleistung der Unversehrtheit und Vertrau-

lichkeit der übermittelten Angebote durch den Auftraggeber. Daher sind die mittels Telekopie eingereichten Unterlagen entsprechend zu kennzeichnen und auf geeignete Weise bis zum Angebotsende unter Verschluss zu halten.

Die Krankenkasse hat das Verfahren aufgrund der Hinweise umgestellt.

Regelmäßige Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen

Vor einer Auslagerung einer Dienstleistung und auch in regelmäßigen Abständen während der Auslagerung sind kassenseitig Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen durchzuführen. Dies wurde – wie der PDK festgestellt hat – nicht von allen geprüften Krankenkassen beachtet.

Krankenkassen haben sicherzustellen, dass sie die ihnen obliegenden Aufgaben unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erfüllen.

Für alle finanzwirksamen Maßnahmen – hierzu gehören auch die entstehenden laufenden und einmaligen Kosten für eine Auslagerung von Aufgaben an Dritte – sind angemessene Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchzuführen (§ 69 Abs. 2 und 3 SGB IV).

Der PDK hat unter Verweis auf das Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes zum Outsourcing vom 14. Mai 2012 empfohlen, regelmäßige Überprüfungen der Wirtschaftlichkeit durch die Krankenkasse durchzuführen. Die Krankenkasse hat die Empfehlung umgesetzt.

8.5.2 Mitgliedschaft/ Beiträge

Doppelte Erfassung von Versicherungen

Nach mehreren Auswertungen der Datenbestände verschiedener Krankenkassen im Bereich Doppelversicherungen konnte die erfreuliche Feststellung getroffen werden, dass rückläufige Fehlerquoten festzustellen waren.

Der PDK begleitet seit Jahren mit eigenen Auswertungen die Pflege des Datenbestandes in diesem Bereich. Dank dieser Prüfungen ist mittlerweile weitgehend sichergestellt, dass die Krankenkassen ihre Datenbestände konsequent überprüfen.

Nachrangige Versicherungspflicht

Bei der Prüfung der Neuaufnahme von Versicherten konnte der PDK feststellen, dass bei Zuzug aus Mitgliedsländern der Europäischen Union bei mehreren Krankenkassen nicht geprüft wurde, nach welcher Rechtsgrundlage des Freizügigkeitsgesetzes (FreizügG/ EU) die Einreise erfolgte.

Unionsbürger, die sich zur Arbeitssuche in Deutschland aufhalten wollen, sind uneingeschränkt freizügigkeitsberechtigt (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 FreizügG/ EU). Sind die weiteren Voraussetzungen erfüllt, kommt die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in Betracht.

Nichterwerbstätigen Unionsbürgern ist das Recht auf Freizügigkeit nur unter den Voraussetzungen des § 4 FreizügG / EU bzw. dem Personenfreizügigkeitsabkommen der EU mit der Schweiz gegeben. Voraussetzung des Freizügigkeitsrechts ist u.a.

ein ausreichender Krankenversicherungsschutz. Damit wird eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorausgesetzt, die eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V von vornherein ausschließt (§ 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V).

Die Krankenkassen haben deshalb im Rahmen der bestehenden Amtsermittlungspflicht zu ermitteln, ob der Unionsbürger zum Zwecke der Arbeitsuche bzw. der Arbeit oder zu anderen Zwecken eingereist ist. Dies ließe sich entweder durch gezielte Fragen an den Betroffenen oder über eine Rückfrage bei der Ausländerbehörde erreichen.

Die Krankenkassen haben zugesagt, die Hinweise des PDK zukünftig zu beachten.

Regelmäßige Einkommensüberprüfungen

Der PDK hat festgestellt, dass dem Gesundheitsfonds durch fehlende Einkommensüberprüfungen Einnahmen entgehen. Bei einer größeren Krankenkasse wurden keine regelmäßigen Überprüfungen der Einkommenssituation von freiwillig versicherten Kindern durchgeführt. Darüber hinaus erfolgte bei Eintritt von Versicherungspflicht aufgrund einer Beschäftigung und unmittelbar davor bestehender freiwilliger Versicherung aufgrund einer hauptberuflichen selbständigen Erwerbstätigkeit keine Überprüfung, ob die selbständige Tätigkeit weiterhin (ab Eintritt der Versicherungspflicht) ausgeübt wird bzw. in welchem Umfang. Bei einer anderen Krankenkasse wurde nicht überprüft, ob das erzielte Gesamteinkommen der familienversicherten Angehörigen

die zulässigen Einkommensgrenzen überschreitet. Auch fand kein kontinuierlicher Abgleich der Meldebestände aus der sogenannten Werkstudentenbeschäftigung statt. Die Krankenkassen haben zugesagt, die erforderlichen Überprüfungen vorzunehmen.

IT-Prüfungen

Bei drei unterschiedlich großen Krankenkassen ist die Migration auf das neue Betriebssystem iskv_21c geprüft worden. Die Umstellungsprojekte „iskv_21c“ verliefen bei allen Krankenkassen termingerecht. Das Projektmanagement der Krankenkassen und die Projektbetreuung der Dienstleister waren jeweils professionell und zielführend. Im Bereich Projektcontrolling und in den Bereichen Berechtigungs- und Benutzerkonzepte konnten noch einige Hinweise gegeben und Empfehlungen ausgesprochen werden.

Der Anwendungsfall „Geldfluss erfassen“ im iskv_21c war zum Zeitpunkt der Prüfungen bei allen drei Krankenkassen noch aktiv geschaltet. Er dient ausschließlich zur Echtmigration in der Umstellungsphase und ist äußerst sicherheitskritisch. Dies hat zwischenzeitlich die Bitmarck Software GmbH, Essen, bestätigt. Er sollte deshalb unmittelbar nach der Aufnahme des Echtbetriebes aus dem System genommen werden.

8.5.3 Leistungen der Krankenversicherung

Im Berichtszeitraum zeigten die Prüfungen im Leistungsbereich der Krankenkassen zwar überwiegend unauffällige Ergebnisse, doch gab es auch hier Beratungsbedarf. Zu erwähnen sind beispielsweise die Themen

Reparatur von Hörsystemen, Kostenübernahmen für empfängnisverhütende Mittel und die Soziotherapie.

Mehrere Krankenkassen übernahmen in zahlreichen Fällen die Kosten für Reparaturen von Hörgeräten, obwohl zuvor Reparaturpauschalen vereinbart und gezahlt wurden.

In den Verträgen zwischen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker und einigen KV-Landesverbänden ist geregelt, dass der Hörgeräteakustiker für die Dauer von sechs Jahren nach abgeschlossener Anpassung des Hörgerätes an die Belange der Versicherten, alle für eine einwandfreie Funktion des jeweiligen Produkts notwendigen Wartungs- und Reparaturarbeiten auf Basis einer einmaligen pauschalen Vergütung übernimmt.

Die Pauschale umfasst alle Dienstleistungs- und Materialkosten; weitere Kosten können der Krankenkasse nicht in Rechnung gestellt werden.

Bei einer Ersatzbeschaffung vor Ablauf des Versorgungszeitraumes von sechs Jahren können sich die Krankenkassen den nicht in Anspruch genommenen Teil der gezahlten Reparaturpauschale zurückerstatten bzw. auf eine neue Reparaturpauschale anrechnen lassen.

Die geprüfte Krankenkasse hat zugesagt, die Reparaturpauschalen zukünftig zu berücksichtigen.

Versicherte haben nach § 24a Abs. 1 SGB V Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Hierzu gehören auch die erforderliche Untersu-

chung und die Verordnung von empfängnisverhütenden Mitteln, die nach § 24a Abs. 2 SGB V grundsätzlich für Versicherte bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung verschrieben werden können.

Eine Krankenkasse hat in über 500 Fällen Kosten für die Antibabypille mit einem Gesamtvolumen von über 20.000 Euro übernommen, obwohl die Versicherten bereits das 20. Lebensjahr vollendet hatten.

Einige Verschreibungen erreichten einen Umfang, der das erforderliche Jahreskontingent um ein Mehrfaches – bis zum 2,5-fachen – überschritt. In diesen Fällen hatten Versicherte zum Teil zwei Ärzte in unterschiedlichen Orten aufgesucht, um die Rezepte zu erhalten.

In vier Fällen wurden Rezepte von Zahnärzten ausgestellt. Da Ärzte grundsätzlich nur in dem Bereich der Medizin tätig sein dürfen, auf den ihre Approbation ausgestellt ist, in dem sie also die notwendige Ausbildung besitzen, dürfen durch Zahnärzte keine Antibabypillen verordnet werden.

Der PDK hat in diesem Zusammenhang empfohlen, regelmäßig die Verschreibungen zur Antibabypille und Mehrfachverordnungen kritisch zu hinterfragen, keine Kosten für Versicherte zu übernehmen, die das 20. Lebensjahr bereits vollendet haben, wenn das Medikament nicht für weitergehende medizinische Indikationen nach § 27 Abs. 1 Ziffer 3 SGB V zugelassen ist und insbesondere keine Verordnungen zu akzeptieren, die von Zahnärzten ausgestellt wurden. Die Krankenkasse hat die Empfehlung zum

Anlass genommen, ihre Prozesse in diesem Themenfeld zu überprüfen und anzupassen.

Einige Krankenkassen übernehmen die Kosten für Soziotherapie von Leistungserbringern, obwohl mit diesen keine Versorgungsverträge bestehen. Der PDK wies daher darauf hin, dass Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37a Abs. 2 SGB V mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie schließen können, soweit es für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist (§ 132b SGB V). Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in ihrem Gemeinsamen Rundschreiben vom 29. November 2001 Empfehlungen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie vereinbart. Diese Empfehlungen haben zum Ziel, durch einheitliche Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie eine qualitätsgesicherte, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende, Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.

Der PDK wies des Weiteren darauf hin, dass die Krankenkassen zu überprüfen haben, ob der verordnende Vertragsarzt die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie durch die Kassenärztliche Vereinigung erhalten hat. Diese Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf nach den Soziotherapie-Richtlinien der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung.

Diese Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller nachweist, dass er die folgenden Voraussetzungen erfüllt:

- Der Arzt muss in der Lage sein, die Indikation für die Soziotherapie (einschließlich der Feststellung, ob dadurch ggf. Krankenhausbehandlung vermieden werden kann) zu stellen, deren Ablauf und Erfolg zu kontrollieren und in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer ggf. notwendige fachliche Korrekturen am soziotherapeutischen Betreuungsplan vorzunehmen.
- Der Arzt muss des Weiteren berechtigt sein, die Gebietsbezeichnung „Psychiatrie“ oder „Nervenheilkunde“ zu führen. Zusätzlich ist eine Erklärung des Arztes über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig.
- Andere Vertragsärzte können den Patienten zu einem, durch die Kassenärztliche Vereinigung qualifizierten Arzt überweisen, wenn sie den begründeten Verdacht haben, dass bei diesem Patienten eine entsprechende Indikation vorliegt und er aufgrund dessen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und wenn durch die Verordnung von Soziotherapie Krankenhausbehandlung vermieden werden kann (Abschnitt II und VI Nr. 15 und 16 der Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte der Krankenkassen).

Prüfungsmaßstäbe und -inhalte gerichtlich bestätigt

Mit Urteil vom 05. Dezember 2013 hat das Landessozialgericht Essen die Rechtmäßigkeit der Prüfung des PDK im Bereich Versicherungszeiten/ Disease Management Programm (DMP) und die Erhebung eines Korrekturbetrages i.H.v. ca. 1,5 Mio. Euro durch das Bundesversicherungsamt bestätigt. Damit wurde ein langwieriger seit 2009 anhängiger Rechtsstreit beendet. Das Urteil ist mittlerweile rechtskräftig.

Zwischen den Beteiligten war streitig, welche Anforderungen im Berichtsjahr 2003 für die Anerkennung als DMP-Versicherungszeit an die ärztliche Dokumentation zu stellen sind. Streitig waren insbesondere das Erfordernis der Arztunterschrift auf den Dokumentationsbögen, die Übermittlungsfrist der Erstdokumentation und die Vollständigkeit der Dokumentation. Da längere Versicherungszeiten bzw. eine höhere Anzahl von eingeschriebenen Versicherten entsprechend höhere Leistungsausgaben zur Folge hatten, wurden Krankenkassen mit überdurchschnittlich langen Versicherungszeiten bzw. einer überdurchschnittlich hohen Anzahl eingeschriebener Versicherter finanziell im RSA entlastet und hatten daher ein Interesse daran, möglichst viele Zeiten bzw. Versicherte zu melden.

Das Gericht hat die vom PDK angewandten Prüfungsmaßstäbe und -inhalte vollumfänglich bestätigt. Eine weitere Klage betreffend das Berichtsjahr 2003 sowie zwei Klagen betreffend das Berichtsjahr 2004 sind nach Bekanntgabe dieses Urteils von den Krankenkassen zurückgezogen wor-

den, so dass damit alle Klagen gegen Bescheide des Bundesversicherungsamtes, die die DMP-Prüfungen zum Gegenstand hatten, rechtskräftig sind

Krankenhausabrechnungen (DRG)

Der PDK hat erneut festgestellt, dass Krankenkassen unberechtigterweise Diagnose-daten aus Kostenerstattungsfällen in Zusammenhang mit Abrechnungen ausländischer Krankenhäuser in den Morbi-RSA meldeten. Der PDK klärte die Krankenkassen dahingehend auf, entsprechende Fälle in der EDV mit dem richtigen Kennzeichen zu versehen und somit eine fehlerhafte Meldung in den Morbi-RSA zu vermeiden.

Im Rahmen von örtlichen Erhebungen fielen bei einer Krankenkasse eine Vielzahl von Fällen mit materiell-rechtlichen Sachverhalten auf, die teilautomatisiert verarbeitet wurden. So wurden Fehlerhinweise zu Fallzusammenführungen und Verlegungen vom Prüfprogramm als „Warnung“ gekennzeichnet und die Fälle trotzdem teilautomatisiert verarbeitet. Diesen Zusammenhang hat die Krankenkasse bei der Einstellung der Batch-Kriterien weder berücksichtigt noch durch die Revision der Fälle aus den Batch-Protokollen erkannt. Darüber hinaus verarbeitete die Krankenkasse Fälle aus dem medizinisch-inhaltlichen Bereich teilautomatisiert, obwohl die Prüfsoftware eindeutige Fehlerhinweise als „Fehler“ deklariert hat.

Nach Auffassung des PDK sind bei einem automatisierten Belegfeststellungsverfahren gewisse Mindestkriterien zu erfüllen. Diese Mindestvoraussetzungen beinhalten u.a. Standards bei der Dokumentation, ein Berechtigungskonzept, Kontrollen und festgelegte Verantwortlichkeiten. Es muss auch sichergestellt werden, dass Fälle mit materiell-rechtlichen Fehlerhinweisen nicht teilautomatisiert verarbeitet werden.

Die Krankenkassen wurden ausführlich beraten.

8.5.4 Finanzen

Verwaltung und Anlage der finanziellen Mittel

Die Finanzlage der bundesunmittelbaren Krankenkassen hat sich im Jahr 2013 weiter verbessert (zum Vorjahr siehe Tätigkeitsbericht 2012 des Bundesversicherungsamtes, S. 98 f.). Die Finanzreserven wuchsen bei den meisten Krankenkassen weiter an. Mehrere Krankenkassen waren deshalb in der Lage, an ihre Mitglieder Prämien nach § 242 Abs. 2 SGB V auszuzahlen.

Die Entwicklung an den Finanzmärkten führte auch für die Krankenkassen im Vergleich zu früheren Jahren zu schlechteren Konditionen bei der Anlage ihrer finanziellen Mittel. Um bestehende Möglichkeiten auszuschöpfen, ist oftmals ein verbessertes Anlage-, Risiko- und Liquiditätsmanagement in den Krankenkassen erforderlich. Viele Träger haben deshalb bereits entsprechende Anlagerichtlinien entwickelt. Einige Krankenkassen, insbesondere kleinere Betriebskrankenkassen, wurden dahingehend beraten, zur Gewährleistung eines rechts-

konformen und effektiven Anlage-, Risiko- und Liquiditätsmanagements eine Anlagerichtlinie zu erarbeiten.

Eine geprüfte Krankenkasse wurde aufgefordert, ihre Beteiligungen an Aktienfonds, die Indizes nachbilden, zu veräußern, da der Anlagekatalog des § 83 SGB IV den Erwerb von Aktien nicht vorsieht.

Mit Rundschreiben vom 25. Februar 2014 hat das Bundesversicherungsamt Empfehlungen für eine Anlagerichtlinie veröffentlicht (vgl. Seite 95 des Berichtes).

Jahresrechnung (§ 77 Abs. 1a SGB IV)

Seit 2010 sind die Krankenkassen zur Umsetzung des Vorsichtsprinzips verpflichtet. Sie haben in ihren Jahresrechnungen u.a. Forderungen unter Berücksichtigung von möglichen Ausfallrisiken zu erfassen. Dazu sind die Ausfallrisiken in sachgerechter Weise unter Berücksichtigung einer vorsichtigen Beurteilung zu bestimmen. Die Forderungen einschließlich der Ausfallrisiken sind im Anhang zur Jahresrechnung darzustellen.

Die Prüfungen zeigten, dass einige Krankenkassen diese Verpflichtung in ihrer Jahresrechnung 2012 noch nicht bzw. noch nicht vollständig erfüllen. Sie ermitteln das Ausfallrisiko nicht bzw. unzureichend. Darüber hinaus ist die Darstellung der Ausfallrisiken im Anhang zur Jahresrechnung in vielen Fällen noch unvollständig.

Kassensicherheit

Im Rahmen seiner Prüfung hat der PDK ermittelt, dass eine Krankenkasse in be-

sonders starkem Maße diverse Zahlverfahren verwendet, die nicht durch (Finanz-) Anwendungen des kasseneigenen Informationssystems ISKV Basis oder der Finanzbuchhaltungssoftware WILKEN erfasst werden. Im Ergebnis lagen im zweijährigen Betrachtungszeitraum über 12.500 Buchungssätze vor, denen entsprechende Zahlungen außerhalb der Funktionalitäten der Kernsysteme ISKV Basis und WILKEN zugrunde lagen.

Die Krankenkasse sagte im Beratungsgespräch zu,

- Lastschriftabbuchungen, soweit möglich, auf Zahlung gegen Rechnung umzustellen und
- das gesonderte Electronic Banking System nur noch bei Auslandsüberweisungen und Kontenumschichtungen zu verwenden.

Der PDK konnte bei einer Nachprüfung feststellen, dass die Krankenkasse nach Umstellung der Verfahren die Anzahl dieser Zahlungen um 90 v.H. signifikant reduziert und damit die Kassensicherheit in der Finanzbuchhaltung wesentlich verbessert hat.

8.5.5 Pflegeversicherung

Beratungs- und Informationspflichten der Pflegekassen

In der Pflegeversicherung sind der Grundsatz des Vorrangs der Prävention und der medizinischen Rehabilitation sowie der Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitation vor Pflege zu beachten. Die Pflegekas-

sen sind daher verpflichtet, im Einzelfall zu prüfen, welche Leistungen gewährt werden können, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. entgegen zu wirken. Viele Pflegekassen verfügen derzeit noch über keine Checklisten, wie diese Pflichten umgesetzt werden können. Der PDK empfiehlt, solche Checklisten zu erstellen, um die gesetzlichen Vorgaben effizienter erfüllen zu können.

Ermittlung des leistungsberechtigten Personenkreises für verbesserte Pflegeleistungen

Mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes zum 01. Januar 2013 zahlte eine Pflegekasse die verbesserten Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI zwar in ordnungsgemäßer Höhe aus. Die Pflegekasse hatte es aber versäumt, den leistungsberechtigten Personenkreis vollständig zu ermitteln.

In § 123 SGB XI sind Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes vorgesehen. Danach haben auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe erstmalig Anspruch auf Pflege- und Geldleistungen, auf Ersatzpflege, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die der Pflegestufe I oder II zugeordnet sind, erhöhen sich. Der Pflegekasse wurde deshalb empfohlen, auch die Leistungsberechtigten mit erheblichem allgemeinem Betreuungs-

bedarf, die bisher noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, zu ermitteln, damit auch dieser Personenkreis von den verbesserten Pflegeleistungen profitieren kann.

Änderungen der Bemessungs- und Bezugsgrößen

Eine kleinere Pflegekasse hatte bei der Umstellung auf iskv_21c darauf vertraut, dass die Änderungen der Bemessungs- und Bezugsgrößen für die Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegepersonen bereits systemseitig im Grundpaket des Rechenzentrums enthalten sind. Die erforderlichen eigenen Anpassungen unterblieben deshalb, was zur Folge hat, dass unzutreffende Beiträge an die Rentenversicherungsträger abgeführt wurden. Die Pflegekasse hat zwischenzeitlich das entsprechende Zusatzpaket vereinbart und die Beiträge auch rückwirkend korrigiert.

Finanzielle Schäden durch personelle Vakanzen

Dass eine ungenügende Personalausstattung auch finanzielle Schäden verursachen kann, musste eine geprüfte Pflegekasse erfahren. Aufgrund der personellen Vakanzen bei einer Pflegekasse bauten sich immense Arbeitsrückstände auf, auf die die Pflegekasse auch erst mit erheblicher Zeitverzögerung reagierte. Daneben wurden zahlreiche Bearbeitungsschritte aus Zeitgründen eingestellt. Bei der Einzugsstellenprüfung wurden daher hohe Säumniszuschläge wegen nicht abgeführter Rentenversicherungsbeiträge in Rechnung gestellt. Der Pflegekasse wurden Empfehlungen zum organisa-

torischem Abbau der Rückstände aufgezeigt und sie wurde darauf hingewiesen, dass die personal- und sachmittelstellende Krankenkasse aus dem Treuhandverhältnis des § 46 Abs. 3 SGB XI für der Pflegeversicherung entstehende Schäden (insbes. Verzugszinsen und Säumniszuschläge) haftet.

Ermittlung des Gesamtpflegeaufwandes bei mehreren Pflegepersonen

Pflegen mehrere Pflegepersonen einen Pflegebedürftigen, erfassen Pflegekassen den vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellten Gesamtpflegeaufwand aller beteiligten Pflegepersonen sowie den anteiligen Pflegeaufwand in unterschiedlichen Konstellationen, die teilweise dazu führen, dass das DV-Programm eine falsche Höhe des Rentenversicherungsbeitrages ermittelt.

Ausschlaggebend ist hierbei, dass die Pflegekassen fast ausnahmslos im Feld „Typ der Versicherung“ den Gesamtpflegeaufwand nicht richtig verschlüsseln. Daneben berücksichtigen die Pflegekassen für die Ermittlung des Gesamtpflegeaufwandes auch die Pflegeleistungen von Personen, die weniger als 14 Stunden pro Woche einen Pflegebedürftigen pflegen.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind nach § 166 Abs. 2 Satz 2 SGB VI beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegeleistung im Verhältnis zum Umfang der Pflegeleistung insgesamt entspricht. Nach dem Gemeinsamen Rundschreiben

des GKV-Spitzenverbandes vom 09. Januar 2013 ist bei der Mehrfachpflege eines Pflegebedürftigen die aufgrund des Gesamtpflegeaufwandes anzusetzende Bemessungsgrundlage entsprechend dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit auf die einzelnen Pflegepersonen aufzuteilen (Quotierung).

Für die Ermittlung des Gesamtpflegeaufwandes (als Grundlage für die Quotierung) werden die Pflegetätigkeiten aller Pflegepersonen berücksichtigt, die dem Grunde nach die Voraussetzungen nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI erfüllen. Dagegen bleibt der Pflegeaufwand von Personen, die weniger als 14 Stunden pro Woche einen Pflegebedürftigen pflegen und für die keine Leistungen zur sozialen Sicherung vorgesehen sind, für die Feststellung des Gesamtpflegeaufwandes und daraus folgend für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen unberücksichtigt. Ebenso bleiben Pflegetätigkeiten von Pflegepersonen, die lediglich im Rahmen der Additionspflege versicherungspflichtig und nach § 166 Abs. 3 SGB VI verbeitragt werden, bei der Ermittlung des Gesamtpflegeaufwandes unberücksichtigt.

In einzelnen Fällen (Pflegeperson pflegt drei Pflegebedürftige der Pflegestufe III) kam es auch zu einem Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze zur Rentenversicherungspflicht.

Treffen nach § 22 Abs. 2 SGB IV beitragspflichtige Einnahmen aus mehreren Versicherungsverhältnissen zusammen und übersteigen sie die für das jeweilige Versicherungsverhältnis maßgebliche Beitragsbemessungsgrenze, so vermindern sie sich

zum Zwecke der Beitragsberechnung nach dem Verhältnis ihrer Höhe so zueinander, dass sie zusammen höchstens die Beitragsbemessungsgrenze erreichen. Die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem jeweiligen Versicherungsverhältnis sind vor der Verhältnisrechnung nach Satz 1 auf die maßgebliche Beitragsbemessungsgrenze zu reduzieren.

Das von den Pflegekassen eingesetzte DV-System ISKV-neu sieht in „PPBEA“ für die Erfassung von Pflegezeiten bei Pflegepersonen, die mehrere Pflegebedürftige zeitgleich pflegen, die Typenfolge 571 - 576 (in Abhängigkeit von Pflegeumfang und Pflegestufe) vor. Im Sinne der Transparenz und der Sicherstellung der korrekten Beitragsabführung - insbesondere wenn durch die Mehrfachpflege die Beitragsbemessungsgrenze erreicht wird - erachtet der PDK eine Umstellung auf die systemseitig vorgesehenen Typennummern für notwendig.

Ersatzansprüche gegen Drittschädiger

Ein Schwerpunkt der Prüfungen des PDK ist nach wie vor die Geltendmachung von Ersatzansprüchen gegen Drittschädiger (§ 116 SGB X) für die Pflegeversicherung.

Dieser Bereich ist weiterhin stark fehleranfällig. So wurden potentielle Regressansprüche nicht oder nur unzureichend ermittelt bzw. geltend gemacht. Einnahmen aus Ansprüchen der Kranken- und Pflegeversicherung flossen oftmals komplett in die Krankenversicherung. Kapitalabfindungen in voller Höhe wurden in die Krankenversicherung gebucht, obwohl (Folge-) Leistungen für die Pflegeversicherung in Berech-

nungs-/ Vergleichsgrundlagen einbezogen wurden. Bei einer Pflegekasse wurden Ersatzansprüche in Höhe von 200.000 Euro erst auf Hinweis des PDK geltend gemacht.

8.5.6 Kassenärztliche Bundesvereinigungen und GKV-Spitzenverband

Im Anschluss an die Feststellungen der örtlichen Erhebungen im Berichtsjahr 2012 bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem GKV-Spitzenverband (siehe Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes 2012, S. 132) wurden im Folgejahr die Prüfberichte übersandt.

Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat der Prüfdienst empfohlen, den Hinweis auf die Arbeit und Aufgabenstellung ihrer „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ (§ 81a SGB V) auf ihrer Homepage deutlich darzustellen und so auch den gewünschten Zugang für den Bürger zu gewährleisten.

Diese Empfehlung haben die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wie folgt umgesetzt:

- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung weist ihre „Stelle nach § 81a SGB V“ im Organigramm aus und hat über ihre Kontaktseite auch den Zugang für Meldungen zu Fehlverhalten im Gesundheitswesen eröffnet.
- Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat eine Kontaktbox „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ mit Stellen- und Aufgabenbeschreibung der Stabsstelle sowie einem Kontaktformular auf ihrer Internetseite eingerichtet.

Nach öffentlicher Diskussion seitens der Ärzteverbände um das Online-Meldeportal des GKV-Spitzenverbandes hat der Verband sein Hinweisgeber-Formular begrifflich modifiziert.

Im Berichtsjahr 2013 wurde des Weiteren eine Prüfung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit Sitz in Essen in den Bereichen Haushalts- und Rechnungswesen, Projektkalkulation, Kassenführung, Reise-, Bewirtungs- und Repräsentationskosten eingeleitet.

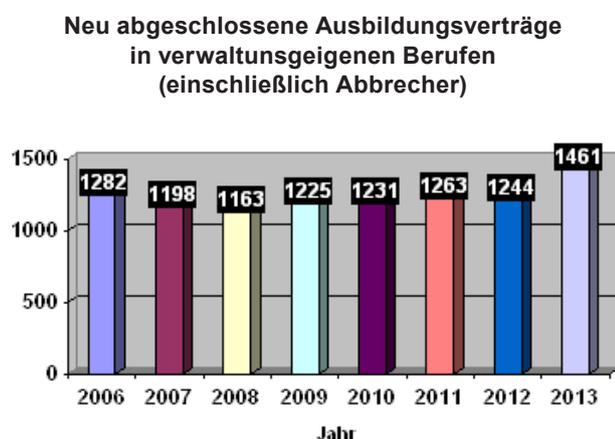
9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ

9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ

9.1 Ausbildungsplatzsituation

Am Stichtag 31. Dezember 2013 betreute das Bundesversicherungsamt insgesamt 3.639 Ausbildungsverhältnisse (um die abgebrochenen Ausbildungsverhältnisse bereinigte Anzahl) der Einstellungsjahrgänge 2011 bis 2013 in den verwaltungseigenen Berufen, davon 3.612 Ausbildungsverhältnisse zu Sozialversicherungsfachangestellten (SFA), 14 zu Verwaltungsfachangestellten (VFA), 12 zu Fachangestellten für Bürokommunikation (FAB) und eines zum Fachangestellten für Medien und Informationsdienste. Beim Bundesversicherungsamt selbst waren zudem 13 Ausbildungsverhältnisse zu betreuen, 8 zu VFA und 5 zu FAB.

Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge bei den Sozialversicherungsträgern in den verwaltungseigenen Berufen ist mit 1.461 (rd. 17,8 % mehr als im Vorjahr) so hoch wie seit 2003 nicht mehr. Hier von entfielen 1.458 auf SFA, 2 auf VFA und 1 auf FAB.



Außer der Unfallversicherung, die mit 123 Ausbildungsverträgen genauso viele Verträge abgeschlossen hat wie im Vorjahr, ist bei allen Trägern ein deutlicher Zuwachs der Ausbildungszahl zu verzeichnen: Rentenversicherung plus 67,5 %, Knappschaft-Bahn-See plus 18,2 %, Krankenversicherung plus 13,5 % und die Landwirtschaftliche Sozialversicherung sogar mit plus 400 %. Der enorme Zuwachs bei der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung dürfte auf die Errichtung des neuen Bundesträgers der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau zurückzuführen sein, in dem alle bisherigen Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zusammengeführt und unter die Aufsicht des Bundes gestellt worden sind.

Verteilung der Ausbildungsverhältnisse in verwaltungseigenen Berufen auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

KV			
Einstellungsjahr	SFA	VFA	FAB
2010	894	0	10
2011	913	0	0
2012	912	0	0
2013	1035	0	0

RV			
Einstellungsjahr	SFA	VFA	FAB
2010	78	0	0
2011	75	0	0
2012	77	0	0
2013	129	0	0

KBS			
Einstellungs-jahr	SFA	VFA	FAB
2010	123	0	0
2011	126	2	0
2012	121	0	0
2013	143	0	0

LSV			
Einstellungs-jahr	SFA	VFA	FAB
2010	7	0	0
2011	7	2	0
2012	7	0	0
2013	28	0	0

UV			
Einstellungs-jahr	SFA	VFA	FAB
2010	107	2	5
2011	130	2	5
2012	123	2	2
2013	123	2	1

Im Einstellungsjahrgang 2013 verfügen 74,88 % der Auszubildenden über einen Hoch- oder Fachhochschulabschluss, 24,64 % über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss und 0,48 % über einen Hauptschulabschluss.

Neben den bei den Sozialversicherungsträgern abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen in verwaltungseigenen Berufen, die das Bundesversicherungsamt als zuständige Stelle überwacht und bei denen das Bundesversicherungsamt auch die Zwischen- und Abschlussprüfungen abnimmt, wurden von den Sozialversicherungsträgern im Berichtsjahr auch 308 Ausbildungsverträge im Beruf Kaufmann/ Kauffrau im Gesundheitswesen und 14 Ausbildungsverträge im Beruf Kaufmann/ Kauffrau im Dialogmarketing geschlossen. Diese Ausbildungsverhältnisse hat das Bundesversicherungsamt

im Rahmen der sog. geteilten Zuständigkeit zu überwachen.

9.2 Prüfungen

Im Jahr 2013 hat das Bundesversicherungsamt 2.546 Prüflinge und damit annähernd so viele wie im Vorjahr geprüft.

An 13 Zwischenprüfungen nahmen 1.147 Auszubildende zu SFA, sechs zu FAB, sechs angehende VFA und ein Fachangestellter für Medien- und Informationsdienste teil. Dabei wurden 67 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 16 Abschlussprüfungen, bei denen 81 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 1.145 Prüflinge teil, darunter 20 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf SFA entfielen 1.129 Prüflinge, vier auf den Ausbildungsberuf VFA und 12 auf den FAB. 1.125 Prüflinge bestanden die Prüfung (98,3 %). Unter den 1.129 Prüflingen für den Beruf SFA waren 32, die nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz (BBiG) zur Prüfung zugelassen wurden. Von diesen kam einer von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, einer von einer Innungskrankenkasse und alle anderen von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin/ zum Krankenkassenfachwirt nahmen 59 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen teil. 7 davon kamen von landesunmittelbaren Krankenkassen und wurden vom Bundesversicherungsamt in Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die noch keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. 4 Prüfungsausschüsse wa-

ren im Einsatz. 57 Prüflinge bestanden die Prüfung. Bei der Organisation wurde das Bundesversicherungsamt von der BKK Akademie und der IKK Akademie unterstützt.

Die im Dezember 2012 begonnene Fortbildungsprüfung zur Sozialversicherungsfachwirtin/ zum Sozialversicherungsfachwirt für 49 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS) wurde in diesem Jahr abgeschlossen. Es waren 3 Prüfungsausschüsse im Einsatz. 42 Prüflinge bestanden die Prüfung.

Zudem hat das Bundesversicherungsamt 10 Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 133 Ausbilderinnen und Ausbilder - und damit im Vergleich zum Vorjahr rund 30 % mehr - teilnahmen. 74 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei Krankenkassen, 18 bei Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, 26 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und 15 bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Alle Prüfungsteilnehmer und -teilnehmerinnen bestanden die Prüfung.

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

9.3 Überwachung und Beratung

Im Jahr 2013 hat das Bundesversicherungsamt als zuständige Stelle nach dem BBiG in 230 Veranstaltungen mehr

als 3.100 angehende SFA, Kaufleute im Gesundheitswesen, VFA, FAB und Fachinformatiker der Fachrichtungen Anwendungsbetreuung und Systemintegration beraten.

Anzahl der beratenen Auszubildenden

	in Lehrgängen	in Geschäftsstellen	Gesamt	in %
KV	2050	269	2319	74,04
RV	160	0	160	5,11
UV	317	19	336	10,73
LSV	46	47	93	2,97
KBS	206	18	224	7,15
Summe:	2779	353	3132	100,00

Die von den Trägern angebotenen Lehrgänge konnten alle von den Ausbildungsberatern aufgesucht werden, womit gewährleistet war, dass die Auszubildenden zweimal während ihrer Ausbildungszeit, nämlich vor der Zwischen- sowie vor der Abschlussprüfung, die Möglichkeit zu einem persönlichen Gespräch mit den Beratern hatten. Sie erhielten zudem umfangreiche Informationen über Ablauf und Inhalt der Prüfungen und hatten Gelegenheit zu einem anschließenden Erfahrungsaustausch.

Als besonders effektiv für das Bundesversicherungsamt erweisen sich allerdings immer wieder die Geschäftsstellenberatungen, denn gerade vor Ort können wertvolle Informationen über die fachpraktische und theoretische Ausbildung gewonnen werden. Angesichts der Vielzahl der Geschäftsstellen, die über das gesamte Bundesgebiet verteilt sind, kann jedes Jahr nur eine begrenzte Anzahl aufgesucht werden, wobei sich die Auswahl sowohl an organisatorischen Kriterien als auch daran orientiert, wo im

Einzelfall besondere Defizite in der Ausbildung auffällig wurden.

In den vergangenen Jahren hat sich in großen Teilen der Sozialversicherung ein erheblicher Wandel vollzogen. War es im Jahr 2007 die Fusion der beiden Dachverbände der Unfallversicherung zu einem gemeinsamen Spitzenverband „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)“, die die Ausbildungsverantwortlichen zu einer Neuorganisation der Ausbildung zwang, so betraf die Umstrukturierung im Berichtszeitraum insbesondere die Landwirtschaftliche Sozialversicherung (LSV).

Mit dem Start des neuen Bundesträgers der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) ist das Bundesversicherungsamt nun auch für die Überwachung der Ausbildung und die Abnahme der Prüfungen der Auszubildenden der ehemaligen landesunmittelbaren Träger der LSV zuständig. Hier galt es, den Weg zu einer einheitlichen Ausbildung zu ebnen. Für alle Geschäftsstellen des neuen Bundesträgers musste eine gemeinsame Ausbildungskonzeption entwickelt, die Eignung der acht „neuen“ Geschäftsstellen an den ehemaligen Standorten der regionalen Träger zur Ausbildung geprüft und festgestellt werden.

Bereits zu Beginn der Ausbildungstätigkeit des neuen Bundesträgers, Anfang Januar 2013, hat das Bundesversicherungsamt mit den Ausbildungsverantwortlichen in der Hauptverwaltung in Kassel Kontakt aufgenommen und sich erfolgreich dafür eingesetzt, dass an allen Geschäftsstellen örtlich zuständige und von ihren sonstigen Aufga-

ben zum Teil freigestellte Ausbilder bestellt werden, deren Eignung das Bundesversicherungsamt zuvor geprüft und festgestellt hat. Auch Gespräche mit den im Zuständigkeitsbereich des Bundesversicherungsamtes neuen Auszubildenden und Ausbildern verliefen durchweg positiv. Nicht zuletzt die guten Prüfungsergebnisse der Auszubildenden in der SVLFG sprechen für eine kontinuierlich hochwertige Ausbildung.

Planmäßig und ausgewogen - wie auch in den Vorjahren - stellte sich die Ausbildung in der gesetzlichen Unfallversicherung, der knappschaftlichen und gesetzlichen Rentenversicherung dar, wenngleich sich auch bei der DRV KBS eine vermehrte Zentralisierung von Kernbereichen auf mehrere Fachzentren abzeichnet. Nach bisherigem Stand der Dinge ist die Ausbildung bei der DRV KBS jedoch breit aufgestellt und vollständig.

Bemerkenswert hoch war bei der gesetzlichen Rentenversicherung schon immer der Anteil von Anträgen auf Kürzung der Ausbildungszeit, die in der Regel von besonders leistungsstarken Auszubildenden gestellt werden. Wird einem solchen Antrag, der regelmäßig unmittelbar nach der Zwischenprüfung beim Bundesversicherungsamt gestellt wird, entsprochen, hat dies zur Folge, dass die Laufzeit des Berufsausbildungsvertrages unmittelbar zivilrechtlich auf den vom Bundesversicherungsamt festgelegten neuen Endzeitpunkt abgekürzt wird.

Neu und erst seit einigen Jahren im Gesetz klargestellt ist die Möglichkeit einer Teilzeitberufsausbildung, die im Berichtszeitraum erstmalig von Auszubildenden der DRV Bund mit deutlich ansteigender Tendenz

wahrgenommen worden ist. Das Modell der Teilzeitberufsausbildung bietet gerade alleinerziehenden jungen Müttern oder Vätern die Möglichkeit, durch die flexible Gestaltung der Ausbildungszeit, Familie und Berufsausbildung miteinander in Einklang zu bringen und ihre begonnene Ausbildung abzuschließen bzw. eine Ausbildung trotz Betreuung eines Kindes zu beginnen. Dem Ausbildungsbetrieb bietet es die Möglichkeit, bereits investierte Lehrzeit sinnvoll zu Ende zu führen und die Auszubildenden nach gemeinsamer Absprache zeitlich passgenau zu den jeweiligen Betriebsstrukturen einzusetzen.

Der Antrag der Auszubildenden bezieht sich dabei regelmäßig auf die Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit. Neben dem Vorliegen des berechtigten Interesses (Betreuung eines eigenen Kindes bzw. pflegebedürftiger Angehöriger oder vergleichbare schwerwiegende Gründe) hat das Bundesversicherungsamt auch im Einzelfall zu prüfen, ob die Auszubildenden bei der beantragten Reduzierung noch wirklichkeitsnah mit den wesentlichen Betriebsabläufen vertraut gemacht und in dem für die Ausbildung erforderlichen Maß in die betriebliche Praxis eingebunden werden können.

Außerdem gilt in diesen Fällen die Grundvoraussetzung für alle Abkürzungen von Ausbildungszeiten: Das Ausbildungsziel muss in der verkürzten Zeit erreicht werden können. Das Bundesversicherungsamt hat bei allen Antragstellerinnen die wöchentliche Ausbildungszeit in den Praxisphasen auf 30 Wochenstunden gekürzt. Bei allen war der Grund die Betreuung eines eigenen Kindes. Sie konnten entweder überdurch-

schnittliche Leistungen in der bisherigen Ausbildung oder andere Abkürzungsgründe (21. Lebensjahr vollendet, mindestens Fachoberschulreife, bereits abgeschlossene Ausbildung) aufweisen und zudem hatten alle ihren Antrag ausdrücklich auf die Praxisphasen der Ausbildung beschränkt. Die Beurteilung wäre anders ausgefallen, hätte sich die Kürzung auf die gesamte Ausbildung erstrecken sollen. Denn weder während der Vollzeitlehrgänge zur Vermittlung der theoretischen Kenntnisse noch im Berufsschulunterricht wäre eine Kürzung der wöchentlichen Ausbildungszeit wegen der feststehenden Stundenpläne möglich gewesen.

Besonders betroffen von Umstrukturierung und Neuausrichtung ist nach wie vor die Ausbildung bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier zeigt sich weiterhin der Trend zur Spezialisierung und damit verbunden auch oft zu frühzeitigem Einsatz der Auszubildenden in der Sachbearbeitung, wo bereits ab Mitte/ Ende des zweiten Ausbildungsjahres nicht die Ausbildung, sondern die Bewältigung des Arbeitspensums im Vordergrund steht. Das gilt für beide bei den Krankenkassen vorrangig ausgebildeten Berufe, nämlich die SFA und die Kaufleute im Gesundheitswesen.

So legte eine Krankenkasse ein Ausbildungskonzept für SFA vor, wonach ab 2014 die ganz überwiegende praktische Ausbildung entweder in einer Regionalgeschäftsstelle oder in einem Melde- und Einzugszentrum erfolgen sollte. Einsätze in dem jeweils anderen Bereich waren nur für insgesamt 20 Wochen der Ausbildungszeit vorgesehen. Das hätte bei ca. 70 Wochen, die für

die praktische Ausbildung zur Verfügung stehen, eine Gewichtung von 70 % zu 30 % ergeben und wäre damit den Vorgaben der Ausbildungsordnung zum zeitlichen Umfang zuwider gelaufen. Diese sieht nämlich im Ausbildungsrahmenplan eine annähernd gleiche Gewichtung der Ausbildungskernbereiche „Versicherung und Finanzierung“ sowie „Leistungen“, jedoch keinesfalls eine Spezialisierung auf einen der beiden Bereiche vor.

Das Bundesversicherungsamt hat daher die betreffende Krankenkasse aufgefordert, das Ausbildungskonzept dahingehend zu ändern, dass in dem jeweils anderen Bereich rund 35 Wochen praktische Ausbildung absolviert werden.

Eine ähnliche, auf Spezialisierung ausgerichtete Ausbildungskonzeption für SFA präsentierte eine andere Krankenkasse. Die dortige Planung sah vor, Auszubildende der Servicezentren Krankengeld maximal 18 Wochen der Ausbildungszeit in andere Bereiche zu entsenden und damit deutlich auf nur einen Teil der Inhalte der Ausbildung, nämlich auf das „Krankengeld“ in der Praxis, zu spezialisieren. Auch hier sah sich das Bundesversicherungsamt veranlasst, der Krankenkasse zur gleichmäßigen Ausbildung in den Kernbereichen dieses Ausbildungsberufs Mindestzeiten für den praktischen Einsatz in allen Bereichen vorzugeben.

Immer mehr spezialisiert werden auch die Auszubildenden im Beruf „Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen“. Im Unterschied zu den SFA bezieht sich hier die Spezialisierung jedoch nicht auf die Kernqualifikatio-

nen des Ausbildungsberufs, in diesem Fall die kaufmännischen und dienstleistungsorientierten Inhalte, sondern auf die im Sozialversicherungsrecht vermittelten Inhalte und damit auf „Randbereiche“ für Kaufleute im Gesundheitswesen. Diese Spezialisierung kann akzeptiert werden, wenn nicht die Einsetzbarkeit der Auszubildenden nach der Ausbildung und damit die berufliche Handlungsfähigkeit dadurch erheblich eingeschränkt wird. Das wäre nach einer von einer Krankenkasse zunächst vorgelegten Planung für das dritte Ausbildungsjahr der Fall gewesen. Die Auszubildenden sollten in dieser Zeit zu fast 70 % in einem Hilfsmittelzentrum eingesetzt und darüber hinaus noch auf einen der beiden Teilbereiche Medizintechnik oder Rehathechnik spezialisiert werden.

Auf Einwendung des Bundesversicherungsamtes hat die Krankenkasse die Planung in diesem Punkt überarbeitet und sieht nun auch im dritten Ausbildungsjahr nur noch rund die Hälfte der praktischen Ausbildungszeit im Hilfsmittelzentrum ohne Spezialisierung auf Teilbereiche vor. Das sichert den Auszubildenden eine deutlich breitere Einsatzfähigkeit nach Beendigung ihrer Ausbildung. Grundvoraussetzung bei der Ausbildung von Kaufleuten im Gesundheitswesen bleibt aber stets, dass in den kaufmännischen Kernbereichen nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch vollständig ausgebildet wird.

Entschieden entgegneten musste das Bundesversicherungsamt dem Versuch einer Krankenkasse, den Begriff der „Ausbildungsstätte“ so überzustrapazieren, dass diese zwar für die Auszubildenden im Ver-

zeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen werden, dort aber keine systematische Ausbildung stattfinden sollte. Die Krankenkasse wollte sich - was nicht unüblich ist - das Schulgesetz des Bundeslandes der genannten Ausbildungsstätte zunutze machen, das für Auszubildende mit bestimmter Vorbildung Berufsschulfreiheit vorsieht. Die dadurch gewonnene Zeit steht für die praktische Ausbildung und vor allem die frühzeitige Einbeziehung in Arbeitsprozesse zur Verfügung.

Es ist legitim, wenn die Ausbildungsbetriebe aus diesen Gründen ihre Ausbildungsorte in die Bundesländer verlegen, deren Schulgesetze die Möglichkeit bieten, ohne Berufsschule auszubilden. Es ist bereits grenzwertig, wenn die Auszubildenden die überwiegende Zeit nicht in den benannten Ausbildungsstätten verbringen, sondern in andere, auf einzelne Aufgaben spezialisierte Geschäftsstellen abgeordnet werden. Dennoch sah sich das Bundesversicherungsamt entgegen seiner Überzeugung auch in solchen Fällen in der Vergangenheit mehrfach veranlasst, zur Ermöglichung umfassender praktischer Ausbildung diese starke Strapazierung des Ausbildungsstättenbegriffs zu akzeptieren. Nicht mehr tolerierbar ist es allerdings, wenn die genannte Ausbildungsstätte nach Art und Einrichtung überhaupt nicht für die Ausbildung geeignet ist. Geeignet ist eine Ausbildungsstätte nämlich nur dann, wenn die Kenntnisse und Fertigkeiten entsprechend der Ausbildungsordnung dort vermittelt werden können und die Ausbildung dort systematisch durchgeführt werden kann. Zudem muss die Zahl der Auszubildenden im angemessenen Verhältnis zur Zahl der dort beschäftigten Fachkräfte stehen. Das war bei der genannten Ausbil-

dingsstätte der betreffenden Krankenkasse nicht der Fall, denn in einer Servicestelle ohne angegliedertes „Backoffice“ kommen neben der Beratungstätigkeit, deren Themen sich zudem nach dem Bedarf und nicht dem Ausbildungsplan richten, nur wenige Arbeitsvorgänge vor, anhand derer die nach dem Ausbildungsrahmenplan vorgesehenen Inhalte vermittelt werden können. Zudem war auch die Mindestbesetzung nicht gewährleistet. Die betroffene Krankenkasse hat auf Initiative des Bundesversicherungsamtes ihre Ausbildungskonzeption geändert und wird künftig als Ausbildungsstätten andere, geeignete Geschäftsstellen vorsehen.

9.4 Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen

Durch den „Bund-Länder-Beschluss zur Einführung des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen“ vom 16. Mai 2013 wurde der sogenannte „Deutsche Qualifikationsrahmen“ (DQR) eingeführt. Damit wurde der im April 2008 auf Empfehlung des Europäischen Parlaments und des „Rates zur Einrichtung eines Europäischen Qualifikationsrahmens“ in Kraft getretene „Europäische Qualifikationsrahmen“ (EQR) auf nationaler Ebene umgesetzt. Ziel ist es, die unterschiedlichen Lernergebnisse der verschiedenen nationalen Bildungssysteme international transparenter und vergleichbarer zu machen. In diesem Sinne werden künftig die Abschlüsse des deutschen Bildungssystems acht, vom EQR länderübergreifend vorgegebenen und im DQR definierten Niveaustufen zugeordnet und diese Zuordnung auf den jeweiligen Prüfungszeugnissen neben der erreichten Prüfungsnote ausgewiesen.

Für Ausbildungs- und Umschulungsabschlüsse sowie für diejenigen der im BBiG geregelten Fortbildungsabschlüsse, die nach § 53 BBiG auf einer ministeriellen Verordnung beruhen, wurde durch den Bund-Länder-Beschluss die Niveaustufenzuordnung bereits - wenn auch zunächst nur vorübergehend für fünf Jahre - verbindlich festgelegt. Die in den Zuständigkeitsbereich des Bundesversicherungsamtes fallenden Berufsabschlüsse (SFA, VFA, FAB und - künftig - Kaufleute für Büromanagement) wurden der Niveaustufe 4, der nach § 53 BBiG geregelte neue Fortbildungsabschluss der Geprüften Sozialversicherungsfachwirtin/ des Geprüften Sozialversicherungsfachwirtes - die Verordnung trat am 01. März 2013 in Kraft - der Niveaustufe 6 zugeordnet.

Noch keine Niveaustufenzuordnungen gibt es dagegen für die Fortbildungsabschlüsse, die nach § 54 BBiG auf von den jeweiligen zuständigen Stellen erlassenen Regelungen beruhen. Im Zuständigkeitsbereich des Bundesversicherungsamtes sind das die Abschlüsse zum Sozialversicherungsfachwirt/ zur Sozialversicherungsfachwirtin (nach bisherigem Recht), zum Krankenkassenfachwirt/ zur Krankenkassenversicherungsfachwirtin und zum Verwaltungsfachwirt/ zur Verwaltungsfachwirtin. Diese Niveaustufenzuordnungen sollen künftig entweder wieder im Rahmen eines Bund-Länder-Beschlusses erfolgen, denkbar wäre angesichts der Vielfalt der Abschlüsse aber auch, die Aufgabe den jeweiligen zuständigen Stellen zu übertragen. Im Fall einer solchen Aufgabenübertragung wäre eine verbindliche Festlegung von Qualitätskriterien im Rahmen von Richtlinien/ Vorgaben nicht nur sinnvoll, sondern auch zu erwarten. Eine

beim Bundesministerium für Bildung und Forschung angesiedelte Arbeitsgruppe befasst sich zudem derzeit damit, Vorschläge und Kriterien zu erarbeiten, um künftig auch nicht-formal und informell erworbene Kompetenzen im Rahmen des EQR/DQR berücksichtigen zu können.

In seiner Novembersitzung hat der Berufsbildungsausschuss beim Bundesversicherungsamt die bereits erfolgten Niveaustufenzuordnungen durch Beschluss entsprechender Ergänzungen der jeweiligen Prüfungsordnungen im Zuständigkeitsbereich des Bundesversicherungsamtes umgesetzt. Die zuständige Stelle beim Bundesversicherungsamt wird daher die jeweiligen Niveaustufen auf den künftigen Abschluss-, Umschulungs- und Fortbildungsprüfungszeugnissen vermittelt einer vom Hauptausschuss des Bundesinstitutes für Berufsbildung verbindlich vorgegebenen, bildungsbereichsübergreifenden Zeugnisformulierung ausweisen.

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 210,00 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 beendet oder der Arbeitgeber aufgrund eines Insolvenzereignisses i.S.v. § 183 SGB III zahlungsunfähig wurde. Neben dem Mutterschaftsgeld 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 2013 beantragten rd. 22.400 Frauen Mutterschaftsgeld beim Bundesversicherungsamt. Rund drei Viertel der Anträge wurden bewilligt. Die Gesamtausgaben lagen im Berichtsjahr bei rd. 3.128.000 Euro. Darin waren rd. 32.000 Euro Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung und eine Zuschusszahlung zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 2 MuSchG i.H.v. von ca. 13.000 Euro enthalten.

Ein Rechtsstreit zwischen einer Antragstellerin und ihrer gesetzlichen Krankenkasse aus dem Jahr 2011, an dem das Bundesversicherungsamt als Beigeladene beteiligt

war, konnte im Jahr 2013 in zweiter Instanz beendet werden. Bei der Entscheidung folgte das Landessozialgericht - wie zuvor auch das zuständige Sozialgericht - der Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes und der beklagten Krankenkasse und hat die von der Antragstellerin gegen das Urteil des Sozialgerichts eingelegte Berufung zurückgewiesen.

In dem Rechtsstreit ging es um die Frage, ob gesetzliche Krankenkassen auch dann das Mutterschaftsgeld für die gesamte Dauer der Schutzfristen nach §§ 3 Abs. 2 und 6 Abs. 1 MuSchG zahlen müssen, wenn die freiwillige Mitgliedschaft der (werdenden) Mutter während der Schutzfristen endet, weil diese die Mitgliedschaft kündigt und stattdessen eine private Krankenversicherung abschließt. Die beklagte Krankenkasse hatte das zu Recht verneint und zahlte das Mutterschaftsgeld nach § 24 i SGB V (damals § 200 Abs. 1 Reichsversicherungsordnung) nur bis zum letzten Tag der Mitgliedschaft. Die Klägerin war hingegen der Ansicht, die Krankenkasse müsse ihr das Mutterschaftsgeld auch über das Ende der Mitgliedschaft hinaus bis zum Ende der Schutzfristen zahlen, weil die Mitgliedschaft zu Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG - also zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles - bestanden habe.

Das sah das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen in seiner Entscheidung vom 12. September 2013 (Az.: L 5 KR 832/12) unter Hinweis auf § 19 Abs. 1 SGB V jedoch anders. Die Leistungspflicht der Kran-

kenkassen, so das Gericht, sei allein vom Bestand der Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung und nicht des Versicherungsfalles abhängig. Demnach erlösche der Leistungsanspruch mangels anderslautender Regelung bei Mutterschaftsleistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft und auch dann, wenn der Versicherungsfall schon vor Ende der Mitgliedschaft eingetreten ist.

Da vergleichbare Regelungen wie im Falle pflichtversicherter Mitglieder (Fortbestand der Mitgliedschaft u.a. während Schwangerschaft und Schutzfrist (§ 192 SGB V) oder der Mitgliedschaft nachgehende Leistungen (§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V)) für freiwillig versicherte Mitglieder nicht bestehen, habe die beklagte Krankenkasse den Anspruch auf Mutterschaftsgeld über das Wirksamwerden der Kündigung hinaus zu Recht abgelehnt.

Auch das Bundesversicherungsamt hat den Antrag der Klägerin auf Mutterschaftsgeld zurückgewiesen. Denn Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach § 13 Abs. 2 MuSchG haben (nur) die Frauen, die zu Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind bzw. waren. Das war bei der Klägerin aber unstrittig nicht der Fall. Daran änderte auch die Kündigung der Krankenkassenmitgliedschaft während der Schutzfristen nichts. Spätere Änderungen des Versicherungsstatus - hier also der Wechsel zu einem privaten Versicherungsunternehmen - sind unerheblich und führen nicht dazu, dass die Anspruchsgrundlage bzw. die Zuständigkeit für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes wechselt.

Diese Regelungen stellen auch keine unangemessene Benachteiligung dar. Denn durch die Kündigung der Mitgliedschaft hat die Klägerin ihre Rechtsposition selbst aufgegeben. Der Gesetzgeber hat Beschäftigten, deren Entgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet, die Art ihrer Krankenversicherung (§ 6 Abs. 1 Nr. 1, § 9 SGB V) - und damit auch die infolge der Entscheidung zu erwartenden Leistungen - zur Disposition gestellt. Der Erhalt der Mitgliedschaft nach Wirksamwerden der dieselbe rechtmäßig aufkündigenden Willenserklärung des Mitglieds stünde hingegen einer Pflichtversicherung gleich. Das sieht das Gesetz aber in den genannten Fällen gerade nicht vor. Beschäftigten, die unter § 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB V fallen, ist es vielmehr freigestellt, ob und wie lange sie der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten angehören wollen. Von diesem Dispositionsrecht hatte die Antragstellerin bzw. Klägerin Gebrauch gemacht. Das Ergebnis entspricht auch dem Willen des Gesetzgebers, der für Nichtmitglieder der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten ein erheblich geringeres Mutterschaftsgeld vorsieht als für Mitglieder.

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 (67)

- 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 der VICTORIA und D.A.S. Versicherungs-Gesellschaften
- 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 A.T.U
- BKK advita
- BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI
- BKK Diakonie
- BKK ESSANELLE
- BKK family
- BKK Freudenberg

¹ nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- BKK Kassana
- BKK MEDICUS
- BKK Melitta Plus
- BKK Pfalz
- 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
- Shell BKK/LIFE
- Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
- SKD BKK
- Südzucker-Betriebskrankenkasse
- TUI BKK
- Vaillant BKK
- Vereinigte BKK

Innungskrankenkassen (3)

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

Ersatzkassen (6)

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

Knappschaft

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Krankenversicherungsträger insgesamt

78

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

Rentenversicherung (3)

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

Rentenversicherungsträger insgesamt

3

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Gewerbliche Berufsgenossenschaften (9)

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

Unfallkassen (3)

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

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Unfallversicherungsträger insgesamt

13

Sonstige

- Spitzenverband Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.
 - Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (ZLA)
 - Seemannskasse
 - Künstlersozialkasse
 - Ernst-Abbe-Stiftung
 - Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger
 - Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- sowie weitere 28 Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherungsträger

