



Bundesversicherungsamt

Tätigkeitsbericht 2010



Herausgeber:

Bundesversicherungsamt

Öffentlichkeitsarbeit

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Telefon (02 28) 619 - 0

Telefax (02 28) 619 - 18 80

www.bva.de



Vorwort

Die Finanzlage der Krankenkassen war auch im Jahr 2010 ein zentrales Thema für das Bundesversicherungsamt. So erforderten beispielsweise die Sanierungsbemühungen um die City BKK eine intensive Begleitung. Bedauerlicherweise musste das Bundesversicherungsamt die Kasse zum 01. Juli dieses Jahres schließen. Diese - vom Gesetz vorgegebene - Maßnahme hat schonungslos die Schattenseite des Kassenwettbewerbs offengelegt. Sie ist nicht etwa in der Insolvenz oder der Schließung einer Kasse an sich zu sehen und auch nicht in den damit verbundenen Folgekosten. Die Schattenseite manifestiert sich vielmehr in der Diskriminierung der Versicherten der City BKK bei der Ausübung ihres Kassenwahlrechtes durch die „auserwählten“ Krankenkassen. Ein solches Verhalten der Verantwortlichen dieser Kassen verletzt nicht nur den humanitären Anspruch jedes einzelnen Versicherten auf einen Versicherungsschutz im System der sozialen Krankenversicherung. Die Zurückweisung ist klar und deutlich rechtswidrig: Nur der Versicherte, nicht die Kasse hat ein Wahlrecht. Und zuletzt ist dieses Verhalten ein Anschlag auf das System, auf den Kern des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ohne das subjektive Wahlrecht des Versicherten gibt es keinen Kassenwettbewerb.

Das dreiste und zynische Vorgehen der betroffenen Kassen - verbunden mit der Demontage des „Sozialen“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung - hat deutlich gemacht, dass die Mittel der Aufsicht zur Bekämpfung der Diskriminierung der Versicherten nicht ausreichend sind. Sie stammen aus der Welt des 20. Jahrhunderts und nicht aus der realen Kassenwelt des 21. Jahrhunderts, in der Führungskräfte sich primär an betriebswirtschaftlichen Parametern orientieren.

Wer hier eine Änderung will, muss die Befugnisse und Sanktionen der Aufsichten an die reale Welt anpassen, wie dies in anderen Rechtsbereichen z.B. im Kartellrecht schon vor Jahrzehnten erfolgt ist. Ein erster Aufschlag ist mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Einfügung eines § 175 Absatz 2 a SGB V gemacht. Dabei kann es jedoch nicht bleiben. Die Instrumente der Aufsichten müssen nicht nur punktuell, sondern generell effektiver werden.

Das Drama der Diskriminierung der City BKK-Mitglieder hat aber auch gezeigt, dass die Zuweisungen aus dem Fondssystem für chronisch Kranke zu verbessern sind. Die ökonomischen Anreize gegen eine Risikoselektion müssen verstärkt werden. Es geht hier nicht um die ideologische Frage der Umverteilung - die Verfassung und das System kennen im Übrigen keine „Zahler- oder Empfänger-kassen“ -, sondern es geht allein um die technische Frage der Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Ethischer Anspruch, gesetzlicher Befehl und ökonomischer Anreiz müssen möglichst gleichgerichtet sein.

Der vorliegende Bericht geht zudem, ähnlich wie die Vorgängerberichte, auf festgestellte Vollzugsschwächen der gesetzlichen Krankenkassen, aber auch der anderen Sozialversicherungsträger ein. Das fängt an bei Aufwandsentschädigungen für externe Werber (Strukturvertriebe), bei Verfahrensfehlern im Bereich von Krankengeldzahlungen oder der Koppelung von Halteprämien und Zusatzbeiträgen und hört auf bei der Sachleistungserbringung im Ausland. Im letzteren Fall ist bemerkenswert, dass rechtswidrige Verträge mit ausländischen Leistungserbringern Bestandteil des gesamten Vertriebskonzeptes einer Kasse gewesen sind.

Auch im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung konnte durch die Tätigkeit des Bundesversicherungsamtes nicht nur in vielen Eingabefällen den Versicherten zu ihrem Recht verholten werden, sondern sie war auch Anlass für die der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Rentenversicherungsträger, ihre Verfahrensweisen und Arbeitsunterlagen zu verändern. Zudem wurde im Rahmen des Prüfverfahrens „Hinterbliebenenrenten“ festgestellt, dass vielfach der Kinderzuschlag fehlerhaft nicht gezahlt wurde. Die Feststellungen des Bundesversicherungsamtes führten dazu, dass die Rentenversicherungsträger bis Anfang 2011 in weit über 4.000 Fällen die Rente bereits neu berechnet haben. Auch wenn zahlreiche Überprüfungsverfahren noch nicht abgeschlossen sind, wurden schon mehr als 12,7 Mio. Euro an die berechtigten Witwen und Witwer ausgezahlt.

Das Bundesversicherungsamt versteht seine Prüfaufgabe jedoch nicht allein darin, rechtskonformes Verhalten gegenüber den Versicherungsträgern durchzusetzen, sondern es hilft den Versicherungsträgern auch, durch Rechtskonformität Kosten einzusparen und dadurch die eigene Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern. So legte der Prüfdienst der Krankenkassen bei einer einzigen Krankenkasse im Bereich der Krankenhausabrechnungen über diagnosebezogene Fallpauschalen ein Einsparpotenzial von 1,3 Mio. Euro offen.

Zur jüngsten Kritik im Zusammenhang mit der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist festzuhalten: Der Gesundheitsfonds ist kein Investmentfonds und das Bundesversicherungsamt keine Sparkasse, wie fälschlicher Weise behauptet wurde. Die gesamten liquiden Finanzmittel werden nicht etwa auf dem Konto des Gesundheitsfonds „geparkt“, sondern zu Beginn eines jeden Auszahlungsturnus vollständig den Kassen zur Verfügung gestellt. Die monatlichen Zuweisungen können dadurch vorzeitig und ohne Vorziehung von Bundesmitteln oder der Inanspruchnahme von Darlehen des Bundes ausgezahlt werden. Somit profitieren die Krankenkassen unmittelbar vom wirtschaftlichen Aufschwung.



Dr. Maximilian Gaßner
Präsident des Bundesversicherungsamtes

1.	KRANKENVERSICHERUNG	9
1.1	Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung	11
1.2	Eingabenstatistik	12
1.3	Aufsicht bei den Krankenkassen	13
1.4	Aus dem Prüfreferat	22
1.5	Strukturierte Behandlungsprogramme	23
2.	PFLEGEVERSICHERUNG	29
2.1	Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung	31
2.2	Eingabenstatistik	37
2.3	Aufsicht bei den Pflegekassen	37
3.	UNFALLVERSICHERUNG	41
3.1	Finanzen der Gesetzlichen Unfallversicherung	43
3.2	Eingabenstatistik	43
3.3	Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten	44
3.4	Aufsichtsprüfungen	51
4.	RENTENVERSICHERUNG	55
4.1	Finanzentwicklung in der Gesetzlichen Rentenversicherung	57
4.2	Eingabenstatistik	58
4.3	Grundsatzfragen	58
4.4	Aufsichtsprüfungen bei den Rentenversicherungsträgern	67
4.5	Aufsicht über die Künstlersozialkasse	72
4.6	Internationales Sozialversicherungsrecht	73

5.	LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG	79
6.	GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN	87
6.1	Gerichtsverfahren / Statistik	89
6.2	Selbstverwaltung	91
6.3	Personal- und Dienstrecht sowie Verwaltung	93
6.4	Organisation - Datenverarbeitung	95
6.5	Allgemeines Aufsichtsrecht	96
6.6	Vermögenswirtschaft	98
7.	RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS	103
7.1	Allgemeines / Verfahren	105
7.2	RSA: Monatliches Verfahren und Strukturanpassungen (2010 und für 2009)	106
7.3	Jahresausgleich 2009	108
7.4	Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich	110
7.5	Zahlungsströme im Gesundheitsfonds	111
7.6	Entwicklung der Beitragsrückstände	114
7.7	Prüfung der Beitragszahlung bei Direktzahlern	115
8.	PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG	117
8.1	Prüfstatistiken	119
8.2	Prüfungen des Risikostrukturausgleichs	122
8.3	Aus der Arbeit der Prüfgruppen	122

8.4	Prüfungen nach § 274 Abs. 1 Satz 2 SGB V	132
8.5	Vorbereitung der Prüfung von Arbeitsgemeinschaften	133
9.	ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ	135
9.1	Ausbildungsplatzsituation	137
9.2	Ausbildungsberatung	138
9.3	Prüfungen	140
9.4	Begabtenförderung	141
10.	PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG	145
11.	MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE	151
12.	ANHANG	157

1. KRANKENVERSICHERUNG

1. KRANKENVERSICHERUNG

1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Seit dem Jahr 2009 erfolgt die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr über die von jeder einzelnen Krankenkasse festgelegten Beitragssätze, sondern über eine Kombination aus dem für alle Krankenkassen geltenden einheitlichen Beitragssatz und Zusatzbeiträgen bzw. Prämien. Auch das neue Finanzierungssystem der Zusatzbeiträge bietet den Krankenkassen die Möglichkeit der Beitragsdifferenzierung. Nach zwei Jahren hat sich die bis 2009 zu beobachtende Verteilung verschiedener Beitragssätze allerdings noch nicht adäquat im neuen Finanzierungssystem niederschlagen: Für die Mitglieder der meisten Krankenkassen galt auch im Jahr 2010 der nicht durch Zusatzbeiträge oder Prämien modifizierte einheitliche Beitragssatz.

Während im Jahr 2009 die Summe aller Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausreichte, um die Summe der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren, galt dies im Jahr 2010 nicht. Die Zahl der Krankenkassen, die ihre Ausgaben nicht durch die Zuweisungen decken konnten, nahm zu. Unter den im Jahr 2010 herrschenden Bedingungen konnte eine Reihe von Krankenkassen Verluste durch einen Abbau von Rücklagen finanzieren, jedoch mussten 13 der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehende Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben. Hiervon waren rund 8 Mio. Mitglieder betroffen. Lediglich die Mitglieder einer ein-

zigen Krankenkasse haben eine Prämie erhalten.

Da Krankenkassen vielfach befürchten, dass die Nutzung des vom Gesetz vorgeschriebenen Finanzierungsinstrumentes des Zusatzbeitrages mit erheblichen Mitgliederabgängen verbunden ist, besteht ein starker Anreiz, die Einführung eines Zusatzbeitrages unter Inkaufnahme einer Verschlechterung der finanziellen Situation so lange wie möglich zu vermeiden. Ein Abbau der ohnehin geringen Rücklagen ist jedoch insbesondere mit Blick auf die im Jahr 2010 eingeführten Regelungen zur Insolvenz von Krankenkassen bedenklich. Fehlt die Rücklage, die eine Krankenkasse vor den Auswirkungen nicht vorhersehbarer Einnahmen- und Ausgabenschwankungen schützt, steigt das Insolvenzrisiko. Der Vorstand einer Krankenkasse ist persönlich dafür verantwortlich, das Vorliegen eines Insolvenztatbestandes bei der Aufsichtsbehörde anzuzeigen, die daraufhin ihrerseits prüfen muss, ob sie einen Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens zu stellen hat. Auch wenn es im Jahr 2010 nicht zur Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse gekommen ist, haben die dem Bundesversicherungsamt von drei Vorständen gesetzlicher Krankenkassen vorgelegten Insolvenzanzeigen deutlich gemacht, dass dies nicht bloß reine Theorie ist.

Für das Jahr 2011 hat es erneut Änderungen der gesetzlichen Vorschriften für die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung gegeben. Diese führen unter anderem dazu, dass heute davon ausgegangen wer-

den kann, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auch in 2011 die Ausgaben der Krankenkassen decken werden. Aber: Dies gilt nur für die Krankenkassen insgesamt, so dass es weiterhin auch Krankenkassen geben wird, die mit ihren Zuweisungen nicht auskommen. Reichen die Rücklagen in diesen Fällen nicht aus, müssen Zusatzbeiträge erhoben werden. Da der Beitragssatz nicht mehr erhöht werden soll und Ausgabensteigerungen in Zukunft von jeder Krankenkasse durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu finanzieren sind, ist aus heutiger Sicht zu erwarten, dass es in Zukunft zu einer verstärkten Erhebung von Zusatzbeiträgen kommen wird.

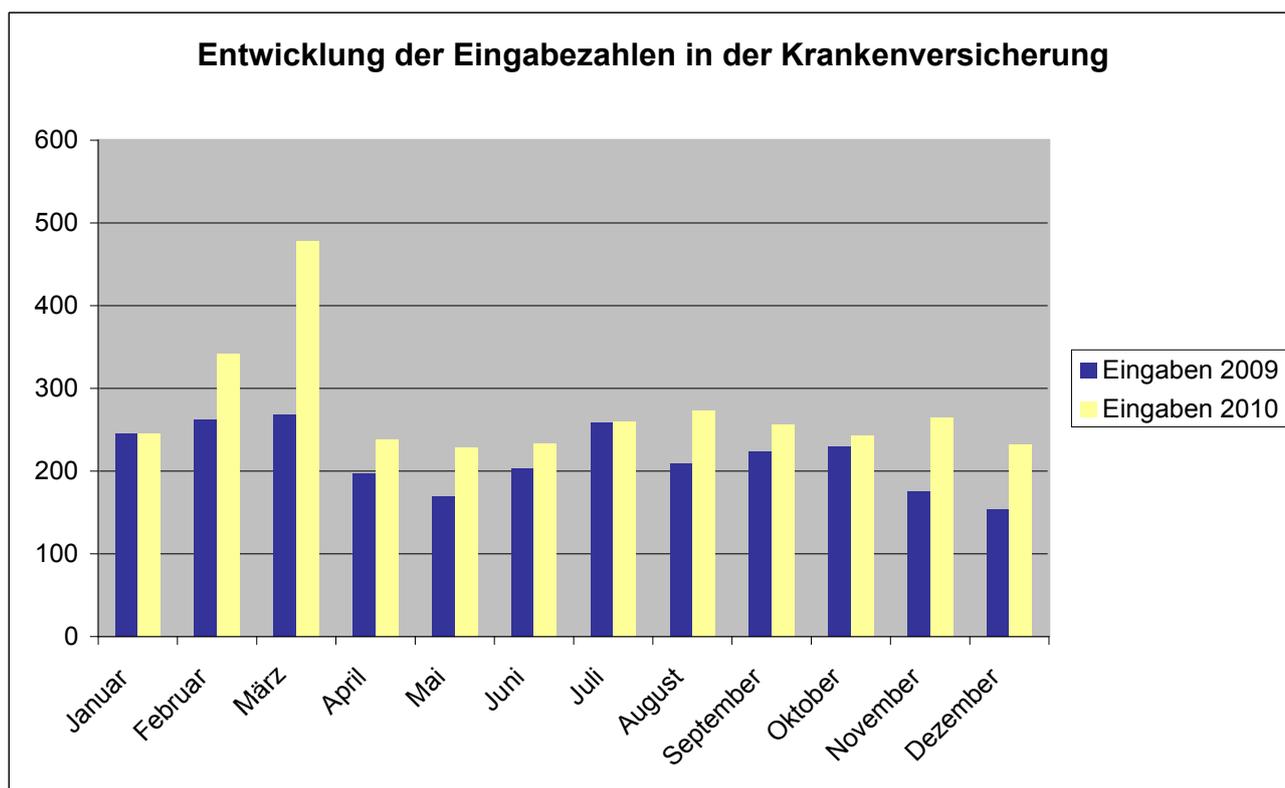
1.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
KV	3.293

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

Bei einer wichtigen Aufgabe des Bundesversicherungsamtes, der Prüfung von Eingaben im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung, also der Beschwerden von Bürgerinnen und Bürgern über ihre Krankenkasse, war im Berichtsjahr im Vergleich zum Vorjahr ein erheblicher Anstieg festzustellen. Während im Laufe des Jahres 2009 noch ca. 2.600 Eingaben und Petitionen zu prüfen waren, stieg im Jahr 2010 die Zahl der Eingaben und Petitionen auf insgesamt ca. 3.300 an. Dies entspricht einer Steigerung von 26,9 v.H.

Ein besonders eklatanter Anstieg war in den Monaten März, November und Dezember zu verzeichnen, in denen die Eingabezahlen im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum um mehr als 50 v.H. anstiegen. Die Zunahme im Monat Februar lässt sich weit überwiegend auf die Einführung kasernenindividueller Zusatzbeiträge bei einigen großen Ersatz- und Betriebskrankenkassen zurückführen. Hinsichtlich der Steigerung



zum Jahresende lässt sich ein unmittelbarer Zusammenhang mit Änderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht herstellen.

1.3 Aufsicht bei den Krankenkassen

Hausarztzentrierte Versorgung

Auch in diesem Berichtsjahr beschäftigte die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung das Bundesversicherungsamt in erheblichem Maße.

Erneut wurden mehrere hundert Bescheide zur Bestimmung von Schiedspersonen erlassen. Daneben waren in den von den Krankenkassen eingelegten einstweiligen Rechtsschutz- und Klageverfahren Stellungnahmen abzugeben.

Im Wesentlichen bestritten die Krankenkassen in den anhängigen Verfahren die vom Bundesversicherungsamt bejahte Gemeinschaftseigenschaft der jeweiligen Hausärzterverbände sowie den bei der Beurteilung des Quorums zugrunde gelegten Begriff des Allgemeinarztes.

Darüber hinaus wandten sie sich dagegen, dass vom Bundesversicherungsamt lediglich vier Schiedspersonen für die Schiedsverfahren eingesetzt worden sind. Sie sahen darin eine fehlerhafte Ermessensausübung.

Die Gerichte haben bisher jedoch die Bewertung der Krankenkassen nicht geteilt. Soweit die Gerichte im Berichtszeitraum über die bisher anhängigen Verfahren entschieden haben, ist den Anträgen der Krankenkassen gegen die Bestimmungsbescheide nicht stattgegeben worden, vielmehr

wurden die Rechtsauffassungen des Bundesversicherungsamtes bestätigt.

Darüber hinaus war das Bundesversicherungsamt auch mit dem von dem Bayerischen Hausärzterverband unternommenen Versuch befasst, den kollektiven Zulassungsverzicht der Bayerischen Hausärzte zu organisieren, da davon auch die bundesunmittelbaren Krankenkassen und deren Versicherte in Bayern betroffen gewesen wären.

Die beim Bundesversicherungsamt anfragenden Kassen wurden darauf hingewiesen, dass die Aufforderung des Bayerischen Hausärzterverbandes, kollektiv auf die Zulassung zu verzichten, eine schwere Pflichtverletzung bezüglich der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung darstellt. Der Bayerische Hausärzterverband als Vertragspartner ist nach den allgemeinen Grundsätzen des Vertragsarztrechts dazu verpflichtet, den Vertrag zu fördern, nicht seine Umsetzung zu gefährden. Letzteres ist aber die Folge, wenn zu Maßnahmen aufgerufen wird, die im Ergebnis dazu führen, dass die am Vertrag teilnehmenden Ärzte ihre Teilnahmevoraussetzungen verlieren würden.

Eine Vielzahl von Krankenkassen hat im Übrigen wegen des Verhaltens des Bayerischen Hausärzterverbandes die bestehenden Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gekündigt. Die Kündigungen sind vom Sozialgericht und dem Bayerischen Landessozialgericht bestätigt worden. Von Seiten des Bundeskartellamtes wurde die Aktion des Bayerischen Hausärzterverbandes darüber hinaus als Verstoß gegen § 21 GWB (Boykott) bewertet. Die weitere Entwicklung des Vertragsgeschehens bleibt

abzuwarten.

Hilfsmittelversorgung

Das Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes und des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV sowie die daraus resultierende Neufassung der §§ 126 und 127 SGB V hatten erhebliche Veränderungen für die Beziehung zwischen Krankenkassen und Hilfsmittelleistungserbringern zur Folge. So ist das frühere Zulassungsverfahren durch Verwaltungsakt von einem Zulassungsverfahren durch Abschluss eines Versorgungsvertrages auf der Grundlage des § 127 Abs. 1, 2 oder 3 SGB V abgelöst worden. Zudem hat der Gesetzgeber mit § 127 Abs. 2a SGB V eine gesetzliche Regelung geschaffen, nach der Leistungserbringer zu bestehenden Verträgen einseitig beitreten können.

Die Vertragsgestaltung zwischen den Kassen und den Leistungserbringern verlief infolge dieser gesetzgeberischen Neuerungen in den vergangenen Jahren nicht immer reibungslos. Während die Möglichkeit einer Ausschreibung von Hilfsmittelverträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V in der täglichen Praxis der zuständigen Aufsichtsreferate der Krankenversicherung kaum eine Rolle spielt, liegt der Schwerpunkt der rechtlichen Auseinandersetzungen im Bereich der Verträge nach § 127 Abs. 2 und 2a SGB V.

Das Bundesversicherungsamt hat seine Erfahrungen und die Vielzahl der dieses Themengebiet betreffenden Beschwerden zum Anlass genommen, seine Rechtsposition zu exemplarischen Fragestellungen gegenüber den seiner Aufsicht unterliegenden bun-

desunmittelbaren Krankenkassen in einem Rundschreiben zusammenzufassen.

Es hat darin insbesondere klargestellt, dass die Kassen Leistungserbringer nicht ohne sachlichen Grund von Vertragsverhandlungen ausschließen oder benachteiligen dürfen. Allerdings resultiert hieraus kein Anspruch der Leistungserbringer auf Vertragsabschluss zu den von ihnen gewünschten (Preis-) Konditionen.

Des Weiteren sind auch nach Einführung der Vertragsbeitrittsregelung § 127 Abs. 2a SGB V die Krankenkassen nicht berechtigt, Leistungserbringer ausschließlich auf vorliegende Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V zu verweisen. Es besteht ein Beitrittsrecht, aber keine Beitrittspflicht. Allerdings hat das Bundesversicherungsamt keine rechtlichen Bedenken gegen ein Verfahren, in dem die Krankenkassen interessierte Leistungserbringer zunächst auf ihre Palette an „Musterverträgen“ verweisen, um so die Vertragsverhandlungen im gegenseitigen Interesse zu verkürzen.

Ferner verneint das Bundesversicherungsamt einen Anspruch der Leistungserbringer, nur einzelnen Vertragsklauseln (bspw. einzelnen Produktgruppen) beizutreten. Die Kassen können selbstverständlich solche beschränkten Vertragsbeitritte zulassen. Hierdurch wird dann aber im Ergebnis ein neuer Vertrag geschlossen, zu dem wiederum ein Vertragsbeitritt eines Dritten nach § 127 Abs. 2a SGB V möglich ist.

Hinsichtlich der näheren Einzelheiten und weiterer Fallkonstellationen (Verwendung eines elektronischen Kostenvoranschlags-

verfahrens, der einseitigen Vorgabe einer Zertifizierungspflicht und der Einschränkung des Informationsrechts durch Erhebung von Kopiergebühren oder Abgabe einer Geheimhaltungserklärung etc.) wird auf das im Internet des Bundesversicherungsamtes abrufbare Rundschreiben verwiesen.

Arzneimittelrabattverträge

Krankenkassen können nach § 130 a Abs. 8 SGB V über die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen schließen. Das Bundesversicherungsamt hat seine 2009 begonnene vergaberechtliche Prüfung der Arzneimittelrabattverträge im Berichtsjahr fortgesetzt. In den vergangenen Jahren waren vor allem vergaberechtswidrige Verträge über das gesamte generische Sortiment (Sortimentsverträge) eines Herstellers oder Teile davon abgeschlossen worden. Profitiert hatten davon nur einige wenige große Pharmahersteller, die eine breite Produktpalette anbieten konnten. Inzwischen führen die Krankenkassen unter Beachtung des Vergaberechts europaweite Ausschreibungen durch. Dabei werden aufgeteilt in Fach- bzw. Gebietslose einzelne Wirkstoffe an bis zu drei Bieter vergeben.

Gleichzeitig haben einige Krankenkassen ihre Sortimentsverträge aber weitergeführt und nur sukzessive einzelne Wirkstoffe herausgelöst, wenn diese Gegenstand eines neu vergebenen Rabattvertrags waren. Das Bundesversicherungsamt hat in Gesprächen mit den Kassen darauf gedrängt, dass die Sortimentsverträge zügig beendet werden. Überwiegend konnten hier positive Ergebnisse erzielt und die Einhaltung des Verga-

berechts sichergestellt werden. Das Gesetzgebungsverfahren zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), welches zum 01.01.2011 in Kraft getreten ist, hatte vereinzelt für Unsicherheit gesorgt, da einige Vorschriften Auswirkungen auf den Bereich der Rabattverträge haben können. So hat mit dem AMNOG u. a. ein Wechsel der Zuständigkeit für Rechtsstreitigkeiten von den Landessozialgerichten zu den Oberlandesgerichten stattgefunden. Des Weiteren wurde den Versicherten die Möglichkeit eingeräumt, unter Tragung der Mehrkosten ein anderes als das rabattierte Arzneimittel zu wählen.

Ungewiss ist, ob die bisherigen Verfahrensweisen bei der Gestaltung der Ausschreibungen von Rabattverträgen beibehalten werden können, oder ob die Zivilgerichte von der Rechtsprechung der Landessozialgerichte abweichen werden. Ebenso bleibt abzuwarten, inwieweit die Versicherten von ihren neuen Wahlfreiheiten Gebrauch machen werden. Das Bundesversicherungsamt wird in jedem Fall weiter darauf hinwirken, dass die Krankenkassen eine vergaberechtskonforme Rabattvertragspolitik betreiben.

Aufwandsentschädigung für Werber

Seit einigen Jahren gehen die gesetzlichen Krankenkassen dazu über, ihre Mitgliederwerbung über gewerblich tätige Dritte (z.B. Finanzdienstleister oder private Versicherungsvermittler) zu organisieren und eigenes Personal in diesem Bereich teilweise oder vollständig abzubauen. Mit diesem Trend einher geht von Beginn an eine fortwährende Diskussion über die Höhe der

Aufwandsentschädigung, die den externen Werbern für die Gewinnung eines neuen Mitglieds gezahlt werden darf. Die Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden sahen für das Jahr 2010 eine Höchstgrenze von 76,65 € vor. Trotz dieser eindeutigen Vorgaben der Aufsichtsbehörden, hatte das Bundesversicherungsamt auch im Jahr 2010 wieder eine Vielzahl von Aufsichtsverfahren in diesem Bereich einzuleiten. Die von den Aufsichtsbehörden gesetzten Grenzen wurden auf ganz unterschiedliche Art und Weise überschritten. Im Rückblick lässt sich jedoch feststellen, dass insbesondere zwei Arten von Verstößen gehäuft auftraten. Zum einen vertraten mehrere Krankenkassen die Auffassung, dass neben der bereits genannten Aufwandsentschädigung zusätzlich z.B. Fahrkosten und Verwaltungskosten übernommen werden könnten. Außerdem zahlten einige Krankenkassen ergänzende „Betreuungsvergütungen“, bei denen der Vermittler für jeden Monat, den das von ihm geworbene Mitglied bei der jeweiligen Krankenkasse versichert bleibt, einen pauschalen Betrag als Aufschlag auf die ohnehin gezahlte Aufwandsentschädigung erhielt. Da der Betrag von 76,65 € eine absolute Höchstgrenze für die Zahlung an einen gewerblichen Werber darstellt, mit der alle Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Werbung des neuen Mitgliedes abgegolten sind, hat das Bundesversicherungsamt die beschriebene Verfahrensweise der Krankenkassen in mehreren Fällen beanstandet.

Beschluss des BFH vom 3. Februar 2010 zur Körperschaftsteuerpflicht im Zusammenhang mit § 194 Abs. 1a SGB - Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes

Mit Beschluss vom 3. Februar 2010 (Az.: I R 8/09) hat der Bundesfinanzhof entschieden, dass die Vermittlung privater Zusatzversicherungen gemäß § 194 Abs. 1a SGB V einen sog. Betrieb gewerblicher Art im Sinne des Körperschaftsteuerrechts darstellt. Die von den gesetzlichen Krankenkassen für die Vermittlungstätigkeit ggf. eingenommenen Aufwandsentschädigungen sind damit nach Auffassung des Bundesfinanzhofes körperschaftsteuerpflichtig. Ob gesetzliche Krankenkassen, die private Zusatzversicherungen vermitteln, unter die sog. Europäische Vermittler-Richtlinie 2002/92/EG vom 9. Dezember 2002 fallen und damit einer gewerberechtlichen Erlaubnis- oder Registrierungspflicht unterliegen, hat der Bundesfinanzhof ausdrücklich offen gelassen. In einem an die bundesunmittelbaren Krankenkassen gerichteten Rundschreiben hat das Bundesversicherungsamt diese über den Inhalt des BFH-Beschlusses informiert und die sich aus seiner Sicht ergebenden steuerrechtlichen Auswirkungen aufgezeigt.

Vor sozialversicherungsrechtlichem Hintergrund vermag die Entscheidung indes nicht vollends zu überzeugen. Mit der steuerrechtlichen Gleichstellung von gesetzlichen Krankenkassen und Versicherungsvermittlern im gewerberechtlichen Sinne gerät das bislang ausgewogene Verhältnis zwischen Einschränkungen in der rechtlichen Ausgestaltung der Vermittlungstätigkeit von Krankenkassen einerseits und der Nichtan-

wendbarkeit allgemein rechtlicher Belastungen andererseits ins Wanken.

§ 194 Abs. 1a SGB V ist die gesetzliche Grundlage für die Vermittlungstätigkeit. Die Beachtung der Vorgaben des § 194 Abs. 1a SGB V ist durch die Aufsicht des Bundes und der Länder sichergestellt. Soweit die Vermittlungstätigkeit der Krankenkassen hiermit in Einklang steht, ist damit kein Raum für die Anwendbarkeit der Europäischen Vermittler-Richtlinie. Unter Hinweis auf die qualitativen Unterschiede zwischen einer in der Funktion als Behörde auftretenden Körperschaft des öffentlichen Rechts bei der Wahrnehmung ihrer gesetzlich zu erfüllenden öffentlichen Aufgaben und gewerblich tätigen Versicherungsvermittlern haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder daher das Bundesministerium für Gesundheit gebeten, auf eine gesetzliche Klarstellung dahingehend hinzuwirken, dass die Vermittlung von Zusatzversicherungen nach § 194 Abs. 1a SGB V nicht der gewerblichen Registrierungs- und Erlaubnispflicht unterfällt.

Verfahrensfehler bei der Einstellung von Krankengeldzahlungen

In der Verwaltungspraxis bestehen bei den Krankenkassen Unsicherheiten, wann und unter welchen Voraussetzungen eine laufende Krankengeldzahlung eingestellt werden kann. Dies betrifft vor allem die Fälle, in denen die Krankenkasse bei einer länger andauernden Krankheit nicht das Krankengeld abschnittsweise bewilligt, sondern einen Grundbescheid zur Bewilligung von Krankengeld erlassen hat und in der Folge bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit des Ver-

sicherten den Krankengeldbezug beenden will. Legt der Versicherte eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vor, kann die Krankenkasse den Krankengeldbezug lediglich einstellen, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Arbeitsfähigkeit des Versicherten festgestellt hat. Legt der Versicherte gegen die Einstellung des Krankengeldbezuges Widerspruch ein, ist die Krankenkasse verpflichtet, während eines laufenden Krankengeldbezuges zunächst das Krankengeld fortzuzahlen (§ 86 a Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). In der Praxis wird diese aufschiebende Wirkung des Widerspruchs des Versicherten zum Teil von den Krankenkassen ignoriert. In Einzelfällen kommt es dazu, dass Versicherte nach einer rechtswidrigen Einstellung von Krankengeldzahlungen für einen beträchtlichen Zeitraum von keinem Sozialleistungsträger Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts erhalten.

Aus diesem Grund hat sich das Bundesversicherungsamt veranlasst gesehen, die bundesunmittelbaren Krankenkassen durch ein Rundschreiben vom 12.11.2010 auf die Rechtslage hinzuweisen. Bis zum bestandskräftigen Abschluss des Widerspruchsverfahrens ist das Krankengeld zunächst fortzuzahlen. Stellt sich anschließend jedoch heraus, dass der Bewilligungsbescheid zu Recht aufgehoben wurde, ist das ab Einlegung des Widerspruchs gezahlte Krankengeld vom Versicherten zurückzuerstatten. Daher sind die Krankenkassen gehalten, das Widerspruchsverfahren zügig abzuschließen.

Auf der Aufsichtsbehördentagung vom 11. bis 12. Mai 2011 ist das Rundschrei-

ben des Bundesversicherungsamtes mit allen Aufsichtsbehörden erörtert worden. Es bestand unter den Aufsichtsbehörden Einigkeit, dass die Gewährung von Krankengeld eines Verwaltungsaktes und die Einstellung des Krankengeldes vor Ablauf des Zeitraums, für den das Krankengeld bewilligt worden ist, eines Aufhebungsbescheides bedarf.

Zusatzbeitrag

Die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung hatten 2010, soweit die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht den jeweiligen Finanzbedarf deckten, gemäß § 242 Abs. 1 S. 1 SGB V a.F. einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern zu erheben. Im Grundsatz galt, dass der Zusatzbeitrag auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds begrenzt war. Die Krankenkassen konnten jedoch gemäß § 242 Abs. 1 S. 3 SGB V a.F. ohne Einkommensprüfung einen Zusatzbeitrag erheben, soweit der monatliche Zusatzbeitrag nicht den Betrag von acht Euro überstieg. Ab dem 01. Januar 2011 ist der Zusatzbeitrag in der Höhe nicht mehr begrenzt.

Im Berichtsjahr 2010 verlangten 13 bundesunmittelbare Krankenkassen von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag. Dabei hat lediglich eine Krankenkasse einen prozentualen Zusatzbeitrag in Höhe von 1 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben, die übrigen verlangten pauschale Beiträge.

Im Zusammenhang mit der Erhebung des Zusatzbeitrages sind die Kassen mit zahlreichen Fragen an das Amt herangetreten, um dessen Rechtsauffassung dazu zu erfragen.

Nachfolgend sollen einige davon dargestellt werden:

- **Zusatzbeitragstragungspflicht bestimmter Personengruppen**

Eine Kasse hat die Frage an das Bundesversicherungsamt herangetragen, ob Jugendliche, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, zur Zahlung des Zusatzbeitrages verpflichtet sind.

Seitens des Bundesversicherungsamtes wurde die Auffassung vertreten, dass dieser Personenkreis den Zusatzbeitrag selbst zu zahlen hat.

Nach § 242 SGB V ist der kassenindividuelle Zusatzbeitrag von den Mitgliedern zu erheben. Bereits aus dem Gesetzeswortlaut ergibt sich, dass die Erhebung des Zusatzbeitrages allein an die Mitgliedschaft, nicht jedoch an weitere Voraussetzungen, wie etwa die Beitragspflicht geknüpft ist.

Da nach § 252 Abs. 1 S. 1 SGB V die Beiträge von demjenigen zu zahlen sind, der sie zu tragen hat, wäre es zwar grundsätzlich denkbar gewesen, den Träger der Einrichtung für zahlungspflichtig zu halten, da dieser gemäß § 251 Abs. 2 Nr. 1 SGB V den Beitrag für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 versicherungspflichtigen Jugendlichen trägt. Die weitere Ausgestaltung des § 251 SGB V spricht aber dagegen, da nach der ausdrücklichen Bestimmung des § 251 Abs. 6 Satz 1 SGB V das Mitglied den Zusatzbeitrag zu tragen hat. Diese Regelung gilt aufgrund ihrer Stellung innerhalb des § 251 SGB V auch für die voranstehenden Absätze, also auch für die Jugendlichen, die in

einer Einrichtung der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden. Darüber hinaus benennt § 251 Abs. 6 Satz 2 SGB V (a.F.) ausdrücklich Ausnahmen von der Tragungspflicht des Zusatzbeitrages durch das Mitglied. Der genannte Personenkreis wird davon aber nicht erfasst. Die Beitragstragung durch die Einrichtung bezieht sich daher nur auf den allgemeinen Beitrag.

An dieser Bewertung ändert weder die ab 01.01.2011 durch das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) erfolgte Ergänzung des § 242 Abs. 5 SGB V etwas, noch die Änderung des § 251 Abs. 6 SGB V.

Nach der Änderung des § 242 Abs. 5 SGB V sind ab 01. Januar 2011 zwar Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind, Auszubildende, deren Berufsausbildung in einer außerbetrieblichen Einrichtung gefördert wird, sowie behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistungen eines voll-erwerbstätigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht, von der Zahlung des Zusatzbeitrages ausgenommen, soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen. Entsprechendes ist jedoch für Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, nicht geregelt worden. Der Personenkreis

wird auch nicht von den in § 251 Abs. 6 Satz 2 ff. SGB V n.F. erfasst, weshalb es für diesen Personenkreis bei der Verpflichtung verbleibt, den Zusatzbeitrag zu zahlen.

Hingegen ist für den Personenkreis der Wehr- und Zivildienstleistenden, für den im Berichtsjahr ebenfalls galt, dass er den Zusatzbeitrag selbst zu zahlen hat, ab 2011 eine Veränderung der Situation eingetreten. Für diesen gilt seitdem, dass der Zusatzbeitrag von ihm nicht erhoben wird, soweit und solange er keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen hat.

• **Lastschriftenverfahren**

Darüber hinaus hatte das Bundesversicherungsamt sich mit der Frage zu befassen, ob die Krankenkassen in ihren Satzungen bestimmen können, dass der Zusatzbeitrag ausschließlich im Lastschriftenverfahren einzuziehen ist. Nach der vom Bundesversicherungsamt vertretenen Ansicht ist das möglich.

Gemäß § 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V muss die Satzung der Krankenkasse insbesondere Bestimmungen enthalten über die Festsetzung, Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V. Die der Krankenkasse eingeräumte Bestimmungsbefugnis hinsichtlich der Zahlung des Zusatzbeitrages umfasst auch die Befugnis, Regelungen zum Zahlungsverkehr zu treffen. Ausdrückliche Vorgaben oder Einschränkungen enthält die gesetzliche Bestimmung nicht.

Vor der Änderung des § 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V durch das GKV-WSG galt eine der heute maßgeblichen Norm entsprechende Regelung für Beiträge.

Zu dieser Vorgängerregelung war in der Literatur anerkannt, dass die Krankenkasse in ihrer Satzung deutlich machen muss, in welcher Form die Zahlung zu erfolgen hat. Es bestand danach grundsätzlich die Möglichkeit, dass die Krankenkasse die Art des Zahlungsmittels vorgeben konnte.

Mit Satzungsregelungen zur Zahlung von Beiträgen im Rahmen des § 194 Abs. 1 Nr. 4 a. F. SGB V waren etwa Bestimmungen gemeint, wie sie in §§ 3 und 4 der Verordnung über die Berechnung, Zahlung, Weiterleitung, Abrechnung und Prüfung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (BVV) getroffen sind. Diese Bestimmungen sind zwar hier nicht unmittelbar anwendbar, da der Zusatzbeitrag nicht zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag zählt. Sie können aber entsprechend herangezogen werden. § 3 BVV sieht als Zahlungsweise neben der Einzugsermächtigung noch die Barzahlung, Überweisung oder Einzahlung auf ein Konto der Einzugsstelle vor. Aus § 3 BVV ist nicht der Schluss zu ziehen, dass die Krankenkasse beim Zusatzbeitrag die Wahl des Zahlungsmittels durch das Mitglied nicht einschränken dürfte.

Da die Regelung hier unmittelbar keine Anwendung findet, ist die Krankenkasse nicht dazu verpflichtet, ihren Mitgliedern sämtliche in § 3 BVV vorgesehenen Zahlungsmodalitäten einzuräumen. Insbesondere kann sie auch restriktivere Zahlungsmodalitäten treffen, als in § 3 BVV grundsätzlich vorgesehen, denn eine Entscheidung, dass immer mehrere Zahlungsmodalitäten zu ermöglichen sind, trifft § 3 BVV nicht.

Im Übrigen blieben der Krankenkasse kaum noch Gestaltungsspielräume in diesem Bereich, wenn man ihr eine engere Bestimmung des Zahlungsmittels versagen würde und es stellte sich die Frage, welchen Sinn und Zweck § 194 Abs.1 Nr. 4 SGB V dann noch hätte. Allerdings hat die Krankenkasse auch Ausnahmeregelungen zum Lastschriftverfahren vorzusehen, um besonderen Situationen (etwa fehlendem eigenen Konto des Mitglieds) Rechnung tragen zu können.

- **Sonderkündigung bei Erhebung eines Zusatzbeitrages**

Die mehrfach aufgetretene Problematik, ob eine bereits vor Bekanntgabe der Erhebung eines Zusatzbeitrages ausgesprochene Kündigung als Sonderkündigung im Sinne des § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V zu beurteilen und der Zusatzbeitrag bis zur Wirksamkeit der Kündigung nicht zu zahlen ist, veranlasste das Bundesversicherungsamt, die Angelegenheit – im Interesse einer möglichst einheitlichen Verfahrensweise – mit dem Bundesministerium für Gesundheit und den Aufsichtsbehörden der Länder zu erörtern.

Das Bundesversicherungsamt, das Bundesministerium für Gesundheit und die Mehrheit der Länderaufsichten vertreten die Auffassung, dass eine solche Kündigung als Sonderkündigung zu werten und die Rechtsfolge des § 242 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V a.F. (§ 242 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V n.F.) entsprechend anzuwenden ist, wenn das Mitglied die 18monatige Bindungsfrist bereits erfüllt hat.

§ 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V ermöglicht den Mitgliedern, bei Erhebung des Zusatzbeitrages sowie der Verringerung von Prämienzahlungen ihre Mitgliedschaft vorzeitig zu kündigen. Diese Sonderkündigung hat zur Folge, dass der Zusatzbeitrag nicht erhoben wird, § 242 Abs. 1 Satz 4 SGB V a.F. (§ 242 Abs. 1 Satz 2 n.F.). Sinn und Zweck dieser Regelung ist es, den Zusatzbeitrag bei solchen Mitgliedern nicht zu erheben, die gerade wegen der Einführung oder Erhöhung des Zusatzbeitrages von ihrem Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse Gebrauch machen und die Mitgliedschaft bei ihrer bisherigen Krankenkasse beenden möchten.

Hat ein Mitglied bereits vor der Erhebung des Zusatzbeitrages gekündigt, ist davon auszugehen, dass es mit Eintritt der Voraussetzungen des § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V erst recht sein dann bestehendes Sonderkündigungsrecht ausüben würde. Seinen Kündigungswillen hat das Mitglied ausreichend deutlich zum Ausdruck gebracht. In einem solchen Fall ist daher die ordentliche Kündigung nach den Grundsätzen der §§ 133, 157 BGB dahingehend auszulegen, dass vom Mitglied eine Sonderkündigung mit der Folge der Vermeidung des (erhöhten) Zusatzbeitrages gewollt ist.

Die Kündigung wird daher, sofern die übrigen Voraussetzungen für einen Krankenkassenwechsel erfüllt sind, mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats wirksam, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt hat.

Der Zusatzbeitrag ist wegen entsprechender Anwendung des § 242 Abs. 1 SGB V nicht zu erheben.

Für den Fall, dass das Mitglied seine Sonderkündigung bereits ausgesprochen hat, bevor die Krankenkasse die Erhebung des Zusatzbeitrages bekannt gegeben hat, ist im Ergebnis ebenfalls von einer wirksamen Sonderkündigung auszugehen. Zwar kann nach dem Gesetzeswortlaut (§ 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V) das Sonderkündigungsrecht erst ab dem Zeitpunkt rechtswirksam erklärt werden, in dem die entsprechende Satzungsänderung öffentlich bekannt gemacht wird; eine vor diesem Zeitpunkt abgegebene Sonderkündigung wäre daher grundsätzlich als unwirksam abzulehnen.

Die (unwirksame) Sonderkündigung ist aber in eine aufschiebend bedingt wirksame Sonderkündigung umzudeuten. Die Kündigungsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt der öffentlichen Bekanntmachung der Satzungsänderung.

- **Koppelung von Halteprämien und Zusatzbeiträgen**

Das Bundesversicherungsamt ist gegen die Praxis einzelner Krankenkassen, die Mitgliedern, die von ihrem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen (wollten), Geldprämien anbieten, wenn sie von einem Krankenkassenwechsel Abstand nehmen, eingeschritten. In einem Rundschreiben an alle der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Krankenkassen wurden die Versicherungsträger darauf hingewiesen, dass eine Koppelung von sog. Halteprämien und Zusatzbeiträgen unzulässig ist. Krankenkassen, die aufgrund ihrer finanziellen Lage gezwungen sind, einen Zusatzbeitrag zu erheben, dürfen nicht versuchen, ihre Mitglieder mit einer Halteprämie von der

Ausübung ihres gesetzlichen Sonderkündigungsrechtes abzuhalten.

Die Krankenkassen sind zur Erhebung eines Zusatzbeitrages verpflichtet, wenn sie ihren Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht decken können. Die Mitglieder haben das Recht, bis zur erstmaligen Fälligkeit des Zusatzbeitrages die Mitgliedschaft in der Krankenkasse zu kündigen. Der Versuch von Krankenkassen, ihre Mitglieder durch Zahlung einer Prämie von der Ausübung ihres Kündigungsrechtes abzuhalten, erweckt den falschen Eindruck, es seien ausreichend finanzielle Mittel vorhanden und untergräbt die Legitimation des Zusatzbeitrages.

Entsprechende Verfahrensweisen von Kassen wurden vom Bundesversicherungsamt beanstandet.

1.4 Aus dem Prüferferat

Sachleistungserbringung im Ausland

Das Aufsichtsprüferferat hat im Jahr 2010 bei einer Vielzahl von gesetzlichen Krankenkassen örtliche Erhebungen zum Wettbewerbsverhalten durchgeführt. Ziel der Aufsichtsprüfungen ist es festzustellen, ob nach den Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. März 1998 in der Fassung vom 09. November 2006 das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beachtet wird.

Im Fokus dieser Prüfungen stand u.a. eine Krankenkasse, deren Vertriebskonzept die Sachleistungserbringung in Privatkliniken

in der Türkei vorgesehen hat (siehe hierzu auch: Abschnitt 4.6). Die abgeschlossenen Verträge mit türkischen Privatkliniken und weitere Verträge, die im unmittelbaren Zusammenhang damit standen, sind jedoch rechtswidrig. Im Rahmen der örtlichen Erhebungen wurde das gesamte Verwaltungshandeln der Krankenkasse im Hinblick auf das Vertriebskonzept mit der rechtswidrigen Sachleistungserbringung in der Türkei geprüft. Dabei wurden eklatante Verstöße gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sowie gegen weitere einer Körperschaft des öffentlichen Rechts gesetzlich auferlegte Pflichten festgestellt. Eine Schadenssumme von ca. 7. Mio € konnte ermittelt werden. Die Krankenkasse wurde aufgefordert, alle rechtswidrigen Verträge unverzüglich zu kündigen, jegliche Bewerbung dieses Vertriebskonzepts zu unterlassen und die aufgezeigten Rechtsverstöße zu beheben. Die Vorstandshaftung wurde eingeleitet.

Verträge mit externen Dienstleistern

Seit Anfang 2009 orientiert sich der Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen) auch unmittelbar am Krankheitszustand der Versicherten, der direkten Morbidität („Morbi-RSA“). Anknüpfungspunkt sind insoweit die ärztlichen Diagnosen. Dabei sind stationäre Diagnosen von besonderer Bedeutung: Jede relevante stationäre Diagnose, die einer der 80 im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten zuzuordnen ist, bewirkt eine Zuordnung des Versicherten zu einer Morbiditätsgruppe und löst im Rahmen der Zuweisungen aus

dem Gesundheitsfonds einen Zuschlag aus. Die Diagnosestellung des Krankenhauses ist damit wesentliche Datengrundlage.

Das Bundesversicherungsamt erhielt Hinweise, dass Krankenkassen mit Unterstützung von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen oder externen Dienstleistern darauf hinwirken, dass Krankenhäuser Diagnosen, insbesondere Nebendiagnosen, nachträglich verändern bzw. nachträglich erfassen, mit dem Ziel, auf der Grundlage nachträglich gemeldeter Daten höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten. Die auf dieser Basis erstellten Korrekturmeldungen verletzen das Meldeverfahren nach § 301 SGB V.

Die im Jahr 2010 durchgeführte Aufsichtsprüfung hat gezeigt, dass eine Krankenkasse bei der Ausgestaltung der Dienstleistungsverträge mit einem externen Dienstleister, bei der Verwendung und Übermittlung geschützter Sozialdaten sowie bei der Meldung bzw. der Korrektur der Meldung von Daten für den Morbi-RSA in zahlreichen Fällen geltendes Recht nicht beachtet hat.

Auf Betreiben des Bundesversicherungsamtes hin hat die Krankenkasse zwischenzeitlich die in Rede stehenden Verträge mit dem externen Dienstleister gekündigt und ihr rechtswidriges Verhalten eingestellt.

Die Prüfungen zu diesen Themen werden im Jahr 2011 fortgesetzt.

Lizenzgebühren für die Nutzung eines Markennamens

Im Zuge weiterer Aufsichtsprüfungen hat

das Bundesversicherungsamt festgestellt, dass eine geöffnete Betriebskrankenkasse jährliche Lizenzgebühren für die Nutzung des Markennamens an das ehemalige Trägerunternehmen zahlte. Bei der BKK handelt es sich um eine ehemals geschlossene Kasse mit besonderer Nähe zum Trägerunternehmen. Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes ist es als rechtsmissbräuchlich anzusehen, ab dem Tage der Öffnung der Kasse Lizenzgebühren zu verlangen, ohne dass die immer noch bestehende Nähe zum Trägerunternehmen entfällt. Mit Gründung der BKK aus dem Trägerunternehmen hat die Kasse die Rechte an der Nutzung des Namens erworben und darf ihn auch nach der Öffnung weiterverwenden.

Zahlungen der oben dargestellten Art gehören nicht zu den gesetzlich vorgesehenen Aufgaben einer Krankenkasse. Der den Zahlungen zugrundeliegende Lizenzvertrag entbehrt insoweit einer gesetzlichen Grundlage.

Demzufolge ist auch der finanzielle Einsatz hierfür nicht von § 30 Abs. 1 SGB IV gedeckt und die Mittelverwendung unzulässig.

Angesichts der Höhe der gezahlten Lizenzgebühren ergaben sich darüber hinaus erhebliche Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Maßnahme.

1.5 Strukturierte Behandlungsprogramme

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programs - DMP) verfolgen das Ziel, die Behandlungs- und Betreuungsprozesse chronisch Kranker über

die Grenzen der einzelnen Versorgungssektoren hinweg zu koordinieren und auf der Grundlage medizinischer Evidenz zu optimieren. Dadurch sollen insbesondere Folgeerkrankungen vermieden und eine effektivere und wirtschaftlichere Versorgung gewährleistet werden. Rechtsgrundlage für DMP, die im Jahre 2002 eingeführt wurden, sind das SGB V und die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV). Das Bundesversicherungsamt ist zuständig für die Zulassung der DMP und prüft in medizinischer und rechtlicher Hinsicht, ob die von den gesetzlichen Krankenkassen eingereichten Programme sowie die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern (z.B. Ärzte, Krankenhäuser) bzw. Dritten (z.B. Datenstellen) mit den Anforderungen der RSAV übereinstimmen. Dadurch werden die Einheitlichkeit des Verfahrens und die neutrale Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen sichergestellt. Aktuell können Krankenkassen die Zulassung von DMP für folgende Krankheitsbilder beantragen:

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2,
- Brustkrebs,
- Koronare Herzkrankheit (KHK),
- Asthma bronchiale,
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD).

Zum 1. Juli 2009 wurde das DMP KHK um das Modul Chronische Herzinsuffizienz ergänzt, das bis spätestens zum 30. Juni 2010 im Rahmen aller zugelassenen DMP KHK

umzusetzen war. Bis zu diesem Zeitpunkt waren ferner die ebenfalls mit der 20. RSA-ÄndV eingeführten Änderungen der Indikation Diabetes mellitus Typ 1 nachzuweisen.

Bis Ende des Jahres 2010 wurden insgesamt 25.988 Erst- und Wiederzulassungen erteilt. Die Gesamtzahl der im Jahre 2010 erteilten Zulassungen beläuft sich auf 2.173 (2009: 1.400; 2008: 832; 2007: 7.492; 2006: 7.881). Der starke Rückgang der Zulassungen gegenüber den Jahren 2006 und 2007 ist u.a. dadurch bedingt, dass sich der Zulassungszeitraum für eine Vielzahl bereits laufender DMP infolge des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ab dem 1. April 2007 um bis zu zwei weitere Jahre auf höchstens fünf Jahre verlängert hat. In den Jahren 2011 und 2012 ist dagegen wieder mit einem Anstieg der Zulassungsanträge zu rechnen. Näheres zu den Zulassungszahlen sowie zur Zahl der in ein DMP eingeschriebenen Versicherten ist den nachfolgenden Übersichten zu entnehmen:

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

Stand: Dezember 2010

Im Hinblick auf eingetretene Fusionen zwischen Krankenkassen und dem dadurch bedingten Zusammenlegen von DMP waren im Dezember 2010 insgesamt 11.227 Programme mit nahezu 5,8 Millionen eingeschriebenen Versicherten, die zum Teil an mehr als einem DMP teilnehmen, zugelassen:

Indikation	Laufende Programme im Dezember 2010	Eingeschriebene Versicherte im Dezember 2010	Versicherte, die in einem (oder mehreren) DMP eingeschrieben sind
Asthma bronchiale	1.965	714.670	
Brustkrebs	1.748	128.146	
COPD	1.974	562.965	
DM Typ 1	1.696	136.574	
DM TYP 2	1.945	3.413.643	
KHK	1.899	1.618.457	
insgesamt	11.227	6.574.455	

Stand: Dezember 2010

Auch im Jahre 2010 wirkte das Bundesversicherungsamt bei der Weiterentwicklung der DMP mit und war an der 23. RSA-ÄndV maßgeblich beteiligt, mit der eine Übergangsregelung zur weiteren Aufbewahrung von DMP-Daten eingeführt wurde (Löschungsfrist).

Das Jahr 2010 stand insbesondere auch im Zeichen der Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme. Die Methodik der vergleichenden Evaluation wurde weiterentwickelt, so dass Krankenkassen, deren DMP statistisch randständige Werte aufweisen, erstmalig über ihr Ergebnis informiert werden konnten. Hierfür erstellte das Bundesversicherungsamt u.a. Profildigramme, die die Ergebnisse des DMP der zu informierenden Krankenkasse im Vergleich

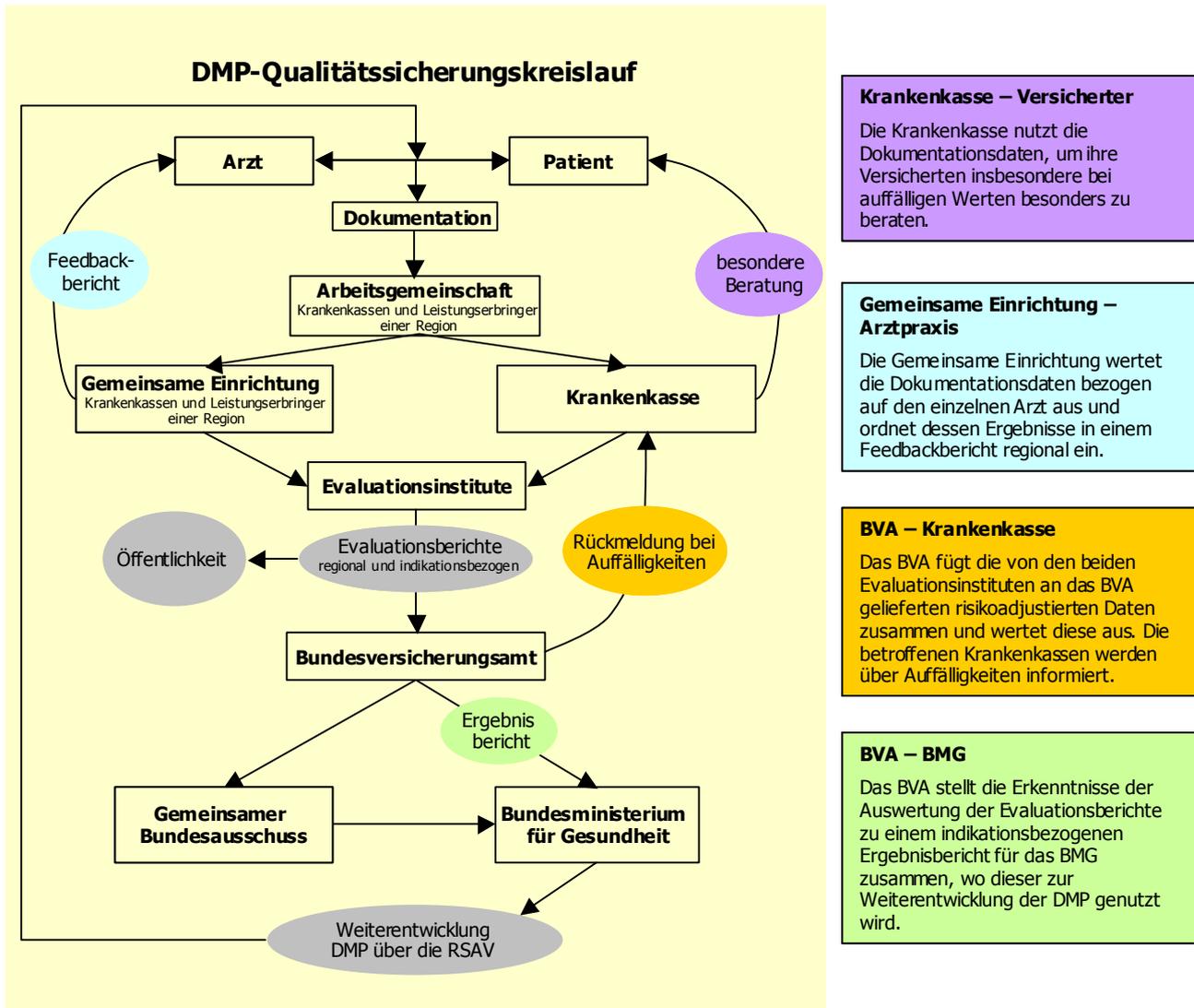
zu den Ergebnissen aller DMP aufzeigen. Zusätzlich durchgeführte intraregionale Auswertungen sowie die Verknüpfung von medizinischen Ergebnissen und den Qualitätssicherungs- und Verwaltungskosten lieferten wichtige Zusatzinformationen. Durch die gezielte Rückspiegelung der Ergebnisse an die Krankenkassen wurde ein wichtiger Teil des bereits bestehenden Qualitätssicherungskreislaufs geschlossen.

DMP-Evaluation als Instrument der Qualitätssicherung

Die Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) formuliert als Aufgabe der Evaluation die Überprüfung der Wirksamkeit der DMP durch den Vergleich der Programme untereinander. Diesem Auftrag kommt das Bundesversicherungsamt (BVA) nach und informiert insbesondere die Krankenkassen über das Ergebnis dieses Vergleiches.

Daneben werden die DMP von allen Beteiligten zunehmend als Qualitätssicherungsinstrument wahrgenommen. Im Rahmen der in der RSAV verankerten Strukturen hat sich bundesweit ein selbstlernendes System von gegenseitigen Rückmeldungen etabliert, das auf den Dokumentationsdaten von inzwischen beinahe 5,7 Millionen DMP-Teilnehmern bzw. ca. 6,5 Millionen Einschreibungen beruht.

Die folgende Grafik stellt den DMP-Qualitätssicherungskreislauf dar. Beispielhaft werden verschiedene Rückmeldeebenen erläutert.



Die Krankenkassen erhalten nun die Möglichkeit, Optimierungspotenziale ihres DMP durch den Vergleich zu anderen zu erkennen und können ggf. einzelne Elemente ihres DMP verbessern.

Neben der qualitätssichernden Information der Krankenkassen erfolgte 2010 die kran-

kenkassenübergreifende Bewertung der Evaluationsberichte der DMP für die Indikation Diabetes mellitus Typ 2 für die Zulassungsjahre 2003 bis 2008. Der Vergleich der risikoadjustierten Mittelwerte zu den einzelnen medizinischen Zielwerten mit Ergebnissen aus epidemiologischen Studien zeigt, dass die bei den DMP-Teilnehmern

erhobenen Mittelwerte bei einer Reihe von Zielwerten deutlich positivere Werte aufweisen. Einzelanalysen machten deutlich, dass bei vielen DMP im Zeitablauf insbesondere eine Verbesserung der Blutdruckkontrolle und des Raucherstatus (Aufgabe des Tabakkonsums) zu beobachten sind. Außerdem kann die Blutzuckereinstellung bei einer Vielzahl von DMP gehalten oder verbessert werden.

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

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

Da es sich bei den DMP jedoch um langfristig angelegte Programme handelt, kann erst

in Zukunft mit Sicherheit gesagt werden, ob sich die aufgestellten Hypothesen bestätigen. Hierfür müssen die DMP regelmäßig bewertet werden. Die von den Krankenkassen beauftragten Institute erstellen alle zwei Jahre Evaluationsberichte, die vom Bundesversicherungsamt geprüft und ausgewertet werden.

Im November 2010 fand in Berlin ein gemeinsamer Themenabend des Bundesversicherungsamtes mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zum Thema „Strukturierte Behandlungspfade in der ambulanten Versorgung“ statt. Dort wurden seitens des Bundesversicherungsamtes durch eine Reihe von Vorträgen und Postern zu den Themen „DMP - Ziele, Fakten, Hintergründe“, „Methodik der DMP-Evaluation“ und „Ergebnisüberblick zur DMP-Evaluation“ die Methodik und Ergebnisse der Evaluation der Öffentlichkeit präsentiert.

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

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2.1 Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung

Die folgenden Tabellen 1 und 2 zeigen die Gesamteinnahmen und die Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung für das Jahr 2010 und die Veränderung gegenüber den jeweiligen Vorjahreswerten:

Tabelle 1: Soziale Pflegeversicherung, Jahresergebnis 2010	
EINNAHMEN	Beträge in Mio. €
Beitragseinnahmen	rd. 21.641
Summe der sonstigen Einnahmen	rd. 148
Einnahmen insgesamt	rd. 21.789
AUSGABEN	Beträge in Mio. €
Leistungsausgaben	rd. 20.428
Verwaltungskosten	rd. 717
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	rd. 304
Sonstige Ausgaben	rd. 10
Ausgaben insgesamt	rd. 21.460
Jahresüberschuss	rd. 329

Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung Vergleich 2010 zu 2009	
EINNAHMEN	Veränderungen in v.H.
Beitragseinnahmen	+ 2,14
Summe der sonstigen Einnahmen	+ 17,66
Einnahmen insgesamt	+ 2,23
AUSGABEN	Veränderungen in v.H.
Leistungsausgaben	+ 5,70
Verwaltungskosten	+ 4,99
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	- 2,46
Sonstige Ausgaben	+ 123,80
Ausgaben insgesamt	+ 5,57

Quelle: Statistiken PVM und PS

Die Steigerungsraten der Ausgabenseite sind Resultat des Starts des Inkrafttretens der 2. Stufe der Pflegeversicherungsreform zum 01.01.2010. Die 1. Stufe der Reform vom 01.07.2008 brachte eine Erhöhung des Beitragssatzes von 1,7 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen auf 1,95 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen (ohne die unverändert gebliebenen Kinderlosenzuschläge in Höhe von 0,25 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen) sowie eine Ausweitung der Leistungen insbesondere im Bereich der Geld- und Sachleistungen. In der 2. Stufe der Reform erfolgte eine weitere Anhebung der Leistungen im Bereich der Geld- und Sachleistungen. Die 3. Stufe der Reform wird zum 01.01.2012 umgesetzt.

Die Gesamtausgaben (Leistungsausgaben, Verwaltungskosten, Kosten des Medizinischen Dienstes und sonstige Ausgaben) der sozialen Pflegeversicherung betragen rd. 21,460 Mrd. €, was einem Anstieg von 5,57 v.H. gegenüber dem Vorjahr entspricht. Hiervon entfallen auf die Leistungsausgaben rd. 20,428 Mrd. €, was eine Veränderung von + 5,70 v.H. gegenüber dem Vorjahr bedeutet.

Diesen Gesamtausgaben standen Gesamteinnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von rd. 21,789 Mrd. € gegenüber, die um rd. 2,23 v.H. gegenüber dem Vorjahr gestiegen sind. Die Gesamteinnahmen umfassen neben den Beitragseinnahmen der Pflegekassen auch die Beiträge, die unmittelbar an den Ausgleichsfonds gezahlt werden (z.B. die vom Gesundheitsfonds weitergeleiteten Pflegeversicherungsbeiträge aus Arbeitslosengeld I und II und der Künstlersozialkasse sowie der pauschalen Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistende, die Pflegeversicherungsbeiträge der Rentner und die Beiträge der sonstigen versicherungspflichtigen Personen nach § 21 Nr.1-5 SGB XI), sowie Zinseinnahmen und sonstige Einnahmen.

Die Gesamtbeitragseinnahmen haben sich gegenüber dem Vorjahr um rd. 2,23 v.H. auf rd. 21,789 Mrd. € erhöht. Die Beitragseinnahmen der Pflegekassen stiegen um rd. 2,33 v.H. (rd. 375 Mio. Euro), die des Ausgleichsfonds um rd. 1,52 v.H. (rd. 77 Mio. Euro).

Im Ergebnis des Jahres 2010 ergab sich in der sozialen Pflegeversicherung ein Überschuss in Höhe von rd. 329 Mio. €, während im Vorjahr 2009 ein Überschuss in Höhe

von rd. 987 Mio. € angefallen war.

Finanzausgleich

Der Zweck des Finanzausgleiches nach den §§ 66 ff. SGB XI besteht darin, bei den Pflegekassen, deren monatliche Leistungsausgaben und sonstige Ausgaben die Beitragseinnahmen und sonstige Einnahmen übersteigen, die Betriebsmittel und gegebenenfalls die Rücklage aufzufüllen. Der Ausgleichsfonds zahlte zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand insgesamt rd. 9,504 Mrd. € an diese Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rd. 0,792 Mrd. €.

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

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

2007	8.171
2008	8.214
2009	9.032
2010	9.504

Gegenüber dem Jahr 1997, in dem erstmalig für das ganze Jahr stationäre Pflegeleistungen gezahlt wurden, ist das Transfervolumen um rund 62,91 % gestiegen. Die Ursachen sind Preissteigerungen in den Bereichen, in denen es keine betragsmäßig fixierten Geld- oder Sachleistungen gibt, Leistungsmehrausgaben durch die wachsende Anzahl pflegebedürftiger Versicherter sowie Leistungsmehrausgaben durch die Ausweitung der Pflegeleistungen nach der Reform vom 01.07. 2008.

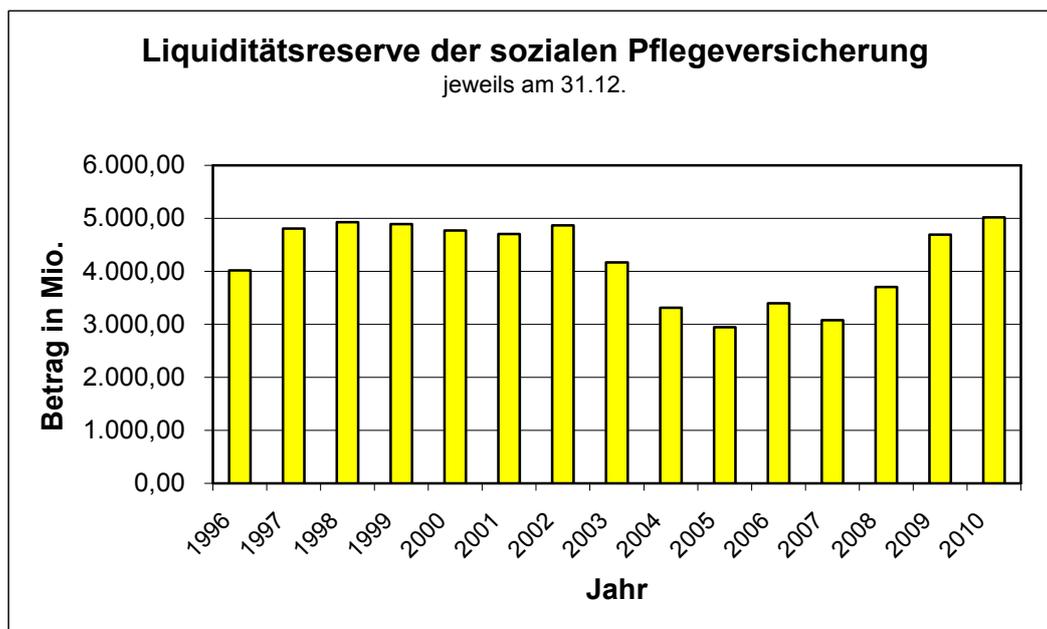
Im Jahr 2010 wurde wieder für das vorangegangene Kalenderjahr 2009 ein erweiterter Jahresausgleich in der sozialen Pflegeversicherung nach § 68 SGB XI durchgeführt. Mit Hilfe dieses Verfahrens sollen sachliche und rechnerische Fehler, welche unterjährig im monatlichen Ausgleichsverfahren nach § 67 SGB XI nicht berücksichtigt wurden, korrigiert werden.

Entwicklung des Mittelbestandes

Die Liquiditätsreserve – oder auch Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung -, die sich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds und der Pflegekassen zusammensetzt, betrug zum Jahresbeginn rd. 4,691 Mrd. €. Innerhalb des Jahres 2010 erhöhte sich die Liquiditätsreserve bis zum Jahresende auf rd. 5,019 Mrd. € (s. Tabelle 4 und Diagramm).

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

Stichtag: jeweils 31.12. des Jahres



Ausblick

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

Die im Jahr 2010 aufgrund der Beitragserhöhung zum 01. Juli 2008 erzielten Mehreinnahmen und der dadurch ermöglichte Überschuss werden für die nächsten Jahre - nach den ursprünglichen Berechnungen voraussichtlich bis zu den Jahren 2014/2015 - ausreichen, um die Leistungserweiterungen der Pflegereform und die durch die demographische Entwicklung bedingten Mehrausgaben zu finanzieren.

Für das Jahr 2011 ist allerdings bei vorsichtiger Schätzung ein Fehlbetrag zu erwarten.

Im Jahr 2011 werden außerdem Beratungen über eine Pflegereform stattfinden. Der Gesetzgeber erwägt u.a. die Ergänzung des bestehenden Umlageverfahrens in der Pflegeversicherung durch eine zusätzliche Kapitaldeckung.

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

Die folgenden Tabellen 5 und 6 zeigen die in diesen Bereichen für das Jahr 2010 geleisteten Auszahlungen:

Niedrigschwellige Betreuungsangebote (einschl. Ehrenamt und Selbsthilfe)

Tabelle 5: Niedrigschwellige Betreuungsangebote		
Bundesland ¹⁾	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	573	1.920
Bayern	343	988
Berlin	69	707
Brandenburg	92	525
Bremen	0	0
Hamburg	9	260
Hessen	116	874
Mecklenburg-Vorpommern	0	0
Niedersachsen	195	1.485
Nordrhein-Westfalen	0	0
Rheinland-Pfalz	129	329
Saarland	34	156
Sachsen	19	90
Sachsen-Anhalt	20	323
Schleswig-Holstein	90	222
Thüringen	55	130
Summe:	1.744	8.008 ²⁾

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

2) Im Jahr 2010 wurde für den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ein Gesamtbetrag in Höhe von rd. 390 Tausend Euro an Rückzahlungen für vergangene Jahre vereinnahmt.

Modellvorhaben (einschl. Modellvorhaben des Ehrenamtes und der Selbsthilfe)

Tabelle 6: Modellvorhaben		
Bundesland ³⁾	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	3	67
Bayern	16	175
Berlin	1	45
Brandenburg	0	0
Bremen	0	0
Hamburg	0	0
Hessen	8	251
Mecklenburg-Vorpommern	6	190
Niedersachsen	6	76
Nordrhein-Westfalen	141	3.089
Rheinland-Pfalz	5	135
Saarland	0	0
Sachsen	3	147
Sachsen-Anhalt	0	0
Schleswig-Holstein	5	44
Thüringen	3	30
Summe:	197	4.248 ⁴⁾

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

4) Im Jahr 2010 wurde für den Ausgleichsfonds ein Gesamtbetrag in Höhe von rd. 73 Tausend Euro an Rückzahlungen für vergangene Jahre vereinnahmt.

Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

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

Im Jahr 2010 wurden 13 Anträge des GKV-Spitzenverbandes bearbeitet.

Das Auszahlungsvolumen betrug für das Jahr 2010 insgesamt rd. 1,256 Mio. €.

Für den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wurden Rückzahlungen in Höhe von insgesamt rd. 27.000 € vereinnahmt.

Anschubfinanzierungen Pflegestützpunkte

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

Im Jahr 2010 kamen Anschubfinanzierungen in einem Gesamtvolumen von rd. 1,645 Mio. € zugunsten von 43 Pflegestützpunkten zur Auszahlung.

Wegen der grundsätzlichen Befristung der Förderung bis zum 30.06.2011 ist im Jahr 2011 mit einem erheblichen Anstieg der

vom GKV-Spitzenverband zu übermittelnden Anträge auf Auszahlung der Anschubfinanzierung zu rechnen.

Sonstiges

Seit dem im Jahre 2008 in Kraft getretenen sogenannten „Pflegerweiterentwicklungsgesetz“ besteht ab dem Jahre 2011 die Pflicht zur jährlichen Prüfung von Pflegeeinrichtungen; bis Ende 2010 sind dabei alle Pflegeeinrichtungen insgesamt mindestens ein Mal zu überprüfen (§ 114 SGB XI). Gleichzeitig ist vorgesehen, dass die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sich mit 10 v.H. an den Kosten der Qualitätsprüfungen zu beteiligen haben, „sofern diese ohne Beteiligung von Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. durchgeführt wurden“ (§ 114 a Abs. 5 SGB XI). Ein sich hieraus ergebender etwaiger Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen ist vom Bundesversicherungsamt zu ermitteln und zugunsten des Ausgleichsfonds der gesetzlichen Pflegeversicherung zu vereinnahmen (§ 114 a Abs. 5 Sätze 2 und 3 SGB XI).

Da seit Inkrafttreten dieser Regelung hinsichtlich der Auslegung des Begriffes der „Beteiligung“ ein Dissens zwischen GKV-Spitzenverband einerseits und dem Verband der PKV andererseits bestand, insbesondere hinsichtlich der Frage, ob sich aus der gesetzlichen Regelung ein eigenständiges Prüfrecht für die PKV ableiten lässt, hat der Präsident des Bundesversicherungsamtes auf Bitten beider Seiten die Rolle des Moderators in dieser Angelegenheit übernommen. In mehreren im Jahr 2010 durchge-

fürten Gesprächsrunden wurde dabei eine Kompromisslinie erarbeitet, die eine sog. „gemischte Lösung“ vorsah, wonach die PKV mit eigenem Personal sowohl Prüfungen des MDK begleiten als auch eigenständige Prüfungen durchführen sollte.

Da der Kompromissvorschlag im Nachhinein nicht umgesetzt wurde und eine Einigung nicht erzielt werden konnte, hat sich das Amt an das Bundesministerium für Gesundheit gewandt mit der Anregung, diesbezüglich für eine gesetzliche Klarstellung zu sorgen.

Ein entsprechender Referentenentwurf der Bundesregierung wurde im Februar 2011 vorgelegt.

Sobald die gesetzliche Neuregelung in Kraft getreten ist, wird das Bundesversicherungsamt hinsichtlich einer Heranziehung der privaten Versicherungsunternehmen zu entscheiden haben.

2.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
PV	169

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

2.3 Aufsicht bei den Pflegekassen

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

Im Rahmen seiner Aufsichtsführung hat das Bundesversicherungsamt eine unterschiedliche Rechtsanwendung bei der Berechnung der Kombinationsleistung festgestellt.

Pflegebedürftige können bei häuslicher Pflege einerseits eine Pflegesachleistung in Anspruch nehmen. Die Sicherstellung der Pflege erfolgt hierbei durch geeignete Pflegekräfte, die bei ambulanten Pflegeeinrichtungen angestellt sind (Pflege durch Pflegedienst, § 36 SGB XI).

Andererseits können die Pflegebedürftigen anstelle der Pflegesachleistung ein Pflegegeld beanspruchen, wenn die Pflegebedürftigen mit diesem Pflegegeld ihren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellen (Pflege durch private Pflegeperson, § 37 SGB XI).

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld. Dabei wird das Pflegegeld um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat (Kombinationsleistung / anteiliges Pflegegeld, § 38 SGB XI).

In der Regel wird das anteilige Pflegegeld nach Abrechnung des Pflegedienstes Monat für Monat im Nachhinein ermittelt und dem Pflegebedürftigen überwiesen.

Bei der Ermittlung der Leistungsansprüche haben die Pflegekassen zu berücksichtigen, dass u. a. während einer stationären Krankenhausbehandlung des Pflegebedürftigen die zu leistende Kombinationsleistung während der ersten vier Wochen dieser Behandlung weiter zu zahlen ist.

Im Rahmen der Aufsichtsführung wurde festgestellt, dass eine erhebliche Anzahl von Pflegekassen während dieser Zeiten zur

Ermittlung der Kombinationsleistung den für die Pflegesachleistung zur Verfügung stehenden Anspruch auf die Tage der Pflege im häuslichen Bereich begrenzen.

Gegen diese Verfahrensweise spricht die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG).

Die für die Pflege durch einen Pflegedienst gesetzlich normierten Höchstbeträge sind nach Ansicht des Gerichtes auch für Teilzeiträume in voller Höhe zur Verfügung zu stellen und nicht auf einen Tagessatz zu begrenzen. Die Sachleistung bei häuslicher Pflege können Pflegebedürftige – ohne oder mit Unterbrechung – an allen Tagen eines Kalendermonats nach dem jeweiligen Pflegebedarf in Anspruch nehmen. Die Pflegekassen haben dafür aber höchstens bis zu den im Gesetz genannten Höchstbeträgen einzustehen (BSG, Urteil vom 13.3.2001, Az. B 3 P 10/00 R).

Eine Berechnung in Anlehnung an die BSG-Rechtsprechung führt dabei regelmäßig für den Versicherten zu einer vergleichsweise höheren Quote für den Anteil der Geldleistung.

Das Bundesversicherungsamt hat den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gebeten, eine neue Handlungsempfehlung für die Pflegekassen zu erstellen, um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen.

Pflegehilfsmittelgewährung gemäß § 40 Abs. 1 und 3 SGB XI

Wie den vorangegangenen Tätigkeitsberichten zu entnehmen war, begehrte die Leistungsbewilligung und die damit ver-

bundene Abgrenzungsprüfung zwischen den vorrangig zuständigen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den nachrangig leistungsverpflichteten Trägern der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 33 SGB V i. V. m. § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) bei der Gewährung von Pflegehilfsmitteln aufsichtsrechtlichen Bedenken.

Um dem Anspruch einer rechtskonformen Leistungsentscheidung gerecht werden zu können, ist nach den Vorgaben der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) insbesondere eine ausführliche und dokumentierte Einzelfallprüfung durch die Kranken- und Pflegekasse erforderlich.

Wenn auch in Einzelfällen erreicht werden konnte, dass Kranken- und Pflegekassen ihre Verwaltungspraxis an die ständige Rechtsprechung des BSG anlehnen, stellte sich im Rahmen zahlreicher Prüfungen bei anderen Kassen heraus, dass eine Umsetzung der Vorgaben des BSG bei den Versicherungsträgern noch nicht umfassend gelungen ist. Die Prüfungen ergeben regelmäßig, dass die erforderliche Abgrenzungsentscheidung häufig fehlt bzw. nicht rechtskonform durchgeführt wird.

Das Bundesversicherungsamt wird daher auch künftig im dargelegten Bereich einen Fokus auf die Leistungsentscheidungen der Pflegekassen richten.

Im Berichtszeitraum hat das Bundesversicherungsamt zudem in Zusammenarbeit mit den Aufsichten der Länder und dem Bundesministerium für Gesundheit Bestrebungen unternommen, um eine verwaltungspraktische sowie einheitliche Handhabung

der Thematik zu erreichen.

In diesem Zusammenhang regte der Präsident des Bundesversicherungsamtes gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit an, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, um eine Entlastung für die zukünftige Verwaltungspraxis der Versicherungsträger zu erreichen.

Auch die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder fassten während ihrer 77. Arbeitstagung den Beschluss, auf eine dem § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI entsprechende Subsidiaritätsprüfung hinzuwirken und bekräftigten zudem ebenfalls die Notwendigkeit zur Herbeiführung einer verwaltungsvereinfachenden Regelung.

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 2010 wird die Lastenverteilung zu 45 Prozent (2009: 30 Prozent; 2008: 15 Prozent) und der alte Lastenausgleich noch zu 55 Prozent (2009: 70 Prozent; 2008: 85 Prozent) berücksichtigt.

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

Für das Ausgleichsjahr 2010 hat das Bundesversicherungsamt im März 2011 die Lastenverteilung berechnet. Insgesamt wur-

den 462,5 Millionen Euro von sieben ausgleichspflichtigen Berufsgenossenschaften auf sechs ausgleichsberechtigte Berufsgenossenschaften umverteilt (Ausgleichsjahr 2009: 289,5 Millionen Euro; 2008: 135 Millionen Euro). Die Ergebnisse sind im Einzelnen in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Lastenverteilung 2010	
Berufsgenossenschaft ^{*)}	Ausgleichsbeträge ^{**)}
Hütten- und Walzwerk	13.951.555,34 €
Maschinenbau und Metall	12.347.512,29 €
Metall Nord Süd	- 56.332.927,25 €
Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	- 74.537.201,42 €
Rohstoffe und chemische Industrie	259.576.286,84 €
Holz	17.341.950,02 €
Nahrungsmittel und Gaststätten	- 5.155.058,78 €
Fleischerei	783.513,10 €
Handel und Warendistribution	- 99.573.696,50 €
Verwaltung	- 171.340.695,77 €
Transport und Verkehrswirtschaft	- 21.595.874,35 €
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	- 33.996.721,40 €
Bauwirtschaft	158.531.357,88 €

*) Fusionen nach dem 1. Januar 2010 bleiben unberücksichtigt.
**) Ausgleichsberechtigung (positiver Wert) bzw. Ausgleichsverpflichtung (negativer Wert).

3.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
UV	377

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten

Entwicklung bei den Fusionen der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (UVMG) hatte der Gesetzgeber u.a. eine umfassende Modernisierung des Systems der gesetzlichen Unfallversicherung durch Straffung der Organisation vorgesehen. In § 222 Absatz 1 Satz 1 SGB VII war insofern die Zielsetzung geregelt, die Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften bis zum 31. Dezember 2009 auf neun zu reduzieren. Die Zielvorgabe beruhte hinsichtlich der Trägerzahl auf einem Konzept des damaligen Spitzenverbandes der gewerblichen Unfallversicherung. Für die Umsetzung war die Selbstverwaltung verantwortlich. Bis zum Ablauf der Frist hatte sich die Trägerzahl durch freiwillige Fusionen zwar bereits erheblich, von ursprünglich 35 gewerblichen Berufsgenossenschaften auf 13, reduziert. Für einen erfolgreichen Abschluss der Straffung der Organisation waren jedoch noch weitere Fusionen erforderlich. Der Gesetzgeber führte daher im Berichtsjahr mit dem Dritten SGB IV Änderungsgesetz in § 225 SGB VII für bestimmte Berufsgenossenschaften eine Fusionsverpflichtung zum 1. Januar 2011 ein, wobei er bei der Bestimmung der Fusionspartner u.a. den bisherigen Verlauf des Fusionsprozesses und das o.g. Konzept des Spitzenverbandes berücksichtigte.

An dem Gesetzgebungsverfahren war das Bundesversicherungsamt intensiv beratend beteiligt, insbesondere weil die o.g. Fusionsverpflichtung vorsah, dass die

Vereinigungsbeschlüsse dem Bundesversicherungsamt bis zum 1. Oktober 2010 vorzulegen waren. Sofern dies nicht der Fall gewesen wäre, hätte das Bundesversicherungsamt die Vereinigung der Berufsgenossenschaften zum 1. Januar 2011 im Verwaltungswege vollziehen müssen. Die Selbstverwaltungen der betroffenen Berufsgenossenschaften sind ihrer Verantwortung jedoch nachgekommen, so dass Zwangsmaßnahmen des Bundesversicherungsamts nicht erforderlich waren.

Am 1. Januar 2010 wurde die Fusion zwischen der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie (BG Chemie), der Bergbau-Berufsgenossenschaft (BBG), der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft (StBG), der Papiermacher-Berufsgenossenschaft (PBG), der Lederindustrie-Berufsgenossenschaft (LIBG) und der Zucker-Berufsgenossenschaft (Zucker-BG) zur Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) wirksam.

Ebenfalls zum 1. Januar 2010 wirksam wurde die Vereinigung der Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen (BGF) mit der See-Berufsgenossenschaft (See-BG) zur Berufsgenossenschaft Transport und Verkehrswirtschaft (BG Verkehr).

Am 1. Januar 2010 wurde ferner die Fusion zwischen der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) und der Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen (BG Bahnen) wirksam.

Im Berichtszeitraum wurden unter der beratenden und unterstützenden Begleitung durch das Bundesversicherungsamt von den

betreffenden Selbstverwaltungsorganen die Weichen dafür gestellt, dass mit neun verbleibenden Trägern die gesetzliche Zielsetzung für die strukturelle Neuordnung der gewerblichen Unfallversicherung erreicht werden konnte :

Zum 1. Januar 2011 vereinigten sich die Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd (BG Metall), die Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft (MMBG), die Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft (HWBG) und die Holzberufsgenossenschaft (HBG) zur Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM).

Schließlich fusionierten zum 1. Januar 2011 die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN) und die Fleischerei-Berufsgenossenschaft (FBG) zur Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN).

Gefahrtarifangelegenheiten

Das Bundesversicherungsamt hat die Berufsgenossenschaften im Rahmen der Mitwirkung bei den Fusionen auch zu gefahrtariflichen Fragen und bereits fusionierte Berufsgenossenschaften bei der Aufstellung von Gefahrtarifen intensiv beraten sowie die zur Genehmigung vorgelegten Gefahrtarife und die Vereinbarungen zur Gefahrtarifgestaltung geprüft und genehmigt.

In dem Fall einer fusionierten Berufsgenossenschaft, die aus zwei Fusionen zum 1. Januar 2009 und zum 1. Januar 2010 hervorging, lagen im Berichtsjahr parallel zwei Gefahrtarife zur Genehmigung vor. Als Übergangsgefahrтарif war befristet für das Jahr 2010 ein gemeinsamer Gefahrtarif

vorgesehen, der die unveränderten Tarifstellen und die den unterschiedlichen Beitragsfüßen angepassten Gefahrklassen der Fusionspartner zusammenführte. Danach sollte ab 1. Januar 2011 der erste „echte“ Fusionsgefahrтарif auf der Basis eines neuen Beobachtungszeitraums und einheitlicher Grundsätze den befristeten Übergangsgefahrтарif ablösen.

Bei dem Beschluss des Gefahrтарifs für 2010 in dem Jahr seines Inkrafttretens handelte es sich um eine unechte Rückwirkung, da der Gefahrтарif 2010, wegen des nachträglichen Umlageverfahrens seine Wirkung erst für die Beitragsberechnung im Jahr 2011 entfaltet. Nach der Rechtsprechung ist eine rückwirkende Inkraftsetzung des Gefahrтарifs in diesen Fällen zulässig, wenn keine Beitragserhöhung um mehr als das Dreifache vorliegt. Dies war hier nicht zu befürchten, so dass der Gefahrтарif, wie beantragt, genehmigt werden konnte.

Mit dem anschließend ab 1. Januar 2011 gültigen Fusionsgefahrтарif wurden die Tarifstellen völlig neu strukturiert und erheblich reduziert. Hiergegen bestehen grundsätzlich keine Bedenken. Insbesondere nach den Fusionen sind sie vielmehr zu begrüßen, weil hiermit die Umsetzung der Vereinigung und eine weitere Angleichung der Beitragsberechnungsgrundlagen angestrebt wird. Zudem werden durch größere Tarifstellen stabilere Fahrgemeinschaften geschaffen.

Die Zusammenführung der Gefahrтарife hat die Berechnungspraxis der Gefahrklassen vereinheitlicht, wozu unter anderem auch insgesamt der Verzicht auf eine kauf-

männliche/verwaltende Tarifstelle gehörte. Erhöhter Prüf- und Beratungsbedarf ergab sich für das Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit Gefahrklassen, die abweichend vom rechnerisch ermittelten Wert festgelegt werden sollten. Hier zwang die fusionsbedingte Situation zu besonderen Staffelnregelungen, die nur Unternehmen von Fusionspartnern erfassten, bei denen die Auflösung der kaufmännischen Tarifstellen zu z.T. erheblichen Beitragssteigerungen führen würden. Mit einer stufenweisen Anhebung der Gefahrklassen während der Tarifperiode wurde diesen Auswirkungen begegnet. Darauf, dass eine solche Regelung nur wegen der Fusion im Rahmen der Übergangszeit nach § 118 Absatz 1 Satz 4 SGB VII zulässig ist, hat das Bundesversicherungsamt noch einmal besonders hingewiesen.

Ferner kam die Berufsgenossenschaft der Anregung des Bundesversicherungsamtes zur umfassenden Information der Unternehmen über die Änderungen u.a. durch die vorgesehenen Erläuterungen zur Abgrenzung und Klarstellung der Zuordnung der Unternehmen zu den Tarifstellen (Hinweise zur Branchenzuordnung) nach. Darüber hinaus wird erwartet, dass die Belastungsverhältnisse der neuen Tarifstellen besonders beobachtet und ggf. bei der nächsten Gefahrtarifrevision Konsequenzen gezogen werden.

Bei einer weiteren fusionierten Berufsgenossenschaft, die in den jeweiligen bisherigen Zuständigkeitsbereichen der Fusionspartner die geltenden Gefahrtarife zunächst beibehalten hatte, musste aufgrund der in § 157 Abs. 5 SGB VII geregelten Höchst-

laufzeit von sechs Jahren zum 1. Januar 2011 ein neuer Gefahrtarif festgelegt werden. Da noch kein gemeinsamer Gefahrtarif beschlossen wurde, konnte innerhalb der Übergangszeit des § 118 Abs. 1 Satz 4 SGB VII ein weiterer Gefahrtarif im bisherigen Zuständigkeitsbereich des einen Fusionspartners beschlossen werden. Im Übrigen hat das Bundesversicherungsamt auch hier bei der Umstrukturierung und Reduzierung der Tarifstellen auf die Einhaltung der bereits dargestellten Grundsätze geachtet und bei fusionsbedingten Sonderregelungen auf den Übergangscharakter aufmerksam gemacht.

Ferner wurde nach einer Großfusion von sechs Berufsgenossenschaften zur Harmonisierung der mit unterschiedlichen Höchstlaufzeiten fortgeltenden Gefahrtarife im Berichtsjahr ein Übergangsgesfahrtarif im bisherigen Zuständigkeitsbereich eines Fusionspartners beschlossen und genehmigt. Dieser gilt für zwei Jahre bis zum voraussichtlichen Zeitpunkt eines gemeinsamen Gefahrtarifs für die gesamte fusionierte Berufsgenossenschaft.

In beiden o.g. nach § 225 SGB VII zum 1. Januar 2011 durchgeführten Fusionen wurde in den entsprechenden Vereinbarungen von den Fusionspartnern die getrennte Weiterführung der Gefahrtarife festgelegt, was im bisherigen Zuständigkeitsbereich einer Berufsgenossenschaft nach § 118 Absatz 1 Satz 4 SGB VII für die zwölfjährige Übergangszeit zwar zulässig ist. Das Bundesversicherungsamt hat jedoch, wie bei anderen Fusionen bereits, darauf aufmerksam gemacht und die Fusionspartner insoweit um Ergänzung ihrer Vereinbarungen gebeten,

dass auch nach der Fusion die Höchstlaufzeit von sechs Jahren für Gefahrstarife zu beachten ist. Sie soll nämlich sicherstellen, dass ein Gefahrstarif die Gefährdungsrisiken der Unternehmen möglichst aktuell wiedergibt. Sofern bis zum Ende der Höchstlaufzeit noch kein gemeinsamer Gefahrstarif beschlossen wurde, müssen in den bisherigen Zuständigkeitsbereichen der jeweiligen Fusionspartner neue Gefahrstarife beschlossen werden.

Es bestanden ferner keine Bedenken gegen die grundsätzliche Vereinbarung der Fusionspartner, die Gefahrstarifstelle „Kaufmännischer und Verwaltender Teil“ beizubehalten, denn die Beurteilung, ob eine solche Tarifstelle einzuführen oder aufzulösen ist, gehört zum weiten Beurteilungsspielraum, den der Gesetzgeber den Berufsgenossenschaften im Rahmen der autonomen Rechtsetzung bei der Festsetzung der Gefahrstarife eingeräumt hat (§ 157 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Zugleich hat das Bundesversicherungsamt aber darauf hingewiesen, dass der jeweilige Gefahrstarif der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf (§ 158 Abs. 1 SGB VII), so dass die Vereinbarung insoweit klarstellend zu ergänzen war.

Trotz der genannten Möglichkeiten der gesonderten gefahrtariflichen Regelungen nach Fusionen, erwartet das Bundesversicherungsamt weiterhin, dass die gesetzlich geregelte Übergangszeit für eine Angleichung der Verhältnisse in den bisherigen Zuständigkeitsbereichen genutzt wird.

Neuordnung bei den gemeinsamen Einrichtungen der Auslandsversicherung (§§ 141 f. SGB VII) infolge der Fusionen

Im Rahmen der Fusionsprozesse hatten zahlreiche Berufsgenossenschaften auch über die Einrichtung oder Weiterführung ihrer Auslandsversicherungen bzw. über die Zugehörigkeit zu einer gemeinsamen Einrichtung zu entscheiden. Weder die Einrichtung einer Auslandsversicherung noch der Anschluss an eine gemeinsame Einrichtung gehen im Wege der Rechtsnachfolge auf eine fusionierte Berufsgenossenschaft über. Vielmehr handelt es sich jeweils um genehmigungsbedürftige Mitwirkungstatbestände, die von den betroffenen Vertreterversammlungen der fusionierten Berufsgenossenschaften zu beschließen sind.

Im Berichtszeitraum konnten nach Abschluss der Fusionsprozesse und unter beratender Begleitung durch das Bundesversicherungsamt die folgenden Konstellationen genehmigt werden :

Die Verwaltungsberufsgenossenschaft, die Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution, die Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse, die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und die Eisenbahnunfallkasse sind auf der Grundlage übereinstimmender Richtlinien jeweils mit der bei ihnen errichteten Auslandsversicherung gemäß § 142 Abs. 1 SGB VII einer gemeinsamen Einrichtung beigetreten.

Die Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie - bestehend aus den Zuständigkeitsbereichen der ehemaligen Berg-

bau-Berufsgenossenschaft, Steinbruchs-Berufsgenossenschaft, Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie, Papiermacher-Berufsgenossenschaft, Lederindustrie-Berufsgenossenschaft und Zucker-Berufsgenossenschaft – hat mit Wirkung zum 1. Januar 2010 eine Auslandsversicherung nach § 140 Abs. 2 SGB VII eingerichtet.

Risikoüberwachung von Vermögensanlagen bei Fusionen von Unfallversicherungsträgern

Die Fusionen eröffnen den Trägern einerseits die Chance, Synergiepotenziale zu nutzen. Sie stellen die Träger aber auch vor hohe Herausforderungen im Hinblick auf die Neustrukturierung ihrer Aufbau- und Ablauforganisation. Prinzipiell gilt dies beispielsweise für die Vermeidung von Doppelstrukturen sowie die Frage, ob Aufgaben künftig zentral oder dezentral erledigt werden sollen.

Bei der Prüfung eines durch Fusion entstandenen Trägers hat das Bundesversicherungsamt festgestellt, dass dessen Finanzbereich organisatorisch in einer Abteilung zusammengefasst und räumlich in mehreren Bezirksverwaltungen untergebracht wurde. Die Verwaltung und Anlage der Betriebsmittel und der liquiden Mittel zur Finanzierung des Verwaltungsvermögens erfolgt dezentral in den Bezirksverwaltungen, während die Anlage der Rücklage in der Hauptverwaltung durchgeführt wird. Diese nimmt darüber hinaus Steuerungsfunktionen zur Risikoüberwachung und -streuung der Vermögensanlagen wahr, um so z. B. die Einhaltung der Einlagensicherungsgrenzen zu gewährleisten und Klumpenrisiken bei

der Geldanlage zu vermeiden.

Die globale Finanzkrise und die mit ihr gestiegenen Anforderungen an eine sichere Anlagepolitik haben allerdings gezeigt, dass die Unfallversicherungsträger in der Lage sein müssen, innerhalb kürzester Zeit auf aktuelle Verwerfungen auf den Finanzmärkten zu reagieren, um drohenden Vermögensverlusten entgegenwirken zu können. Eine dezentrale Organisationsstruktur eignet sich hierfür, schon wegen des damit verbundenen zeitaufwändigen Abstimmungsbedarfs, aber nur bedingt.

Dem geprüften Träger wurde empfohlen, die Verwaltung und Anlage aller Vermögensanlagen in der Hauptverwaltung zu bündeln. Der Wegfall von Schnittstellen würde nicht nur die Entscheidungswege maßgeblich verkürzen, sondern auch die Transparenz der Vermögensanlagen erhöhen und damit deren Risikoüberwachung und -streuung sicherer gestalten. Hält der Träger hingegen an der bestehenden Struktur seiner Aufbauorganisation fest, bedürfen zumindest die Prozessabläufe einer Vereinheitlichung. Zudem sind seitens der Finanzleitung eindeutige Vorgaben für die Vermögensanlage durch die dezentralen Stellen zu definieren.

Aufsicht über die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Im Hinblick auf die dem Bundesversicherungsamt mit Wirkung ab 1. November 2009 teilweise übertragene Rechtsaufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)¹ fand zu Beginn des Berichtsjahres zunächst ein Auftaktge-

¹Vgl. zum Umfang der Aufsicht: Tätigkeitsbericht 2009, S.42.

spräch statt, wobei insbesondere die wesentlichen Grundlagen zur Ausgestaltung der Rechtsaufsicht gemeinsam erörtert wurden.

Der Berichtszeitraum war geprägt von den seitens der DGUV bereits im November 2009 angekündigten Änderungen und Ergänzungen der gemeinsamen Richtlinien für seine Mitglieder zu Hilfsmitteln, der gemeinsamen Richtlinien für seine Mitglieder zur Kraftfahrzeughilfe, der gemeinsamen Richtlinien für seine Mitglieder zu Reisekosten und des Vertrages über die Durchführung der Heilbehandlung, der Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger).

Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen seiner Rechtsaufsicht sowohl die Richtlinien zu Reisekosten als auch die Richtlinien zur Kraftfahrzeughilfe sowie den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und das Abkommen über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten vom 1. Januar 2009 im Hinblick auf die Gesetzeskonformität geprüft. Die jeweiligen Änderungsentwürfe wurden von der DGUV frühzeitig mit dem Bundesversicherungsamt abgestimmt. Im Ergebnis bestanden seitens des Bundesversicherungsamtes keine Bedenken. Die geänderten Richtlinien zu Reisekosten sind bereits seit Mai 2010 in Kraft. Hinsichtlich der überarbeiteten Richtlinien zur Kraftfahrzeughilfe hat sich im Laufe des Berichtsjahres in den zuständigen Gremien der DGUV weiterer Beratungsbedarf ergeben, sodass diese in 2010 noch nicht von der DGUV beschlossen werden konnten.

Der geänderte Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger ist seit 1. Januar 2011 in Kraft.

Mustersatzung DGUV

Im Berichtsjahr hat die DGUV ihre Mustersatzung, die im vorangegangenen Jahr völlig neu gefasst und umstrukturiert worden war (vgl. Tätigkeitsbericht 2009, Seite 43), an einige gesetzliche Änderungen angepasst.

Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Drittes SGB IV - ÄndG) vom 5. August 2010 wurden u.a. an verschiedenen Stellen im SGB VII zur bereits bestehenden Gleichstellung beim Versicherungsschutz zwischen mitarbeitenden Ehegatten und Lebenspartnern Regelungslücken geschlossen. Dies hatte wiederum die entsprechende Ergänzung des Satzungsmusters der DGUV zur Folge.

Eine weitere Änderung betraf die nunmehr obligatorisch vorzusehende Satzungsregelung zur Verletztengeldberechnung bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung (§ 47 Absatz 1 Nummer 2 Satz 3 SGB VII). Durch die obligatorische Regelung wird sichergestellt, dass das Verletztengeld künftig auch in atypischen Fällen bei selbständig Tätigen seine Entgeltersatzfunktion erfüllt, z.B. wenn die selbständige Tätigkeit erst im Laufe des Bemessungszeitraums aufgenommen wird.

Das Bundesversicherungsamt hat diese - wie auch alle weiteren Änderungsvorschläge - geprüft, die DGUV bei Einzelfragen beraten sowie Anregungen und Hinweise zu Satzungsformulierungen gegeben, so dass

das abschließend abgestimmte Satzungsmuster den Mitgliedern der DGUV bekannt gegeben werden konnte.

Unfallversicherungspflicht von Pflegeeltern in Vollzeitpflege und Bereitschaftspflege

Im Tätigkeitsbericht 2007 (Seite 50) hatte sich das Bundesversicherungsamt bereits zur Frage der Unfallversicherungspflicht von Pflegeeltern in Vollzeitpflege geäußert, da diese aufgrund einer Gesetzesänderung Gegenstand zahlreicher Eingaben von betroffenen Interessengruppen geworden war. Nach eingehender Diskussion mit dem BMAS und dem BMFSFJ besteht für die fragliche Personengruppe grundsätzlich kein Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung. Daher sollte dem betroffenen Personenkreis eine Absicherung in privatem Rahmen empfohlen werden.

In der Zwischenzeit hatten sich vor dem Hintergrund der steuerrechtlichen Bewertung des Pflegegeldes durch das BMF weitere Fragen hinsichtlich des Versicherungsschutzes zu einzelnen Formen der Pflege ergeben, die der für den etwaigen gesetzlichen Versicherungsschutz zuständige Unfallversicherungsträger an das Bundesversicherungsamt herangetragen hat. Aufgrund der ressortübergreifenden Fragestellungen hat das Bundesversicherungsamt seine Rechtsauffassung wiederum mit den zuständigen Bundesministerien abgestimmt und die betroffene Berufsgenossenschaft entsprechend unterrichtet. Hiernach wird an der o.g. grundsätzlichen Aussage festgehalten, dass bei Vollzeitpflege für Pflegeeltern kei-

ne Versicherungspflicht in der gesetzlichen Unfallversicherung besteht.

Ausnahmen hiervon bilden zum Einen Pflegepersonen, die mehr als sechs Kinder in ihren Haushalt aufnehmen. In diesem Fall wird eine freiberufliche Erwerbstätigkeit im Sinne des Steuerrechts vermutet und eine selbständige Tätigkeit im Sinne des § 2 Absatz 1 Nr. 9 SGB VII mit der Folge der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Unfallversicherung angenommen. Zum Anderen stellt auch die Bereitschaftspflege eine selbständige Tätigkeit dar, die nach § 2 Absatz 1 Nr. 9 SGB VII zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Unfallversicherung führt. Maßgebend dabei ist, dass die Bereitschaftspflege als Schutzmaßnahme in einer akuten Gefahrensituation für Kinder und Jugendliche lediglich als vorläufige Unterbringung von kurzer Dauer ausgestaltet ist, während die Vollzeitpflege als Hilfe zur Erziehung auf eine langfristige Aufnahme des Kindes oder Jugendlichen in den Familienverbund abzielt.

Schiedsverfahren bei Katasterstreitigkeiten

Im Berichtsjahr wurde das Bundesversicherungsamt in mehreren Fällen strittiger Überweisungsverfahren mit der Frage der Einschaltung der Schiedsstelle für Katasterfragen bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und bei dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung befasst. Die Anträge der Unternehmen auf Überweisung an einen anderen Unfallversicherungsträger wurden zuvor von dem formal zuständigen Unfallversicherungsträger abgelehnt. In solchen Fällen ist

der formal zuständige Unfallversicherungsträger gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 2 der Geschäftsordnung verpflichtet, die Schiedsstelle, die nur auf Antrag in dem internen Verfahren tätig wird, anzurufen. Dieser Verpflichtung kam der betreffende Unfallversicherungsträger entgegen dem Anliegen der Unternehmen jedoch nicht nach. Die Unternehmen selbst sind nicht antragsbefugt. Ebenso wenig kann die Schiedsstelle das Verfahren von Amts wegen oder auf Wunsch des Bundesversicherungsamtes einleiten. Sinn und Zweck des Schiedsverfahrens ist es, Katasterstreitigkeiten zu klären und möglichst bereits im Vorfeld gerichtlicher Auseinandersetzungen beizulegen. Das Bundesversicherungsamt setzt sich traditionell für eine außergerichtliche Streitschlichtung ein und unterstützt die Tätigkeit der Schiedsstelle als erfolgreiches Instrument der internen Selbstregulierung. In den betreffenden Verfahren befürwortete das Bundesversicherungsamt ausdrücklich den Wunsch der Unternehmen, die Schiedsstelle mit der Prüfung der Katasterstreitigkeiten zu befassen und erreichte schließlich in dem bis dahin noch nicht gerichtsanhängigen Fall die Anrufung der Schiedsstelle durch den betreffenden Unfallversicherungsträger.

3.4 Aufsichtsprüfungen

Persönliches Budget

In einer vom Bundesversicherungsamt geprüften Akte bewilligte eine Berufsgenossenschaft erstmals im August 2004 ein persönliches Budget in Höhe von monatlich 5.500 Euro zur Sicherung des persönlichen Hilfebedarfs bei der Grund- und ggfs. anfallenden Behandlungspflege sowie zur

Deckung der Kosten für soziale Betreuungstätigkeiten. Dieses persönliche Budget wurde im Wesentlichen unverändert auch in den folgenden Jahren gewährt. Es erfolgte lediglich jeweils eine Erhöhung des Geldbetrages und die Aufnahme der Kosten für eine steuerliche Beratung in die Budgetvereinbarung. Nach § 17 Abs. 1 i.V. mit Abs. 2 SGB IX kann der Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe in Form eines persönlichen Budgets ausführen. Er bleibt jedoch für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. Nach § 4 Budgetverordnung soll eine Zielvereinbarung mindestens Regelungen über die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele, die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie der Qualitätssicherung enthalten. Die Vereinbarung mit den Versicherten über das persönliche Budget erfüllte diese Erfordernisse in weiten Teilen nicht. Das Bundesversicherungsamt beanstandete u.a., dass wegen einer vorhandenen Flatrate Internetkosten, mangels Nachweis unfallbedingte erhöhte Müllkosten und mangels Rechtsgrundlage die Kosten der Vollkaskoversicherung für ein Kraftfahrzeug übernommen worden sind. Außerdem wurde die Berufsgenossenschaft aufgefordert, eine entsprechend der aktuellen Handlungshilfe der DGUV („Das persönliche Budget“) angepasste neue Zielvereinbarung vorzulegen. Auch die daraufhin geschlossene neue Zielvereinbarung musste das Bundesversicherungsamt beanstanden, weil die tatsächlich festgestellten Kosten des Vorjahres 20% unter dem neu gewährten persönlichen Budget für das kommende Jahr lagen. Eine derartige Kostensteigerung ist nicht realistisch.

Das Bundesversicherungsamt hat daher um erneute Überprüfung und Änderung der Vereinbarung gebeten. Die daraufhin vorgelegte Budgetvereinbarung sieht nunmehr einen monatlichen Betrag in Höhe von 4.750 Euro statt wie bisher 5.830 Euro vor.

Witwenrenten

Das Bundesversicherungsamt hat bei einer Berufsgenossenschaft zwei Fälle beanstandet, in denen jeweils das Ende einer Witwer- bzw. Witwenrente falsch bestimmt worden ist. In einem Fall hat die Berufsgenossenschaft aufgrund eines im Juni 2009 erlittenen Arbeitsunfalls eine Witwerrente in Höhe von 40 v.H. des Jahresarbeitsverdienstes nach Ablauf des 3. Kalendermonats nach dem Sterbemonat festgestellt. Die zeitgleich festgestellte Reduzierung der Witwerrente auf 30 v.H. des Jahresarbeitsverdienstes ab dem 1. Februar 2023 war rechtswidrig. Nach § 65 Abs. 2 Nr. 3b SGB VII bestand, da der Witwer zu diesem Zeitpunkt älter als 47 Jahre wäre, bis zum Zeitpunkt einer etwaigen Wiederheirat dauerhaft Anspruch auf Witwerrente in Höhe von 40 v.H. des Jahresarbeitsverdienstes, so dass das Ende der Erziehung eines waisenrentenberechtigten Kindes nicht zu einer Reduzierung der Witwerrente führen konnte.

In einem anderen Fall wurde die Witwenrente, trotz des Erreichens des für den Anspruch nach § 218a Abs. 2 SGB VII erforderlichen Alters, auf die Erziehungszeit der Waise begrenzt. Nach der Übergangsvorschrift des § 218a Abs. 2 SGB VII hat ein Hinterbliebener, dessen Ehegatte vor dem 1. Januar 2012 verstorben ist, bereits ab Vollendung des 45. Lebensjahres einen An-

spruch auf Witwen- bzw. Witwerrente i.S. d. § 65 Abs. 2 Nr. 3 b SGB VII. Die Witwe hat also einen Anspruch auf Witwenrente in Höhe von 40 v.H. des Jahresarbeitsverdienstes bis zum Zeitpunkt einer etwaigen Wiederheirat.

Die Berufsgenossenschaft hat beide Hinterbliebenen informiert und zugesagt, künftig die Angabe und Erläuterung aller Varianten eines Witwen- bzw. Witwerrentenbezuges sicherzustellen.

Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen

Dem Bundesversicherungsamt ist bei einer Prüfung aufgefallen, dass ein Träger eine Rückforderung von zu viel gezahlten Leistungen vergessen hatte. Der Träger hatte dem Versicherten mit Bescheid seine Rente entzogen. Während des dagegen laufenden Widerspruchsverfahrens zahlte der Träger aufgrund der aufschiebenden Wirkung des Widerspruches die Rente weiter. Nach Zurückweisung des Widerspruches erfolgte eine Rückforderung der während des Widerspruchsverfahrens gezahlten Rente nicht. Wird eine Geldleistung im Rahmen der aufschiebenden Wirkung eines Widerspruches nach § 86a Abs. 1 SGG bis zur Entscheidung über den Widerspruch in der bisherigen Höhe weitergezahlt, so sind die bis zum Erlass des zurückweisenden Widerspruchesbescheides gezahlten Beträge zurückzuzahlen. Im konkreten Einzelfall konnte die zu Unrecht erbrachte Rentenleistung noch vom Versicherten zurückgefordert werden. Darüber hinaus wird der Träger künftig bereits bei Beginn der Weiterzahlung einen Termin für die spätere Prüfung der Rückforderung

setzen, um insbesondere bei langen Widerspruchs- bzw. auch Klageverfahren die Rückforderung nicht aus dem Auge zu verlieren.

4. RENTENVERSICHERUNG

4. RENTENVERSICHERUNG

4.1 Finanzentwicklung in der Gesetzlichen Rentenversicherung

Der Bund trägt mit seinen Zahlungen (Zuschüsse, Beiträge, Erstattungen) in erheblichem Maße zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei. Im Jahr 2010 beliefen sich diese Bundeszahlungen, die durch das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet werden, auf insgesamt rund 81,3 Milliarden € (2009: 79,6 Milliarden €; 2008: 78,8 Milliarden €).

Die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung betragen im Jahr 2010 fast 59 Milliarden €; das sind 1,7 Milliarden € mehr als im Jahr 2009. Die Bundeszuschüsse machen damit 24,1 Prozent der Gesamteinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung aus (2009: 24,0 Prozent; 2008: 23,9 Prozent). Darüber hinaus zahlt der Bund für Zeiten der Kindererziehung Beiträge an die allgemeine Rentenversicherung, die 2010 rund 11,6 Milliarden € ausmachten (2009: 11,5 Milliarden €; 2008: 11,5 Milliarden €). Der Bund hat mit seinen Zuschüssen und mit seiner Beitragszahlung für Kindererziehungszeiten 29,1 Prozent der Gesamtausgaben der allgemeinen Rentenversicherung finanziert (2009: 28,8 Prozent; 2008: 29,2 Prozent). Bezogen auf die Ausgaben für Rentenleistungen lag der Anteil dieser Bundeszahlungen bei rund 33,5 Prozent (2009: 33,1 Prozent; 2008: 33,4 Prozent). Die Zahlungen des Bundes für sonstige Leistungen, insbesondere für einigungsbedingte Leistungen (§ 291 c SGB VI) und für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversor-

gungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG), sind grundsätzlich rückläufig; 2010 betragen sie wie in den beiden Vorjahren rund 4,8 Milliarden €. Ein Teil der Zahlungen nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2010: 2,3 Milliarden €).

Auf die Bundeszahlungen hat das Bundesversicherungsamt im Kalenderjahr 2010 Vorschüsse an die allgemeine Rentenversicherung in Höhe von insgesamt 75,4 Milliarden € oder monatlich rund sechs Milliarden € festgelegt und ausgezahlt (2009: 73,6 Milliarden €; 2008: 72,7 Milliarden €).

In der knappschaftlichen Rentenversicherung 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. Diese Bundesbeteiligung in der knappschaftlichen Rentenversicherung belief sich im Jahr 2010 auf 5,9 Milliarden € (2009: 6,0 Milliarden €; 2008: 6,1 Milliarden €).

Das Bundesversicherungsamt führt nach der Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung insbesondere die Abrechnung der diversen Bundeszahlungen an die Rentenversicherung durch. Im Jahr 2010 erfolgte die Abrechnung für das Jahr 2009. Die Summe aller Bundeszahlungen an die allgemeine Rentenversicherung für das Jahr 2009 betrug rund 73,6 Milliarden € (2008:

72,7 Milliarden €; 2007: 72,3 Milliarden €)

Allgemeine Rentenversicherung		
(in Millionen €)	2010 (endgültig)	2009 (endgültig)
Einnahmen; hiervon:	244.692	239.330
Beitragseinnahmen	184.404	180.649
Bundeszuschüsse	58.980	57.333
Zahlungen von der KnRV	250	266
Sonstige Einnahmen	1.058	1.082
Ausgaben; hiervon:	242.635	239.118
Rentenleistungen	211.042	207.642
KV der Rentner	14.320	14.400
Zahlungen an die KnRV	8.142	7.893
Leistungen zur Teilhabe	5.244	5.131
Verwaltungskosten	3.412	3.490
Sonstige Ausgaben	475	562
Rechnungsergebnis	2.057	212
Nachhaltigkeitsrücklage	18.604 (= 1,11 MA)*	16.130 (= 0,97 MA)*
nachrichtlich: Erstattungen des Bundes	4.831	4.828

*) MA = Monatsausgabe

Knappschaftliche Rentenversicherung		
(in Millionen EUR)	2010 (vorläufig)	2009 (endgültig)
Einnahmen; hiervon:	14.977	14.890
Beitragseinnahmen	883	923
Zahlungen von der allg. RV	8.150	7.893
Defizitdeckung Bund	5.903	6.032
Sonstige Einnahmen	41	42
Ausgaben; hiervon:	14.977	14.890
Rentenleistungen	13.695	13.597
KV der Rentner	947	961
Leistungen zur Teilhabe	136	133
Verwaltungskosten	114	117
Sonstige Ausgaben	85	82

4.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
RV	1.074

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

4.3 Grundsatzfragen

Rentenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen

Von wachsender Bedeutung ist die soziale Absicherung von Menschen, die im privaten Umfeld pflegen. So werden Personen, die einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden pro Woche pflegen und daneben nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert. Die Beiträge trägt die Pflegekasse.

Seit 1. Juli 2008 ist gesetzlich geregelt, dass die Pflegekasse diese Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson auch während eines Urlaubs der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr zu erbringen hat. Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bleibt in diesem Zeitraum somit bestehen. Dabei ist es unerheblich, ob der Urlaub zusammenhängend oder auf mehrere Zeiträume verteilt genommen wird.

Das Bundesversicherungsamt hat festgestellt, dass ein seiner Aufsicht unterstehender Rentenversicherungsträger diese Neuregelung nicht in sein Rechtshandbuch aufgenommen hatte. Damit war eine Berücksichtigung dieser Regelung durch die Mitarbeiter des Trägers fraglich. Auf Hinweis des Bundesversicherungsamtes hat der Rentenversicherungsträger das Rechtshandbuch ergänzt.

Waisenrente und Waisengeld

Mängel im Prüfvordruck führten dazu, dass ein Träger bei der Bewilligung der Weiterzahlung von Waisenrenten einen Fehler bei der Erstentscheidung nicht erkennen konnte. Waisengeld war nämlich unzutreffend auf den Zuschlag zur Waisenrente angerechnet worden. Durch den Zuschlag nach § 78 SGB VI wird das Unterhaltsniveau der Waise um einen individuell berechneten Betrag an persönlichen Entgeltpunkten angehoben. Wird die Waisenrente aus den rentenrechtlichen Zeiten zweier verstorbener Elternteile berechnet, ergibt sich der Zuschlag aus dem Versicherungskonto des Elternteils mit der höheren Rente. Die persönlichen Entgeltpunkte des Verstorbenen mit der

zweithöchsten Rente werden im Rahmen der Zuschlagsermittlung hierauf angerechnet. Hat letzterer auch bzw. ausschließlich Versicherungszeiten in einem anderen Sicherungssystem zurückgelegt, wird das sich für die Waise hieraus ergebende Waisengeld insoweit nicht bei der Rentenberechnung berücksichtigt. Dieser Tatsache trägt § 92 SGB VI Rechnung.

Erhält eine Waise neben der Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gleichzeitig Waisengeld aus einem anderen Sicherungssystem, zum Beispiel aus einer Beamten- oder berufsständischen Versorgung, ist dieses auf den Zuschlag der Waisenrente anzurechnen. Voraussetzung für eine Anwendung des § 92 SGB VI ist demzufolge, dass die Ansprüche auf die jeweilige Leistung von den Anwartschaften verschiedener verstorbener Elternteile abgeleitet werden. Bei der Prüfung von Verwaltungsakten stellte das Bundesversicherungsamt fest, dass die vom Rentenversicherungsträger zur Weiterzahlung von Waisenrenten verwendeten Prüfvordrucke dies bei der Frage nach § 92 SGB VI außer Acht ließen. Bei Beziehern einer Halbweisenrente erfolgte die Anrechnung des Waisengeldes auf den Zuschlag zur Waisenrente daher über einen Zeitraum von sechs Jahren zu Unrecht. Sie erhielten sowohl Waisenrente als auch Waisengeld aus Anwartschaften desselben (einzigen) verstorbenen Elternteils. Anhand des Prüfbogens konnte nicht festgestellt werden, dass die einmal veranlasste Anrechnung rechtswidrig war. Sie wurde somit laufend weiter durchgeführt.

Nachdem das Bundesversicherungsamt den Rentenversicherungsträger hierauf hingewiesen

wiesen hatte, änderte dieser seinen Vor- druck entsprechend der geltenden Rechtsla- ge.

Rentensplitting

Das bisher allgemein wenig bekannte Ren- tensplitting gibt Ehegatten seit dem 1. Janu- ar 2002 die Möglichkeit, die während der Ehezeit erworbenen Rentenanwartschaften partnerschaftlich aufzuteilen. Die Wahl die- ser Gestaltungsmöglichkeit setzt eine gute Information der Betroffenen voraus, da nach durchgeführtem Rentensplitting z.B. kein Anspruch mehr auf eine Witwen- bzw. Witwerrente besteht.

Die während der Ehe erworbenen Renten- anwartschaften werden durch Abgabe einer Erklärung ausgeglichen. Für das Renten- splitting können sich Ehegatten entschei- den, die ihre Ehe nach dem 31. Dezember 2001 geschlossen haben oder Ehegatten, de- ren Ehe vor dem 1. Januar 2002 geschlossen wurde, wenn beide Ehegatten nach dem 1. Januar 1962 geboren sind.

Anspruch auf Durchführung des Renten- splittings besteht, wenn erstmalig beide Ehegatten Anspruch auf Leistung einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung haben oder erstmalig ein Ehegatte Anspruch auf eine Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Renten- versicherung und der andere Ehegatte die Regelaltersgrenze erreicht hat.

Ferner besteht Anspruch auf das Renten- splitting, wenn ein Ehegatte verstirbt, bevor diese Voraussetzungen vorliegen. In die- sem Fall kann der überlebende Ehegatte das Rentensplitting alleine herbeiführen.

Nach durchgeführtem Rentensplitting be- steht zwar kein Anspruch mehr auf eine Witwen- bzw. Witwerrente. Allerdings kann der Hinterbliebene unter bestimmten Vor- aussetzungen eine Erziehungsrente erhal- ten. Für den überlebenden Ehegatten stellt sich also die wichtige Frage, ob der Bezug einer Witwen- bzw. Witwerrente oder statt- dessen die Durchführung des Rentensplit- tings – ggf. verbunden mit dem Bezug einer Erziehungsrente – vorteilhafter ist.

Von Bedeutung ist, dass das Rentensplitting auch durchgeführt wird, wenn der Versiche- rungsträger aufgrund kurzer Ehedauer eine sog. Versorgungsehe festgestellt hat und aus diesem Grund keine Witwen- bzw. Witwer- rente gewährt.

Wird die Erklärung zum Rentensplitting abgegeben, so wird das Rentensplitting erst wirksam, wenn die Entscheidung des Versi- cherungsträgers bestandskräftig geworden ist. Sofern Anspruch auf eine Erziehungs- rente besteht, kann diese daher erst ab dem Folgemonat der Bestandskraft gewährt wer- den. Die Dauer des Verwaltungsverfahrens verzögert damit unter Umständen den Be- ginn der Erziehungsrente.

Das Bundesversicherungsamt hat Verwal- tungsvorgänge eines Rentenversicherungs- trägers geprüft, in denen sich die Witwe bzw. der Witwer für die Durchführung ei- nes Rentensplittings entschieden hatte. Da- ran anschließend wurden mit dem Träger Maßnahmen erörtert, auf welchem Wege die Witwen und Witwer frühzeitig auf die Möglichkeit des in der Bevölkerung wenig bekannten Rentensplittings hingewiesen werden können. Des Weiteren wurden Ver-

besserungen im Verfahrensablauf diskutiert, um Verzögerungen z.B. bei der Gewährung einer Erziehungsrente zu vermeiden.

Der Rentenversicherungsträger hat daraufhin das Verfahren beim Rentensplitting angepasst. Zukünftig prüft er bereits bei Eingang des Witwen- bzw. Witwerrentenantrags, ob ein Rentensplitting in Betracht kommen kann. Sofern noch keine Aufklärung von anderer Stelle erfolgte, erhält die Witwe bzw. der Witwer ein Hinweisschreiben unter Beifügung der Broschüre „Rentensplitting – partnerschaftlich teilen“. Wird eine Witwen- bzw. Witwerrente wegen des Vorliegens einer sog. Versorgungsehe abgelehnt, gibt der Träger einen Hinweis auf das Rentensplitting. Dadurch wird die Witwe bzw. der Witwer explizit darauf aufmerksam gemacht, dass bei Feststellung einer sog. Versorgungsehe die Möglichkeit besteht, andere Ansprüche wie z.B. eine höhere Altersrente oder eine Erziehungsrente geltend zu machen. Der Rentenversicherungsträger hat seine Arbeitsanweisung entsprechend ergänzt. Ferner passte er seinen Text zur Auskunft über die Durchführung des Rentensplittings unter Ehegatten an und wies seine mit der Thematik befassten Sonderbereiche auf besondere Fallgestaltungen und deren Bearbeitung hin.

Versorgungsausgleich

Vor dem Hintergrund der zum 1. September 2009 in Kraft getretenen Strukturreform des Versorgungsausgleichs richtete das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr ein besonderes Augenmerk auf Eingaben mit Bezug zum Versorgungsausgleichsrecht.

Schwierigkeiten wurden hinsichtlich der Umsetzung des sogenannten „Rentnerprivilegs“ bei einem Wechsel der Rentenart festgestellt. So hatte der Rentenversicherungsträger beispielsweise im Zusammenhang mit der Gewährung einer höheren Folgerente den geschützten Zahlbetrag nicht richtig bestimmt. Auch waren geschützte Entgeltpunkte der Vorrente fehlerhaft ermittelt worden.

In einigen Fällen hat das Bundesversicherungsamt erreicht, dass Versicherten im Rahmen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches zu ihrem Recht verholfen wurde. Der Träger hatte es versäumt, den ausgleichspflichtigen Ehepartner über das Ableben des ausgleichsberechtigten Ehepartners sowie über die zur Zahlung der abschlagsfreien Rente erforderliche Antragstellung aufzuklären. In einem besonders gelagerten Einzelfall wurde der zum Ausgleich verpflichtete Ehepartner nicht darüber informiert, dass es möglich ist, die auf das Versicherungskonto des geschiedenen Ehepartners übertragenen Rentenanwartschaften durch die Zahlung von Beiträgen wieder aufzufüllen.

Berücksichtigung von Bescheiden der Finanzverwaltung bei der Betriebsprüfung

Die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung von Arbeitsentgelt soll möglichst weitgehend in Übereinstimmung mit den Regelungen des Steuerrechts erfolgen. Auf diesen Grundsatz stützte sich ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, als sein Betriebsprüfdienst in einem Fall Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für die private Nutzung eines firmeneigenen

PKW nachforderte. Das zuständige Finanzamt hatte im Vorfeld hierfür Steuern erhoben.

Zwischenzeitlich hat sich die Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes bezüglich der steuerrechtlichen Berücksichtigung der privaten Nutzung eines firmeneigenen PKW geändert. Der Rentenversicherungsträger blieb jedoch bei seiner bisherigen Entscheidung. Er berief sich dabei auf das Finanzamt, das seine ursprüngliche Entscheidung trotz des Urteils des Bundesfinanzhofes nicht geändert hatte.

Der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung hatte nicht berücksichtigt, dass die Rücknahmevorschriften in der Abgabeordnung anders angelegt sind als die im SGB X. Sozialversicherungsträger haben rechtswidrige Bescheide zurückzunehmen, auch nachdem diese unanfechtbar geworden sind. Bei den Finanzbehörden ist dies nicht der Fall.

Aufgrund der unterschiedlichen Rücknahmeregelungen konnte sich der Rentenversicherungsträger in diesem Fall nicht auf die Entscheidung des Finanzamtes stützen. Das Bundesversicherungsamt hat erreicht, dass der Rentenversicherungsträger seine Entscheidung im Einzelfall korrigiert und die Geschäftsanweisung für den Prüfdienst des Rentenversicherungsträgers entsprechend ändert.

Hörhilfen

Die aufsichtsrechtliche Praxis zeigt, dass die Festbeträge der Krankenkassen oftmals für eine hochwertige Versorgung der circa 3,2 Mio. Menschen, die ein Hörgerät tragen,

nicht ausreichen. So kosten digitale Hörgeräte nach dem neuesten Stand der Technik bis zu 3.000 € pro Gerät, während die Festbeträge der Krankenkassen bei 421 € pro Gerät liegen.

Grundsätzlich sind die Krankenkassen für die Versorgung mit Hörgeräten zuständig. Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt nur dann Hörhilfen, wenn die Versorgung mit Hörgeräten im Rahmen der Krankenbehandlung den individuellen berufstypischen Anforderungen im konkreten Einzelfall nicht genügt.

Im Berichtszeitraum prüfte das Bundesversicherungsamt zahlreiche Eingaben und Petitionen, in denen die Klärung der Frage: „Wird die beantragte Hörhilfe ausschließlich zum Ausgleich der berufstypischen Höranforderungen benötigt?“ strittig war. Viele Anträge auf Hörhilfen werden, auch in den Fällen, in denen kein berufsbezogener Ausgleich der Hörminderung erforderlich ist, direkt an die gesetzliche Rentenversicherung gerichtet. Viele Versicherte und auch die Hörgeräteakustiker erhoffen sich durch eine direkte Antragstellung beim Rentenversicherungsträger eine höhere Kostenerstattung. Dort gelten nämlich die vom Spitzenverband der Krankenkassen vereinbarten Festbeträge für Hörhilfen nicht.

Bei der Prüfung der Verwaltungsakten der Rentenversicherungsträger fiel auf, dass die Notwendigkeit des berufsspezifischen Hörminderungsausgleiches anhand des konkreten Arbeitsplatzes häufig nicht ausreichend geprüft wird. Daher musste das Bundesversicherungsamt die Rentenversicherungsträger in diesem Bereich zu zusätzlichen Er-

mittlungen auffordern, um die Einzelfälle für die Petenten zufriedenstellend zu lösen.

Schwierigkeiten bestehen zudem hinsichtlich der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern. Zwar hat das Bundessozialgericht durch Entscheidungen zur Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Renten- und Krankenversicherung (zum Beispiel Urteil vom 20. Oktober 2009, B 5 R 5/07 R) und zur Festbetragsregelung der Krankenkassen (Urteil vom 17. Dezember 2009, B 3 KR 20/08 R) für Klarheit gesorgt. Trotzdem entstehen immer wieder neue Probleme bei der Auslegung des § 14 SGB IX, wonach sich innerhalb von 14 Tagen ein Träger gegenüber dem Versicherten für zuständig erklären und die Leistung erbringen muss. Auch die Auslegung des § 33 Absatz 8 Nr. 4 SGB IX, der die Frage der berufstypischen Höranforderungen und damit die endgültige Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers regelt, ist im Einzelfall oft noch strittig.

Um für die Versicherten unzumutbar lange Wartezeiten bis zur Kostenerstattung für ihr Hörgerät zu vermeiden, unterstützt das Bundesversicherungsamt die Aufforderung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales an die Deutsche Rentenversicherung, sich mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf ein gemeinsames Verfahren bei der Versorgung hörbehinderter Menschen mit Hörgeräten abschließend zu einigen.

Mitwirkung der Versicherten bei der Einholung von Befundberichten

Beantragt ein Versicherter eine Rehabilitationsleistung oder eine Erwerbsminderungsrente, sind medizinische Bewertungen durch einen Arzt erforderlich. Die Rentenversicherungsträger greifen daher für ihre Entscheidung oft auf Befundberichte der behandelnden Ärzte des Versicherten zurück. Die Verfahrensweise eines Rentenversicherungsträgers war in diesem Zusammenhang insbesondere im Bereich Rehabilitation zu beanstanden. Er zog hier unzulässige Konsequenzen aus einer vermeintlich fehlenden Mitwirkung des Versicherten.

Der Träger holt Befundberichte auch dann nicht unmittelbar bei den Ärzten ein, wenn der Versicherte diese von ihrer Schweigepflicht entbunden hat. Stattdessen bittet er den Versicherten die entsprechenden Formulare an seinen Arzt weiterzuleiten. Im Bereich Rehabilitation wies der Träger den Versicherten durch einen Vordruck darauf hin, dass die Rehabilitationsleistung versagt werden könne, wenn er seinen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme. Teils mahnte er den Versicherten, indem er konkret ankündigte, den Antrag abzulehnen, wenn die Befundberichte nicht fristgerecht eingehen. Ging daraufhin kein Befundbericht ein, so lehnte der Träger den Antrag in mehreren Fällen wegen Verletzung der Mitwirkungspflichten ab.

Das Bundesversicherungsamt hat den Rentenversicherungsträger darauf hingewiesen, dass dies nicht zulässig ist. Der Träger hat daraufhin seine Arbeitsanweisung und den entsprechenden Vordruck geändert. Damit

hat das Bundesversicherungsamt erreicht, dass Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen nicht mehr allein deshalb abgelehnt werden, weil der Versicherte seinen Arzt nicht dazu bewegen konnte, einen Befundbericht fristgerecht zu erstellen. Zudem konnte das Bundesversicherungsamt bewirken, dass der Rentenversicherungsträger nunmehr grundsätzlich in den Bereichen Rehabilitation und Rente einheitlich verfährt.

Kein Vorverfahren bei erstmaliger Belastung durch Abhilfe- oder Widerspruchsbescheid

Vor der Klage gegen einen Bescheid eines Sozialversicherungsträgers ist nach § 78 SGG grundsätzlich ein Vorverfahren durchzuführen. Betroffene, die ihre Rechte verletzt sehen, müssen daher zunächst bei dem Sozialversicherungsträger Widerspruch gegen die fragliche Entscheidung erheben. Hält der Träger einen zulässigen Widerspruch für begründet, so hilft er ihm ab bzw. gibt ihm statt. Nur soweit das Widerspruchsverfahren ohne Erfolg bleibt, steht den Betroffenen die Möglichkeit offen, ihre Rechte im Klagewege vor Gericht geltend zu machen.

Etwas anderes gilt aber, wenn der Abhilfe- oder Widerspruchsbescheid erstmals eine Beschwer enthält. Dies kann insbesondere in Fällen vorkommen, in denen ein Bescheid Regelungen mit Wirkung für mehrere Beteiligte trifft, etwa im sogenannten Statusfeststellungsverfahren nach § 7a SGB IV. Hier entscheidet die Deutsche Rentenversicherung Bund, ob eine Beschäftigung vorliegt. Die Entscheidung wirkt sowohl für

den Auftraggeber als auch für den Auftragnehmer.

In einer vom Bundesversicherungsamt geprüften Petition hatte der Träger festgestellt, dass der Auftragnehmer seine Tätigkeit als abhängig Beschäftigter ausübt. Hiergegen erhob der Auftraggeber Widerspruch. Der Rentenversicherungsträger half dem Widerspruch ab, weil er zu der Überzeugung gelangt war, dass der Auftragnehmer als selbständig Tätiger einzustufen ist. Im Abhilfebescheid belehrte er die Beteiligten dahingehend, dass gegen den Bescheid Widerspruch erhoben werden könne. Der durch den Abhilfebescheid erstmals beschwerte Auftragnehmer erhob dementsprechend Widerspruch.

Das Bundesversicherungsamt vertritt die Auffassung, dass in diesen Fällen eine Regelung aus dem Verwaltungsprozessrecht analog anzuwenden ist. Gemäß § 68 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 VwGO kann der erstmals Beschwerzte unmittelbar Klage erheben. Im SGG fehlt eine solche Regelung. Der Rentenversicherungsträger hat sich der Auffassung des Bundesversicherungsamtes angeschlossen und wird seine Arbeitsanweisung entsprechend ändern. Damit konnte das Bundesversicherungsamt erreichen, dass ein zweites Widerspruchsverfahren zukünftig entfällt und den Betroffenen in Statusfeststellungsverfahren ein zügigerer Zugang zu den Gerichten eröffnet wird.

Die Problematik der „leeren Hülle“ bei der nachträglichen Einbeziehung in ein Zusatzversorgungssystem der ehemaligen DDR

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes kann ein Versicherter nur dann nachträglich in ein Zusatzversorgungssystem einbezogen werden, wenn er am Stichtag 30. Juni 1990 in einem volkseigenen Produktionsbetrieb (VEB) der Industrie oder des Bauwesens oder einem diesem gleichgestellten Betrieb beschäftigt war. Der Betrieb durfte somit am Stichtag noch nicht privatisiert sein. In zahlreichen Fällen wurde die Umwandlungserklärung bereits vor dem 30. Juni 1990 abgegeben, während die Registereintragung häufig erst nach diesem Datum erfolgte. Für viele Versicherte war daher die Bestimmung des Zeitpunktes der Privatisierung von Bedeutung.

Der Versorgungsträger und nahezu alle Landessozialgerichte vertraten die Auffassung, dass mit der notariell beglaubigten Umwandlungserklärung die gesamten Vermögensbestandteile des VEB und damit die Betriebs- und Produktionsmittel auf die privatrechtliche Vorgesellschaft übergegangen seien. Zwar habe der VEB bis zur Registereintragung noch neben der privaten Vorgesellschaft bestanden, er habe jedoch keine Produktionsaufgaben mehr wahrnehmen können, da er gleichsam nur noch aus einer „leeren Hülle“ bestanden habe. Nach dieser Auffassung scheiterte die nachträgliche Einbeziehung in ein Zusatzversorgungssystem, wenn die Umwandlungserklärung bereits vor dem 30. Juni 1990 abgegeben wurde. Das Bundesversicherungsamt beanstandete diese Rechtsauffassung nicht, da sie nach-

vollziehbar begründet wurde und sich auch insoweit auf ein Urteil des Bundessozialgerichtes aus dem Jahre 2004 stützen konnte, als der damals zuständige 4. Senat bis zur Registereintragung ein Nebeneinander von VEB und privater Vorgesellschaft angenommen hatte.

Mit seinen Urteilen vom 15. Juni und 19. Oktober 2010 (B 5 RS 2/09 R und B 5 RS 2/08 R) bestätigte der nunmehr zuständige 5. Senat zwar die ständige Rechtsprechung des früheren 4. Senats zur nachträglichen Einbeziehung in ein Zusatzversorgungssystem, verneinte jedoch das Nebeneinander von VEB und privater Vorgesellschaft, da die maßgeblichen Bestimmungen der DDR die Rechtsfigur der Vorgesellschaft nicht kannten. Der VEB erlosch somit erst mit Eintragung und Entstehung der privaten Nachfolgegesellschaft gemäß § 7 Satz 3 der UmwandlungsVO.

Aufgrund der Entscheidungen des Bundessozialgerichtes hatte der Zusatzversorgungsträger zahlreiche Anträge von Versicherten neu zu bewerten. Das Bundesversicherungsamt überwachte die Umsetzung der aktuellen Rechtsprechung.

Prämien- und sonstige Sonderzahlungen in der DDR

Auch im vergangenen Jahr erreichte das Bundesversicherungsamt eine Vielzahl von Eingaben, in denen die Betroffenen unter Hinweis auf die Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 23. August 2007 (B 4 RS 4/06) eine Berücksichtigung in der DDR bezogener Prämien- bzw. Sonderzahlungen, z.B. von Jahresendprämien oder zusätzli-

cher Belohnung für ehemals im Bergbau oder bei der Deutschen Reichsbahn Beschäftigte, begehrten.

Wie das Bundessozialgericht in der genannten Entscheidung ausdrücklich festgestellt hat, trägt der Empfänger die objektive Beweislast sowohl dafür, dass er dem Grunde nach Anspruch auf die geltend gemachten Zahlungen hatte als auch für deren Zufluss. Für Betroffene und Träger führte dies zu großen praktischen Schwierigkeiten. Die Zahlungen hatten nämlich zu DDR-Zeiten keinerlei rentenrechtliche Bedeutung. Sie wurden daher auch nicht systematisch in den Sozialversicherungsunterlagen dokumentiert. Die in den Betrieben vorhandenen Unterlagen sind in der Regel bereits vernichtet, so dass den Betroffenen eine Nachweisführung oftmals unmöglich ist. Vor diesem Hintergrund wurde von den Betroffenen häufig die Forderung erhoben, die geltend gemachten Zahlungen anhand der seinerzeit in der DDR geltenden Regelungen nachträglich zu berechnen.

Hilfe bot hier die Möglichkeit der Glaubhaftmachung. Allerdings setzt auch diese voraus, dass die Kriterien, nach denen seinerzeit der Anspruch auf die Prämienzahlung bestimmt wurde, vom Zusatzversorgungsträger sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach objektiv nachvollzogen werden können. Der Anspruch auf die Sonderzahlungen hing in der DDR allerdings vielfach von subjektiven Kriterien wie einer guten Arbeitsleistung oder dem disziplinierten Verhalten des Einzelnen ab. In diesen Fällen hatte das Bundesversicherungsamt regelmäßig keine Möglichkeit, den Betroffenen behilflich zu sein.

Lediglich für einen Teil der ehemals im Bergbau Beschäftigten waren die Kriterien für die Gewährung der zusätzlichen Zahlung nach den einschlägigen DDR-Bestimmungen objektivierbar und es konnte eine Lösung im Sinne der Betroffenen gefunden werden.

„Günstigkeitsprinzip“ bei der Entgeltfeststellung für die Zusatzversorgung der ehemaligen DDR

Anlass zu Beanstandungen gab eine Verfahrensweise des Versorgungsträgers für die Zusatzversorgungssysteme (Zusatzversorgungsträger). Stellte er nämlich fest, dass in einem bereits erteilten Feststellungsbescheid zu hohe Entgelte nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz bestimmt worden waren, so beließ er diese den betroffenen Versicherten, wenn es sich nur um geringfügige Abweichungen zu ihren Gunsten handelte. Auch verzichtete er darauf, die Rechtswidrigkeit des Bescheides festzustellen.

Seine Praxis bei der Behandlung solcher Bagatellfälle begründete der Zusatzversorgungsträger mit Wirtschaftlichkeitserwägungen, die er im Rahmen seines Rücknahmeermessens anstellte. Das Bundesversicherungsamt erläuterte ihm, dass Wirtschaftlichkeitsüberlegungen im Rahmen des auszuübenden Ermessens durchaus denkbar sind. Das dem Zusatzversorgungsträger eingeräumte Ermessen kann sich allerdings lediglich auf die Frage beziehen, ob, ab wann und in welchem Umfang der rechtswidrige Feststellungsbescheid gemäß § 45 SGB X zurückgenommen wird.

Kann nach dieser Ermessensausübung der rechtswidrig begünstigende Bescheid hinsichtlich der zu hoch festgestellten Entgelte nicht zurückgenommen werden, darf diese materiell-rechtswidrige Begünstigung aber nicht mehr Grundlage von zukünftigen Leistungserhöhungen (z.B. bei zukünftigen Rentenanpassungen) sein. Sind die ursprünglich rechtswidrigen Feststellungen des Zusatzversorgungsträgers Grundlage eines Rentenbescheides, ist der Rentenversicherungsträger daher verpflichtet, die Rente nach § 48 Abs. 3 Satz 2 SGB X auszusparen. Um dieser gesetzlichen Verpflichtung nachkommen zu können, ist der Rentenversicherungsträger darauf angewiesen, dass der Zusatzversorgungsträger ihm die zu berücksichtigenden Entgelte in zutreffender Höhe mitteilt.

Der Zusatzversorgungsträger hat sich der Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes angeschlossen und seine Verfahrensweise umgestellt.

4.4 Aufsichtsprüfungen bei den Rentenversicherungsträgern

Nachzahlungen beim Kinderzuschlag

Im Rahmen des Prüfverfahrens „Hinterbliebenenrenten“ stellte das Bundesversicherungsamt Mitte 2010 fest, dass in vielen Fällen der Kinderzuschlag fehlerhaft nicht gezahlt wird. Um einen Ausgleich für Witwer und Witwen zu schaffen, die Kinder erzogen haben und von der Absenkung des Versorgungssatzes von 60 Prozent auf 55 Prozent betroffen sind, ist dieser Zuschlag seit 2002 in § 78a SGB VI normiert. Betroffene können hierdurch schon bei nur einem

Kind jährlich einen zusätzlichen Rentenbeitrag von bis zu 650 € erhalten.

Das Bundesversicherungsamt veranlasste die seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträger, alle Fälle zu ermitteln, in denen der Zuschlag möglicherweise fehlerhaft nicht berücksichtigt wurde. Die Träger sicherten zu, bei der anschließenden Überprüfung vorrangig die Fälle zu bearbeiten, die von einem möglichen Verlust des Anspruchs auf Kinderzuschlag für das Jahr 2006 betroffen waren. Denn bei Rücknahme eines fehlerhaften Bescheides für die Vergangenheit werden Sozialleistungen gemäß § 44 Abs. 4 SGB X längstens für einen Zeitraum von bis zu vier Jahren vor der Rücknahme erbracht. Über die Ergebnisse seiner Prüfung informierte das Bundesversicherungsamt fortlaufend auch die Aufsichten der Regionalträger.

Zu begrüßen ist, dass ein Rentenversicherungsträger inzwischen die vom Bundesversicherungsamt dringend angemahnten Maßnahmen zur Optimierung des Verfahrens für die Ermittlung des Kinderzuschlags umgesetzt hat. Mittlerweile liegen dem Bundesversicherungsamt auch erste Ergebnisse zu den Überprüfungen durch die bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträger vor:

Bei einem Rentenversicherungsträger konnten bis Januar 2011 81,54 Prozent der durch Suchlauf ermittelten 3289 Fälle überprüft werden. Im Ergebnis erfolgte dabei in 936 Fällen eine Neufeststellung der Rente. Es ergibt sich bislang ein Gesamtnachzahlungsbetrag von ca. 2,3 Millionen €. Durchschnittlich beträgt die Nachzahlung je Fall

ca. 2.500 €. Die höchste Nachzahlung in einem Einzelfall beläuft sich auf 16.350,72 €.

Bei einem anderen Rentenversicherungsträger wurden bis Ende 2010 87,8 Prozent (bis Mitte Februar 92,3 Prozent) der durch Suchlauf ermittelten 13.142 Fälle überprüft. Es kam dabei in 3.224 Fällen zu Neufeststellungen der Renten. Der Gesamtnachzahlungsbetrag beträgt bisher ca. 10,4 Millionen € und die durchschnittliche Nachzahlung pro Fall ca. 3.250 €. Die höchste Nachzahlung in einem Einzelfall beläuft sich auf 11.520,69 €.

Das Bundesversicherungsamt konnte damit erreichen, dass betroffene Witwen und Witwern den ihnen wegen der Erziehung von Kindern zustehenden Zuschlag erhalten.

Ergebnisse des Prüfverfahrens „Rehabilitation“

Der Bereich Rehabilitation wurde bei einem Rentenversicherungsträger einer Aufsichtsprüfung unterzogen. Geprüft wurden dabei die medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie das Spezialgebiet Kraftfahrzeughilfe mit Schwerpunkt Beförderungskosten.

Medizinische Rehabilitation

Im Bereich der „medizinischen Rehabilitation“ hat das Bundesversicherungsamt schwerpunktmäßig geprüft, ob die Verwaltungsverfahren des Trägers den gesetzlichen Vorschriften entsprechen. Dabei wurden Mängel festgestellt.

Einen Fehlerschwerpunkt bildeten Probleme im Zusammenhang mit der Auszahlung des

Übergangsgeldes. In einigen Fällen wurde das Übergangsgeld verspätet und in vielen Fällen nicht zu Beginn der Maßnahme für deren gesamte Dauer geleistet. Dies wird der Unterhaltersatzfunktion des Übergangsgeldes nicht gerecht. Auch hätte in begründeten Einzelfällen eine Vorschussgewährung geprüft werden müssen. Auf Initiative des Bundesversicherungsamtes wurden die Mitarbeiter des Trägers zur Einhaltung der Geschäftsanweisung angehalten.

Ein weiterer Fehlerschwerpunkt, der sich insbesondere bei der medizinischen Rehabilitation, aber auch in anderen geprüften Rehabilitationsbereichen zeigte, betraf die statistische Erfassung. Nach den Prüffeststellungen wurden die Antragsdaten vielfach unzutreffend erfasst.

Dabei erfolgten auch unzulässige „Zwischenberichtigungen“. Die Antragsdaten flossen damit, in aller Regel laufzeitverkürzend, in die Ergebnisprotokolle und in die hieraus resultierenden Statistiken ein. Folglich müssen die Ergebnisse der Antragslaufzeiten-Statistik, die Aufschluss über die durchschnittlichen Laufzeiten und die Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der Fristen des § 14 SGB IX geben soll, zurückhaltend bewertet werden. Die Statistiken dienen auch dem objektiven Vergleich der Rehabilitationsträger untereinander. Es ist daher unbedingt erforderlich, dass den Statistiken korrekte Daten zugrunde gelegt werden. Mit dem Rentenversicherungsträger wurden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung bei der statistischen Erfassung vereinbart.

Im Bereich „medizinische Rehabilitation“ waren auffallend häufig Bearbeitungsverzö-

gerungen durch die Sachbearbeitung oder den beratungsärztlichen Dienst festzustellen. Es ist davon auszugehen, dass durch die angekündigte Personalverstärkung im Bereich der Sachbearbeitung zumindest dort eine Beschleunigung erzielt wird.

Weiterverfolgt hat das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr das Thema „Leistungen zur Sicherung der Erwerbstätigkeit nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI (Präventionsleistungen)“. Der Rentenversicherungsträger sieht die Notwendigkeit, gemeinsam mit den anderen Trägern der Deutschen Rentenversicherung, ein eindeutiges, für alle Rentenversicherungsträger und deren Versicherte geltendes Präventionskonzept zu entwickeln. Dabei soll auf die Erfahrungen zurückgegriffen werden, die derzeit noch im Rahmen des Modellprojektes „Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern“ (Betsi) gesammelt werden. Das Bundesversicherungsamt wird sich über die Ergebnisse der Evaluation des Modellprojektes berichten lassen und die zukünftige Bewilligungspraxis weiter beobachten. Bereits jetzt hat der Rentenversicherungsträger zugesagt, die Geschäftsanweisung zur Bearbeitung und Bescheidung von Präventionsanträgen in Kürze zu überarbeiten.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Bereich „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ hat das Bundesversicherungsamt Fälle geprüft, in denen eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt worden war. Es handelt sich überwiegend um zweijährige berufliche Aus- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen ggf. mit einer vor-

geschalteten Berufsvorbereitung.

Ein Schwerpunkt der Prüffeststellungen betraf den Bereich des Übergangsgeldes, das als Unterhaltersatz während der Maßnahme gezahlt wird und daher für die Versicherten von großer Bedeutung ist. Das Übergangsgeld wurde in einer Vielzahl der geprüften Fälle nicht oder falsch berechnet. So wurde beispielsweise die Bemessungsgrundlage für die Berechnung des Übergangsgeldes fehlerhaft ermittelt und der Anspruch auf Zwischenübergangsgeld nicht geprüft. Letzteres führte zu Nachzahlungen im dreistelligen Bereich. Ferner wurde für einzelne Monate gar kein Übergangsgeld gezahlt. Zu kritisieren war auch, dass für die Feststellung des Anspruchs auf das erhöhte Übergangsgeld in Höhe von 75 Prozent statt 68 Prozent der Bemessungsgrundlage keine Nachweise angefordert wurden und nicht überwacht wurde, ob für den gesamten Bewilligungszeitraum der Anspruch auf das erhöhte Übergangsgeld auch tatsächlich weiter bestand. Der Träger wurde angewiesen, verstärkt auf diese Problematiken zu achten.

Auch ein systematischer Fehler konnte ermittelt und abgestellt werden. Das Bundesversicherungsamt stellte fest, dass es bei Aufrechnungsverfahren zu unrechtmäßigen Kürzungen der Bemessungsgrundlage für das beitragspflichtige Übergangsgeld gekommen ist. Demnach floss in das Versicherungskonto ein zu geringes Entgelt mit einem falschen Zeitraum ein. Die Folge waren negative Auswirkungen auf die Rentenanwartschaft des Leistungsbeziehers. Angesichts der Ergebnisse eines ersten Suchlaufs für das Jahr 2008 wird der Ren-

tenversicherungsträger für weitere Jahre Suchläufe durchführen und die fehlerhaften Entgeltmeldungen korrigieren.

Zu beanstanden war auch die Berechnung von Vorschüssen. Vorschüsse werden häufig bewilligt, wenn zum Leistungsbeginn nicht alle erforderlichen Unterlagen über die zu berücksichtigenden Verdienste vorliegen. In mehreren Prüffällen waren die Vorschussbeträge zu niedrig angesetzt, weil Verdienstunterlagen nicht richtig ausgewertet oder leistungserhöhende Tatbestände, z.B. Kinder, nicht berücksichtigt wurden. Auch wurden Defizite bei der Gestaltung der Vorschussbescheide festgestellt.

Das Bundesversicherungsamt sieht Verbesserungsbedarf in weiteren Bereichen. Generell war die Sachverhaltsermittlung unzureichend, obgleich eine korrekte Ermittlung Grundvoraussetzung für eine fehlerfreie Entscheidung über Leistungsansprüche ist. Ursächlich hierfür waren im Wesentlichen unvollständige Abfragen in Vordrucken oder nicht eindeutige Arbeitsanweisungen. Dies betraf z.B. die Ermittlung von Fehlzeiten und die Feststellung von Reisekosten. Zuschüsse für die Anschaffung von Personalcomputern wurden ausschließlich pauschal bewilligt, ohne dabei das jeweilige Ausbildungsziel, die Leistungseinschränkungen, die konkreten Anschaffungskosten und eine erfolgreiche Durchführung der Maßnahme zu berücksichtigen. Festzustellen waren ebenfalls Unzulänglichkeiten in der Bescheidgestaltung. So wurden z.B. bei Neuberechnungen die aufgerechneten Beträge für den Leistungsempfänger nicht transparent dargestellt.

Das Bundesversicherungsamt hat für den Bereich „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ eine Reihe von Maßnahmen vorgeschlagen, um die dringend notwendigen Qualitätsverbesserungen zu erreichen.

Kraftfahrzeughilfe

Der Bereich „Kraftfahrzeughilfe“ umfasst ein breites Spektrum: Hilfen zum Erwerb eines Kraftfahrzeuges mit und ohne behinderungsbedingte Zusatzausstattung, behinderungsbedingte Zusatzausstattungen, Hilfen zum Erwerb einer Fahrerlaubnis. In einem weiteren Sinne gehören auch Beförderungsleistungen dazu, die mit einem Drittel der geprüften Akten sogar den Schwerpunkt der Prüfung bildeten.

In allen geprüften Fällen ergaben sich Anmerkungen mit teils erheblichen Zahlbetragsauswirkungen. Neben diversen Bearbeitungsfehlern im Einzelfall hat die Prüfung im Wesentlichen folgende Fehler-schwerpunkte ergeben:

Bei der Berechnung des Zuschusses zu den Beförderungskosten wurde häufig eine unzutreffende Anzahl von Arbeitstagen berücksichtigt. Zu fehlerhaften Ergebnissen kam es insbesondere, wenn Versicherte nur eine oder mehrere Hin- oder Rückfahrten in Anspruch genommen hatten. In diesen Fällen hätten für die Hinfahrt oder die Rückfahrt statt eines vollen Arbeitstages nur ein halber Arbeitstag berücksichtigt werden dürfen. Der Rentenversicherungsträger hat inzwischen die Anregung des Bundesversicherungsamtes aufgegriffen und den Berechnungsvordruck dahingehend geändert, dass anstelle von Arbeitstagen nunmehr die

tatsächlich durchgeführten Einzelfahrten zur Arbeitsstätte aufgeführt werden.

Der Zuschussberechnung wurde überwiegend nicht die vom ADAC herausgegebene aktuelle Betriebskostenpauschale für Kfz zugrunde gelegt, obgleich der Sachbearbeitung für die Berechnung ein elektronischer Vordruck zur Verfügung steht, dessen Aktualisierung nach Bekanntgabe der neuen Werte erfolgt. Der Rentenversicherungsträger hat die Sachbearbeitung aufgefordert, diesen elektronischen Vordruck zukünftig ausschließlich zu nutzen.

Zudem erfolgte die Feststellung des Lohnabrechnungszeitraumes (maßgebender Zeitraum für die Feststellung der Höhe des Einkommens des Versicherten) nicht immer korrekt. Der Versicherungsträger hat die betroffenen Fälle inzwischen korrigiert und die erforderlichen Neuberechnungen durchgeführt.

Darüber hinaus war in einer Vielzahl von Fällen die Auswertung der eingereichten Rechnungsbelege fehlerhaft. Es wurden eingereichte Belege der Beförderungsunternehmen, z.B. Bescheinigungen für Feiertage, auch nicht auf ihre Plausibilität überprüft. In einigen Fällen wurden der Zuschussberechnung nicht die tatsächlich angefallenen Beförderungskosten zugrunde gelegt, sondern die Übernahme fehlerhaft auf Festbeträge begrenzt, die im Vorfeld ermittelt wurden und Bestandteil einer fiktiven Berechnung waren. Der Rentenversicherungsträger hat zugesagt, in 2011 umfassende Schulungen zur korrekten Berechnung von Beförderungskosten durchzuführen.

Das Bundesversicherungsamt hat auch eine Verfahrensverbesserung erreicht. Der Rentenversicherungsträger wird zur Vereinheitlichung der Rechnungslegung der Beförderungsunternehmen künftig für die einzelnen Abrechnungsmonate einen einheitlichen Vordruck zur Verfügung stellen. Das bereits entwickelte Abrechnungsformular führt die möglichen Abrechnungstage auf, weist die Hin- und Rückfahrten gesondert aus und sieht eine Bestätigung sowohl für das Beförderungsunternehmen als auch für den Versicherten vor. Damit muss für die einzelnen Beförderungsmonate nur jeweils ein Beleg eingereicht werden. Macht das Beförderungsunternehmen die Leistungen direkt geltend, ist der Versicherte über die in Rechnung gestellten Beförderungsleistungen informiert und kann die Richtigkeit der Angaben quittieren.

Berufsausbildungszeiten

Im Tätigkeitsbericht 2009 wurden erste Erkenntnisse aus der Überprüfung von Zeiten der Berufsausbildung bei einem Rentenversicherungsträger dargestellt. Die Schwerpunkte der Feststellungen betrafen fehlerhafte Entgeltaufteilungen im letzten Ausbildungsjahr sowie unzureichende Ermittlungen und Speicherungen von Ausbildungszeiten.

Basierend auf den Prüffeststellungen des Bundesversicherungsamtes hat der Träger einen Suchlauf hinsichtlich der Entgeltaufteilung und eine zusätzliche Aktenprüfung durchgeführt. Mit Hilfe des maschinellen Suchlaufs ermittelte der Rentenversicherungsträger aus dem Datenbestand ca. 200.000 Fälle, bei denen voraussichtlich das

Entgelt im letzten Jahr der Berufsausbildung unzutreffend aufgeteilt wurde. Die betroffenen Renten werden derzeit von Amts wegen überprüft und im Bedarfsfall neu festgestellt.

Parallel zu dem Suchlauf hat der Rentenversicherungsträger im Rahmen einer Stichprobe Rentenvorgänge hinsichtlich der Speicherung von Ausbildungszeiten und der Entgeltaufteilung im letzten Ausbildungsjahr geprüft und bereinigt. Die Aktenprüfung des Versicherungsträgers bestätigte die bereits durch das Bundesversicherungsamt festgestellten Qualitätsmängel. In einer Vielzahl von Fällen war eine Speicherung im Versicherungskonto unterblieben, weil vorliegende Nachweise nicht ausreichend gewürdigt oder keine Ermittlungen zu möglichen Ausbildungszeiten geführt wurden.

Der Rentenversicherungsträger ist bestrebt, die Probleme bei der Ermittlung und Berücksichtigung von Ausbildungszeiten zu beheben. Erschwert werden die Arbeiten allerdings dadurch, dass die Versicherten zum Teil unvollständige Angaben machen oder nicht die erforderlichen Nachweise vorlegen.

Der Versicherungsträger hat seine Mitarbeiter hinsichtlich der Anrechnung der entsprechenden Zeiten sensibilisiert und die Arbeitsanweisungen angepasst. Die interne Problemanalyse und die bereits durchgeführten und noch anstehenden Maßnahmen dürften wesentlich zu einer Qualitätssteigerung beitragen.

4.5 Aufsicht über die Künstlersozialkasse

Erstattung von Verwaltungskosten an Ausgleichsvereinigungen

Selbständige Künstler und Publizisten sind nach dem KSVG oft in der gesetzlichen Renten- und Kranken- sowie in der sozialen Pflegeversicherung versichert. An der Finanzierung ihrer Beiträge beteiligen sich ihre Auftraggeber, die sog. Verwerter. Sie entrichten dazu an die Künstlersozialkasse eine Abgabe in Höhe von zur Zeit 3,9 Prozent auf die Entgelte, die sie für die künstlerischen und publizistischen Werke und Leistungen zahlen.

Um den Verwertern die Zahlung der Künstlersozialabgabe zu erleichtern, können sie sich in Ausgleichsvereinigungen zusammenschließen und die Abgabe nach einer anderen, einfacher zu erfassenden Größe wie z. B. dem Umsatz des Verwerter berechnen. Sie müssen dann nicht jedes einzelne Entgelt für eine künstlerische oder publizistische Leistung erfassen.

Diese vom Gesetz abweichende Art, die Abgabe zu zahlen, regeln die Ausgleichsvereinigung und die Künstlersozialkasse in einem Vertrag. Voraussetzung ist, dass die Verwerter insgesamt eine Abgabe zahlen, die in etwa dem Betrag entspricht, der nach den gesetzlichen Vorschriften zu zahlen wäre. Damit der Vertrag wirksam wird, muss das Bundesversicherungsamt nach § 32 Abs. 1 Satz 2 und 3 KSVG zustimmen.

Der Vertrag kann auch vorsehen, dass die Künstlersozialkasse der Ausgleichsvereinigung Verwaltungskosten erstattet. Hin-

tergrund ist die Erwartung, dass auch der Künstlersozialkasse weniger Aufwand und geringere Kosten entstehen, wenn sich Verwerter zu einer Ausgleichsvereinigung zusammenschließen und die Abgabe in einem vereinfachten Verfahren berechnen.

Für die Höhe der zu erstattenden Verwaltungskosten legte die Künstlersozialkasse im Jahr 2010 zunächst keine einheitlichen und nachvollziehbaren Maßstäbe an. Das Bundesversicherungsamt hat den entsprechenden Verträgen deshalb zunächst nicht zugestimmt. Nach kontroversen Erörterungen und einer aufsichtsrechtlichen Beratung konnte das Bundesversicherungsamt die Künstlersozialkasse davon überzeugen, dass die zu erstattenden Verwaltungskosten grundsätzlich nach einheitlichen Kriterien bestimmt werden müssen. Es hat die Künstlersozialkasse bei der Entwicklung eines entsprechenden Konzeptes begleitet und intensiv beraten.

Damit konnte das Bundesversicherungsamt erreichen, dass die Ausgleichsvereinigungen untereinander gleich behandelt werden und die Mitglieder von Ausgleichsvereinigungen gegenüber den ungebundenen Verwertern keine ungerechtfertigten Vorteile erlangen. Mit dem neuen, schlüssigen Konzept zur Höhe der Verwaltungskostenerstattung an Ausgleichsvereinigungen ist eine gute Grundlage für die zukünftige Zustimmungspraxis gelegt worden.

4.6 Internationales Sozialversicherungsrecht

Internationale Kontakte/Konferenzen

Auch im Berichtsjahr wurde das Bundesversicherungsamt vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu Besprechungen im internationalen Bereich hinzugezogen. So konnte der Sachverstand aus der aufsichtsrechtlichen Praxis in die Gespräche zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Föderation Russland ebenso wie zum Abschluss eines Leistungsexportabkommens mit der Republik Indien eingebracht werden.

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt die Gespräche zwischen den deutschen Rentenversicherungsträgern und den spanischen sowie den bulgarischen Versicherungsträgern begleitet. Bei der deutsch-spanischen und der deutsch-bulgarischen Verbindungsstellenbesprechung ging es vor allem um materielle rechtliche Fragen zum jeweiligen nationalen Recht sowie zu den Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72. Einen besonderen Stellenwert hatten bei diesen Gesprächen die seit 1. Mai 2010 anwendbaren Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009. Die Auswirkungen der verschiedenen Organisationsreformen wurden diskutiert und Verfahrensfragen abgestimmt, um im Interesse der Versicherten die langwierigen Verwaltungsverfahren insgesamt zu beschleunigen. Im Rahmen der Besprechung der deutschen und brasilianischen Verbindungsstellen wurden Verwaltungsmaßnahmen festgelegt, die für die künftige Umsetzung der im Sozialversicherungsabkommen getroffenen

Regelungen erforderlich sind.

Krankenversicherungsschutz während eines Urlaubsaufenthaltes in der Türkei

Eine deutsche Krankenkasse hatte mit einer größeren Anzahl von türkischen Privatkliniken Verträge geschlossen, um in der Türkei ein eigenständiges und flächendeckendes Versorgungsnetzwerk zur Akutbehandlung ihrer Versicherten aufzubauen (vgl. hierzu: Abschnitt 1.4). Die Verträge ermöglichten denjenigen Versicherten, die während ihres Türkeiurlaubes erkrankt waren, sich wie in Deutschland gegen Vorlage ihrer deutschen Versichertenkarte auf Kosten ihrer Krankenkasse ärztlich behandeln zu lassen. Im Ergebnis gewährte damit die deutsche Krankenkasse selbst die in der Türkei benötigten ärztlichen Behandlungen.

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes ist diese Handlungsweise der Krankenkasse jedoch unzulässig. Der Krankenkasse wurde daher aufgegeben, die rechtsgrundlos geschlossenen Verträge zu beenden und ihre rechtswidrige Verfahrensweise einzustellen. Alle Verträge sind inzwischen gekündigt und die Krankenkasse hat ihre Praxis rechtskonform umgestellt.

Nach den gesetzlichen Regelungen dürfen deutsche Krankenkassen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbringen. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz sieht das Sozialgesetzbuch u.a. für Aufenthalte in Staaten vor, mit denen die Bundesrepublik Deutschland Abkommen über Soziale Sicherheit hat, wenn diese die Verwirklichung von Leistungsan-

sprüchen der Krankenversicherung auch im anderen Staat vorsehen. Erkrankt ein Versicherter während seines Urlaubs in der Türkei, so hat er Leistungsansprüche nach den Regelungen des deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommens.

Hiernach ist sichergestellt, dass Versicherte benötigte notfallmäßige Krankenbehandlungen auch in der Türkei über die türkische Krankenkasse erhalten. Beansprucht werden können alle Leistungen nach Art und Umfang wie sie das türkische Krankenversicherungsrecht vorsieht. Für die Versicherten sind die Behandlungen bis auf die nach türkischem Recht zu zahlenden Eigenbeteiligungen bzw. Zuzahlungen kostenfrei. Das Abkommen enthält jedoch keine Regelung, die eine deutsche Krankenkasse berechtigt, mit einem Leistungserbringer in der Türkei einen Vertrag zur Versorgung der deutschen Versicherten zu schließen. Die Sicherstellung des Krankenversicherungsschutzes in der Türkei ist allein Sache der türkischen Behörden und nicht Aufgabe einer deutschen Krankenkasse.

Krankenversicherungsschutz von Personen während eines Studiums in einem anderen Staat der Europäischen Union

Die fortschreitende Globalisierung führt u.a. dazu, dass in Deutschland wohnhafte Personen ihr Studium nicht in Deutschland, sondern in einem anderen Staat der Europäischen Union (EU) aufnehmen. Für den Studenten stellt sich in diesem Fall dann die Frage, wie er krankenversicherungsrechtlich abgesichert ist. Denn die beitragsgünstige deutsche Studentenversicherung setzt eine Immatrikulation an einer staatli-

chen oder staatlich anerkannten Hochschule in Deutschland voraus.

Bis zum 30. April 2010 waren Studenten, die sich für ein Studium an einer Hochschule in einem anderen Staat der EU entschlossen haben, nicht in der deutschen Studentenkrankensversicherung versichert. Ausgeschlossen war diese Pflichtversicherung schon deshalb, weil die für den Bereich der EU bis zum 30. April 2010 anwendbare Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 nicht zuließ, das Studium in einem anderen Staat der EU einem Studium an einer deutschen Hochschule gleich zu stellen.

Eine bedeutende Neuerung bringt insoweit die ab 1. Mai 2010 anzuwendende Verordnung (EG) Nr. 883/2004 mit sich. Durch die in ihrem Artikel 5 geregelte Sachverhaltsgleichstellung ist nunmehr die an einer europäischen Hochschule bestehende Einschreibung wie eine Immatrikulation an einer deutschen Hochschule anzusehen. Halten sich Studenten in dem anderen EU-Staat lediglich zu Studienzwecken auf, ist in der Regel die deutsche Studentenkrankensversicherung durchzuführen. Ausgeschlossen ist die Studentenversicherung allerdings u.a. dann, wenn im Studienstaat ein eigener Leistungsanspruch über das dortige gesetzliche Krankensversicherungssystem besteht. Studenten, die Mitglied der deutschen Studentenversicherung sind, erhalten von ihrer deutschen Krankenkasse auch die Europäische Krankensversicherungskarte. Über diese Karte können alle medizinisch notwendigen Leistungen während eines Aufenthalts in einem anderen Staat der EU (außer Deutschland) beansprucht werden. In Deutschland selbst besteht Anspruch auf

Leistungen der Krankensversicherung im Rahmen der deutschen Versichertenkarte.

Das Bundesversicherungsamt hat sich im Berichtsjahr mit Beschwerden von Betroffenen befasst, bei denen die Krankenkassen trotz nachgewiesener Einschreibung an einer europäischen Hochschule eine Studentenkrankensversicherung abgelehnt hatten. Die jeweiligen Krankenkassen wurden auf die geänderte Rechtslage hingewiesen. Bei Vorliegen der maßgeblichen Voraussetzungen wurde eine Studentenkrankensversicherung begründet.

Vollstreckungsschutz bei Auslandswohnsitz

In der Verwaltungspraxis der Rentenversicherungsträger kommt es immer wieder vor, dass Forderungen beispielsweise aus überzahlten Renten beigetrieben werden müssen. Eine einfache und auch bewährte Möglichkeit für die Rentenverwaltung stellt die Aufrechnung von Forderungen mit den monatlichen Rentenleistungen des Berechtigten dar. Hierbei sind dem Rentenversicherungsträger jedoch rechtliche Grenzen gesetzt. Denn der Rentner darf durch die Aufrechnung keinesfalls hilfebedürftig werden (sogenannter Vollstreckungsschutz). Nur dann ist es dem Rentenversicherungsträger gestattet, seine Forderungen bis zur Hälfte der monatlichen Rente aufzurechnen.

Immer wieder stellte sich die Frage, ob der Grundsatz des Vollstreckungsschutzes auch für Rentner gilt, die im Ausland wohnen oder ob in diesen Fällen generell bis zur Hälfte der Rente aufgerechnet werden kann. Das Bundesversicherungsamt vertrat

zu dieser Problematik bereits seit längerem die Auffassung, dass Rentenbezieher im Ausland ebenfalls Vollstreckungsschutz beanspruchen können. Auch eine der Sozialhilfebedürftigkeit vergleichbare Notlage des Rentners im Ausland schränkt die Möglichkeiten der Aufrechnung ein, wenn dieser die besonderen Umstände seiner persönlichen Notlage nachweist. Diese Ansicht haben die Sozialgerichte in ihrer Rechtsprechung nunmehr bestätigt.

Die Rentenversicherungsträger haben sich nach gemeinsamer Beratung ebenfalls dieser Auffassung angeschlossen und ihre Verwaltungspraxis nunmehr korrigiert. Auslandsrentner sind damit künftig gegen finanzielle Überforderungen besser geschützt.

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG

Strukturreform der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Das Bundesversicherungsamt hat den zweiten Schritt der Strukturreform der landwirtschaftlichen Sozialversicherung weiterhin aufsichtsrechtlich begleitet.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVMG) wurde die Reform der Verwaltung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die durch das Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVOrgG) vom 17. Juli 2001 begonnen wurde, fortgesetzt, um dem Strukturwandel in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Rechnung zu tragen. Die wesentlichen Neuerungen bestehen in dem Zusammenschluss der bisherigen drei landwirtschaftlichen Verbände zu einem Spitzenverband, der Erweiterung der Aufgaben des Spitzenverbands sowie der Budgetierung der Verwaltungskosten. Aus den Verbänden der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen wurde gem. Artikel 6 § 1 LSVMG zum 01. Januar 2009 der neue Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV) errichtet. Mit der gesetzlichen Übertragung der verbindlichen Entscheidungen zu Grundsatz- und Querschnittsaufgaben hat der neue LSV-SpV eine bedeutsame Aufgabe übernommen. Ziel der Übertragung ist eine effizientere Aufgabenerfüllung, so dass die Verwaltungskosten in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung bis zum Jahr 2014 gesenkt werden können und eine wirtschaftlichere Verwaltungsstruktur entsteht. Durch das LSVMG wird die Rechtsstellung der bisherigen landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger als autonome Selbstverwaltungskörperschaften nicht berührt; die Betreuung der Versicherten, also das „operative Geschäft“, obliegt daher auch weiterhin den einzelnen landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträgern.

erfüllung, so dass die Verwaltungskosten in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung bis zum Jahr 2014 gesenkt werden können und eine wirtschaftlichere Verwaltungsstruktur entsteht. Durch das LSVMG wird die Rechtsstellung der bisherigen landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger als autonome Selbstverwaltungskörperschaften nicht berührt; die Betreuung der Versicherten, also das „operative Geschäft“, obliegt daher auch weiterhin den einzelnen landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträgern.

Aufsicht über den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Im Berichtszeitraum hat das Bundesversicherungsamt auch die Umsetzung der dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung gesetzlich zugewiesenen Aufgaben aufsichtsrechtlich weiter begleitet.

Dabei stellten die Prüfungen der zahlreichen vom LSV-SpV als verbindliche Vorgaben bzw. Richtlinien vorgenommenen Regelungen, die sich vom Bearbeitungsaufwand her recht unterschiedlich gestalteten, einen besonderen Schwerpunkt dar.

So hat das Bundesversicherungsamt u.a. den Entwurf verbindlicher Vorgaben für den Beitragseinzug, insbesondere zum Verfahren der Beitragserhebung und Beitragsüberwachung sowie zum Einzug sonstiger Forderungen nach § 143e Abs. 2 Nr. 8 SGB VII, geprüft.

Die dem LSV-SpV hierzu mitgeteilten Anmerkungen und Änderungsvorschläge hat dieser weitgehend berücksichtigt und in seinen dem Bundesversicherungsamt daraufhin vorgelegten geänderten Entwurf seiner verbindlichen Vorgaben einfließen lassen. Soweit sich hiernach noch Anmerkungen lediglich redaktioneller Art ergeben haben, sind auch diese dem LSV-SpV mitgeteilt worden. Eine Veröffentlichung der Vorgaben noch im Berichtszeitraum ist allerdings nicht erfolgt.

Befasst war das Bundesversicherungsamt des Weiteren auch mit den vom LSV-SpV als verbindliche Entscheidung i.S.d. § 143e Abs. 6 SGB VII veröffentlichten Grundsätzen zur Beurteilung der Erforderlichkeit von Betriebs- und Haushaltshilfe.

Die vom Bundesversicherungsamt hierzu übermittelten Anmerkungen und Änderungsvorschläge sind vom LSV-SpV jedoch sehr kritisch aufgenommen worden und eine Umsetzung ist zum Teil auch auf Ablehnung gestoßen.

Die Thematik der Betriebs- und Haushaltshilfe für alle Zweige der landwirtschaftlichen Sozialversicherung wird deshalb auch im nächsten Berichtszeitraum Gegenstand weiterer Erörterungen mit dem LSV-SpV sein.

Nach Anregungen des Bundesversicherungsamtes und vom LSV-SpV erkannten zusätzlichen Änderungsbedarf ist die Richtlinie für die Berechnungsgrundlagen nach § 182 Abs. 2 - 6 SGB VII, mit der insbesondere ein Rahmen für die Bildung von Risikogruppen und die Berücksichtigung

des solidarischen Ausgleichs durch den Satzungsgeber vorgegeben werden soll, neu gefasst und zwischenzeitlich auch verbindlich geworden. In diesem Zusammenhang hatte sich zuletzt vermehrter Diskussionsbedarf hinsichtlich der Stichtagsregelung wie auch dem Inkrafttreten der Regelung des Grundbeitrags ergeben. Soweit letztgenannte abweichend vom ursprünglich vorgesehenen Termin zum 1. Januar 2010 nunmehr erst zum 1. Januar 2013 in Kraft treten sollte, hat das Bundesversicherungsamt geltend gemacht, dass es nach seiner Ansicht aufgrund dieser Änderung für die Zwischenzeit keine gesetzliche Grundlage für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (LBGen) gebe, einen Grundbeitrag in ihren jeweiligen Satzungen als Berechnungsgrundlage festzuschreiben. Der LSV-SpV hat dem entgegengehalten, dass nicht beabsichtigt sei, die Erhebung eines Grundbeitrags bis zum 1. Januar 2013 durch die Träger der landwirtschaftlichen Unfallversicherung auszuschließen; vielmehr könnten deren Selbstverwaltungen bis dahin von der gesetzlichen Regelung des § 182 SGB VII ohne Weiteres Gebrauch machen. Hintergrund für die Terminverschiebung sei insbesondere, dass bei der LBG Franken und Oberbayern in Bezug auf die Berechnung des Grundbeitrags eine Sonderlage dergestalt bestehe, dass diese im Gegensatz zu allen anderen LBGen einen **unternehmerbezogenen** Grundbeitrag erhebe. Da die Richtlinie aber die Einführung eines **unternehmensbezogenen** Grundbeitrags vorsehe, müssten bei einem vorzeitigen Inkrafttreten der Regelung für diesen Träger zur Berechnung eines **unternehmensbezogenen** Grundbeitrags im Rahmen des Ge-

samtprojektvorhabens IS2001 Anpassungen vorgenommen werden, die aus wirtschaftlichen Gründen nicht vertretbar seien.

Vor dem Hintergrund dieser maßgeblichen Überlegungen des LSV-SpV, die diesen zu der entsprechenden Änderung seiner Richtlinie bewogen haben, wie aber auch im Interesse sämtlicher LBGen, hat das Bundesversicherungsamt seine Bedenken insoweit zurückgestellt. Dem LSV-SpV sowie den Aufsichtsbehörden der Länder hat das Bundesversicherungsamt dementsprechend mitgeteilt, dass es gegen die Erhebung eines Grundbeitrags bei den seiner Aufsicht unterliegenden Trägern keine Einwände erhebt. Zugleich hat es aber auch seine Erwartung zum Ausdruck gebracht, dass der LSV-SpV im Rahmen seiner gesetzlichen Verpflichtung im Hinblick auf die Erhebung eines Grundbeitrags für eine einheitliche Rechtsanwendung bei den LBGen Sorge trägt.

Entsprechend seiner gesetzlichen Aufgabe hat der LSV-SpV im Berichtszeitraum weiterhin die Richtlinie für ein einheitliches Verfahren zur Ermittlung für die beitragsbelastbaren Flächen- und Arbeitswertkataster nach § 143e Abs. 3 Nr. 1 Buchstabe b SGB VII beschlossen, die nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 1. Januar 2010 rückwirkend in Kraft getreten ist. Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen seiner rechtlichen Prüfung der Richtlinie, die einer einheitlichen Verfahrensweise bei der Ermittlung der beitragsbelastbaren Flächenwerte in den Katastern der LBGen im Hinblick auf die mit dem LSVMG eingeführte Verteilung der Rentenlasten dient, keine grundlegenden Bedenken geäußert,

sondern lediglich einzelne klarstellende Änderungen redaktioneller Art angemerkt.

Darüber hinaus ist das Bundesversicherungsamt im Rahmen seiner Aufsicht auch in Satzungsangelegenheiten des LSV-SpV tätig geworden.

Nach Genehmigung des 1. Nachtrags zu dessen Satzung ist auch die vorgelegte Entwurfsfassung eines 2. Nachtrags zur Satzung vorgeprüft worden. Die im Prüfungsergebnis übermittelten Anmerkungen sind vom LSV-SpV allesamt aufgegriffen und teilweise nochmals modifiziert worden.

Der hiernach seitens des Bundesversicherungsamtes für genehmigungsfähig erachtete Satzungsantrag ist daraufhin in der zum Jahresende stattgefundenen Vertreterversammlung beschlossen worden und steht somit zur Genehmigung an.

Das Bundesversicherungsamt hat aufsichtsrechtlich zudem die Neufassung der Dienstordnung und die neu zu erlassende Laufbahnrichtlinie genehmigt. Die im verbindlichen Rahmenkonzept zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung bis zum 31. Dezember 2010 umzusetzenden Maßnahmen wurden aufsichtsrechtlich begleitet und der geänderte Stellenplan des LSV-SpV befristet genehmigt. Die Befristung erfolgte, weil erst nach Abschluss der Maßnahme eine Organisationsuntersuchung und Personalbedarfsermittlung durchgeführt werden kann, die das Ziel hat, die Aufbau- und Ablauforganisation weiter zu optimieren und mögliche Einsparungsmöglichkeiten von Personalressourcen und Verwaltungs- und

Verfahrenskosten zu schaffen.

6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

6.1 Gerichtsverfahren / Statistik

Rechtsstreite

Im vergangenen Jahr 2010 war das Bundesversicherungsamt an 137 neuen Gerichtsverfahren - 122 Klage- und 15 vorläufigen Rechtsschutzverfahren - beteiligt. Wie auch in der Vergangenheit wurden fast ausschließlich Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes beklagt. An sechs neuen Gerichtsverfahren ist das Bundesversicherungsamt im Wege der Beiladung beteiligt worden.

119 der hinzugekommenen Rechtsstreite betreffen aufsichtsrechtliche Fragestellungen. Im Aufgabenbereich der Verwaltung des Gesundheitsfonds und der damit einhergehenden Durchführung des Risikostrukturausgleichs kam es zu 17 neuen Rechtsstreiten. Ein neues Verfahren betrifft die beim Bundesversicherungsamt angesiedelte Verwaltung des Restvermögens der Sozialversicherung in der ehemaligen DDR. Den Schwerpunkt bilden jedoch auch weiterhin aufsichtsrechtliche Verfahren:

Wie im Vorjahr hat die Bestimmung von Schiedspersonen zur Sicherstellung des Angebots von hausarztzentrierter Versorgung zu zahlreichen Klagen von Krankenkassen geführt, deren Vertragsverhandlungen mit dem Hausärzterverband zuvor gescheitert waren. Das Bundesversicherungsamt hat in diesen Fällen eine Schiedsperson einzusetzen, wenn sich die Verhandlungspartner auch über deren Benennung nicht

verständigen können (§ 73b Abs. 1, 4 und 4a SGB V). Die bislang hiermit befassten Sozial- und Landessozialgerichte haben die Einsetzungsentscheidungen des Bundesversicherungsamtes in dreizehn ergangenen Entscheidungen ausnahmslos bestätigt.

Von besonderem Interesse ist ein vom Bundessozialgericht im Jahr 2010 zugunsten des Bundesversicherungsamtes entschiedener Rechtsstreit aus dem Bereich der Wahltarife, die von den gesetzlichen Krankenkassen seit 2007 angeboten werden können (§ 53 SGB V). Gegenstand des Verfahrens war die satzungsrechtliche Ausgestaltung eines Wahltarifs Prämienzahlung i.S.d. § 53 Abs. 2 SGB V. Wahltarife dieser Art beinhalten die Möglichkeit für die Krankenkassen, ihren Mitgliedern eine Prämie zu zahlen, wenn diese innerhalb eines Kalenderjahres keine Leistungen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch nehmen. Vorsorgeuntersuchungen sind hiervon ausgenommen.

Eine Krankenkasse beabsichtigte, bei bis zu zwei in Anspruch genommenen Leistungen (ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlung mit einer Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln) die Prämie zunächst zu reduzieren und den vollständigen Prämienverlust erst mit der dritten Inanspruchnahme eintreten zu lassen. Das Bundesversicherungsamt hatte die entsprechende Satzungsregelung unter Hinweis auf das Wahltarifen der vorliegenden Art immanente „Alles- oder Nichts-Prinzip“ nicht genehmigt. Jenseits der gesetzlichen Ausnahmeregelungen muss jede Leistungsan-

spruchnahme zu Lasten der Krankenkasse danach zwingend zum vollständigen Prämienverlust führen. Das Bundessozialgericht hat die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes bestätigt, dass § 53 Abs. 2 SGB V eine Zahlung von Teilprämien nicht zulässt (BSG, Urteil vom 22. Juni 2010, Az.: B 1 A 1/09 R).

Anders als in der Aufsichtspraxis in der gesetzlichen Krankenversicherung haben Rechtsstreite des Bundesversicherungsamtes mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung eher Seltenheitswert. Nicht nur deshalb ist eine Entscheidung des Baden-Württembergischen Landessozialgerichts zur Größe der Vertreterversammlung von gewerblichen Berufsgenossenschaften erwähnenswert: Mit dem Unfallversicherungs-Modernisierungsgesetz hat der Gesetzgeber den gewerblichen Berufsgenossenschaften aufgegeben, ihre Anzahl durch freiwillige Vereinigungen auf neun zu verringern (§ 222 Abs. 1 SGB VII). Sechs fusionierende Berufsgenossenschaften wollten ihre künftige gemeinsame Vertreterversammlung jedoch auch über die laufende Wahlperiode hinaus dauerhaft mit 76 statt der gesetzlich zulässigen 60 Mitgliedern besetzen (§ 43 Abs. 1 SGB VII), um so allen unterschiedlich großen Berufsgenossenschaften zu ermöglichen, weiterhin Mitglieder in die Vertreterversammlung zu entsenden. Das Baden-Württembergische Landessozialgericht sah indes keine Rechtsgrundlage für diese Abweichung vom gesetzlichen Regelfall über die laufende Wahlperiode hinaus und bestätigte damit die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes, das die Genehmigung der entsprechenden Satzungsregelung verweigert hatte (LSG Baden-Würt-

temberg, Urteil vom 20. Mai 2010, Az.: L 1 A 4657/09 KL).

Weiterreichende Bedeutung hat auch ein Beschluss des für Rechtsstreitigkeiten betreffend den Risikostrukturausgleich und die Verwaltung des Gesundheitsfonds zuständigen Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen:

Das Gericht traf eine erste Entscheidung zum Zuweisungsverfahren, durch das die Krankenkassen seit Einführung des Gesundheitsfonds die erforderlichen Gelder zur Deckung ihrer Ausgaben erhalten. Anlass des Verfahrens im einstweiligen Rechtsschutz war die Rückforderung von zuviel geleisteten Zuweisungen im Rahmen des Jahresausgleichsbescheids 2009 zum Risikostrukturausgleich. Zu Rückforderungen im Rahmen des Jahresausgleichs kann es kommen, wenn sich nach der endgültigen Festsetzung der Zuweisungshöhe herausstellt, dass die zuvor erfolgten monatlichen Abschlagszahlungen an eine Krankenkasse zu hoch ausgefallen sind (§ 39 und § 41 Risikostrukturausgleichsverordnung - RSAV). Der mit einer AOK geführte Rechtsstreit betraf sog. Konvergenzzuweisungen i.S.d. § 272 SGB V, durch die für einen Übergangszeitraum Belastungen von Krankenkassen in einem Bundesland infolge der Einführung des Gesundheitsfonds ausgeglichen werden sollen, wenn sie einen Betrag von 100 Millionen Euro überschreiten (siehe auch § 33ff. RSAV). Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen folgte hierbei der Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes und stellte klar, dass Rückforderungen sich auch auf Zuweisungen i.S.d. § 272 SGB V erstrecken können, wenn sich

herausstellt, dass die Belastung der jeweiligen Krankenkassen, auf das gesamte Ausgleichsjahr gesehen, diesen Betrag nicht erreicht. Die Krankenkassen, so das Gericht, könnten sich insoweit auch nicht auf Vertrauensschutz berufen und müssten mit Rückforderungen rechnen (LSG NRW, Beschluss vom 29. Dezember 2010, Az.: L 16 KR 661/10 ER).

Auch die übrigen gerichtlichen Entscheidungen im Jahre 2010, auf die hier nicht gesondert eingegangen werden kann, fielen ganz überwiegend zugunsten des Bundesversicherungsamtes aus. In insgesamt 30 Rechtsstreiten folgten die Gerichte der Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes.

18 Verfahren wurden durch rechtskräftige gerichtliche Entscheidungen endgültig abgeschlossen. In 42 Fällen erfolgte die Erledigung ohne eine gerichtliche Entscheidung (Klagerücknahmen, Erledigungserklärungen, ein Vergleich).

Den 137 neuen Rechtsstreiten stehen damit im Ergebnis 60 erledigte Verfahren gegenüber. Damit ist zum Jahresende der Bestand an Rechtsstreiten, an denen das Bundesversicherungsamt beteiligt ist, von 216 zu Jahresbeginn 2010 auf nunmehr 293 angestiegen.

6.2 Selbstverwaltung

Paritätische/Disparitätische Besetzung des Verwaltungsrates in der 11. Wahlperiode (§ 44 SGB IV)

Grundsätzlich setzen sich die Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger je zur Hälfte aus Versicherten- und Arbeit-

gebervertretern zusammen (paritätische Besetzung).

Da einige Betriebskrankenkassen für die 10. Wahlperiode (2005-2011) Probleme sahen, die für eine paritätische Besetzung des Verwaltungsrats erforderliche Anzahl von Arbeitgebervertretern zu gewinnen, machte der damalige BKK-Bundesverband von der Ermächtigung in § 44 Abs. 4 Satz 1 SGB IV Gebrauch, eine abweichende Regelung zur Zusammensetzung des Verwaltungsrats der Betriebskrankenkassen in seiner Satzung für die 10. Wahlperiode zu regeln. Damit wurde den geöffneten Betriebskrankenkassen erneut die Möglichkeit einer disparitätischen Besetzung des Verwaltungsrats (Anzahl der Arbeitgebervertreter ist geringer als die der Versichertenvertreter, wobei die Arbeitgebervertreter insgesamt die gleiche Anzahl an Stimmen haben wie die Versichertenvertreter) eröffnet. Da die aufgrund der befristeten Satzungsregelung des BKK-Bundesverbandes nach § 44 Absatz 4 SGB IV getroffene Ausnahmeregelung der disparitätischen Besetzung des Verwaltungsrates bei Betriebskrankenkassen lediglich für die laufende 10. Wahlperiode galt, wären mit Beginn der 11. Wahlperiode (2011 bis 2017) auch die Verwaltungsräte der geöffneten Betriebskrankenkassen gemäß § 44 Abs. 1 SGB IV zwingend paritätisch zu besetzen gewesen.

Das Bundesversicherungsamt hat daher alle Sozialversicherungsträger mit Rundschreiben vom 9. Oktober 2009 gebeten, ihre Satzungsregelungen zu überprüfen, diese ggf. der geltenden Rechtslage anzupassen und rechtzeitig zur Genehmigung vorzulegen, so dass sie vor dem 1. April 2010, dem Tag

der Wahlausschreibung, ordnungsgemäß bekannt gemacht werden können.

Die Bundesregierung hat auf Initiative einiger Krankenkassen dem Bundesrat am 25. Februar 2010 einen Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften zugeleitet (Drucksache 96/10), der eine Änderung des § 44 SGB IV vorsieht. Danach sollte bereits mit Beginn der 11. Wahlperiode eine disparitatische Besetzung des Verwaltungsrates möglich sein und zwar bei allen Krankenkassenarten; also nicht nur bei den Betriebskrankenkassen, sondern auch bei den Innungskrankenkassen, den Allgemeinen Ortskrankenkassen und den Ersatzkassen.

Aufgrund der Gesetzesinitiative der Bundesregierung und den daraus resultierenden Anfragen sah sich das Bundesversicherungsamt veranlasst, in einem weiteren Rundschreiben vom 19. März 2010 darauf hinzuweisen, dass im Falle des Inkrafttretens der entsprechenden gesetzlichen Regelung es in jedem Fall eines (erneuten) Beschlusses des Verwaltungsrates bedürfe, wenn eine Krankenkasse von der Neuregelung Gebrauch machen wolle, da die bisherige Rechtsgrundlage (Satzungsregelung des BKK-Bundesverbandes) lediglich für die laufende 10. Wahlperiode galt und die Satzungsregelungen der einzelnen Krankenkassen dementsprechend ebenfalls nur befristet genehmigt wurden.

Wenn bis zum Stichtag (Tag der Wahlausschreibung) keine der aktuellen Rechtslage (paritätische Besetzung des Verwaltungsrates) entsprechende Satzungsregelung existiere bzw. eine Satzungsänderung nach die-

sem Stichtag erfolge, sei das Wahlverfahren auf jeden Fall beeinträchtigt.

Durch das Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften wurde § 44 Abs. 4 SGB IV mit Wirkung zum 30. Juli 2010 wie folgt gefasst:

„Krankenkassen nach § 35a können die Zusammensetzung des Verwaltungsrates, insbesondere die Zahl der dem Verwaltungsrat angehörenden Arbeitgeber- und Versichertenvertreter sowie die Zahl und die Verteilung der Stimmen, in ihrer Satzung mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitgliedern von der folgenden Wahlperiode an abweichend von den Absätzen 1 und 2 regeln. Der Verwaltungsrat muss mindestens zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten bestehen. Im Fall der Vereinigung von Krankenkassen können die Verwaltungsräte der beteiligten Krankenkassen die Zusammensetzung des Verwaltungsrates der neuen Krankenkasse nach den Sätzen 1 und 2 mit der in Satz 1 genannten Mehrheit auch für die laufende Wahlperiode regeln.“

Die jetzige Fassung des § 44 Abs. 4 SGB IV gestattet es den Krankenkassen aller Kassenarten, die Zusammensetzung des Verwaltungsrates zu ändern, wobei er aber weiterhin mindestens zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten bestehen muss. Das heißt, es wird den Kassen ermöglicht, insbesondere die Anzahl der Arbeitgebervertreter zu reduzieren bis hin zu einem Verwaltungsrat, der nur aus Versicherten besteht (siehe Ersatzkassen § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IV). Andererseits wird den Krankenkassen ermöglicht, bei disparitätischer Zusammen-

setzung des Verwaltungsrates wieder ein Gleichgewicht, also eine Parität bei der Stimmgewichtung herzustellen, so wie es § 44 Abs. 2 Satz 1 bis 5 SGB IV für nicht geöffnete Betriebskrankenkassen sowie die bisherige Satzung des früheren BKK-Bundesverbandes es für geöffnete Betriebskrankenkassen vorsah oder aber auch eine andere Stimmgewichtung vorzunehmen.

Von dieser erneuten Möglichkeit zur disparitätischen Besetzung des Selbstverwaltungsorgans haben 17 Krankenkassen im Zuständigkeitsbereich des Bundesversicherungsamtes Gebrauch gemacht und dem Bundesversicherungsamt entsprechende durch den jeweiligen Verwaltungsrat mit $\frac{3}{4}$ -Mehrheit beschlossene Satzungsanträge zur Genehmigung vorgelegt.

Genehmigungen der Entschädigungsregelungen infolge der Änderung der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner zum 1.1.2010

Bei der Zahlung der Entschädigungen für die ehrenamtlich tätigen Organmitglieder orientieren sich die Versicherungsträger an der Gemeinsamen Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung der Sozialpartner DGB und BDA (Empfehlungsvereinbarung). Gemäß § 41 Abs. 4 Satz 3 SGB IV haben die Aufsichtsbehörden die Entschädigungen für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane zu genehmigen. Im Interesse einer einheitlichen Genehmigungspraxis legen die Aufsichtsbehörden die Empfehlungsvereinbarung ihrer Genehmigung zugrunde. Die Sozialpartner haben am 17. November 2009 die Empfehlungs-

vereinbarung mit Wirkung zum 1. Januar 2010 aktualisiert.

Die neue Empfehlungsvereinbarung sieht nunmehr eine Pauschale für Zeitaufwand (sog. Sitzungskostenpauschale) von höchstens 62 € vor. Bisher galt ein Rahmen von 26 € bis 52 €.

Die damit eröffnete Möglichkeit einer nahezu 20 %igen Erhöhung der Sitzungskostenpauschale haben die Vertreterversammlungen und Verwaltungsräte zahlreicher Träger genutzt, um die Höhe der Sitzungskostenpauschale entsprechend anzupassen. Lediglich die Selbstverwaltungen einiger weniger Träger haben bewusst von einer Erhöhung Abstand genommen.

Infolge dessen waren zahlreiche durch die Vertreterversammlungen und Verwaltungsräte der Träger beschlossene Änderungen ihrer Entschädigungsregelungen durch das Bundesversicherungsamt zu genehmigen.

6.3 Personal- und Dienstrecht sowie Verwaltung

Neufassung der Muster-Laufbahnrichtlinien

Die Vertreterversammlung eines Unfallversicherungsträgers hat gemäß § 144 Abs. 1 Satz 1 SGB VII die Ein- und Anstellungsbedingungen und die Rechtsverhältnisse der dienstordnungsmäßigen Angestellten unter Berücksichtigung des Grundsatzes der funktionsgerechten Stellenbewertung durch eine Dienstordnung angemessen zu regeln.

Bestandteil der Dienstordnung sind die Richtlinien für den berufsgenossenschaft-

lichen Dienst (Laufbahnrichtlinien). Diese regeln die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für den Zugang eines Bewerbers zu den einzelnen Laufbahngruppen.

Durch das Gesetz zur Neuordnung und Modernisierung des Bundesdienstrechts (Dienstrechtsneuordnungsgesetz - DNeuG) vom 05. Februar 2009 haben sich zahlreiche beamtenrechtliche Vorschriften geändert, die für die dienstordnungsmäßigen Angestellten der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger analog anzuwenden sind. Infolge dieser Änderungen entsprachen auch die bisher von den Berufsgenossenschaften beschlossenen Muster-Dienstordnungen und Muster-Richtlinien teilweise nicht mehr der Rechtslage. Nachdem im Jahr 2009 bereits die Neufassung der Muster-Dienstordnung zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV) als dem zuständigen Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und dem Bundesversicherungsamt abgestimmt worden war, konnte im Jahr 2010 auch eine entsprechende Abstimmung der Muster-Laufbahnrichtlinien erfolgen.

Neuberechnung der besoldungsrechtlichen Höchstgrenzen und der Obergrenzen für die Zahl der Beförderungssämter nach der EinstufHöGrV

Gemäß § 2 Abs. 3 der Verordnung zur Festlegung von Höchstgrenzen für die besoldungsrechtliche Einstufung der Dienstposten in der Geschäftsführung bundesunmittelbarer Körperschaften im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung und der landwirtschaftlichen Sozialversicherung sowie von Obergrenzen für die Zahl der Be-

förderungssämter (sog. EinstufHöGrV) ist alle drei Jahre nach der erstmalig am 06. Dezember 2004 erfolgten Veröffentlichung der betreffenden Punktwerte eine Neuberechnung vorzunehmen.

Am 15. September 2010 wurden durch das Bundesversicherungsamt zum dritten Mal die betreffenden Punktwerte für die Berufsgenossenschaften auf der Grundlage der zugrunde zu legenden Zahlenwerte der Jahre 2007 bis 2009 veröffentlicht.

Als Ergebnis der Neuberechnung ist festzustellen, dass die Höchstgrenzen für die Besoldung der Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer der bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger aller bereits vor der letzten Neuberechnung im Jahre 2007 bestehenden Träger unverändert geblieben sind. Fusionsbedingt reduzierte sich im Übrigen - wie bereits bei der letzten Neuberechnung im September 2007 - die Anzahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften weiter. Infolge der nach der EinstufHöGrV festgelegten Kriterien - z.B. Zahl der Mitgliedsunternehmen oder entsprechende Fallzahlen - führte die weitere Entwicklung nun dazu, dass die Besoldungsgruppe B 6 als Höchstgrenze im Falle aller seit der letzten Neuberechnung durch Vereinigung der neu entstandenen gewerblichen Berufsgenossenschaften erreicht wurde.

Umsetzung der Fusionen der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Wie bereits in Abschnitt 3.3 dargestellt, sollte die Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften gemäß § 222 Abs. 1 Satz 1 SGB VII bis zum 31. Dezember 2009 auf

9 reduziert werden. Unter Beteiligung des Bundesversicherungsamtes konnte im Rahmen seiner Mitwirkungs- und Beratungsfunktion zum 01. Januar 2010 die Zahl zunächst auf 13 gewerbliche Berufsgenossenschaften verringert werden. Zum 01. Januar 2011 reduzierte sich diese sodann - wie vom Gesetzgeber als Zielvorgabe festgelegt - auf 9 Träger.

Gemäß § 222 Abs. 4 Satz 1 SGB VII hat der Gesetzgeber hinsichtlich der fusionsbedingten Ziele weiter bestimmt, dass die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. auf eine Verminderung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften hinwirken soll. Auch wenn er damit davon abgesehen hat, eine ausdrückliche Vorgabe für die Höhe der erwarteten fusionsbedingten Einsparungen festzulegen, wird vom Bundesversicherungsamt eine mittel- bis langfristige Verringerung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten in Höhe von 10% erwartet.

6.4 Organisation - Datenverarbeitung

Gesetzliche Änderungen im Bereich des Sozialdatenschutzes und deren Auswirkungen auf die Aufsichtspraxis (insbesondere im Hinblick auf die verschärften Anforderungen an eine Auftragsdatenverarbeitung gem. § 80 SGB X)

Durch Artikel 5 des Dritten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (vom 5. August 2010) wurden u. a. die Vorschriften über den Sozialdatenschutz verschärft und an die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes angepasst (vgl. Gesetz zur Änderung

datenschutzrechtlicher Vorschriften vom 14. August 2009, BGBl. I, S. 2814).

Die Änderungen traten am 11. August 2010 in Kraft und wirken sich auch auf die Aufsichtspraxis des Bundesversicherungsamtes aus. Insoweit wurden alle bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger (SVT) in einer E-Mail vom 24.08.2010 auf vier wesentliche Änderungen hingewiesen: Die erweiterten Anforderungen an die Auftragsdatenverarbeitung (§ 80 SGB X), die neuen Informationspflichten (§ 83a SGB X), die erweiterten Bußgeldtatbestände (§ 85 SGB X) sowie die Erweiterung der technischen Maßnahmen zum Datenschutz (Anlage zu § 78a SGB X). Vor allem zu den neuen Anforderungen an die Auftragsdatenverarbeitung hat das Bundesversicherungsamt viele Rückfragen erhalten. Im Hauptfokus dieser Rückfragen stand dabei insbesondere die Ausgestaltung der Prüferfordernisse. Der Auftraggeber wird nun explizit verpflichtet, sich erstmals vor Beginn der Datenverarbeitung und sodann regelmäßig von der Einhaltung der beim Auftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu überzeugen und das Ergebnis der Prüfungen zu dokumentieren (§ 80 Abs. 2 Satz 4 SGB X). Wie diese Prüfungen ausgestaltet sein müssen, ist nicht vorgegeben.

Der Gesetzgeber lässt beispielsweise offen, inwieweit die Prüfungen vor Ort oder auch auf Basis von Dokumenten, Fragebögen, Zertifikaten bzw. Prüfergebnissen Dritter erfolgen können. Grundsätzlich sind alle Prüfformen denkbar, wobei sich in der Praxis wohl eine Kombination aus beiden als verhältnismäßig herausstellen dürfte. Auch

spricht aus Sicht des Bundesversicherungsamtes nichts dagegen, die Prüfungen durch eine Gemeinschaft von mehreren Auftraggebern durchzuführen. Im Ergebnis muss sich jeder einzelne Auftraggeber in geeigneter Weise davon überzeugt haben, dass die getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen eingehalten werden. Wie diese Überzeugung zustande kommt, ist vom Auftraggeber, der schließlich auch die Verantwortung für die Auftragdatenverarbeitung trägt, selbst zu entscheiden und nachvollziehbar zu dokumentieren.

Auch hinsichtlich der Prüfintervalle gab es erhebliche Unsicherheit. Die Vorschrift enthält zwei Vorgaben zur zeitlichen Dimension: Vor Beginn der Datenverarbeitung und sodann regelmäßig (§ 80 Abs. 2 Satz 4 SGB X). Die erste Vorgabe ist klar und unproblematisch. Was aber die Regelmäßigkeit anbelangt, ist die Erforderlichkeit wiederum nach dem Einzelfall zu bestimmen. Hierzu sollten von der Kasse Bewertungskriterien erarbeitet werden, die eine nachvollziehbare Risikoabwägung ermöglichen (z. B. Schutzbedarf der Daten, zeitliche Bindung, Bedeutung für die Infrastruktur).

Letztlich war auch fraglich, ob der Datenschutzbeauftragte die Prüfung eigenständig durchführen muss. Dies ist in § 80 Abs. 2 SGB X nicht explizit vorgesehen. Vielmehr wird allgemein auf den Auftraggeber abgestellt. Das Bundesversicherungsamt vertritt jedoch die Auffassung, dass der Datenschutzbeauftragte des Auftraggebers die geeignete Stelle für eine abschließende Zulässigkeitsprüfung ist, in der die Einzelaspekte zu den vielfältigen Anforderungen des § 80 SGB X im Gesamtzusammenhang

beurteilt werden. Schließlich obliegt es dem Datenschutzbeauftragten, die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften im Unternehmen bzw. in der Behörde sicherzustellen (§ 4g BDSG). Hierzu gehört auch, dass er bei der Auswahl eines Auftragnehmers, der Daten im Auftrag verarbeiten soll, regelmäßig zu beteiligen ist (vgl. Gola/Schomerus, Kommentar zum BDSG, 8. Auflage 2005, § 11, Rn. 22). Vor diesem Hintergrund ist auch die Anmerkung in der eingangs angeführten E-Mail an alle Sozialversicherungsträger zu verstehen. Zur zeitnahen Bearbeitung der Anzeigen gem. § 80 Abs. 3 SGB X wird es für sachdienlich gehalten, wenn dem Bundesversicherungsamt gegenüber eine solche Schlussprüfung durch den Datenschutzbeauftragten auch zum Ausdruck kommt.

6.5 Allgemeines Aufsichtsrecht

Aufsichtsrechtliche Begleitung der Sanierung der City BKK

Die City BKK geriet 2010 in finanzielle Schieflage, die zu einer Anzeige der Überschuldung beim Bundesversicherungsamt führte.

Unter aufsichtsrechtlicher Begleitung durch das Bundesversicherungsamt hatte sich die überwiegende Zahl der Betriebskrankenkassen bereit erklärt, der City BKK Hilfeleistungen nach § 265b SGB V zu gewähren, um eine durch Sanierungsmaßnahmen begleitete Entschuldung zu ermöglichen, die Leistungsunfähigkeit der Kasse zu verhindern und damit einen akuten Haftungsfall für den Haftungsverbund der Betriebskrankenkassen zu vermeiden.

Hierzu waren durch das Bundesversicherungsamt das Sanierungskonzept und die Formulierung der zwischen der jeweiligen hilfeleistenden Betriebskrankenkasse und der City BKK zu schließenden Verträge u.a. mit der BKK-Bundesverbands GbR und dem GKV-Spitzenverband abzustimmen.

Um die Einhaltung der Hilfevereinbarungen zu überwachen, musste der Verwaltungsrat der City BKK einen Sanierungsbeirat als beratenden Ausschuss einrichten und in der Satzung verankern.

Mitglieder des Sanierungsbeirates waren ein Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, bis zu vier Vertreter der Hilfe gewährenden Krankenkassen, der Vorstand der City BKK und die alternierenden Verwaltungsratsvorsitzenden. Das Bundesversicherungsamt nahm beratend teil.

Der Sanierungsausschuss erarbeitete Vorschläge zu Sanierungs- und Entschuldungsmaßnahmen. Vorschläge, die der Sanierungsausschuss mit Mehrheit beschlossen hat, konnten vom Verwaltungsrat nur einstimmig abgelehnt werden.

Trotz umfangreicher Bemühungen aller Beteiligten war die Sanierung der City BKK jedoch nicht erfolgreich. Im ersten Quartal 2011 wurde ersichtlich, dass die im Sanierungskonzept vorgesehenen Einsparungen nicht in vollem Umfang erreicht werden konnten. Außerdem waren erhebliche Mitgliederverluste zu verzeichnen, die deutlich über den im Sanierungskonzept zugrunde gelegten Erwartungen lagen. Da die dauerhafte Leistungsfähigkeit der City BKK nicht mehr gesichert war, hat das Bundes-

versicherungsamt entschieden, die Kasse zum 30. Juni 2011 zu schließen.

Schornsteinfegerversorgungsanstalt: (Rechtsstreit wegen Beitragshöhe)

Die Versorgungsanstalt der deutschen Bezirksschornsteinfegermeister (VdBS) ist eine bundesunmittelbare Anstalt des öffentlichen Rechts mit der Aufgabe, ihren Mitgliedern und deren Hinterbliebenen eine Zusatzversorgung zu gewähren. Die im Umlageverfahren erhobenen Beiträge der aktiven Mitglieder finanzieren zusammen mit den Erträgen aus den Vermögensanlagen die Versorgungsleistungen.

Zu den Aufgaben des Bundesversicherungsamtes im Rahmen seiner Aufsichtsfunktion über die VdBS gehört insbesondere die Genehmigung der von der Vertreterversammlung getroffenen Beschlüsse zur Höhe der Beiträge für das Folgejahr.

Im Juli 2008 hatte die Vertreterversammlung der VdBS vor dem Hintergrund der Neuregelungen für den Berufsstand durch das Schornsteinfegerhandwerksgesetz (SchfHwG) beschlossen, die Beiträge für das Jahr 2009 gegenüber den Vorjahresbeiträgen abzusenken. Diesen Absenkungsbeschluss hatte das Bundesministerium der Finanzen im September 2008 als damals zuständige Aufsichtsbehörde nicht genehmigt, weil ansonsten die Finanzierung der VdBS langfristig nicht gesichert sei. Gegen die Nichtgenehmigung des Beschlusses der Vertreterversammlung erhob die Bayerische Versorgungskammer als geschäftsführende Stelle der VdBS im Oktober 2008 vor dem Verwaltungsgericht Berlin Klage.

Mit Urteil vom 5. Juni 2009 gab das Verwaltungsgericht der Klage der Bayerischen Versorgungskammer statt (Az.: VG 4 K 4.09 Berlin).

Hiergegen hatte das Bundesversicherungsamt, als nunmehr zuständige Aufsichtsbehörde, im Juli 2009 beim Oberverwaltungsgericht (OVG) Berlin-Brandenburg Berufung eingelegt. Die Berufung war erfolgreich. Mit Urteil vom 14. Dezember 2010 hat das OVG die erstinstanzliche Entscheidung des Verwaltungsgerichts Berlin aufgehoben und die Klage der VdBS abgewiesen. In seiner Urteilsbegründung führt das OVG aus, dass die Versagung der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde rechtmäßig war und die VdBS daher keinen Anspruch auf die Genehmigung des Beitragsabsenkungsbeschlusses für das Jahr 2009 hat. In den maßgeblichen Entscheidungsgründen führt das Gericht weiter aus, dass die Aufsichtsbehörde eine inhaltliche Überprüfung des Beschlusses vornehmen darf und die Autonomie der VdBS und ihrer Organe darauf beschränkt ist, die Beitragsbemessung nur gemeinsam mit der Aufsichtsbehörde rechtsgültig festlegen zu können. Weiterhin stellt das OVG fest, dass die VdBS die Nachhaltigkeit der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe der Zusatzversorgung nicht nur gegenüber den Leistungsempfängern, sondern auch gegenüber dem Bund als ihrem Gewährträger zu gewährleisten hat. Eine Revision hat das OVG nicht zugelassen (Az.: OVG 1 B 33.09). Hiergegen hat die VdBS Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt.

6.6 Vermögenswirtschaft

Genehmigungen und Anzeigen von Vermögensanlagen

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

Im Jahre 2010 wurde ein Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 18,1 Millionen € genehmigt bzw. angezeigt:

Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger			
Anlagegegenstand	Anlagevolumen in Millionen €		
	2008	2009	2010
Genehmigungen:			
Darlehen	14,5	12,1	1,6
Grunderwerbe	-	8,3	0,7
Baumaßnahmen	42,3	28,8	4,8
Anzeigen:			
Beteiligungen	28,9	28,5	8,5
Baumaßnahmen	26,9	-	2,5
Summe	112,6	77,7	18,1

Weitere 25 Bauanträge und Bauanzeigen mit einem Gesamtvolumen von 807 Millionen € liegen dem Bundesversicherungsamt noch zur Bearbeitung vor.

Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen seiner baufachlichen und bauwirtschaftlichen Prüfung von Bauvorhaben durchschnittlich fünf Prozent der von den Sozialversicherungsträgern veranschlagten Gesamtbaukosten als Einsparpotential aufgezeigt und damit zum wirtschaftlichen und sparsamen Mitteleinsatz der Sozialversicherungsträger beigetragen.

In den einzelnen Maßnahmenbereichen wurden 2010 insgesamt 184 Vorgänge bearbeitet (2009: 279 Vorgänge; 2008: 286 Vorgänge; 2007: 137 Vorgänge):

- Genehmigungen von Darlehen: 126
- Genehmigungen von Grunderwerben: 1
- Genehmigungen von Baumaßnahmen: 7
- Anzeigen von Zuschüssen: 48
- Anzeigen von Baumaßnahmen 2

Im Jahr 2010 hat das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über insgesamt 39 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von rd. 341 Millionen € geführt (2009: 42 laufende Projekte mit 370 Millionen € Volumen; 2008: 40 laufende Projekte mit 378 Millionen € Volumen). Bei acht Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt 36,4 Millionen € hat das Bundesversicherungsamt die Abschlussberichte geprüft (2009: sechs Projekte mit 22 Millionen € Volumen; 2008:

13 Projekte mit 89 Millionen € Volumen).

Prüfung der Geldvermögensanlagen

Die Auswertung der liquiden Vermögensanlagen der 111 bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger wurde im Herbst 2010 zum zweiten Mal durchgeführt. Wie in der Vorjahresauswertung betraf das Hauptaugenmerk der Erhebung die Bereiche „Einlagensicherung“ und „Klumpenrisiko“. Im Rahmen der Einlagensicherung wurde geprüft, ob auf Ebene des einzelnen Sozialversicherungsträgers die individuellen Einlagensicherungsgrenzen der verschiedenen Sicherungseinrichtungen der Bankensysteme eingehalten wurden. Im Kontext des „Klumpenrisikos“ stand die Verteilung der liquiden Geldvermögensanlagen auf die verschiedenen Kreditinstitute im Fokus der Prüfung. Das Klumpenrisiko ist umso höher, je mehr Anlagemittel zu einem bestimmten Fälligkeitszeitpunkt bei einer einzigen Bank konzentriert sind.

Insgesamt verfügten die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger zum Stichtag am 30. September 2010 über ein Geldvermögen in Höhe von ca. 37,4 Milliarden Euro (Vorjahr 35,8 Milliarden Euro), das die Träger zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit, insbesondere zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen vorhalten. Das Geldvermögen teilte sich wie folgt auf die verschiedenen Anlageklassen auf: Der überwiegende Teil des Geldvermögens in Höhe von 82,7 Prozent (ca. 31,0 Milliarden Euro / Vorjahr ca. 29,8 Milliarden Euro) wurde in Einlagen (Girokonten, Tages- und Termingelder) investiert. Mit einem Anteil von 9,4 Prozent (ca. 3,5 Milliarden Euro

/ Vorjahr ca. 3,6 Milliarden Euro) lagen die Wertpapiersondervermögen (Investmentfonds) deutlich vor den Wertpapieren (Staatsanleihen, Pfandbriefe, Schuldverschreibungen u.a.) mit einem Anteil von 7,8 Prozent (ca. 2,9 Milliarden Euro / Vorjahr ca. 2,4 Milliarden Euro). Die Anlageklasse „Sonstiges“ diente mit einem Anteil von ca. 0,1 Prozent (ca. 30,5 Millionen Euro / Vorjahr ca. 15,2 Millionen Euro) lediglich als Hilfsposten für Geldvermögen, die sich keiner anderen Anlageklasse eindeutig zuordnen ließen (z.B. Genossenschaftsanteile).

Anlagekategorie	Geldanlagen	
	in Mio. €	in %
Einlagen	30.953,9	82,7
Sondervermögen	3.514,5	9,4
Wertpapiere	2.937,1	7,8
Sonstiges	30,5	0,1
Gesamt	37.436,0	100,0

Die Auswertung lieferte wichtige Erkenntnisse über das Anlageverhalten der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger: Alle Sozialversicherungsträger haben die vorgegebenen Einlagensicherungsgrenzen der jeweiligen Sicherungseinrichtungen eingehalten. Nur in Einzelfällen stellte das Bundesversicherungsamt im Rahmen der getätigten Geldanlagen sogenannte „Klumpenrisiken“ fest. Das Bundesversicherungsamt hat mit einem Rundschreiben alle bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger über die Risiken informiert, die mit einer konzentrierten Geldanlage auf ein (oder wenige) Kreditinstitut(e) verbunden sind.

7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS

7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS

7.1 Allgemeines / Verfahren

Wie bereits in Abschnitt 1.1 dargestellt, ist die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem 1. Januar 2009 neu geregelt. So werden die Beitragseinnahmen aus dem bundesweit einheitlichen allgemeinen Beitragssatz nicht mehr von den Krankenkassen, sondern vom Bundesversicherungsamt als Sondervermögen, dem Gesundheitsfonds, verwaltet. Die Krankenkassen sind zwar weiterhin zuständig für den Einzug der Beiträge, leiten die eingezogenen Krankenversicherungsbeiträge jedoch arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. Zur Finanzierung ihrer Ausgaben erhalten sie Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und müssen, falls diese nicht ausreichen, Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern erheben. Erzielen sie dagegen Überschüsse, können sie Prämien auszahlen.

Nach der Definition des Gesetzes ist der Gesundheitsfonds das beim Bundesversicherungsamt verwaltete Sondervermögen. Nach allgemeinem Verständnis gelten jedoch auch die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und die Berechnung der Zuweisungen als Bestandteile des Gesundheitsfonds. Allerdings wurde die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unabhängig von der Einführung des Gesundheitsfonds bereits im Jahr 2001 gesetzlich verankert.

Seit dem 1. Januar 2009 erhalten die Kran-

kenkassen nunmehr aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Finanzierung ihrer Ausgaben. Dabei ist zwischen

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

zu unterscheiden.

Die Zuweisungen für Pflichtleistungen werden dabei durch den Risikostrukturausgleich angepasst, um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung zu tragen. Mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen alle gesetzlichen Krankenversicherungsträger am Risikostrukturausgleich teil.

Grundgedanke des Risikostrukturausgleiches ist es, die Ungleichverteilung der Morbiditätsrisiken und der Familienlasten zwischen den Krankenkassen aufzuheben.

Seit dem Jahr 2009 wird der bisherige Risikostrukturausgleich um Morbiditätszuschläge für 80 Krankheiten ergänzt. Die

Morbidität der Versicherten wird dabei auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen erfasst. Jede Krankenkasse erhält nun für jeden Versicherten eine Grundpauschale, die durch ein System alters-, geschlechts- und risikoadjustierter Zu- und Abschläge an den konkreten Beitragsbedarf angepasst wird. Durch die Zuweisungssystematik des Gesundheitsfonds entfällt die Notwendigkeit eines Finanzkraftausgleichs, der Bestandteil des Alt-RSA war.

Die Berechnung der kasseneinheitlichen Werte ist in den Festlegungen gem. § 31 Abs. 4 RSAV vorgegeben. So hatte das Bundesversicherungsamt die Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2010 bis zum 30. September 2009 zu treffen. Das waren insbesondere die Festlegung der im RSA zu berücksichtigen Krankheiten, Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge. Bei diesen Fragen wird das Bundesversicherungsamt vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beraten. Dem Beirat gehören Prof. Dr. Saskia Drösler, Prof. Dr. Joerg Hasford, Dr. Bärbel-Maria Kurth, Prof. Dr. Marion Schaefer, Prof. Dr. Jürgen Wasem (Vorsitzender) und Prof. Dr. Eberhard Wille an.

Der Unterstützung des Verfahrens dient auch der Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt. Der Schätzerkreis hat die Aufgabe, unter anderem auf Basis amtlicher Statistiken die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenver-

sicherung des laufenden Jahres zu bewerten und auf dieser Grundlage eine Prognose über den erforderlichen Beitragsbedarf des jeweiligen Folgejahres zu treffen. Der Schätzerkreis hatte mit seiner Expertise vom 6. Oktober 2009 die Entscheidung der Bundesregierung über die Beibehaltung der Höhe des erforderlichen allgemeinen Beitragssatzes für 2010 unterstützt. Gleichzeitig diente die Prognose des Schätzerkreises als Grundlage für die Feststellung der Grundpauschale 2010 durch das Bundesversicherungsamt.

7.2 RSA: Monatliches Verfahren und Strukturanpassungen (2010 und für 2009)

Gem. § 39 Abs. 1 RSAV ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisungen und führt den Zahlungsverkehr durch. Das Verfahren ist als monatliches Abschlagsverfahren, mit drei Strukturanpassungen und abschließendem Jahresausgleich vorgesehen.

Bereits Mitte November 2009 hatten die Krankenkassen den ersten Grundlagenbescheid für das Abschlagsverfahren 2010 erhalten, in dem die für sie ermittelten kassenindividuellen Werte, die ab 1. Januar 2010 als Grundlage für die Berechnung der monatlichen Zuweisungen dienen, festgestellt wurden.

Die Berechnung der individuellen Zuweisungen basiert gem. § 266 Abs. 6 SGB V auf kasseneinheitlichen Werten (z.B. der Grundpauschale, der Höhe der einzelnen alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge, der standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten,

der standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen, etc.), die jährlich bekannt zu geben sind. Diese Berechnungswerte für 2010 hatte das Bundesversicherungsamt bereits mit der „5. Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds“ am 23. November 2009 veröffentlicht. So wurde die Grundpauschale je Versicherten für 2010 mit monatlich knapp 195 Euro ermittelt. 2009 betrug diese noch rund 186 Euro.

Gemäß § 40 Abs. 1 bzw. § 41 Abs. 2 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sind die Zuweisungen um die Differenz zwischen den im Schätzerkreis geschätzten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und den geschätzten Ausgaben der GKV bzw. der Höhe der standardisierten Leistungsausgaben zu verändern. Diese Veränderung der Zuweisungen wird nicht nach Versichertenzahl, sondern nach Mitgliederzahl bei jeder Krankenkasse berücksichtigt.

Monatliche Zuweisungen

Die Grundlagenbescheide im Zuweisungsverfahren enthalten für jede Krankenkasse die individuellen Einzel- und Gesamtsummen der alters- und geschlechtsadjustierten Zu- und Abschläge für die 40 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG), der risikoadjustierten Zuschläge für sechs Erwerbsminderungsgruppen (EMG), der risikoadjustierten Zuschläge für die 112 hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG), der Krankengeldzuschläge sowie der Zuschläge für Auslandsversicherte detailliert aufgeschlüsselt.

Die Grundlagenbescheide werden durch monatliche Zuweisungsbescheide über die der Krankenkasse zustehenden Zuweisun-

gen aus dem Gesundheitsfonds ergänzt. Die monatlichen Zuweisungsbescheide basieren auf den jeweils für diesen Zeitraum gültigen Grundlagenbescheiden mit den kassenindividuellen Kenngrößen. Mitgliederbewegungen werden anhand der Mitgliederstatistik des Vormonats nachvollzogen. Die Auszahlungen aus dem Gesundheitsfonds beginnen jeweils zum 16. des entsprechenden Monats und werden spätestens bis zum 15. des Folgemonats vollständig erfüllt (siehe Abschnitt 7.5).

Im Rahmen der Strukturanpassungen am 31. März 2010 und am 30. September 2010 waren die kassenindividuellen Kenngrößen der Grundlagenbescheide an aktuellere Versichertenstrukturen anzupassen. Ebenso wurden kurzfristige Änderungen der Rechtsvorschriften umgesetzt. Die neuen Grundlagenbescheide dienen nicht nur als Grundlage für die Zuweisungsbescheide zukünftiger Monate, sondern auch für die abgelaufenen Monate des jeweiligen Jahres. So erhielt jede Krankenkassen in 2010 neben den zwölf monatlichen Zuweisungsbescheiden zusätzlich im Rahmen der Strukturanpassungen zwei Korrekturbescheide über die Zuweisungen 2010 aus dem Gesundheitsfonds sowie einen Korrekturbescheid über die Zuweisungen 2009.

Die folgende Tabelle zeigt die Zuweisungen 2010 einschließlich erster und zweiter Strukturanpassung auf. Die Zuweisungen 2010 wurden nochmals im Rahmen der dritten Strukturanpassung im März 2011 und werden endgültig im Rahmen des Jahresausgleichs bis Ende 2011 angepasst.

Kassenart	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2010 (einschließlich 1. und 2. Strukturanpassung)						
	für Pflichtleistungen	Konvergenz §272	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 40 RSAV	Gesamt
AOK	63,1 Mrd. €	0 Mrd. €	3,7 Mrd. €	0,455 Mrd. €	0,452 Mrd. €	-1,4 Mrd. €	66,2 Mrd. €
BKK	27,0 Mrd. €	0 Mrd. €	1,8 Mrd. €	0,248 Mrd. €	0,143 Mrd. €	-0,7 Mrd. €	28,5 Mrd. €
VdEK	55,9 Mrd. €	0 Mrd. €	3,5 Mrd. €	0,466 Mrd. €	0,317 Mrd. €	-1,4 Mrd. €	58,8 Mrd. €
IKK	10,3 Mrd. €	0 Mrd. €	0,7 Mrd. €	0,101 Mrd. €	0,052 Mrd. €	-0,3 Mrd. €	10,8 Mrd. €
KBS	5,7 Mrd. €	0 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,032 Mrd. €	0,043 Mrd. €	-0,1 Mrd. €	6,0 Mrd. €
GKV	162,0 Mrd. €	0 Mrd. €	9,9 Mrd. €	1,301 Mrd. €	1,008 Mrd. €	-3,9 Mrd. €	170,3 Mrd. €

Vorbereitende Arbeiten für das Jahr 2011

Daneben waren in 2010 vorbereitende Arbeiten für das Ausgleichsjahr 2011 umzusetzen: Das sind insbesondere die Überprüfung und Anpassung der Festlegungen gem. § 31 Abs. 4 RSAV (im RSA zu berücksichtigende Krankheiten, Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungungsverfahren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge) bis zum 30. September 2010. Die Grundpauschale 2011 konnte wegen der zum 01. Januar 2011 in Kraft tretenden Änderungen durch das GKV-Finanzierungsgesetz erst mit „Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2011“ am 5. Januar 2011 mit rund 203 Euro pro Monat bekannt gegeben werden. Ebenso durften die Grundlagenbescheide über die kassenindividuellen Kenngrößen für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2011 erst im Januar 2011 an die Krankenkassen versandt werden.

7.3 Jahresausgleich 2009

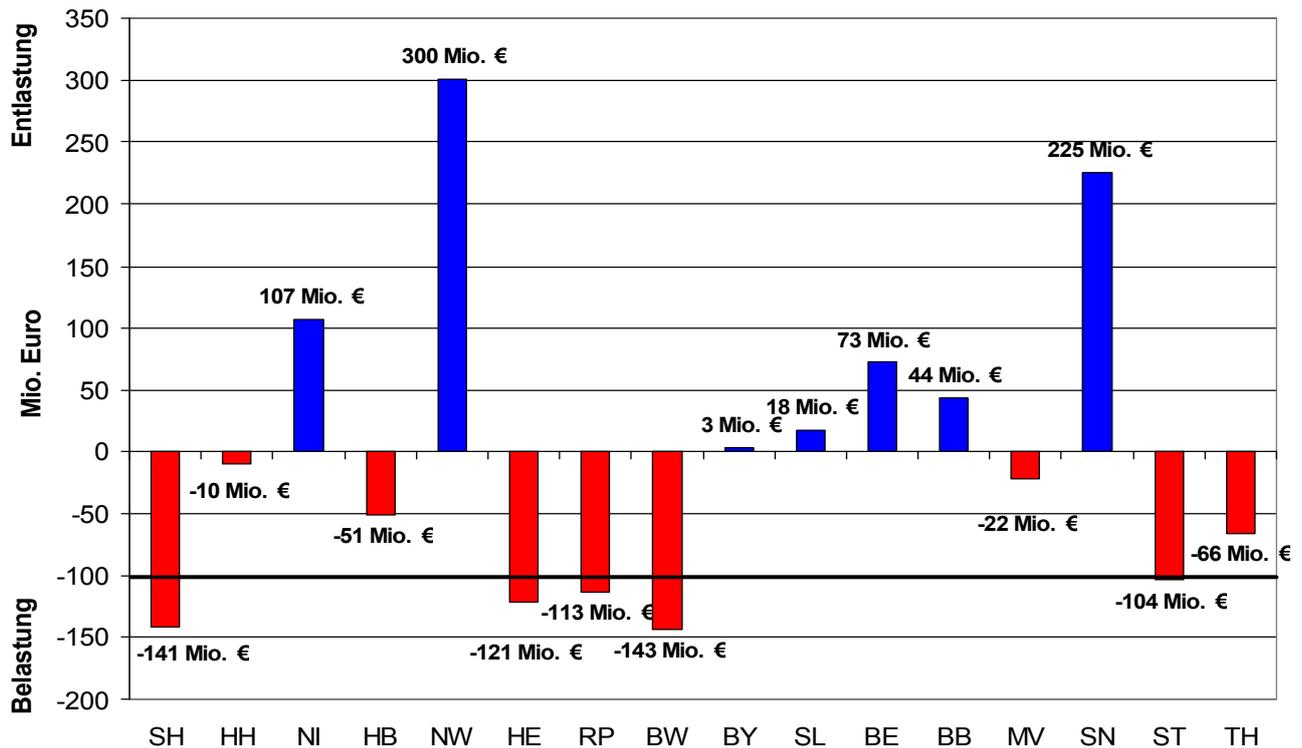
Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2009 der Krankenkassen wurden - wie vorgesehen - im November

2010 die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) im Jahresausgleich 2009 endgültig festgestellt und der Ausgleichsbetrag für Zuweisungen 2009 unter Anrechnung der im monatlichen Verfahren ausgezahlten Abschlagszahlungen festgesetzt. Insgesamt wurden den Krankenkassen 166,8 Mrd. Euro zugewiesen. Hinzu kamen 121,3 Mio. Euro aufgrund der sogenannten „Konvergenzklausel“, die übermäßige regionale Belastungen vermeiden soll. Diesen Zuweisungen standen Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von 166,2 Mrd. Euro gegenüber. Die Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten kann der folgenden Übersicht entnommen werden.

Kassenart	Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2009						
	für Pflichtleistungen	Konvergenz §272	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen - Pandemie	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 41 RSAV	Gesamt
AOK	59,8 Mrd. €	0,041 Mrd. €	3,2 Mrd. €	0,426 Mrd. €	0,410 Mrd. €	0,230 Mrd. €	64,1 Mrd. €
BKK	26,3 Mrd. €	0,024 Mrd. €	1,6 Mrd. €	0,240 Mrd. €	0,130 Mrd. €	0,125 Mrd. €	28,4 Mrd. €
VdEK	53,4 Mrd. €	0,046 Mrd. €	3,0 Mrd. €	0,442 Mrd. €	0,285 Mrd. €	0,241 Mrd. €	57,5 Mrd. €
IKK	10,3 Mrd. €	0,009 Mrd. €	0,6 Mrd. €	0,099 Mrd. €	0,048 Mrd. €	0,052 Mrd. €	11,2 Mrd. €
KBS	5,4 Mrd. €	0,001 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,030 Mrd. €	0,039 Mrd. €	0,018 Mrd. €	5,7 Mrd. €
GKV	155,3 Mrd. €	0,121 Mrd. €	8,7 Mrd. €	1,237 Mrd. €	0,912 Mrd. €	0,667 Mrd. €	166,9 Mrd. €

Im Rahmen des Jahresausgleichs 2009 wurden auch die landesbezogenen Erhöhungen der Zuweisungen (§ 272 SGB V) neu ermittelt. Hierbei handelt es sich um die sog. Konvergenzklausel, mit der sichergestellt wird, dass die Belastungen aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Bundesland tätigen Krankenkassen den Betrag von 100 Millionen Euro pro Jahr nicht überschreiten. Für das Jahr 2009 wurden entsprechende Überschreitungen in den Bundesländern Schleswig-Holstein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt festgestellt. Um die Belastungen zu reduzieren, wurden die Zuweisungen an die Krankenkassen für Versicherte mit Wohnsitz in diesen Ländern um insgesamt 121 Millionen Euro angehoben. Diese Mittel wurden zu Lasten der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Die für die in den einzelnen Bundesländern tätigen Krankenkassen festgestellten Be- und Entlastungen können der folgenden Übersicht entnommen werden.

Konvergenzklausel im Jahresausgleich 2009



Die Zuweisungen von 166,9 Mrd. Euro dienen zu 93,6 % der Deckung der standardisierten Leistungsausgaben, zu 5,4 % der Deckung der Verwaltungsausgaben und zu 0,5 % der Deckung von Satzungs- und Ermessensleistungen. Die Konvergenzmittel machten 0,1 % der Zuweisungen aus. Der Rest (0,4 %) wurde als mitgliederbezogene Erhöhung der Zuweisungen ausgezahlt, denen im Jahr 2009 keine Ausgaben gegenüberstanden.

Im Übrigen wurden im Jahresausgleich 2009 nicht nur die Zuweisungen für das Ausgleichsjahr 2009 neu ermittelt, sondern auf Grundlage von neuen Datenmeldungen der Krankenkassen auch Korrekturen für die vorangegangenen Jahresausgleiche im Risikostrukturausgleich (Jahre 2003 bis 2008) und Risikopool (Jahre 2002 bis 2008) durchgeführt. Die finanziellen Gesamtwir-

kungen stellen sich wie folgt dar:

Korrekturen für Vorjahre im Jahresausgleich 2009		
Kassenart	Risiko- strukturausgleich	Risikopool
AOK	-37,0 Mio. €	5,7 Mio. €
BKK	-47,0 Mio. €	-9,6 Mio. €
VdEK	162,0 Mio. €	5,5 Mio. €
IKK	-22,4 Mio. €	-6,2 Mio. €
KBS	-55,4 Mio. €	4,7 Mio. €

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

7.4 Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Grundlage für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind umfangreiche Datenmeldungen der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt, die die im Rahmen der Abrechnungen erfassten ärztlichen

Diagnosen und Arzneimittelverordnungen umfassen. Mit Einführung des § 273 SGB V im Jahr 2009 bekam das Bundesversicherungsamt die Aufgabe, die Zulässigkeit dieser Morbiditätsdaten zu überprüfen. Das dreistufige Verfahren, das die Verwendung manipulierter Daten im RSA verhindern soll, ist für die Diagnosedaten aus der ambulanten Versorgung verpflichtend vorgeschrieben. Die drei Stufen setzen sich aus Auffälligkeitsprüfungen, Einzelfallprüfungen sowie der Erhebung eines Korrekturbetrages zusammen.

Im Jahr 2010 hat das Bundesversicherungsamt erstmals die für das Jahr 2008 von den Krankenkassen gemeldeten Diagnosen aus dem ambulanten Sektor einer kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung unterzogen. Insgesamt 43 Kassen, deren Datenmeldungen statistische Auffälligkeiten zeigten, wurden im Rahmen von Einzelfallprüfungen – teils mehrfach – zu Stellungnahmen aufgefordert. Von zwei Fällen abgesehen, die am Ende des Jahres 2010 noch nicht abgeschlossen waren, konnten sich die betroffenen Kassen vom Vorwurf der Manipulation entlasten. Die bei Nachweis einer manipulierten Datenmeldung im § 273 SGB V vorgesehene finanzielle Sanktion, der sog. Korrekturbetrag, musste daher bislang noch gegen keine Kasse verhängt werden. Die Auffälligkeitsprüfungen nachfolgender Datenmeldungen, auch solcher aus dem stationären Sektor, sollen im Jahr 2011 kontinuierlich fortgeführt werden.

7.5 Zahlungsströme im Gesundheitsfonds

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

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

Täglicher Auszahlungsbetrag der Krankenkasse X

= tägliche Einnahmen der Gesundheitsfonds

* monatlicher Zuweisungsbetrag der Krankenkasse X

/ Summe der monatlichen Zuweisungsbeträge aller Krankenkassen

Die konkrete Höhe der täglichen Zuweisungen hängt von der Höhe der täglichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und somit von den Fälligkeitsterminen der verschiedenen Beitragsarten und des Bundeszuschus-

ses ab. Die arbeitstägliche höchste Zuweisung erfolgte im Jahr 2010 am 26. November mit rd. 4,056 Mrd. €.

Der monatliche Zuweisungsanspruch der Krankenkassen wird spätestens bis zum 15. des Folgemonats erfüllt. Infolge der positiven Wirtschaftsentwicklung 2010 und des zusätzlichen Bundeszuschusses zum Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen (§ 221a SGB V) konnte der Gesundheitsfonds im vergangenen Jahr die Auszahlung der monatlichen Zuweisungen stets vor dem 15. des Folgemonats abschließen. Ein vorgezogener Bundeszuschuss oder ein Liquiditätsdarlehen wurde nicht in Anspruch genommen.

Die im Gesundheitsfonds vorhandene Liquiditätsreserve floss damit monatlich vollständig den Krankenkassen zu.

Neben den monatlichen Zuweisungen hat der Gesundheitsfonds im Jahr 2010 die vier Strukturanpassungen (siehe Abschnitt 7.2) und den Jahresausgleich 2009 (siehe Abschnitt 7.3) abgewickelt. Im Rahmen der Strukturanpassungen werden die monatlichen Zuweisungen unter Berücksichtigung aktueller Datenmeldungen neu berechnet. Übersteigen die Neuberechneten monatlichen Zuweisungen die bisher festgesetzten Beträge, leistet der Gesundheitsfonds den überschießenden Betrag an die Krankenkasse. Umgekehrt ist der Unterschiedsbetrag von der Krankenkasse an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Gleiches gilt für den Jahresausgleich: Nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Verfahren teilnehmenden Krankenkassen werden die Zuweisungen

für das abgelaufene Kalenderjahr neu ermittelt und der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds abgeführt bzw. vom Gesundheitsfonds an die Krankenkasse geleistet. Im Unterschied zu den monatlichen Zuweisungen, die der Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen leistet, gibt es in den Strukturanpassungen und dem Jahresausgleich sowohl Zahler- als auch Empfänger-kassen.

	3. Strukturanpassung 2009	1.Strukturanpassung 2010	Zusätzliche Strukturanpassung 2010
Fälligkeit	30.04.2010	30.04.2010	30.07.2010
Verpflichtung_GF (+)	494.764.198,85	89.472.806,98	2.392.778.875,52
Empfängerkassen (Anzahl)	64	88	157
Forderung_GF (-)	-280.895.711,72	-152.070.959,44	0,00
Zahlerkassen (Anzahl)	110	69	0
Saldo	213.868.487,13	-62.598.152,46	2.392.778.875,52
	2.Strukturanpassung 2010	Jahresausgleich 2009	
Fälligkeit	29.10.2010	30.11.2010	01/11-12/11 ⁽¹⁾
Verpflichtung_GF (+)	286.709.795,31	1.498.830.795,83	
Empfängerkassen (Anzahl)	72	141	
Forderung_GF (-)	-296.687.642,43	-323.940.141,56	-642.436.289,21
Zahlerkassen (Anzahl)	79	33	167
Saldo	-9.977.847,12	1.171.285.251,84	-642.436.289,21

⁽¹⁾ Ausgleichsverpflichtung aus § 272 SGB V (Rückzahlung zuviel erhaltener Zuweisungen aufgrund der sog. "Konvergenzklausel")

Der obigen Übersicht lassen sich die Zahlungsströme zwischen Gesundheitsfonds und den Krankenkassen im Rahmen der im Jahr 2010 abgewickelten Strukturanpassungen und des Jahresausgleichs 2009 entnehmen. Im Jahresausgleich 2009 gilt für die Rückzahlungsverpflichtung der Krankenkassen für zuviel erhaltene Zuweisungen aufgrund der sogenannten „Konvergenzklausel“ in Höhe von 642,4 Mio. € eine besondere Fälligkeitsregelung. Diese werden in zwölf gleichen Teilbeträgen jeweils zum ersten Bankarbeitstag eines Monats im Jahr 2011 fällig. Insoweit erstreckt sich die Abwicklung des Jahresausgleichs 2009 bis zum Dezember 2011.

Krankenkassen mit einer angespannten Liquiditätsslage können ihre Rückzahlungsverpflichtung aus einer Strukturanpassung oder dem Jahresausgleich über sechs Mona-

te strecken. Für den rückständigen Betrag haben die Krankenkassen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 % je Monat des rückständigen Betrags zu zahlen. Im Jahr 2010 haben mehrere Krankenkassen diese Möglichkeit in Anspruch genommen.

Im Berichtsjahr 2010 standen den Einnahmen des Gesundheitsfonds von rd. 174,6 Mrd. € Ausgaben von rd. 170,3 Mrd. € gegenüber. Dies führte zu einem Überschuss der Einnahmen von rd. 4,2 Mrd. € (s. Tabelle).

Vorraussichtliches Rechnungsergebnis 2010 des Gesundheitsfonds (lt. KV 45 4. Quartal 2010)	
Beitragseinnahmen	159.045.316.783
Sonstige Einnahmen (z.B. Bundeszuschuss)	15.537.361.567
Einnahmen gesamt	174.582.678.350
Zuweisungen an Krankenkassen	170.302.876.257
Verwaltungskosten (inkl. Minijob-Zentrale und DMP)	42.820.837
Überschuss der Einnahmen	4.236.981.256

In den Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds sind auch die Einzugskosten-Vergütung an die Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rd. 35,9 Mio. € und DMP-Vorhaltekosten in Höhe von rd. 2 Mio. € enthalten. Die „reinen“ Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds belaufen sich auf rd. 4,9 Mio. €.

Der Ausgabenüberschuss des Jahres 2009 in Höhe von rd. 2,5 Mrd. € wird lt. Kontenrahmen bei der Ermittlung der Höhe der Liquiditätsreserve nicht berücksichtigt, so dass diese zum 31. Dezember 2010 rd. 4,2 Mrd. € beträgt. Unter Berücksichtigung des Defizits des Jahres 2009 beträgt das Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds zum 31. Dezember 2010 rd. 1,7 Mrd. €.

7.6 Entwicklung der Beitragsrückstände

Das BVA als Verwalter des Gesundheitsfonds überwacht die Entwicklung der Beitragsrückstände in allen Zweigen der Sozialversicherung für den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (GSV-Beitrag). Die maßgeblichen Werte werden gegenüber den betroffenen Stellen und dem Bundesrechnungshof ausgewiesen. Ab dem Jahr 2011 wird zusätzlich auch der Bereich der sonstigen Beiträge in der Krankenversicherung entsprechend ausgewiesen.

Neben der Erfassung der maßgeblichen Kennziffern ist die Überwachung der Entwicklung eine zentrale Aufgabe des Bundesversicherungsamtes. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass durch das zum Jahr 2009 geänderte Finanzierungsmodell der GKV negative Auswirkungen auf den Beitragseinzug der Krankenkassen als Einzugsstellen, die zugunsten des Gesundheitsfonds nicht länger selbst Eigentümer der Krankenversicherungsbeiträge sind, befürchtet worden waren.

Diese Bedenken haben sich jedoch nicht bestätigt. Alle maßgeblichen Werte sind konstant. So liegt z.B. die monatliche Soll-Ist-Quote - das Verhältnis zwischen dem einzuziehenden und dem tatsächlich von der Einzugsstelle eingezogenen Beitrag - regelmäßig bei rund 99,5 vom Hundert und damit bei einem sehr guten Wert.

Durch die parallel laufenden Prüfungen (u.a. Einzugsstellenprüfungen nach § 28q

Abs. 1a SGB IV) und die kontinuierliche Überwachung des Beitragseinzugs und der -weiterleitung nach § 271a SGB V wird gewährleistet, dass der Sozialversicherung auch zukünftig keine vermeidbaren Beitragsverluste entstehen.

7.7 Prüfung der Beitragszahlung bei Direktzahlern

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds ist das Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Beitragszahlung der sog. Direktzahler berechtigt. Dies sind (abschließend aufgezählt in § 252 Abs. 2 Satz 1 SGB V) die Bundesagentur für Arbeit, die zugelassenen kommunalen Träger, die Künstlersozialkasse sowie die (ehemaligen) Bundesämter für Zivildienst und Wehrverwaltung. Da diese Aufgabe zuvor von den Krankenkassen wahrgenommen wurde, lag es nahe, ihre vorhandenen personellen und fachlichen Kompetenzen für die Prüfungen im Interesse des Gesundheitsfonds einzusetzen.

Mit Unterstützung des BKK-Landesverbandes Baden-Württemberg begannen im Berichtsjahr Pilotprüfungen in zwei ARGEn. Gegenstand dieser Prüfungen war die ordnungsgemäße Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge der Alg II Empfänger ab dem 1. Januar 2009.

Die Prüfungen, bei denen der Gewinn von Erkenntnissen im Vordergrund stand, sind sehr erfolgreich verlaufen. Als Hauptfehlerquellen wurden die unrichtige Bestimmung beitragspflichtiger Einnahmen im Zusammenhang mit erzielttem Entgelt innerhalb der Gleitzzone (§ 232a Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. § 226 Abs. 4 SGB V) sowie die unkorrekte

Erstattung von Beiträgen bei rückwirkender Leistungsaufhebung ausgemacht (§ 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II i.V.m. § 335 Abs 1 SGB III). Nach Abschluss der Prüfungen ergehen eine Prüfmitteilung und ein Bescheid über die Erhebung von Säumniszuschlägen an die geprüfte Institution.

Die Pilotprüfungen werden über das Berichtsjahr hinaus fortgeführt. Die bisher gewonnenen Erkenntnisse belegen aber bereits sehr deutlich die Notwendigkeit dieser Prüfungen im Interesse der Rechtmäßigkeit und der Sicherstellung der Beitragszahlungen an den Gesundheitsfonds. In 2011 ist deshalb geplant, die Prüfungen auszuweiten.

8. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

8. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

Der Prüfdienst Krankenversicherung (PDK) hat im Jahr 2010 die im Jahr zuvor eingeleitete Neuausrichtung seiner Prüftätigkeit konsequent umgesetzt. Die Umstrukturierung der Prüfgruppen in spezialisierte Facharbeitsgruppen sowie der verstärkte Einsatz von elektronischen Prüfwerkzeugen ermöglichen vertiefte und damit qualitativ verbesserte Prüfungen und Beratungen der Krankenkassen.

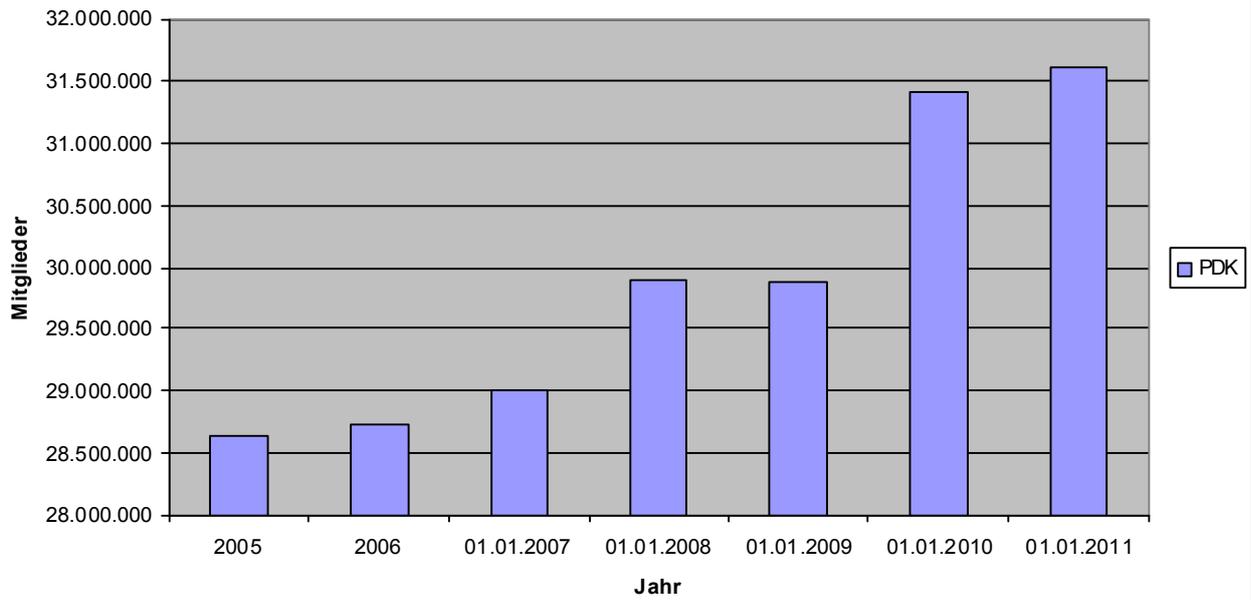
Die strukturellen Veränderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, die unter anderem dadurch gekennzeichnet sind, dass sich immer mehr Träger durch Fusionen zusammenschließen, haben sich auch im Jahr 2010 fortgesetzt. Dies führte für den PDK in Bezug auf seine Prüfplanung und die Durchführung bereits geplanter Prüfungen zu besonderen Herausforderungen.

8.1 Prüfstatistiken

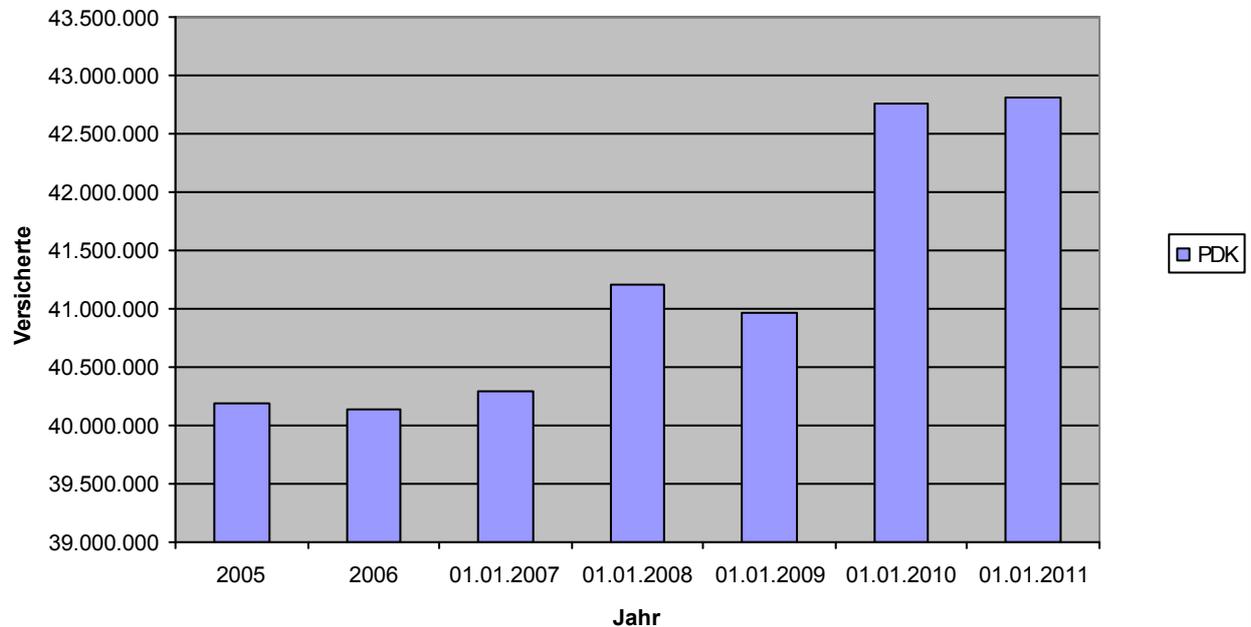
Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2010	Durchgeführte Prüfverfahren 2009
Prüfungen nach § 274 SGB V	113	104
Turnusprüfungen bei Krankenkassen, davon:	90	81
Allgemeine Verwaltung	9	8
Finanzen	23	16
Mitgliedschaft/ Beiträge	20	15
Leistungen Krankenversicherung	28	24
Leistungen Pflegeversicherung	10	18
Nachprüfungen	9	4
Prüfung von Eigenbetrieben	6	4
Prüfungen EDV/Informationstechnik	4	4
Prüfungen DRG	1	6
Prüfungen Spitzenverbände	2	1
Prüfungen AAG	1	4
Prüfungen § 88 SGB IV i.V.m. § 274 SGB V	3	5
Prüfungen Landwirtschaftliche Sozialversicherungsträger	3	5
RSA-Prüfungen	99	121
Prüfungen Risikopool	98	118
Nachprüfungen nach § 15a Abs. 3 Satz 9 RSAV	1	3
Sonderprüfungen	6	13
Pilotprüfung Morbi RSA		2
Pilotprüfung IT Morbi RSA		3
Pilotprüfung Gesundheitsfonds		4
Pilotprüfung § 274 SGB V		1
Sonderprüfungen	6	3
Insgesamt	221	243

Der PDK hat im Jahr 2010 insgesamt 221 Prüfungen und damit 22 weniger als 2009 durchgeführt, im Wesentlichen bei den RSA-Prüfungen. Die fusionsbedingte Abnahme der Anzahl der Krankenversicherungsträger hat dabei aber nicht etwa zu einer Reduzierung des Arbeitsumfanges geführt, sondern er wurde durch die dadurch bedingte Zunahme der Versichertenzahlen in den jeweiligen Prüfobjekten noch gesteigert. Darüber hinaus ist die Gesamtzahl der Versicherten in den vom PDK zu prüfenden Prüfobjekten durch Fusionen bundesunmittelbarer Krankenkassen mit vorher durch von Landesprüfdiensten zu prüfenden Krankenkassen gestiegen (vgl. nachstehende Abbildungen). Ferner haben sich als Folge dieser Fusionen bei einigen Kassen erhebliche Organisationsprobleme ergeben, die eine erhöhte Intensität der Prüfungen insbesondere im Prüffeld „Verwaltung“ erforderlich machten. Manche Organisationsprobleme sind in Fusionskassen strukturell angelegt und können innerhalb eines absehbaren Zeitraums nicht behoben werden, was für den PDK bei manchen Krankenkassen auch langfristig zu einem besonderen Beratungsbedarf führen wird.

Mitgliedereentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Versichertenentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Ganz überwiegend fanden in 2010 Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V statt.

Die aus aktuellem Anlass durchgeführten Sonderprüfungen betrafen die Prüfgebiete Finanzen und Allgemeine Verwaltung. Diese Prüfungen waren aufgrund ihrer Brisanz im Vergleich zu „Normal-Prüfungen“ zum Teil nur mit erheblichem Zeitaufwand zu bewältigen.

8.2 Prüfungen des Risikostrukturausgleichs

Die Prüfung der von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool gemeldeten Daten und die Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten richten sich nach § 15a RSAV. Die Prüfungen der Bereiche Risikopool und Versicherungszeiten/DMP sind jährlich im Wechsel durchzuführen. Für das Jahr 2010 stand die Risikopoolprüfung an. § 15a RSAV sieht dabei vor, dass jeweils eines der letzten beiden Ausgleichsjahre zu prüfen ist. Die Prüfdienste des Bundes und der Länder verständigten sich bei der Wahl zwischen den Jahren 2007 und 2008 auf die Prüfung des Ausgleichsjahres 2007. In 2010 fanden daher bei sämtlichen bundesunmittelbaren Trägern Prüfungen von Datenmeldungen zum Risikopool des Berichtsjahres 2007 statt. § 269 SGB V wurde durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung dahingehend geändert, dass das Risikopoolverfahren letztmalig für das Geschäftsjahr 2008 durchzuführen ist. Daher stellt die in 2010 abgeschlossene Prüfung des Berichtsjahres 2007 die letzte Prüfung nach dieser Vorschrift dar.

8.3 Aus der Arbeit der Prüfgruppen

Finanzen / Kassensicherheit

Ein Aufgabenschwerpunkt des PDK war auch im Prüffjahr 2010 die Begutachtung und Einschätzung der finanziellen Gesamtsituation der Kassen sowie die Betrachtung zahlreicher Aspekte der Kassensicherheit, die in den zurückliegenden Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen haben.

Als Grundlage für alle Prüfungen diente den Prüfern ein neu aufgelegtes Prüfhandbuch mit Schwerpunktthemen und Fragestellungen, die im Rahmen der Prüfungen bei den gesetzlichen Krankenkassen zutage getreten und deshalb verstärkt in den Blickpunkt gerückt sind. Der Einsatz eines aktualisierten Prüfhandbuchs gewährleistet auch bei veränderten Rahmenbedingungen die Anwendung einheitlicher Maßstäbe und Kriterien bei der Erfüllung der Prüfaufträge und ermöglicht zudem eine aussagekräftige Analyse und sachgerechte Einordnung der festgestellten Ergebnisse im Kontext aller bundesunmittelbaren Kassen.

Die Prüfungen im Prüffeld Finanzen / Kassensicherheit beinhalten immer eine stichtagsbezogene Finanzbeurteilung. Diese dient primär als Information für die Kassen; zugleich enthält sie aber auch für andere Abteilungen des Bundesversicherungsamtes verwendbare Erkenntnisse und damit eine Handhabe für gegebenenfalls erforderlich werdende aufsichtsrechtliche Maßnahmen.

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds am 01.01.2009 zählt zu den Prüfungen auch die Frage, ob die Leistungsausgaben der Kassen durch die Zuweisungen aus dem

Gesundheitsfonds gedeckt sind oder ob eine etwaige Unterdeckung durch vorhandenes Vermögen ausgeglichen werden kann.

Die Frage der Zahlungsfähigkeit der Kassen bildet einen weiteren Schwerpunkt der Prüfungen. Erste Hinweise auf Zahlungsprobleme einer Kasse ergeben sich bereits dann, wenn beispielsweise Rechnungen von Leistungserbringern nicht innerhalb der vorgesehenen Zahlungsfrist beglichen oder Betriebsmittellengpässe durch die vorübergehende Inanspruchnahme von Mitteln der Pflegekasse überbrückt werden.

Aus verschiedenen Gründen gab es 2010 bei insgesamt vier Krankenkassen Anlass, im Rahmen von Sonderprüfungen kurzfristig einen Finanzstatus zu erheben. Hierbei wird neben den aktuellen Vermögensbeständen und der Entwicklung der Liquidität auch die ordnungsgemäße Erfassung der Forderungen und Verpflichtungen sowie die auf die jeweiligen Haushaltsjahre bezogene zeitliche Rechnungsabgrenzung betrachtet. Darüber hinaus ist bei Finanzstatusprüfungen die Frage von Bedeutung, wie sich die Zahl der Versicherten und deren Altersstruktur über einen Zeitraum von mehreren Jahren entwickelt hat, da hiermit vielfältige Auswirkungen einhergehen. Mitunter führen auch - wie bei einem der geprüften Träger - besonders aufwändige Leistungsfälle dazu, dass die Zuweisungen des Gesundheitsfonds sowie die Einnahmen aus der Erhebung eines Zusatzbeitrags zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen. Dies kann unter Umständen zu dauerhaft finanziellen Schwierigkeiten führen und letztlich entsprechende Folgen nach sich ziehen, wie z. B. das Notwendig-Werden einer Fusion,

eine Schließung oder gar die Insolvenz.

Bei einigen Krankenkassen reichten zum Beispiel die liquiden Mittel nicht durchgehend zur Erfüllung der Zahlungsverpflichtungen aus. Infolge dessen sahen sie sich zum Teil veranlasst, neben Mitteln der Pflegekasse auch Bankkredite in nicht unerheblichem Umfang in Anspruch zu nehmen. Beides ist jedoch unzulässig. In einem Fall legte eine Krankenkasse ein solches Fehlverhalten sogar trotz vorhandener Geldanlagen an den Tag, weil diese längerfristig festgelegt und nicht kurzfristig verfügbar waren. Aktueller Handlungsbedarf war für das Bundesversicherungsamt in einem Fall gegeben, bei dem das Vermögen eines rechtlich selbständigen Eigenbetriebes dazu herangezogen wurde, das dem Grunde nach negative Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Kasse in der Jahresrechnung positiver darzustellen.

Im Berichtsjahr 2010 ist es bei einigen Trägern zu widerrechtlichen Handlungen und Manipulationen unterschiedlicher Art gekommen, die weitere aufsichtsrechtliche Maßnahmen erforderlich machten bzw. Hinweise an die Staatsanwaltschaft, um Ermittlungsverfahren einzuleiten. Der PDK hat diese Erfahrungen zum Anlass genommen, bei seinen Prüfungen verstärkt darauf zu achten, ob die Träger hinreichende Risikoanalysen durchgeführt und entsprechende organisatorische sowie technische Maßnahmen für alle finanzwirksamen Geschäftsprozesse getroffen haben.

Während die bestehenden internen Kontrollmechanismen der Krankenkassen (z.B. Prüfungen durch die Innenrevision) in aller

Regel ausreichen, gibt es im Hinblick auf die erforderliche Sicherheit im Zahlungsverkehr und in der Buchhaltung bei vielen Trägern nach wie vor Optimierungspotenzial. Dies gilt beispielsweise für die sinnvolle und zweckmäßige Vergabe von Zugriffsberechtigungen bei der automatisierten Datenverarbeitung in Abhängigkeit von den grundsätzlichen und individuellen Anforderungen des jeweiligen Aufgabengebietes.

Des Weiteren ist im Rahmen von Prüfungen im Bereich Kassensicherheit mit Hilfe entsprechender Auswertungen wiederholt aufgefallen, dass die Erfassung und Freigabe von Überweisungen häufig in einer Hand liegen. Diese Verfahrensweise wird vom PDK als grundsätzlich unzulässig angesehen, weil sie das „Vier-Augen-Prinzip“ außer Kraft setzt.

Wenngleich die Ergebnisse der Prüfungen in Einzelfällen zu aufsichtsrechtlichen Maßnahmen bis hin zu staatsanwaltlichen Ermittlungen führten, verfolgt der PDK auch im Bereich Finanzen / Kassensicherheit primär das Ziel, im Rahmen des ihm obliegenden Beratungsauftrags einen Beitrag zur rechtzeitigen Erkennung von Schwachstellen zu leisten und den Trägern Orientierungs- und Entscheidungshilfen für weitergehende Überlegungen anzubieten, damit Schäden gar nicht erst eintreten.

Allgemeine Verwaltung

Die Feststellungen des PDK im Prüffeld „Allgemeine Verwaltung“ lassen erkennen, dass bei Krankenkassen immer noch deutliche Unsicherheiten bei der Anwendung des Vergaberechts bestehen. Bei den Prüfungen

wurden viele Fälle aufgedeckt, in denen es in unzulässiger Weise zu einer freihändigen Vergabe gekommen ist und die gebotene Vergabe im Wettbewerb nicht erfolgte. So erfolgte die Beschaffung von Werbemitteln und die Auftragsvergabe für Beratungs- und Schulungsdienstleistungen häufig ungeachtet des Wertes durch freihändige Vergabe. Gerade bei der Beschaffung persönlicher Dienstleistungen wurde mit Verweis auf eine besondere Vertrauensbeziehung das Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes angenommen, obwohl dessen Voraussetzungen nicht gegeben waren. Teilweise wurden Aufträge auf bloße Empfehlung anderer Krankenkassen hin erteilt.

Bei der Ursachenforschung konnte der PDK strukturelle Fehlerquellen ausfindig machen. Beispielsweise machen sich Betriebskrankenkassen bei Beschaffungsmaßnahmen häufig ungeprüft die Verfahrensweise des Trägerunternehmens zu Eigen und verkennen dabei, dass die Entscheidungshoheit und Entscheidungsverantwortung allein bei der Krankenkasse liegt. Diese Praxis ist umso bedenklicher, als für Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber im Vergleich zur Privatwirtschaft weitaus restriktivere gesetzliche Vorgaben gelten. Als weitere Fehlerquelle konnte der PDK ermitteln, dass in der Arbeitsanleitung einer Krankenkasse Ausnahmetatbestände in einer generalisierenden Weise festgelegt wurden, bei deren Vorliegen eine Vergabe im Wettbewerb nicht notwendig sein sollte. Die in dieser Arbeitsanleitung enthaltenen Ausnahmetatbestände gingen allerdings weit über die eng umschriebenen gesetzlichen Ausnahmetatbestände hinaus.

Bei den Prüfungen wurde zudem festgestellt, dass die Gründe für die Wahl des Vergabeverfahrens oft nicht nachvollziehbar dokumentiert und erkennbar waren. Die vielfach ermittelten Rechtsverstöße bei Vergabeverfahren zeigen, dass der PDK hier auch in Zukunft einen Schwerpunkt seiner Tätigkeit setzen muss.

Darüber hinaus hat der PDK, wie bereits in der Vergangenheit häufig, Ausgaben der Krankenkassen für Werbemaßnahmen in einer Höhe festgestellt, die die in den Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegten Höchstgrenzen für Ausgaben für Mitgliederwerbung (im Jahr 2010: 20 € je geworbenem Mitglied bei werbenden Beschäftigten und 76,65 € je geworbenem Mitglied bei gewerblich tätigen Dritten) überschritten. Hier kam es sowohl bei Prämien für gewerblich tätige Dritte als auch für werbende Beschäftigte zu Überschreitungen. Bei der Honorierung gewerblich tätiger Dritter wurden Versuche erkennbar, Entgelte für Mitgliederwerbung in Erfolgsprämien und Aufwandsentschädigung aufzuspalten. Für werbende Beschäftigte wurden Sonderprämien für besonderen Erfolg ausgelobt, die zur Überschreitung der Höchstgrenzen führten. Der PDK hat die betroffenen Krankenkassen in diesem Zusammenhang nachdrücklich auf die Beachtung der Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden hingewiesen.

Mitgliedschaft / Beiträge

Die Auswertung der Prüfergebnisse im Prüffeld Mitgliedschaft/Beiträge ließ einige Fehlerschwerpunkte erkennen, die zum Teil

auch schon in der Vergangenheit Anlass für kritische Anmerkungen des PDK boten.

Familienversicherte Werkstudenten

Keine der vom PDK geprüften Kassen bearbeitete den Bestand der familienversicherten Werkstudenten fehlerfrei.

Nach § 10 Abs.1 Nr. 5 SGB V sind Kinder nicht beitragsfrei familienversichert, wenn sie ein Gesamteinkommen erzielen, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet. Für das Jahr 2010 betrug die Einkommensgrenze 365 EUR (Ausnahme bei Mini-Jobs: 400 EUR). In aller Regel wurde die Einhaltung dieser Einkommensgrenzen bei Studenten, die während des Studiums eine Berufstätigkeit ausübten, nicht ausreichend überprüft, sodass sie weiterhin in der Familienversicherung verbleiben konnten. Den Kassen sind dadurch mögliche Beitragseinnahmen entgangen.

Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft

Nach § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V ist bei einem Kassenwechsel Voraussetzung für die Wirksamkeit der Kündigung bei der „alten“ Kasse, dass das Mitglied die Mitgliedschaft bei einer anderen Kasse oder eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

Der überwiegende Teil der vom PDK geprüften Krankenkassen beendete in mehreren Fällen eine freiwillige Versicherung, ohne sich den Nachweis einer anderweitigen Versicherung erbringen zu lassen. Mehrere Kassen stellten darüber hinaus Versicherten

Kündigungsbestätigungen entgegen § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V nicht oder nur verspätet aus.

Auch wenn die Krankenkassen in der Regel die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft korrekt abwickelten, so deutete die Häufung von fehlerhaften Einzelfällen darauf hin, dass mitunter Sachbearbeiter bei den Kassen nicht immer in ausreichendem Maße über die korrekte Rechtsanwendung informiert waren. Der PDK hat dies bei seinen Prüfungen gegenüber den Verantwortlichen der betroffenen Kassen angesprochen.

Beiträge für freiwillig versicherte Selbständige und Existenzgründer

Die Beitragsbemessung bei freiwillig versicherten Selbständigen sowie bei Existenzgründern bereitet einigen Kassen nach wie vor Schwierigkeiten.

§ 240 Abs. 1 SGB V legt fest, dass bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitgliedes zu berücksichtigen ist. Bei selbständig tätigen Versicherten, die naturgemäß über schwankende Jahreseinkünfte verfügen, ist in der Regel der jeweils neueste Einkommensteuerbescheid für die Beitragsberechnung zu Grunde zu legen. Bei Existenzgründern, die nicht in der Lage sind, ihre Einkünfte durch Unterlagen der Finanzverwaltung nachzuweisen, kann die Beitragsbemessung im Einzelfall auch anhand eigener Angaben des Mitglieds oder eines Steuerberaters ermittelt werden. In diesem Fall können die Beiträge jedoch nur vorläufig und unter dem Vorbehalt späterer Korrektur festgesetzt werden.

Bei zwei Kassen musste der PDK feststellen, dass in mehreren Fällen die vorliegenden Einkommensteuerbescheide älter als drei Jahre waren. Eine Kasse verfügte teilweise über keinerlei Unterlagen von Mitgliedern, die eine korrekte Beitragsbemessung ermöglicht hätten. Darüber hinaus führte sie keine jährlichen Einkommensüberprüfungen bei freiwillig versicherten Selbstzahlern durch. Zwei Kassen versäumten es, bei Existenzgründern den Beitrag mit einem Widerrufsvorbehalt zu versehen.

Alle vom Bundesversicherungsamt beratenen Kassen sagten zu, ihre Verfahren zu überprüfen, um künftig fehlerhafte Beitragsermittlungen zu vermeiden.

Leistungen

Der PDK hat insbesondere auf dem Gebiet der Kostenerstattung ein breites Feld an fehlerhaften Entscheidungen der Krankenkassen entdeckt. Die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist traditionell vom Sachleistungsprinzip geprägt, während die Kostenerstattung nach der gesetzlichen Intention einen Ausnahmefall darstellt. Kostenerstattung kommt nach § 13 SGB V, insbesondere bei einer entsprechenden Wahl des Versicherten, in den seltenen Fällen eines sogenannten Systemversagens und bei Auslandsbehandlung in einem EU-Staat in Betracht. Von der Möglichkeit, Kostenerstattung zu wählen, hat bisher nur ein sehr geringer Teil der Versicherten Gebrauch gemacht. Die Attraktivität einer Kostenerstattungswahl nach § 13 Abs. 2 SGB V wurde durch Gesetzesänderungen zum Jahr 2011 erhöht, indem die Mindestbindungsfrist auf ein Kalendervierteljahr herabgesetzt und

der Verwaltungskostenabschlag gesenkt wurde.

Grundsätzlich dürfen Kosten nur für Leistungen erstattet werden, die auch im Wege des Sachleistungsanspruchs erbracht werden dürfen. Eine gewisse Ausnahme besteht für die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer. Deren Leistungen dürfen im Wege der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V unter engen Voraussetzungen und nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse erstattet werden. Für Leistungen, die bereits dem Grunde nach nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfen (d. h. die über den Leistungskatalog der GKV hinausgehen), gilt diese Ausnahmemöglichkeit jedoch nicht.

Bei seinen Prüfungen hat der PDK in erheblichem Maße sowohl Fälle der Erstattung von Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer als auch von nicht zugelassenen Leistungen festgestellt. Dabei handelte es sich nicht nur um Kosten für neue (noch) nicht zugelassene Behandlungsmethoden, sondern teilweise auch um individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL-Leistungen), die als medizinisch nicht zwingend gebotene Zusatzleistungen ausdrücklich außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs stehen und deren Kosten die gesetzlich Versicherten stets vollumfänglich selbst tragen müssen. Vor dem Hintergrund, dass in Zeiten zunehmenden Kostendrucks Teile der Ärzteschaft bemüht sind, über die vertragsärztliche Vergütung hinausgehende Einnahmequellen zu erschließen, haben die Krankenkassen umso mehr darauf zu achten, dass sie nicht durch eine großzügige

Erstattungspraxis bei der Kostenerstattung das Konzept des gesetzlich definierten Leistungskatalogs konterkarieren.

Auch im Umgang mit der Erstattung von Fahrkosten hat der PDK teils erhebliche Unsicherheiten bei den Krankenkassen festgestellt. Einerseits erstatteten Krankenkassen Fahrkosten, obwohl sie nach den gegebenen Informationen zu dem Ergebnis kommen mussten, dass die Voraussetzungen für eine Erstattung nicht vorlagen. Andererseits wurden Fahrkosten erstattet, ohne dass die Voraussetzungen überhaupt geprüft wurden. Auch wenn die Erstattung von Fahrkosten nur gut 2 % der Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung ausmacht, darf das hier bestehende Einsparpotenzial aus Sicht des PDK nicht vernachlässigt werden.

DRG

Im Prüffjahr 2010 hat der Prüfdienst sein Know-how für die Prüfungen im Bereich Krankenhausabrechnung über diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG = diagnosis related groups) weiter ausgebaut. Die eingesetzte Prüfsoftware wurde qualitativ verfeinert und ermöglicht weitere Auswertungsmöglichkeiten.

Bei geprüften Krankenkassen wurde wiederum Optimierungsbedarf bei der Überprüfung von Krankenhausabrechnungen mit erheblichem Einsparpotenzial festgestellt. Bei einer Krankenkasse schloss die Prüfung des PDK mit aufgezeigten möglichen Einsparungen und Rechnungskürzungen in Höhe von mehr als 1.300.000 € ab.

Ein Ergebnis war beispielsweise, dass Krankenkassen bei Rückverlegungen oder Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus die Falldaten der einzelnen Krankenhausaufenthalte nicht zu einem kostengünstigeren Gesamtfall zusammengefasst haben. Bei korrekter Berechnung hätten die Krankenhausträger nur eine erheblich niedrigere Vergütung in Rechnung stellen dürfen.

Im Falle der Verlegung von Patienten in ein anderes Krankenhaus ist von dem verlegenden bzw. aufnehmenden Krankenhaus ein Abschlag bei der Abrechnung vorzunehmen, wenn dort die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird (§ 3 Abs. 1 und 2 Fallpauschalenverordnung). Geprüfte Krankenkassen haben es in diesen Fällen nicht beanstandet, wenn die Krankenhausträger die nach § 3 Abs. 1 und 2 der Fallpauschalenverordnung zu erhebenden Abschläge von der Vergütung nicht oder in zu geringem Maße vorgenommen haben.

Mit Hilfe eines neuen Prüfansatzes hat der PDK ermittelt, dass von Krankenhausträgern für Neugeborene eigenständige Fallpauschalen abgerechnet wurden, obwohl die erforderliche Versorgung des Neugeborenen im Kreissaal in der abgerechneten DRG der Mutter enthalten ist. Selektiert wurden hierzu abgerechnete Fallpauschalen für gesunde Neugeborene mit kurzer Aufenthaltsdauer im Krankenhaus (bis zu sechs Stunden) und einer Aufnahme und Entlassung zwischen acht und 20 Uhr. Eine Versorgung des Neugeborenen außerhalb des Kreißsaales erscheint hier in der Regel unwahrscheinlich, so dass die Abrechnung eines eigenen Falles für das Neugeborene damit wahrscheinlich

unzulässig ist.

Diesen Prüfansatz hat eine Kasse auf Hinweis des Bundesversicherungsamtes bereits unterjährig als eigene Prüfroutine aufgegriffen.

Dass Krankenhausträger mit entsprechender Phantasie die Erlöse maximieren können, ist ein offenes Geheimnis. Durch entsprechende Selektionen hat der PDK einen Fall ermittelt, in dem bei gesunden Neugeborenen zusätzlich zu der – korrekten – Diagnose „Geburt“ noch verschiedene kostenintensive Nebendiagnosen in einer Weise kodiert wurden, dass es im Ergebnis zu einer Vervielfachung des Erlöses kam. Die mit abgerechneten Nebendiagnosen beziehen sich auf – bei gesunden Neugeborenen schwerlich vorstellbare – „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (von „Ausgebranntsein“ bis „Zukunftsangst“) bzw. auf „Pflegebefürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI“ (von „Abhängigkeit vom Krankenstuhl, die Gesundheitspflege erfordert“ bis „Pflegebefürftigkeit“), die normalerweise nur auf ältere Personen zutreffen. Seit den neuen Gruppierungsdefinitionen 2010 sind diese Nebendiagnosen auf Neugeborene nicht mehr anwendbar.

Weiterhin hat der PDK festgestellt, dass Krankenkassen die Abrechnung von Zusatzentgelten nicht immer beanstandet haben, wenn es an dafür erforderlichen Voraussetzungen nach dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog fehlte. Teilweise wurden Abrechnungen beglichen, obwohl die von den Krankenhäusern zu übermittelnden erforderlichen Daten wie Diagno-

sen und Entlassungsdatum nicht vollständig vorhanden waren. Unkorrekte oder unvollständige Krankenhausabrechnungen wurden teilweise durch die Sachbearbeitung verändert bzw. „berichtigt“. Es lagen somit keine ausreichenden zahlungsbegründenden Unterlagen nach § 12 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) als Abrechnungsvoraussetzung vor. In die gleiche Richtung zielte die Feststellung des PDK, dass die bei den Krankenkassen gespeicherten Entlassungsdiagnosen nach einem erneuten Einsatz des „Groupers“ (einer Software, die einen Krankenhausaufenthalt anhand verschiedener Parameter einer bestimmten Fallpauschale zuordnet) nicht zur abgerechneten und gezahlten Diagnose führten.

Darüber hinaus hat der PDK verschiedene weitere Feststellungen mit monetärer Bedeutung getroffen. Die Erkenntnisse des PDK lassen, bezogen auf die gesamte Gesetzliche Krankenversicherung, ein beträchtliches Einsparpotenzial durch Prüfungen der DRG-Abrechnungen erwarten. Durch gezieltes Aufzeigen verdeckter Einsparmöglichkeiten erhofft sich der PDK, dass das Problembewusstsein der betroffenen Kassen für Fehler in DRG-Abrechnungen geschärft wird und sie das in einer kompetenten Überprüfung von Krankenhausabrechnungen steckende Potenzial erkennen und nutzen.

Pflegeversicherung

Mit Blick auf entsprechende Erfahrungen in der Vergangenheit hat der PDK bei seinen Prüfungen auf dem Gebiet der Pflegever-

sicherung einen Schwerpunkt auf die ordnungsgemäße Bestimmung des Verhältnisses von Leistungen der Pflegeversicherung zu Leistungen anderer Sozialversicherungsträger gelegt. Ein besonderes Augenmerk hat er dabei auf die wirtschaftlich bedeutsame Abgrenzung der Leistungspflicht für Hilfsmittel zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung gerichtet. Hier wurden erneut erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit der geltenden Rechtslage deutlich, die zu einer fehlerhaften Zuordnung der Hilfsmittelkosten insbesondere zu Lasten der Pflegeversicherung führten. In den Fällen, in denen der PDK bei den Kassen eine bereits strukturell fehlerhaft angelegte Verfahrensweise feststellte, hat er die Kassen im Sinne einer entsprechenden Änderung ihrer Verfahrensweise beraten. Darüber hinaus hat er darauf hingewirkt, dass die zurückliegenden Fälle einer nachträglichen Überprüfung unterzogen werden und in den notwendigen Fällen eine Umbuchung vorgenommen wurde. Eine korrekte Zuordnung der Hilfsmittelkosten führt zu einer spürbaren Entlastung der Pflegekassen.

Einige Pflegekassen haben trotz entsprechender Hinweise weiterhin nicht regelmäßig überprüft, ob die Pflegebedürftigkeit eines Versicherten aus einer Schädigung resultiert, die einen Anspruch auf Pflegeleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz begründet. Bei Beachtung der Vorrangigkeit von Entschädigungsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz kann hier eine weitere Entlastung der Pflegekassen erfolgen.

Überdies hat der PDK festgestellt, dass der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ nicht

immer konsequent beachtet wurde. Mehrere Krankenkassen verfügen über kein Konzept zur Umsetzung der diesbezüglich im Gesetz verankerten Grundsätze. So wird häufig nicht standardmäßig geprüft, ob zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation angezeigt sind. Zum Abbau dieser Schnittstellenproblematik ist aus Sicht des PDK ein entsprechendes Versorgungsmanagement der Pflegekassen zielführend, das bereits bei einigen Kassen vorhanden oder im Aufbau begriffen ist.

Die organisatorischen Rahmenbedingungen für die Sachbearbeitung durch die Pflegekassen gaben in einigen Fällen Anlass zu Kritik. Teilweise war die personelle Ausstattung der Pflegekassen in quantitativer und qualitativer Hinsicht nicht ausreichend, um eine hochwertige Sachbearbeitung zu gewährleisten. Seine Bedenken im Hinblick auf die personelle Ausstattung der Pflegekassen machte der PDK zum Einen an einem Missverhältnis zwischen der Zahl der Mitarbeiter und der zu bewältigenden Arbeit fest. Zum Anderen korrespondierte die Höhe der Verwaltungskostenpauschale, die die Krankenkassen an die jeweilige Pflegekasse zahlten, nicht immer mit der Menge des tatsächlich von der Krankenkasse der Pflegekasse zur Verfügung gestellten Personals. Vielfach zeigten unterschiedliche Bearbeitungsfehler einen Bedarf an Schulungs- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen sowie ausführlichen und eindeutigen Arbeitsanweisungen. Teilweise waren geeignete Arbeitsanweisungen überhaupt nicht vorhanden. Bei einer Pflegekasse hat der PDK eine ineffiziente Aufspaltung der Fallbearbeitung auf zwei organisatorisch

und örtlich getrennte Verwaltungseinheiten vorgefunden, die sich als Folge einer Fusion entwickelt hatte. Hier wurde empfohlen, eine Zentralisierung des Bereichs Pflegeversicherung an einem Standort zu prüfen.

Das Projekt Arzneimittelprüfung

Der PDK hat sich zum Ziel gesetzt, den Bereich Arzneimittel als den zweitgrößten Ausgabensektor in der Gesetzlichen Krankenversicherung künftig verstärkt in den Fokus der Prüftätigkeit zu rücken. Zu diesem Zweck startete Anfang 2010 ein abteilungsinternes Projekt, das sich mit der Entwicklung neuer Prüfansätze auf diesem Gebiet beschäftigt.

Neben der reinen Abrechnungsprüfung durch die Kassen sollen dabei auch andere Einflussfaktoren, wie die Arbeitsabläufe in Krankenkassen und Abrechnungszentren, die kassenseitige Prüfung des Verordnungsverhaltens von Ärzten, das Informationsmanagement der Krankenkassen (ihre Beratung gegenüber Ärzten und Versicherten) sowie die Auswirkungen politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen näher untersucht werden.

Zu Beginn der Projektarbeit stand eine Fragebogenerhebung, die einen ersten Überblick lieferte, in welchem Umfang die Krankenkassen die Arzneimittelabrechnung selbst durchführen bzw. auf externe Dienstleister ausgelagert haben. Die Erhebung hat deutlich gemacht, dass in der Kassenlandschaft große Unterschiede im Hinblick auf das Ausgabenvolumen für Arzneimittel, die Leistungskataloge und die Abrechnungsmenge der einzelnen Kassen bestehen. Sehr

heterogen stellen sich auch das Vertragsmanagement der Kassen, die durch die Auslagerung erzielten Realisierungserfolge sowie Art und Höhe der an die Dienstleister zu zahlenden Vergütungen dar. Hieraus leitet sich für den Prüfdienst der Auftrag ab, in künftigen Prüfungen verstärkt die Ursachen für die teilweise erheblichen Unterschiede zu ermitteln.

Die schriftlichen und mündlichen Rückmeldungen sowie die Tatsache, dass sich fast alle Krankenkassen (97,87%) an der Fragebogenaktion beteiligt haben, zeigen, dass die Krankenkassen den neuen Prüf- und Beratungsansätzen des PDK sehr aufgeschlossen gegenüber stehen und sich hiervon wertvolle Anregungen zur Kostensenkung auf dem Gebiet der Arzneimittelabrechnung versprechen.

Auf die Erhebung aufbauend, hat die Projektgruppe ein Prüfhandbuch erarbeitet, das den Bereich Arzneimittel erstmals umfassend und detailliert abbildet. Bei den Prüffragen handelt es sich vorrangig um Verfahrensfragen, die die ordnungsgemäße Abrechnung durch die Apothekenabrechnungszentren, die Krankenhausapotheken und die sonstigen Arzneimittellieferanten zum Gegenstand haben. Zugleich soll mit diesen Fragen ermittelt werden, ob die Auftraggeber die ausgelagerten Abrechnungsprozesse ausreichend überwachen und ggf. auf Optimierungen bei den Dienstleistern hinwirken. Diese Verfahrensanalyse wird ergänzt durch umfangreiche Prüfroutinen, die anhand von Stichprobenprüfungen die Qualität der Aufgabenwahrnehmung belegen und die getroffenen Feststellungen anhand konkreter Fallbeispiele nachvollzieh-

bar machen. Soweit erforderlich und möglich, kommen neben der Überprüfung und „Spiegelung“ bereits vorhandener Prüfroutinen auch eigene Ansätze zur Anwendung, um etwa Fälle von Medikamentenmissbrauch und unplausibles Verordnungsverhalten zu ermitteln.

Im ersten Halbjahr 2011 finden im Rahmen der Projektarbeit zunächst zwei Pilotprüfungen statt. Um ein möglichst umfassendes Bild über sämtliche Verfahrensabläufe zu erhalten, sollen die Erhebungen parallel beim Leistungsträger und bei dem beauftragten Abrechnungsdienstleister durchgeführt werden. Dabei hat die Projektgruppe zwei Kassen ausgewählt, die jeweils verschiedene Dienstleister beauftragt haben, um auf möglichst breiter Basis die Praktikabilität der Prüfansätze zu erproben und fortzuentwickeln und so das Beratungsangebot des PDK weiter zu optimieren.

Prüfdienst der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (PDL)

Der Prüfdienst landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL) hat im Berichtsjahr schwerpunktmäßig die Einhaltung des Gebots der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei den sächlichen Verwaltungskosten mehrerer Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung geprüft.

Bei der Prüfung stellte sich heraus, dass insbesondere erhebliche Unsicherheiten bei der Anwendung des Vergaberechts bestehen. Teilweise erfolgte selbst bei hohen Ausgaben eine unzulässige freihändige Vergabe ohne Überprüfung der Vergleichspreise. So stellte der PDL fest, dass die Bundesver-

bände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Ende 2008 als Rechtsvorgänger des Spitzenverbands der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Büromöbel mit einem Gesamtvolumen von über 236.000 € ohne jede Ausschreibung von einer ortsansässigen Firma beschafft haben. Tatsächlich hätte in diesem Fall eine europaweite Ausschreibung erfolgen müssen. Bei allen Trägern hat der PDL, insbesondere im Hinblick auf mögliche künftige Beschaffungen, nachdrücklich auf die Beachtung der im Vergaberecht festgelegten Schwellenwerte hingewiesen und darüber hinaus die Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit auch bei Beschaffungen mit verhältnismäßig geringfügigem Wert angemahnt, bei denen eine freihändige Vergabe zulässig ist.

Neben der vergaberechtlichen Beratung hat der PDL den geprüften Trägern verschiedene weitere Hinweise zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven unterbreitet, z.B. beim Abschluss von Versicherungen und bei der Beschaffung und Haltung von Dienstfahrzeugen.

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

Da das Bundesversicherungsamt im Wege der Aufgabendelegation die turnusmäßige Prüfung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen übernommen hat, wurden im Berichtsjahr auch Prüfungen bzw. örtliche Erhebungen beim Spitzenverband, der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA, § 219a SGB V) und

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durchgeführt.

Gegenstand der Prüfung waren u.a. Haushaltspläne, Kassen- und Rechnungsführung, Kassensicherheit sowie Reise- und Repräsentationskosten.

In der Frage der Veröffentlichung von Vorstandsgehältern wurde in einem Fall bemängelt, dass diese zwar im Bundesanzeiger publiziert, nicht aber im Stellenplan dargestellt worden waren.

Bei einer geprüften Institution war eine Anzahl von Stellen nicht im Haushaltstitel veranschlagt worden. Dadurch wurden die Personalausgaben im Haushaltsplan unvollständig ausgewiesen. Dies stellt einen Verstoß gegen wesentliche Haushaltsgrundsätze dar.

Im Bereich der Kassensicherheit wurde besonderer Wert darauf gelegt, die Einrichtungen zu sensibilisieren, für eine unmissverständliche Belegentwertung Sorge zu tragen.

Im Rahmen der Reisekostenprüfung stellte das Bundesversicherungsamt fest, dass teilweise die Begründung für das genutzte Verkehrsmittel fehlte oder nicht ausreichend belegt war.

Positiv zu vermerken war, dass bei den Ausgaben für Bewirtung und Repräsentation durch die geprüften Träger durchweg nachvollzogen werden konnte, warum die Ausgaben zu Lasten der jeweiligen Organisation gebucht worden waren; Teilnehmerlisten belegten zudem regelmäßig die Zuordnung.

8.5 Vorbereitung der Prüfung von Arbeitsgemeinschaften

§ 274 SGB V ist die Grundlage für die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Gesetzlichen Krankenkassen durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder. Die Prüfung hat sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb zu erstrecken; sie umfasst die Prüfung seiner Gesetzmäßigkeit und Rechtmäßigkeit (Abs. 1, Satz 4).

Verlagern Kassen die Durchführung bestimmter Aufgaben auf - auch private - Dritte („Outsourcing“), so bezieht sich die Prüfungsbefugnis nur auf die Aufgabewahrnehmung des Dienstleisters für die jeweilige Krankenkasse.

Auch wenn Kassen zur gemeinsamen Aufgabewahrnehmung (z.B. Software-Entwicklung) Arbeitsgemeinschaften bildeten, konnten die Prüfdienste nach bisherigem Recht nicht die Arbeitsgemeinschaft als solche prüfen, sondern lediglich die Aufgabenerledigung für die einzelnen Kassen. Die Organisation der Arbeitsgemeinschaft, insbesondere Verwaltung, Personal und Finanzen, wurden von der Prüfbefugnis nicht erfasst. Diese Lücke hat der Gesetzgeber jetzt geschlossen. Mit dem Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 24.07.2010 wurde das Prüfrecht auf die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen erweitert. Da die Arbeitsgemeinschaften – je nach Größe und Aufgabenstellung – über einen umfangreichen Personal- und Verwaltungsapparat und auch über erhebliche finanzielle Mittel verfügen können, war es wichtig, hier keine

prüfungsfreien Räume entstehen zu lassen.

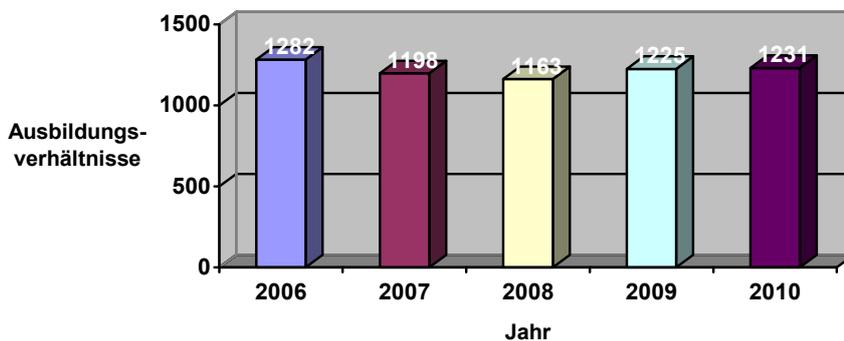
Zwar steht die genaue Anzahl der bundesweit existierenden Krankenkassen-Arbeitsgemeinschaften noch nicht endgültig fest und die Zuständigkeit (Bund oder Land) ist in einzelnen Fällen noch ungeklärt, unabhängig davon wird der PDK jedoch im Jahr 2011 erstmals eine größere Arbeitsgemeinschaft prüfen und die Erfahrungen daraus in die Erarbeitung eines Prüfhandbuches einfließen lassen.

9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ

9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ

9.1 Ausbildungsplatzsituation

Die in 2009 eingetretene positive Trendwende setzte sich 2010 mit 1.231 geschlossenen Ausbildungsverträgen (ein Plus von 0,49 Prozent) fort.



Mit 1.210 (rund 98 Prozent) abgeschlossenen Verträgen, das sind rund 2,54 Prozent mehr als im Vorjahr, bildeten die Sozialversicherungsfachangestellten auch 2010 den Hauptanteil der neu eingestellten Auszubildenden. Außer in der Fachrichtung gesetzliche Unfallversicherung, in der rund 3,6 Prozent (= vier) Verträge weniger als im Vorjahr geschlossen wurden, ist bei den Trägern der anderen Fachrichtungen ein Zuwachs von gerundet bis zu 16,7 Prozent in diesem Beruf zu verzeichnen [(Rentenversicherung +1,3 Prozent (ein Vertrag), Krankenversicherung +2,3 Prozent (20 Verträge), Knappschaftliche Versicherung +10,8 Prozent (12 Verträge), Landwirtschaftliche Versicherung + 16,7 Prozent (ein Vertrag))]. Wie immer stellten dabei die Krankenversicherungsträger mit 895 (rund 74 Prozent) die meisten „neuen“ Sozialversicherungsfachangestellten ein. Sie verteilen sich mit

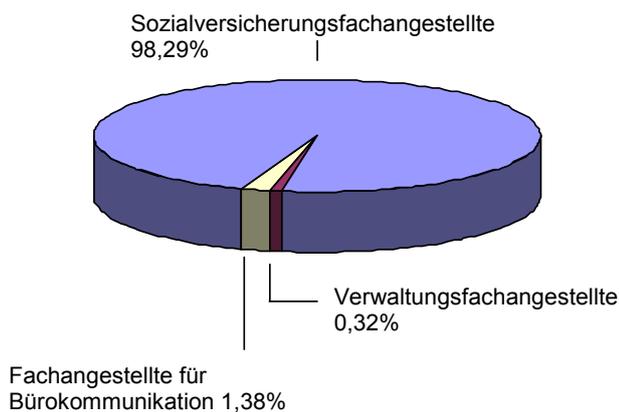
513 auf die Ersatzkassen, mit 330 auf die Betriebskrankenkassen und mit 52 auf die Innungskrankenkassen.

Rund 1,38 Prozent der neu abgeschlossenen Verträge entfallen auf den Beruf der

Fachangestellten für Bürokommunikation (neun bei Krankenversicherungs- und fünf bei Unfallversicherungsträgern) und nur noch 0,32 Prozent (= zwei bei Unfallversicherungsträgern) auf den der Verwaltungsfachangestellten. Hatte die Deutsche Rentenversicherung

Bund zuletzt im Jahr 2008 noch 20 angehende Verwaltungsfachangestellte eingestellt und im Vorjahr sogar 25, sind 2010, wie schon im letzten Berichtsjahr angekündigt, gar keine Auszubildenden in diesem Ausbildungsberuf eingestellt worden. Stattdessen bildet die Deutsche Rentenversicherung Bund jetzt Fachinformatiker aus. Beim Bundesversicherungsamt werden nach wie vor beide Verwaltungsberufe ausgebildet, zwei Verwaltungsfachangestellte und drei Fachangestellte für Bürokommunikation.

Ausbildungsverhältnisse bei Sozialversicherungsträgern 2010



Am Stichtag 31.12.2010 betreute das Bundesversicherungsamt 3.299 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten der Einstellungsjahrgänge 2008 bis 2010. Von diesen Auszubildenden verfügten rund 70,63 Prozent über einen Hoch- oder Fachhochschulabschluss (+ 1,53 Prozent), rund 29,4 Prozent (- 1,1 Prozent) über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss. Der Anteil der Auszubildenden mit Hauptschulabschluss ist von fünf auf vier (je zwei bei Kranken- und Unfallversicherungsträgern) gesunken, da 2010 mit keinem/keiner Hauptschulabsolventen/-absolventin ein Ausbildungsvertrag geschlossen wurde. In der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung blieb das Verhältnis von Auszubildenden mit (Fach-) Hochschulabschluss (2.173 = rund 78,56 Prozent) zu denjenigen mit einem mittleren Schulabschluss (593 = rund 21,45 Prozent) unverändert. Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund ist der Anteil der Abiturienten um 5,27 Prozent, bei der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung um 5,45 Prozent und bei der Knappschaftlichen Sozialversicherung um 17,41 Prozent gestiegen. In der Fachrichtung Gesetzliche Unfallversicherung hat sich al-

lerdings das Verhältnis der Auszubildenden mit mittlerem Schulabschluss um 1,4 Prozent zu Lasten der Abiturienten verbessert.

9.2 Ausbildungsberatung

2010 hat das Bundesversicherungsamt als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz bei den Trägern der gesetzlichen Sozialversicherung 2.864 Auszubildende in 253 Veranstaltungen beraten. Korrespondierend zur steigenden Zahl der Ausbildungsverhältnisse in diesen Berufen haben zunehmend Kaufleute im Gesundheitswesen (KiG) und Fachinformatiker/innen daran teilgenommen. Die meisten Ausbildungsberatungen wurden jedoch bei Sozialversicherungsfachangestellten durchgeführt, davon zwei Drittel bei Krankenversicherungsträgern. Während die Ausbildung der Sozialversicherungsfachangestellten in den Fachrichtungen Renten- und gesetzliche Unfallversicherung ruhig und ohne wesentliche Veränderungen ablief, boten die Krankenversicherungsträger ein ganz anderes Bild. So nachhaltig wie in 2010 haben sich wirtschaftliche Probleme der Träger, Umstrukturierungsmaßnahmen und fusionsbedingte Anpassungsprozesse noch nie auf die Ausbildung in dieser Fachrichtung ausgewirkt. Allen an der Ausbildung Beteiligten wurde ein Höchstmaß an Flexibilität, Anpassungsvermögen und zunehmend auch sozialer und pädagogischer Kompetenz abverlangt.

Umstrukturierungs- und Rationalisierungsmaßnahmen waren insbesondere bei den Trägern zu beobachten, die wegen erhobener Zusatzbeiträge viele Mitglieder verloren haben. Deren Auszubildende bangen

nun um ihre Übernahme nach bestandener Abschlussprüfung. Bei von Insolvenz bedrohten Trägern war die Betreuung der Auszubildenden besonders intensiv, weil sie in großer Sorge darüber waren, ob und wie sie ihre Ausbildungsverhältnisse zu Ende bringen können. In enger Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen vor Ort ist es dem Bundesversicherungsamt gelungen, die Auszubildenden erfolgreich an andere Träger zu vermitteln. An dieser Stelle gebührt den jeweils verantwortlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der besondere Dank des Bundesversicherungsamtes. Ihre große Kooperationsbereitschaft hat es ermöglicht, dass die jungen Menschen ihre Ausbildung ordnungsgemäß beenden können und gute Entwicklungschancen haben.

Oftmals führten Umstrukturierungsprozesse dazu, dass Ausbildungsbelange nicht nur in einer Übergangszeit stark in den Hintergrund gerieten. Die Bündelung von Aufgaben in Fach- und Kompetenzzentren an verschiedenen Standorten führt in der Regel dazu, dass nicht mehr alle Ausbildungsinhalte am Ausbildungsplatz praktisch vermittelt werden können. Damit sich das nicht negativ auf die Ausbildung auswirkt, sind Hospitationen an den jeweiligen Standorten - wenn auch wegen der notwendigen Ortswechsel insbesondere für die Auszubildenden belastend - in gewissem Grad unverzichtbar. Denn die bloße Vermittlung der Inhalte im theoretischen Unterricht oder das Selbstaneignen des praktisch nicht vermittelten Stoffes mit Hilfe von E-Learningprogrammen kann das praktische Vermittlungsdefizit i. d. R. nicht kompensieren. Genauo inakzeptabel ist es, wenn Auszubildende des dritten Ausbildungsjahres, deren

Geschäftsstellen geschlossen wurden, zum Auffangen von Personalengpässen eingesetzt werden. Denn dann findet i. d. R. keine Ausbildung mehr statt. In diesem Zusammenhang gewinnen die Ausbildungsnachweise immer mehr an Bedeutung. Nicht - wie leider so oft - als notwendiges Übel betrachtet, sondern ordentlich geführt, können sie Ausbildern und Auszubildenden als Logbuch dienen und einen Überblick über die zu vermittelnden und bereits vermittelten Inhalte geben. In Fällen, in denen Zweifel an der Ausbildungsqualität aufkommen, wird das Bundesversicherungsamt daher künftig die Ausbildungsnachweise gezielt prüfen und ggf. Nachbesserung einfordern, damit die Zulassung der betroffenen Auszubildenden zur Abschlussprüfung nicht gefährdet wird.

Infolge der zunehmenden Bündelung der Aufgaben in Kompetenz- und Fachzentren etabliert sich bei den Krankenversicherungsträgern mehr und mehr der Beruf der Kaufleute im Gesundheitswesen (KiG). Das Bundesversicherungsamt sieht das mit gemischten Gefühlen. In den Berufsschulen werden den KiG - der kaufmännischen Ausrichtung ihres Berufsbildes entsprechend - zusammen mit z.B. in Fitnesscentern oder Altenheimen ausgebildeten KiG ausschließlich kaufmännische Inhalte vermittelt. Sie mit den notwendigen sozialversicherungsrechtlichen Inhalten vertraut zu machen, übernehmen die Krankenkassen und dies geschieht mit sehr unterschiedlicher Intensität. Die meisten Träger vermitteln ihren KiG nur soviel sozialversicherungsrechtliche Inhalte, wie sie zur Wahrnehmung einer bestimmten Aufgabe benötigen. Das ist bei einem auch nach der Prüfung dem

Berufsbild der KiG entsprechenden Einsatz akzeptabel.

9.3 Prüfungen

Im Jahr 2010 hat das Bundesversicherungsamt 2.588 Prüflinge und somit fast genauso viele wie im Vorjahr geprüft.

An 13 Zwischenprüfungen nahmen 1.036 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten, sieben zu Fachangestellten für Bürokommunikation und 23 angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei wurden 59 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 20 Abschlussprüfungen, bei denen 76 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 1.197 Prüflinge teil, darunter 19 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r entfielen 1.158 Prüflinge, 29 auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte/r, neun auf den Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Bürokommunikation und einer auf den Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Medien- und Informationsdienste. 1.172 Prüflinge bestanden die Prüfung (98 %). Unter den 1.158 Prüflingen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellte/r waren 52, die nach § 45 Absatz 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Von diesen kamen zwei von Ersatzkassen und alle anderen von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin / zum Krankenkassenfachwirt nahmen 173 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Betriebs- und Innungskrankenkassen teil. 36 davon kamen von landesunmittelbaren Kassen und wurden vom Bundesversicherungsamt in Amtshil-

fe für die zuständigen Stellen geprüft, die noch keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Sechs Prüfungsausschüsse waren im Einsatz. 141 Prüflinge bestanden die Prüfung. Bei der Organisation wurde das Bundesversicherungsamt - wie auch im Jahr zuvor - von der „Geschäftsstelle für das Prüfungswesen bei BKK/IKK“ unterstützt.

Zudem wurden 13 Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 152 Ausbilderinnen und Ausbilder - und damit rund (49 %) mehr als im Vorjahr - teilnahmen. 92 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei Krankenkassen, 22 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften, 9 bei der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung, 15 bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und 14 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Alle Prüfungsteilnehmer und -teilnehmerinnen bestanden die Prüfung.

Acht Prüfungen wurden noch nach der alten Prüfungsordnung - dies war aufgrund der Übergangsregelung gem. § 8 der Ausbilder-eignungsverordnung vom 21. Januar 2009 bis 31. Juli 2010 möglich - und fünf nach der aufgrund der Ausbilder-eignungsverordnung vom 21. Januar 2009 (siehe Tätigkeitsbericht 2009, S. 117 f.) erlassenen, neuen Prüfungsordnung vom 20. Oktober 2009 durchgeführt. Die Übergangszeit hat das Bundesversicherungsamt genutzt und mit den Prüfungsausschussmitgliedern in mehreren Workshops die Änderungen in Bezug auf Inhalt und Umfang der Prüfungsaufgaben und des Prüfungsablaufs diskutiert sowie Regeln für deren Umsetzung, insbesondere hinsichtlich der Aufgabenerstellung und Bewertung von Prüfungsleistungen,

erarbeitet. Die Erfahrungen aus den schriftlichen Teilen der ersten Prüfungsdurchgänge nach neuem Muster waren dabei durchaus hilfreich und richtungsweisend. Bei der praktischen Prüfung gab es keine besonderen Vorkommnisse. Alle Teilnehmer/innen hatten sich anstelle der Präsentation für die praktische Durchführung einer Ausbildungssituation entschieden.

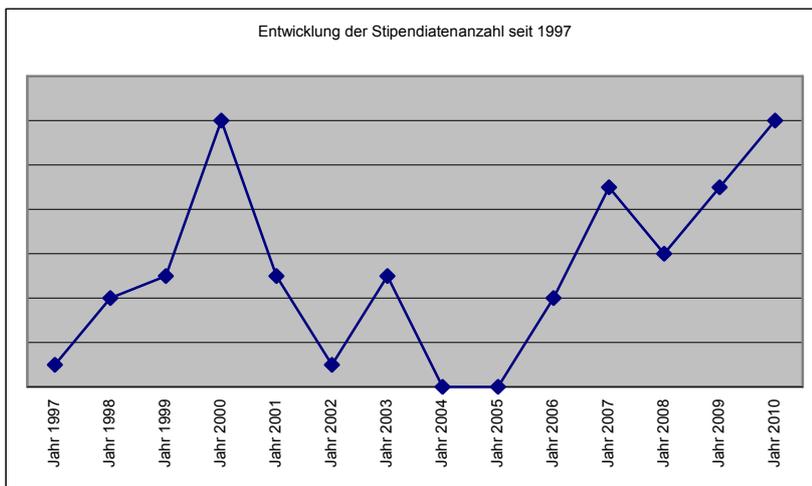
Für die tatkräftige Hilfe der Versicherungsträger, Verbände und der Prüfungsausschüsse bei der Organisation und Durchführung der Prüfungen bedankt sich das Bundesversicherungsamt auch in diesem Jahr wieder herzlich.

9.4 Begabtenförderung

1991 hat die Bundesregierung das Förderprogramm „Begabtenförderung berufliche Bildung“ mit dem Ziel ins Leben gerufen, ein Prozent der Absolventinnen und Absolventen eines Ausbildungsjahrgangs in ihrer Weiterbildung besonders zu unterstützen. Zur Zielgruppe gehören begabte junge Fachkräfte, die sich in ihrem Beruf durch Weiterbildung qualifizieren wollen. Gefördert werden anspruchsvolle fachbezogene berufliche oder berufsübergreifende Weiterbildungsmaßnahmen und Maßnahmen, die der Entwicklung fachübergreifender und allgemeiner beruflicher oder sozialer Kompetenzen oder der Persönlichkeitsbildung dienen. Die Förderdauer beträgt drei Jahre; während dieser Zeit darf eine Fördersumme von 5.100 Euro (1.700 Euro pro Jahr) je Teilnehmer/Teilnehmerin nicht überschritten werden. Die Mittel hierfür stellt das Bundesministerium für Bildung und Forschung zur Verfügung. Durchgeführt wird das Pro-

gramm von den Stellen, die auch für die Berufsausbildung der Bewerber/innen zuständig waren. Für die nach dem Berufsbildungsgesetz bei den Sozialversicherungsträgern und beim Bundesversicherungsamt ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist das die Zuständige Stelle beim Bundesversicherungsamt.

Um das von der Bundesregierung gesteckte Ziel zu erreichen - laut Auskunft der Stiftung Begabtenförderung Berufliche Bildung sind z. B. die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des öffentlichen Dienstes stark unterrepräsentiert -, wurden die das Programm durchführenden Stellen angehalten, schon während der Ausbildung bei den Nachwuchskräften für das Förderprogramm zu werben. Das geschieht z. B. anlässlich der Lehrgangsberatungen, durch Aushändigen von Flyern an geeignete Absolventinnen und Absolventen zusammen mit den Abschlussprüfungszeugnissen und durch Informationen im Internetportal. Nachdem das Interesse am Förderprogramm bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sozialversicherungsträger in der Mitte des vergangenen Jahrzehnts vollständig zum Erliegen kam, erfreut sich das Programm seit 2006 insbesondere bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenversicherungsträger wieder wachsender Beliebtheit. 2010 gab es so viele geeignete Bewerberinnen und Bewerber, dass erstmals die Einprozentgrenze erreicht wurde. Tendenz steigend: Ende 2010 lagen schon so viele geeignete Bewerbungen für 2011 vor, dass vermutlich nicht alle Bewerberinnen und Bewerber aufgenommen werden können und ein Auswahlverfahren durchgeführt werden muss.



Aber auch die von den Stipendiatinnen und Stipendiaten gewählten Maßnahmen werden immer anspruchsvoller. So nimmt ein Großteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein betriebswirtschaftliches Studium mit dem Abschluss Bachelor of Arts - Schwerpunkt Gesundheitsmanagement auf. Grund für diese Entwicklung mag u. a. ein zunehmender, im Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Entwicklung der Träger stehender, Konkurrenzdruck der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter untereinander sein (vgl. oben: Ausbildungsberatung).

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

10. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG

Ergebnisse der Laufbahnprüfungen

In zwei Laufbahnprüfungen wurden insgesamt 78 Verwaltungsinspektorenanwärter/ Verwaltungsinspektorenanwärterinnen geprüft (52 von der Deutschen Rentenversicherung Bund, 26 von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, darunter vier, die das Bundesversicherungsamt dort ausbilden lässt).

Von 34 Teilnehmern/Teilnehmerinnen der Deutschen Rentenversicherung Bund an der Frühjahrsprüfung bestanden sieben die Prüfung nicht. Die Misserfolgsquote von 20,59 Prozent war damit deutlich höher als bei der vergleichbaren Prüfung im Jahr 2009 mit 10,53 Prozent (Frühjahr) bzw. 10,34 Prozent (Herbst). Noch negativer als im Frühjahr gestaltete sich das Ergebnis der Verwaltungsinspektorenanwärter/ Verwaltungsinspektorenanwärterinnen der Deutschen Rentenversicherung Bund bei der Herbstprüfung. Von 18 Prüflingen erreichten sechs (33,33 Prozent) das Ziel des Erwerbs der Laufbahnbefähigung nicht. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hat in der Herbstprüfung von 26 Prüflingen einer die Prüfung nicht bestanden, das sind 3,85 Prozent. Dieses Ergebnis ist deutlich erfreulicher und erfolgreicher als das der Prüfung aus dem Jahr 2009 mit 6,52 Prozent.

32 Prüflinge legten gegen die Prüfungsentscheidung Widerspruch ein. 23 nahmen ihn

nach Einsichtnahme in ihre Prüfungsarbeiten zurück. 9 Widersprüche wurden als unzulässig bzw. als unbegründet zurückgewiesen.

Die positive Entwicklung des Jahres 2009 hat sich sowohl bei der Deutschen Rentenversicherung Bund als auch bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See insoweit fortgesetzt, als die überwiegende Anzahl der Verwaltungsinspektorenanwärter/Verwaltungsinspektorenanwärterinnen mit guten oder befriedigenden Prüfungsergebnissen als Beamtin oder Beamter auf Probe bzw. als Tarifbeschäftigte übernommen worden sind.

Durch die Übernahmepraxis der Rentenversicherungsträger war offensichtlich die Neigung der Prüflinge, gegen die Verwaltungsentscheidung vermehrt Widerspruch zu erheben, nicht so stark ausgeprägt wie in den Jahren vor 2009, wo die Chance gesehen wurde, durch einen Widerspruch ein günstigeres Prüfungsergebnis zu erzielen, um zumindest auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bessere Aussichten zu haben.

Die Diplomarbeit, als erster schriftlicher Teil der Laufbahnprüfung 2010/I, wurde im Zeitraum vom 02.03.2009 - 02.07.2009 von 29 Studierenden der Deutschen Rentenversicherung Bund angefertigt.

Im Rahmen der Herbstprüfung, also der Laufbahnprüfung 2010/II, fertigten 12 Stu-

dierende der DRV-Bund und 24 Studierende der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ihre Diplomarbeit an.

Das Prüfungsamt konnte alle Themen - bis auf marginale Änderungen - genehmigen und folgte auch den Vorschlägen des Fachbereichs zur Bestimmung des/der Zweitkorrektors/Zweitkorrektorin.

Mithilfe einer entsprechenden Software wurden alle Diplomarbeiten auf Plagiate überprüft. Dabei ergaben sich keine Beanstandungen.

Ein Studierender des Lehrgangs A 07/02 hat seine Diplomarbeit nicht fristgerecht abgegeben, daher wurde diese gem. § 36 Abs. 4 LAP-gntDSVV mit 0 Rangpunkten bewertet.

Ein Studierender der Deutschen Rentenversicherung Bund hat in der Diplomarbeit nicht die geforderte Mindestpunktzahl von 5 Rangpunkten (Note ausreichend) erhalten und musste deshalb unmittelbar nach Beendigung der mündlichen Prüfung vom 15.09.2010 - 15.11.2010 (s. § 42 Abs.1 S. 2 i. V. m. Abs. 2 S. 3 LAP-gntDSVV) seine Diplomarbeit wiederholen.

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

11. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

11. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

Mutterschaftsgeldstelle

Seit über 30 Jahren 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. Für diese Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft wurden im Berichtsjahr rd. 3,5 Millionen Euro ausgezahlt. Darin enthalten sind rd. 30.000 Euro Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung nach § 26 Absatz 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 347 Nr. 8 SGB III für die Frauen, die vor Beginn der Schutzfrist sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Ebenso enthalten sind Zuschusszahlungen zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 2 und 3 MuSchG, die mit rund 40.000 Euro leicht gesunken sind. Handelte es sich im Vorjahr ausschließlich um Zuschusszahlungen infolge der Insolvenz von Arbeitgebern (§ 14 Abs. 3 MuSchG), hatten diese im Berichtsjahr nur einen Anteil von 40%. Die übrigen Zahlungen entfielen auf Fälle, in denen die Arbeitsverhältnisse von den Arbeitgebern während der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und 6 Abs. 1 MuSchG nach Maßgabe des § 9 Abs. 3 MuSchG aufgelöst wurden. D. h. die Arbeitsverhältnisse wurden vom Arbeitgeber mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde wirksam gekündigt.

In 2010 wurden rd. 22.600 Anträge auf Mutterschaftsgeld beim Bundesversicherungsamt gestellt. Das bedeutet einen Anstieg

von 3,5% gegenüber dem Vorjahr. Nach wie vor liegt die Quote der Bewilligungen bei rund 75%.

Häufig treten bei der Bearbeitung der Anträge Abgrenzungsprobleme hinsichtlich der Zuständigkeit gesetzlicher Krankenkassen auf, die es zu lösen gilt. Denn das Bundesversicherungsamt zahlt das Mutterschaftsgeld nach § 13 Abs. 2 MuSchG u. a. nur dann, wenn zum Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestand. Der Versicherungsstatus der Antragstellerinnen ist aber – wie schon in den Tätigkeitsberichten der Jahre 2007 und 2008 ausführlich dargestellt – nicht immer von vornherein klar. Im Berichtszeitraum hatte sich das Bundesversicherungsamt u. a. mit Fällen zu befassen, bei denen eine am 01. Mai 2010 eingetretene Änderung des europäischen Rechts richtungsweisend war.

In den genannten Fällen ging es um im Inland wohnende Flugbegleiterinnen, die Arbeitsverträge im europäischen Ausland geschlossen hatten. Aufgrund der „Verordnung (EWG) 1408/71, wonach für die in mehreren Mitgliedsstaaten tätigen Flugbegleiter/innen die Rechtsvorschriften des jeweiligen Beschäftigungsstaates, also des Staates, in dem der Arbeitsvertrag geschlossen worden war, galten, waren sie in Deutschland nicht sozialversicherungspflichtig. Zum ersten Mai 2010 – zu diesem Zeitpunkt hatten die Schutzfristen der Antragstellerinnen bereits begonnen – wurde diese Verordnung durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 abgelöst.

Seitdem gelten für den genannten Personenkreis statt der Vorschriften des jeweiligen Beschäftigungsstaates die ihres Wohnortstaates. Um zu vermeiden, dass es hierdurch zu einem ungewollten evtl. für die Betroffenen auch nachteiligen Wechsel der Rechtsvorschriften kommt, sieht Art. 87 Abs. 8 der Verordnung die grundsätzliche Weitergeltung der bisherigen Regelung bis längstens 30. April 2020 vor. Die betroffenen Flugbegleiter/innen können die Anwendung der neuen Regelung jedoch beantragen und so einen Wechsel der Rechtsvorschriften auf Wunsch herbeiführen. Hiervon haben die Antragstellerinnen Gebrauch gemacht. Ihre Arbeitsverhältnisse wurden zudem zum 01. Mai 2010 in deutsche umgewandelt. Seitdem waren sie nun in Deutschland sozialversicherungspflichtig und begründeten ebenfalls zum 01. Mai 2010 Mitgliedschaften bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse, bei der sie das Mutterschaftsgeld für die Restlaufzeit ihrer Schutzfristen beantragten.

Die Krankenkasse lehnte die Anträge ab und verwies die Antragstellerinnen an das Bundesversicherungsamt. Sie erklärte, zum für die Entscheidung – übrigens auch für das Bundesversicherungsamt - maßgeblichen Zeitpunkt, dem Eintritt des Versicherungsfalles (=Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG), habe weder eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse noch ein deutsches Arbeitsverhältnis bestanden. Die Voraussetzungen des § 200 Abs. 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) i. V. mit § 13 Abs. 1 MuschG) seien mithin nicht gegeben. Nachträglich eintretende Statusänderungen hätten auf die Entscheidung über den Anspruch auf Mutterschaftsgeld

keine Auswirkungen.

Die Annahme der Krankenkasse war grundsätzlich richtig. Sie hatte allerdings Artikel 5 b der Verordnung übersehen. Denn danach sind in einem anderen EU-Staat eingetretene Ereignisse bzw. Sachverhalte - wie der Beginn einer Schutzfrist - als eigene zu berücksichtigen. Die Antragstellerinnen waren mithin so zu stellen, als habe ihre Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG erst mit dem Wechsel der Rechtsvorschriften, also zum 01. Mai 2010, begonnen. Damit fielen bei den Antragstellerinnen Versicherungsfall und Beginn der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zeitlich zusammen und die Voraussetzungen für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes durch die Krankenkasse nach § 200 Abs. 1 RVO i. V. m. § 13 Abs.1 MuSchG lagen doch vor. Daher hat das Bundesversicherungsamt die Anträge auf Mutterschaftsgeld nach § 13 Abs. 2 MuSchG abgelehnt und die Antragstellerinnen wieder an die Krankenkasse zurückverwiesen. Diese hat das Mutterschaftsgeld inzwischen auch ausgezahlt.

12. ANHANG

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.09	Anzahl 31.12.10
---------------------	--------------------	--------------------

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ¹

Ersatzkassen	8	6
---------------------	----------	----------

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

Innungskrankenkassen	6	4
-----------------------------	----------	----------

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

¹ nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.09	Anzahl 31.12.10
Sonstige Krankenkassen	1	1
Knappschaft		
Landwirtschaftliche Krankenkassen	2	2
Krankenkasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland		
Betriebskrankenkassen	86	80
in Baden-Württemberg	12	13
in Bayern	7	9
in Berlin	1	1
in Brandenburg	-	-
in Bremen	2	2
in Hamburg	6	7
in Hessen	11	12
in Mecklenburg-Vorpommern	1	1
in Niedersachsen	9	9
in Nordrhein-Westfalen	27	20
in Rheinland-Pfalz	7	5
in Sachsen	1	1
in Sachsen-Anhalt	-	-
im Saarland	-	-
in Schleswig-Holstein	1	-
in Thüringen	-	-
Krankenversicherungsträger insgesamt	102	93

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.09	Anzahl 31.12.10
Träger der gesetzlichen Unfallversicherung		
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	21	13
Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie		
Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse		
Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft		
Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd		
Holz-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten		
Fleischerei-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft		
Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution		
Verwaltungs-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft		
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege		
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	2	2
Gartenbau-Berufsgenossenschaft		
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Mittel- und Ostdeutschland		
Sonstige Träger der Unfallversicherung	3	3
Eisenbahn-Unfallkasse		
Unfallkasse der Post und Telekom		
Unfallkasse des Bundes		
Unfallversicherungsträger insgesamt	26	18

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.09	Anzahl 31.12.10
Träger der gesetzlichen Rentenversicherung		
Träger der allgemeinen Rentenversicherung	1	1
Deutsche Rentenversicherung Bund		
Träger der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung	1	1
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See		
Rentenversicherungsträger insgesamt	2	2

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.09	Anzahl 31.12.10
Träger der Alterssicherung der Landwirte	2	2
Alterskasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Alterskasse Mittel- und Ostdeutschland		
Alterskassen insgesamt	2	2
Verbände	2	2
Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Spitzenverband „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.“		
Verbände insgesamt	2	2
Arbeitsgemeinschaften	25	26
Verband der Ersatzkassen e.V. weitere Arbeitsgemeinschaften	1 24	1 25
Weitere Einrichtungen	4	4
Seemannskasse Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft Versorgungsträger Ernst-Abbé-Stiftung Künstlersozialkasse		
Weitere Einrichtungen insgesamt	4	4

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.09	Anzahl 31.12.10
----------------------------	----------------------------	----------------------------

Zusammenstellung

Krankenversicherungsträger	102	93
Unfallversicherungsträger	26	18
Rentenversicherungsträger	2	2
Alterskassen	2	2
Verbände	2	2
Weitere Einrichtungen	3	4
Arbeitsgemeinschaften	25	26

Insgesamt	162	147
------------------	------------	------------



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

Stand: Juni 2011

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

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

Innenrevision
RD'in Dusterdiek
App. 1890
RD'in Dr. Rachel
App. 1468

Zentrale Steuerung
ROAR Seeger
App. 1816

Referentin der Amtsleitung
RR'in Stennei
App. 1902

Pressesprecher
RD Schmidt, T.
App. 1945

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

Beauftragter für den Datenschutz
RD Tscharn
App. 1678

Gleichstellungsbeauftragte
ROAR'in Stiren-Eichers
App. 1659, Fax: 1502



Legende:
Aufgaben werden in den Außenstellen des PDK wahrgenommen

Personalvertretungen
Gesamtpersonalrat Vorsitzender: TB Wacker (App. 1593, Fax: 1823)
Örtlicher Personalrat Vorsitzender: ROAR Tillmann (App. 1761)
Jugend- und Auszubildendenvertretung: Herr Platz (App. 1463)

Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen
TB Haas (App. 1864)

Referat K 8
Prüfungen des GKV-Spitzenverbandes und der Kassennäztlichen Bundesvereinigungen nach § 274 SGB V
RD Christmann (App. 1464)

* Beauftragter für den Haushalt (§ 9 BHO)