

# **Bundesversicherungsamt**



**Tätigkeitsbericht  
2000**

**Herausgeber:**

Bundesversicherungsamt  
Presse- und Information  
Villemombler Str. 76  
53123 Bonn  
Telefon (02 28) 6 19 - 18 12  
Telefax (02 28) 6 19 - 18 80

**Druckerei:**

Graphischer Bereich im  
Bundesministerium für Arbeit  
und Sozialordnung



## Vorwort

Seit dem Herbst des Jahres 2000 ist unser Umzug an den Rhein nun abgeschlossen. Die neuen Mitarbeiter haben sich - unterstützt von den altgedienten Kollegen - in den für sie neuen Arbeitsgebieten des Sozialversicherungsrechts etabliert. Durch den Umzug in Etappen ist es gelungen, die angestrebte Kontinuität unserer Arbeit sicherzustellen. Kontinuität zeigt sich auch in den Themen, die wir am Rhein genauso aufmerksam verfolgen, wie wir es an der Spree getan haben.

Die finanzielle Entwicklung in der Sozialversicherung war auch im Jahr 2000 Gegenstand unserer Aufmerksamkeit, in einem ersten Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr, den das Bundesarbeitsblatt im August abgedruckt hat, haben wir darüber ausführlich berichtet.

Die neuralgischen Punkte sind bekannt, ein Ausgleichsinstrumentarium ist vorhanden, doch haben sich im Jahr 2000 Entwicklungen verschärft oder auch Konstellationen ergeben, die uns als Aufsichtsbehörde gezwungen haben, Weichen neu zu stellen bzw. Signale auf Rot zu schalten. Ansätze zur Selbsthilfe betroffener Träger haben wir durch Beratung und Vermittlung unterstützt.

In unserer Arbeit an der Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit der zentralen Wettbewerbsfaktoren - etwa bei der Kostenerstattung im Gesundheitswesen und bei Modellvorhaben - sehen wir eine wichtige Hilfestellung für einen „Markt“, der Wettbewerbsgrundsätzen nur bedingt gehorcht. Es hat sich gezeigt, daß angesichts der finanziellen Situation in der Sozialversicherung Themen der wirtschaftlichen Kontrolle einen ganz neuen Stellenwert erringen.

Wir sind weiter bemüht, tragenden Strukturprinzipien der Sozialversicherung wie dem Solidaritätsprinzip und dem Wirtschaftlichkeits- und Beschleunigungsgebot zur Beachtung zu verhelfen. Wo es darum geht, Widerhaken des Systems abzufeilen, begreifen wir uns als Fürsprecher der vielen Petenten, die sich in schwieriger Situation an uns wenden.

Dr. Rainer Daubenbüchel  
Präsident des Bundesversicherungsamtes



<b>1. KRANKENVERSICHERUNG</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Mitgliedschafts- und Beitragsangelegenheiten</b>	<b>13</b>
Beiträge von Existenzgründern	13
Organisatorische Probleme bei Kassenwechsel	13
<b>1.2 Leistungen</b>	<b>13</b>
Kostenerstattung bei ambulanten Behandlungen durch Krankenhausärzte	13
Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V	14
Kostenerstattung bei gezielter Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland	14
Zuschuß zu den Bestattungskosten	15
<b>1.3 Satzungsrecht</b>	<b>15</b>
Modellvorhaben	15
<b>1.4 Organisatorische Verfahren</b>	<b>16</b>
Vereinigungen und Ausdehnungen	16
<b>1.5 Aufsichtsprüfungen</b>	<b>16</b>
Beitragseinzug	16
Veränderung der Mitgliederstrukturen	16
Wahrnehmung von Fremdaufgaben durch Betriebskrankenkassen	17
Sicherheit im Rechnungswesen und im Zahlungsverkehr	17
Widerspruchsverfahren durch unvollständige Sachverhaltsermittlung	18
Medikamentenhandel über das Internet	19
Fehlende Rechtsbehelfsbelehrungen bei Bescheiden	19
Einzeleingaben Krankenversicherung	19
<b>2. RENTENVERSICHERUNG</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Rehabilitation</b>	<b>23</b>
Kraftfahrzeughilfe	23
Verfahren in medizinisch begründeten Eilfällen	24

<b>2.2 Eingaben</b>	<b>24</b>
<b>Überblick</b>	<b>24</b>
<b>Beitragszeiten in Berlin (Ost) vor dem 1. Juli 1945</b>	<b>25</b>
<b>Auch in den alten Bundesländern: Rentenminderung bei Fernstudium und Abendschulbesuch neben voller Berufstätigkeit</b>	<b>25</b>
<b>Auswirkungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung auf Rentenneufeststellungen</b>	<b>26</b>
<b>Schließung von Lücken im Versicherungsverlauf</b>	<b>26</b>
<b>Verständlichkeit der Rentenauskünfte</b>	<b>27</b>
<b>Statusfeststellungsverfahren nach § 7a SGB IV</b>	<b>27</b>
<b>Scheinselbständigkeit</b>	<b>28</b>
<b>Bescheidbegründung bei fehlender Mitwirkung</b>	<b>28</b>
<b>Fehlen der Anhörung</b>	<b>29</b>
<b>Betriebsprüfungen</b>	<b>29</b>
<b>Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch</b>	<b>30</b>
<b>Renten mit Zeiten nach dem Fremdrentengesetz</b>	<b>31</b>
<b>2.3 Aufsichtsprüfungen</b>	<b>32</b>
<b>Kompetenzen des SMD</b>	<b>32</b>
<b>Speicherung von Mutterschutzfristen, Kindererziehungszeiten und anschlußwahrenden Tatbeständen</b>	<b>32</b>
<b>Neufeststellungen für nach dem AAÜG überführte Bestandsrenten des Beitrittsgebiets</b>	<b>32</b>
<b>Vorschußzahlungen</b>	<b>33</b>
<b>Datum der Antragstellung bei Witwenrenten</b>	<b>33</b>
<b>Beginn des Beitragszuschusses</b>	<b>33</b>
<b>Erstattung von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung</b>	<b>34</b>
<b>Pauschale Anrechnungszeiten</b>	<b>34</b>
<b>Verfahren zur Erfassung von Rentenüberzahlungen</b>	<b>34</b>
<b>Hinzuverdienstgrenzen</b>	<b>35</b>
<b>2.4 Auslandsberührungen</b>	<b>35</b>
<b>Erzwungenes Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>35</b>
<b>Verwirkung</b>	<b>36</b>

Auslandszahlungen	36
Konferenzen	37
<b>3. UNFALLVERSICHERUNG</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Satzungsrecht</b>	<b>41</b>
Berechnung der Gefahrklassen	41
Genehmigungsfähigkeit einer aus einem einzigen Unternehmen bestehenden Tarifstelle	42
Errichtung einer EDV-Dienstleistungsgesellschaft	43
Berufsgenossenschaftliche Zuständigkeiten	43
<b>3.2 Eingaben</b>	<b>44</b>
Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts	44
Keine erneute Prüfung der Häufigkeit bei der konkreten Berufskrankheitenanerkennung	44
Eingaben 2000	45
<b>3.3 Aufsicht</b>	<b>45</b>
Sonderprüfung zur Qualität ärztlicher Gutachten und Gutachter	45
Höhe der Stundungszinsen	46
Unfallkasse Post und Telekom	47
Angleichung des Jahresarbeitsverdienstes der Seeleute im Beitrittsgebiet	47
<b>4. PFLEGEVERSICHERUNG</b>	<b>51</b>
<b>4.1 Eingaben</b>	<b>51</b>
Überblick	51
Eingaben Pflegeversicherung	51
Höhe des Hilfebedarfs	51
Leistungen der Pflegeeinrichtungen	51
Abgrenzungsfragen	52
Ausstehendes Pflegegeld im Todesfall	52

<b>4.2</b>	<b>Aufsichtsprüfungen</b>	<b>53</b>
	Überblick	53
	Hilfsmittel bei vollstationärer Pflege	53
	Leistungsbeginn	53
	Pflegefachkräfte der Kassen	53
	Wiederholungsbegutachtung	53
	Widerspruchsverfahren	55
	Wirtschaftlichkeit von Umbaumaßnahmen	55
<b>5.</b>	<b>GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN</b>	<b>59</b>
<b>5.1</b>	<b>Selbstverwaltung</b>	<b>59</b>
	Dienstvertrag des hauptamtlichen Kassenvorstands	59
	Bekanntmachungsregelung	59
<b>5.2</b>	<b>Personal, Dienstrecht und Verwaltung</b>	<b>59</b>
	Entwicklung gemeinsamer Software durch gewerbliche Berufsgenossenschaften	59
	Rechenzentrum als Arbeitsgemeinschaft	60
	Kostenfreie Benutzung von Parkplätzen durch Mitarbeiter eines Sozialversicherungsträgers	61
	Vergütung der Vorstände bei Betriebs- und Innungskrankenkassen	61
	Arbeitsplatzbeschreibung	62
	Mängel im Beschaffungswesen	62
	Entscheidung der Kommission nach dem ERG	63
<b>5.3</b>	<b>Vermögenswirtschaft</b>	<b>63</b>
	Genehmigungsbescheide	63
	Umsatzsteuerliche Behandlung der von Sozialversicherungsträgern gegründeten Gesellschaften	64
	Umsatzsteueroption bei Mietverträgen	65
	Beteiligung an gemeinnützigen Einrichtungen	65
<b>5.4</b>	<b>Gerichtsverfahren</b>	<b>66</b>



Eingang neuer Klagen	66
<b>6. ANDERE ARBEITSSCHWERPUNKTE</b>	<b>71</b>
<b>6.1 Risikostrukturausgleich</b>	<b>71</b>
Jahresausgleich 1999	71
Monatliches Abschlagsverfahren	72
<b>6.2 Zuständige Stelle nach dem BBiG</b>	<b>73</b>
Ausbildungsplatzsituation	73
Erfahrungen mit der neuen Form der mündlichen Prüfung	74
Keine Aufgaben zur Auswahl im mündlichen Teil der Abschlußprüfung	75
Bewertung der mündlichen Prüfungsleistung	75
Organisation der Prüfungen	75
<b>6.3 Prüfungsamt für den gehobenen nichttechnischen Dienst in der Sozialversicherung</b>	<b>76</b>
Laufbahnprüfungen	76
Diplomarbeit	77



## **1. KRANKENVERSICHERUNG**

- 1.1 Mitgliedschafts- und Beitragsangelegenheiten
- 1.2 Leistungen
- 1.3 Satzungsrecht
- 1.4 Organisatorische Verfahren
- 1.5 Aufsichtsprüfungen



---

# 1. KRANKENVERSICHERUNG

---

## 1.1 Mitgliedschafts- und Beitragsangelegenheiten

### Beiträge von Existenzgründern

Prüfungen der Beitragserhebung bei freiwillig versicherten Selbständigen haben ergeben, daß verschiedene Krankenkassen Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung von „Existenzgründern“, die noch keinen amtlichen Nachweis über ihr erzieltetes Einkommen vorlegen können, nicht unter dem in solchen Fällen erforderlichen Vorbehalt erheben.

Das Bundessozialgericht hat mit grundsätzlicher Rechtsprechung vom 26. September 1996 entschieden, daß hauptberuflich Selbständige ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit gemäß § 240 SGB V nur durch amtliche Unterlagen nachweisen können. Naturgemäß liegen solche Unterlagen in der Anfangsphase selbständiger Tätigkeit nur selten vor. In diesen Fällen ist es durchaus sachgerecht, während der ersten drei Jahre die Beitragsstufe auf der Grundlage eines Vorauszahlungsbescheides oder einer entsprechenden Erklärung des Versicherten festzulegen. Wenn auf diesem Wege ein Beitragsbescheid erlassen wird, der den tatsächlichen Gegebenheiten nicht entspricht und mithin rechtswidrig ist, kann die Kasse dieser Gefahr begegnen, indem sie den Verwaltungsakt mit entsprechenden Nebenbestimmungen gemäß § 32 SGB X bewehrt oder indem sie allgemeiner den Verwaltungsakt *vorläufig* erläßt. Wir haben die Kassen darauf hingewiesen, daß Beitragsbescheide, die lediglich auf der Erklärung des Versicherten oder auf Vorauszahlungsbescheiden des Finanzamtes

beruhen, für freiwillig versicherte Existenzgründer nicht endgültig sein dürfen und deshalb unter Vorbehalt zu erlassen sind.

### Organisatorische Probleme bei Kassenwechsel

Im Zusammenhang mit dem Krankenkassenwechsel haben sich Versicherte über organisatorische Probleme bei ihrer neuen Kasse beschwert. Insbesondere einer Kasse wurde von vielen Seiten der Vorwurf gemacht, für die neuen Kunden telephonisch nicht oder kaum erreichbar zu sein.

Nachprüfungen haben ergeben, daß diese Kasse ihren Mitgliederbestand ad hoc nahezu verfünffacht hat, nachdem unmittelbar vor dem Wahltermin ihr besonders günstiger Beitragssatz publiziert worden war. Dem plötzlichen Ansturm von täglich etwa 15.000 Anrufern war diese Kasse dann weder personell noch technisch gewachsen. Das Bundesversicherungsamt hat die Kasse zum zügigen Ausbau ihrer technischen Anlagen und der gesamten Verwaltung gedrängt, und inzwischen sind die Engpässe bei der Bewältigung der gesetzlichen Aufgaben überwunden.

## 1.2 Leistungen

### Kostenerstattung bei ambulanten Behandlungen durch Krankenhausärzte

Obwohl der Gesetzgeber mit Wirkung vom 01. 01. 1989 eine Kostenerstattung für ambulante Behandlungen durch nicht zugelassene Krankenhausärzte untersagt hat und Leistungen seit dieser Zeit nicht mehr er

bracht werden dürfen, sind von einigen Kassen in der Vergangenheit gleichwohl Behandlungskosten übernommen worden. Die Kassen haben dies damit begründet, daß das Krankenhaus, an dem der betreffende Arzt tätig war, Vertragskrankenhaus war. Dagegen hatten wir mit besonderem Nachdruck auf Einhaltung der gesetzlichen Vorschrift bestanden. In der Folge mußten wir im Jahr 2000 kaum noch Rechtsverstöße der genannten Art feststellen.

Es waren nun die Versicherten, die dem Bundesversicherungsamt gegenüber vehement beklagten, daß die Kosten für ambulante Behandlungen durch nicht zugelassene Krankenhausärzte nicht mehr erstattet wurden. Abhilfe war jedoch nicht möglich. Auch wenn aus persönlicher Sicht z. B. das über Jahre gewachsene Vertrauensverhältnis des Patienten zu einem Krankenhausarzt großes Gewicht haben mag, hat die Aufsichtsbehörde auf Einhaltung der eindeutigen Rechtslage zu dringen. Eine große Zahl niedergelassener Fachärzte ermöglicht den Versicherten in jedem Fall eine Auswahl.

### **Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V**

Zahlreiche Pflegedienste haben im Berichtszeitraum darüber geklagt, daß einzelne Krankenkassen den Versicherten angeboten haben, Kosten für eine privat engagierte Pflegekraft zu erstatten, auch wenn diese keine Fachkraft ist.

Sofern die Leistung lediglich im Bereich der einfachen Behandlungspflege liegt, sehen wir darin keinen Rechtsverstoß, der von uns als Aufsichtsbehörde zu verfolgen ist. Der Wortlaut des § 37 Abs. 4 SGB V schränkt die einfache Behandlungspflege nicht auf Fachkräfte ein. Da der Gesetzge-

ber auch davon ausgeht, daß bestimmte Leistungen von im Haushalt lebenden Personen erbracht werden können, aber naturgemäß nicht in jedem Haushalt eine Fachkraft zur Verfügung steht, unterstellt die gesetzliche Regelung implizit, daß auch ungeschultes Personal pflegerisch tätig wird.

### **Kostenerstattung bei gezielter Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland**

Leistungen, die Versicherte in anderen Staaten der Europäischen Union in Anspruch nehmen, erstatten einige Kassen bereits dann, wenn die Versicherten sich in einem anderen Staat aufgrund einer entsprechenden Verordnung eines deutschen Arztes behandeln lassen.

Das Bundesversicherungsamt hat diese Kassen aufgefordert, diese Praxis aufzugeben, da sie geltendem Recht widerspricht. Erkrankten Versicherte gesetzlicher deutscher Krankenkassen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, erhalten sie alle unverzüglich benötigten ärztlichen und medizinischen Leistungen vom ausländischen Versicherungsträger auf Kosten der deutschen Krankenkasse. Liegt dagegen bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vor, und wollen sich Versicherte in einem anderen Staat der Europäischen Union behandeln lassen, muß ihre Krankenkasse die Behandlung im anderen Staat zuvor genehmigt haben. Die Genehmigung hängt davon ab, ob die nach deutschem Recht geforderten medizinischen Voraussetzungen für die Behandlung vorliegen und die Leistung im anderen Staat zum Leistungskatalog der dortigen Krankenkasse gehört.

Läßt sich der Versicherte aber ohne Genehmigung der Krankenkasse in einem anderen Mitgliedstaat behandeln, kann er keine Leistungen von der dortigen Krankenkasse in Anspruch nehmen bzw. hat kein Recht auf Erstattung evtl. von ihm bezahlter Behandlungskosten.

### **Zuschuß zu den Bestattungskosten**

Der Mutter einer Versicherten, die verstorben ist und am gesetzlichen Stichtag 1. Januar 1989 nicht Mitglied der deutschen Krankenversicherung gewesen war, konnten wir dennoch zu einem Zuschuß zu den Bestattungskosten (Sterbegeld) verhelfen.

Der Versicherungsträger hatte die Zahlung eines Sterbegeldes zunächst abgelehnt, da die Verstorbene am 1. Januar 1989 in Großbritannien gesetzlich versichert gewesen ist. Die Kasse hatte eine Gleichstellung des britischen Versicherungsverhältnisses mit dem Hinweis abgelehnt, daß nach dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 11. Oktober 1994 . 1 RK 38193 - der Anspruch auf Sterbegeld ausschließlich durch die Zugehörigkeit zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt werden könne.

Wir haben jedoch klargestellt, daß § 58 S. 1 SGB V das Sterbegeld an die Voraussetzung knüpft, daß der Verstorbene am 1. Januar 1989 versichert war. Die erwähnte Entscheidung des BSG ist nur auf deutsches Recht bezogen und besagt, daß der Anspruch auf Sterbegeld grundsätzlich eine Mitgliedschaft in der deutschen Krankenversicherung erfordert. Das dem deutschen Recht vorgehende europäische Recht kann aber - in Abweichung von der Regel - zu einer Gleichstellung deutscher und aus-

ländischer Versicherungsverhältnisse führen. Auch aus dem BSG-Urteil läßt sich anderes nicht herleiten. Für den Anspruch auf Sterbegeld ist die Gleichstellung der Mitgliedschaften in Art. 64 der Verordnung (EWG) 1408/71 vorgesehen. Dieser Auffassung hat sich nunmehr auch der Versicherungsträger angeschlossen und das Sterbegeld gewährt.

## **1.3 Satzungsrecht**

### **Modellvorhaben**

Im Berichtszeitraum hatte das Bundesversicherungsamt über die Genehmigung zahlreicher Modellvorhaben zu entscheiden. Besonderes Interesse bestand an Modellen zur Akupunkturbehandlung. Bis zum Jahresende konnte allerdings nur eines der beantragten Modellvorhaben genehmigt werden. Wenn die Prüfung in anderen Fällen noch andauert, hat dies seinen Grund überwiegend darin, daß die vorgeschriebene wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellprojekte nicht auf dem allgemein anerkannten Standard basierte.

Ziel solcher Modellvorhaben ist nach dem Willen des Gesetzgebers die Weiterentwicklung der Versorgung. Aus unserer Sicht wird dieser Weg aber zunehmend auch gewählt, um Versicherten - aus Wettbewerbsgründen - generell zusätzliche Leistungen anbieten zu können. Die Höhe der Teilnehmerzahl gibt hier entsprechende Hinweise. In den Fällen, in denen das Gebot der Wirtschaftlichkeit deutlich unbeachtet geblieben ist, besteht das Bundesversicherungsamt darum darauf, daß nur so viele Personen am jeweiligen Modellvorhaben teilnehmen, wie für die konkrete Untersuchungsmethode erforderlich und

ausreichend ist. Die Fallzahlen sind zu begrenzen, und die Auswahl der Patienten muß nach dem Zufallsprinzip unter Berücksichtigung bestimmter Ein- und Ausschlußkriterien (Randomisierungsverfahren) erfolgen. Unverzichtbar ist auch die Untersuchung einer Vergleichsgruppe. Wichtiges Ergebnis dieser Klarstellungen ist, daß die Teilnahme an den Modellvorhaben nur den Versicherten gewährt werden darf, die zum ausgewählten Teilnehmerkreis zählen. Dies ist insbesondere bei der verstärkt gewünschten Akupunkturbehandlung zu beachten.

## **1.4 Organisatorische Verfahren**

### **Vereinigungen und Ausdehnungen**

Im Berichtsjahr hat das Bundesversicherungsamt in fünfzehn Fällen die Vereinigung von Betriebskrankenkassen genehmigt. Die Ausdehnung einer bestehenden Betriebskrankenkasse auf zusätzliche Betriebe oder unselbständige Betriebsteile haben wir in vier Fällen geprüft und genehmigt.

## **1.5 Aufsichtsprüfungen**

### **Beitragseinzug**

Der Beitragseinzug bereitet einigen Betriebskrankenkassen erhebliche Schwierigkeiten, und es gibt auch Hinweise, daß die Betreuung der Versicherten nicht den Mindeststandards entspricht. Nun ist der Beitragseinzug schon seit 1997 ein Schwerpunkt unserer Aufsichtsprüfungen und es hatte auch den Anschein, als sei zwischenzeitlich eine Besserung erfolgt. Doch im Jahr 2000 ist das bekannte Problem erneut aufgetreten, so daß das Bundesversiche-

rungsamt mit den betroffenen Betriebskrankenkassen umgehend Konzepte erstellt hat, die zur Normalisierung des Beitragsinzuges führen sollen. Die laufende Vorlage der Monatsabrechnungen sowie regelmäßige Berichterstattung soll die Erfolgskontrolle erleichtern.

Unabhängig von der Feststellung von Auffälligkeiten wurden vier bundesunmittelbare Betriebskrankenkassen überprüft, die gemessen am absoluten Mitgliedererwerb zu den zehn wachstumsstärksten Kassen im BKK-System gehörten. Bei zwei der vier geprüften Kassen haben wir den Beitragseinzug in wesentlichen Punkten beanstandet. Zu den Mängeln zählen die fehlende Sollstellung im Beitragsbuch, die fehlende (oder fehlerhafte) Beitragsnachweisung, Buchungen auf unzutreffende Konten und hohe Außenstände durch verzögert eingeleitete Mahn- und Vollstreckungsverfahren mit Rückstandsquoten bis 50 Prozent.

Unabwendbar sind solche gravierenden Mängel nicht; das beweisen die beiden nicht beanstandeten Kassen, die bei Stichproben nicht durch nennenswerte Störungen im Beitragseinzug aufgefallen sind.

### **Veränderung der Mitgliederstrukturen**

Bestimmte Betriebskrankenkassen, so lautete 1999 ein öffentlicher Vorwurf, öffneten sich weit und einladend den jungen Gesunden, „vergraulten“ dagegen vorsätzlich chronisch Kranke - die sogenannten „schlechten Risiken“. Das Bundesversicherungsamt hat daraufhin seinen Prüfkatalog um dieses brisante Schwerpunktthema erweitert. Keine der 14 Prüfungen des Jahres 2000 bei überwiegend wachstumsstarken und geöffneten Kassen hat Hinweise auf



eine derartige aktive Risikoselektion ergeben. Wir haben gleichwohl nicht übersehen, daß der Zugang junger Mitglieder zu diesen Kassen zum Teil außergewöhnlich hoch ist.

Besonders „Niedrigbeitragskassen“ ziehen junge Kassenwechsler an. Eine Marketingstrategie ist nicht erforderlich, da die Ranglisten, die sich an den Beitragssätzen orientieren, über Medien - und dort besonders via Internet - ihr vorwiegend junges Publikum erreichen. Auch Verbraucherverbände geben entsprechende Listen heraus. Den Wechsel zu einer beitragsgünstigeren Kasse vollziehen naturgemäß überwiegend junge Mitglieder aus der sehr flexiblen Altersgruppe unter dreißig Jahren, wobei Fragen der Betreuung und Versorgung hinter der Frage nach der Beitragshöhe zurücktreten.

Servicedefizite, die Anlaß zu Aufsichtsbeschwerden gegeben haben, erklären sich aus der plötzlichen und nicht kalkulierten Überlastung dieser Kassen durch den Andrang der Kassenwechsler. Im Sinne einer Risikoselektion sind sie nicht zu werten.

### **Wahrnehmung von Fremdaufgaben durch Betriebskrankenkassen**

Mehrere Betriebskrankenkassen haben - quasi als Service für ihr Trägerunternehmen - neben ihren eigenen Erstattungsansprüchen nach § 116 SGB X auch die Ersatzansprüche des Arbeitgebers geltend gemacht, wo diese bei Dritthaftung nach Unfällen mit Fremdverschulden auf den Arbeitgeber übergegangen waren (§ 6 Entgeltfortzahlungsgesetz). Dieser Service steht nicht im Einklang mit § 30 Abs. 1 SGB IV, wonach Versicherungsträger nur

Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen dürfen. Insbesondere weil die Trägerunternehmen nicht mehr die Personalkosten der Betriebskrankenkassen tragen, ist davon auszugehen, daß im genannten Fall Mittel unzulässig verwendet worden sind. Wir haben die Kassen entsprechend beraten und werden die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften überwachen.

### **Sicherheit im Rechnungswesen und im Zahlungsverkehr**

Zu unseren „Standardfeststellungen“ gehören Verstöße gegen allgemeine Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung, gegen die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung, die Sozialversicherungsrechnungsordnung und die selbst aufgestellte Kassenordnung.

So fehlte öfter eine schriftliche Aufstellung über die Bediensteten mit Feststellungs- und Anordnungsbefugnis. Zahlungsanordnungen wurden ausgeführt, obwohl sie lediglich vom Feststellungsbefugten als sachlich und rechnerisch richtig unterschrieben waren. Oder Feststellung und Anordnung wurden von demselben Mitarbeiter getroffen bzw. die zweite Unterschrift war „blind“ geleistet worden, ohne nähere Prüfung der Unterlagen, d.h. das „vier-Augen-Prinzip“ wurde nicht eingehalten. Außerdem waren Buchungsbelege und die sie begründenden Unterlagen nicht entwertet.

Dies sind eklatante Verstöße gegen Sicherheitsstandards. In einem sensiblen Bereich wie dem Rechnungswesen ist das auch nicht mit Hinweisen auf „notwendiges Vertrauen“ oder auf die Zwänge des täg-

lich zu bewältigenden Massengeschäftes zu entschuldigen.

Die Folgen solcher Verstöße lassen sich an einem Fall von Veruntreuung aufzeigen, mit dem wir uns im Berichtsjahr auseinandergesetzt haben. Der betroffenen BKK war ein Schaden von 350.000 DM entstanden, weil ein Mitarbeiter über Jahre unrechtmäßig Geld der Kasse auf sein persönliches Girokonto überwiesen hatte. Solche kriminellen Handlungen könnten durch das „vier-Augen-Prinzip“ verhindert werden, doch in diesem Fall war es dem Täter gelungen - gestützt auf den hohen Vertrauensbonus, den er als langjähriger Mitarbeiter genoß -, die Nachlässigkeit der Kontrollen von Kollegen und Vorgesetzten auszunützen. Obwohl er bei den Zahlungsanordnungen zu seinen Gunsten die sachliche und rechnerische Richtigkeit festgestellt und dann - vorschriftswidrig - mit seiner zweiten Unterschrift die Zahlungen angeordnet hatte, sind Zahlungen und Buchungen unbeanstandet erfolgt. Schon bei einfacher Blickprüfung wäre aufgefallen, daß der Täter Zahlungen, die ihn selbst betrafen, festgestellt und veranlaßt hatte. Soweit die Gegenzeichnung durch einen berechtigten Mitarbeiter unvermeidbar gewesen war, hatten sich Kollegen bereit gefunden, zu unterzeichnen, obwohl der Name des Zahlungsempfängers - unter dem Vorwand des Datenschutzes! - abgedeckt war.

Polizei und Staatsanwaltschaft haben zu ermitteln, ob es weitere Pflichtverletzungen gegeben hat, die mit den Mitteln der Aufsicht nicht geklärt werden können. Unabhängig davon wird vom Bundesversicherungsamt geprüft werden, ob beteiligte Mitarbeiter der BKK möglicherweise Schadensersatzpflichtig sind. Das schon traditionelle Thema Kassensicherheit bleibt

weiter Schwerpunkt bei Aufsichtsprüfungen.

### **Widerspruchsverfahren durch unvollständige Sachverhaltsermittlung**

Eine Aufsichtsprüfung hat gezeigt, daß eine Krankenkasse Leistungsanträge ihrer Versicherten abgelehnt hatte, ohne zuvor den Sachverhalt zugunsten des Antragstellers umfassend aufgeklärt zu haben. Erst im Widerspruchsverfahren hat die Kasse die für die Einzelfälle bedeutsamen Tatsachen ermittelt, wobei das Ergebnis oftmals zugunsten des Versicherten ausgefallen ist. Krankenkassen sind durch den Gesetzgeber verpflichtet worden, darauf hinzuwirken, daß jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen umfassend und schnell erhält (§ 17 SGB I). Das bedeutet auch, daß der Berechtigte ausreichend über die Verfahren informiert wird, die notwendig sind, um eine seinem Bedarf angemessene Leistung zu erhalten.

Es ist schließlich zu vermeiden, daß dem Versicherten aus einer Verzögerung der Leistungserbringung gesundheitliche oder wirtschaftliche Nachteile erwachsen.

Die Kasse ist nach § 20 SGB X weiterhin verpflichtet, den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Dazu gehören alle Tatsachen, die für die Entscheidung von Bedeutung sind. Um die - verglichen mit der Kasse - schwächere Position des Versicherten im Verwaltungsverfahren auszugleichen, ist die Kasse auch verpflichtet, den Sachverhalt zugunsten des Betroffenen aufzuklären, wenn dieser die Rechte, die sich aus dem Sachverhalt ableiten, nicht vollständig kennt. Wir haben die Kasse darüber informiert, daß die genannte Pflicht, den Sachverhalt so weit wie notwendig und möglich zu ermitteln, auch

jedem Bemühen, das Verwaltungsverfahren zu vereinfachen, vorgeht.

### Medikamentenhandel über das Internet

Die niederländische Internet-Apotheke DOC.Morris.com bietet auch deutschen Versicherten Medikamente an, die preiswerter als in Deutschland gehandelt werden, und für die keine Rezeptgebühr erhoben wird. Auch bei den bundesunmittelbaren Trägern wird diese Bezugsform diskutiert. Belege dafür, daß bundesunmittelbare gesetzliche Krankenkassen die Kosten für solche - via Internet bezogenen - Medikamente erstatten, gibt es allerdings nicht, auch wenn dies in der Presse so dargestellt worden ist.

Die Rechtslage sieht eine solche Kostenerstattungspraxis auch nicht vor. Es verstößt vielmehr in mehrfacher Hinsicht gegen geltendes deutsches Recht, wenn apothekenpflichtige Arzneimittel außerhalb von Apotheken vertrieben werden. Das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) beschränkt den entsprechenden Handel auf Apotheken; das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens (HWG) verbietet die Werbung für Arzneimittel im Internet. Die Bedenken gründen auf Aspekten des Gesundheitsschutzes; denn es ist fraglich, ob beim Internethandel die Beratung der Käufer bezüglich der Qualität und der Anwendung sichergestellt ist, und ob insbesondere das Gebot der ärztlichen Verschreibung in den einschlägigen Fällen erfüllt wird. Die Anwendung der genannten nationalen Rechtsnormen stellt keinen Verstoß gegen europäisches

Gemeinschaftsrecht dar. Entsprechend werden die Kassen, die das niederländische Angebot diskutieren, durch das Bundesversicherungsamt beraten.

### Fehlende Rechtsbehelfsbelehrungen bei Bescheiden

Im Jahr 2000 sind wieder vermehrt Eingaben von Versicherten eingegangen, die zeigten, daß belastende schriftliche Verwaltungsakte die gesetzlich vorgeschriebene Rechtsbehelfsbelehrung (§ 36 SGB X) nicht enthielten. Fehlt die Belehrung über den Rechtsbehelf, geht die Möglichkeit, den Rechtsbehelf einzulegen, zwar nicht verloren, denn die Frist verlängert sich auf ein Jahr seit Zustellung, Eröffnung und Verkündung des Verwaltungsaktes (§ 66 Abs. 2 SGG). Dies ändert aber nichts daran, daß dem Versicherten der Zugang zu dem Rechtsmittel erheblich erschwert wird, wenn die Belehrung unterbleibt. Verwaltungsakte sind daher zwingend mit einer entsprechenden Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen. Dies gilt auch dann, wenn der durch den Verwaltungsakt Beschwerde zunächst mündlich beraten worden ist, und der Verwaltungsakt erst auf sein Verlangen schriftlich bestätigt wird.

### Einzeleingaben Krankenversicherung

<b>Einzeleingaben</b>			
<b>Neueingänge vom 01.01.00 bis 31.12.00</b>			
Gesamt	mit Berichtspflicht		BVA
	BMG <sup>1)</sup>	PADB <sup>2)</sup>	
2182	43	247	1892
<sup>1)</sup> Bundesministerium für Gesundheit <sup>2)</sup> Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages			



## **2. RENTENVERSICHERUNG**

2.1 Rehabilitation

2.2 Eingaben

2.3 Aufsichtsprüfungen

2.4 Auslandsberührungen



---

## 2. RENTENVERSICHERUNG

---

### 2.1 Rehabilitation

#### Kraftfahrzeughilfe

Viele Behinderte können ihre beruflichen und sozialen Kontakte nur mit Hilfe eines behindertengerechten Fahrzeugs aufrechterhalten. Angesichts der beträchtlichen Kosten für die Beschaffung und den behindertengerechten Umbau eines solchen Fahrzeugs führt die Ablehnung von Leistungen nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV) entsprechend häufig zu Beschwerden. Dabei muß aber deutlich unterschieden werden zwischen Leistungen zur *allgemeinen* und Leistungen zur *beruflichen* Rehabilitation. Zur Erlangung der Kraftfahrzeughilfe muß nachgewiesen werden, daß der Behinderte allein wegen Art und Schwere seiner Behinderung auf die Benutzung eines geeigneten Fahrzeugs angewiesen ist, um seinen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz zu erreichen. Die Benutzung eines PKW zur allgemeinen Rehabilitation wird von der Rentenversicherung nicht gefördert.

Soll nun ein Fahrzeug erworben und behindertengerecht ausgestattet werden, ist die entsprechende Leistung beim Träger der Rentenversicherung unbedingt *vor* Abschluß eines Kaufvertrages zu beantragen, denn nur im Vorhinein kann der Rentenversicherungsträger durch seine Beratung diese Rehabilitationsmaßnahme optimal gestalten. Das Bundesversicherungsamt, das darüber wacht, daß Leistungen der Rehabilitation rechtzeitig zur Verfügung ge-

stellt werden, kann Beschwerdeführer nicht unterstützen, wenn der entsprechende Antrag nicht rechtzeitig gestellt worden ist. Hier sehen wir weiteren Aufklärungsbedarf der Versicherten und haben die Träger entsprechend informiert. Es gibt aber durchaus Fälle, die den umgehenden Kauf erforderlich machen - wie es etwa nach einem Unfall mit Totalschaden nachvollziehbar ist. In solchen besonders gelagerten Fällen der verspäteten Antragstellung - nach erfolgter Ersatzbeschaffung - wird nach Ermessensprüfung des Trägers die Leistung erbracht. Innerhalb eines Monats nach Abschluß eines Kaufvertrages muß der Antrag aber auch in solchen Fällen eingehen, da der Träger zur Gleichbehandlung aller Versicherten verpflichtet ist.

Leistungen nach der Kfz-Hilfe-Verordnung sind grundsätzlich nur möglich, sofern das Fahrzeug als Eigentum erworben wird; Leasingverfahren verpflichten den Rentenversicherungsträger nicht zur Leistung, da die aufwendigen behindertengerechten Umbauten hier in kürzeren Zeitabständen zu finanzieren wären.

Einschränkungen gelten auch, wenn das Beschäftigungsverhältnis zeitlich befristet ist. Es ist dann zu prüfen, ob es nicht wirtschaftlicher ist, einen Zuschuß zu den Kosten der Beförderung zu gewähren. Bei diesen Eingaben kommt es uns sehr darauf an, die Träger zu veranlassen, ihre Entscheidungen transparenter zu gestalten. In Einzelfällen ist es notwendig, den Versicherten auf die Interessen der Solidargemeinschaft hinzuweisen.

## Verfahren in medizinisch begründeten Eilfällen

Die Dauer des Verfahren ist gerade dort, wo es um die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch medizinische Maßnahmen der Rehabilitation geht, problematisch. Ein entsprechendes Verfahren für die Schnelleinweisung in eine Rehabilitationsklinik gibt es bereits; in Einzelfällen wird das Ziel aber nicht erreicht. Gemeinsam mit den Rentenversicherungsträgern sind wir bemüht, möglichst allen Berechtigten optimal und schnell zur Rückkehr in die Erwerbstätigkeit zu verhelfen. Bei berechtigten Beschwerden über die Verfahrensdauer geht es uns einerseits darum, dem Betroffenen möglichst umgehend zu helfen. Darüber hinaus prüfen wir auch, ob es sich um ein singuläres Versagen handelt oder eine bisher geübte Verwaltungspraxis überdacht werden muß. So hat ein Rentenversicherungsträger - auch auf den Hinweis des Bundesversicherungsamtes hin - in zweifacher Hinsicht das Verfahren zur Schnelleinweisung verbessert. Das Eilverfahren gilt nunmehr für alle Versicherten, die wegen erheblicher Gefährdung oder Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit von der Krankenkasse aufgefordert worden sind, Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zu beantragen. Die zweite Verbesserung betrifft jene Fälle, in denen medizinische Leistungen zur Rehabilitation zwar angezeigt sind, aber nicht erwiesen ist, daß die Maßnahme erfolgreich im Sinne einer Wiedereingliederung ins Erwerbsleben sein wird. Trotz dieser fehlenden Erfolgsprognose tritt dann der Rentenversicherungsträger im Eilverfahren in Vorleistung, auch wenn die Möglichkeit besteht, daß zu einem späteren Zeitpunkt zu Lasten anderer Sozialversicherungsträger abgerechnet werden muß.

## 2.2 Eingaben

### Überblick

Auffallend ist im Jahr 2000 die hohe Anzahl von Berichten an das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gewesen; im Vergleich zum Vorjahr ergibt sich eine Steigerung um 73 Prozent.

<b>Einzeleingaben</b>					
<b>Neueingänge vom 01.01.00 bis 31.12.00</b>					
Gebiet	Berichtspflicht PADB <sup>1</sup>	BMA <sup>2</sup>	SMBay <sup>3</sup>	allein BVA	insgesamt
Rentenversicherung	446	139	-	1274	1859
Alterssicherung der Landwirte	5	-	1	6	12
insgesamt	451	139	1	1280	1871

1) Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages  
2) Bundesministerium für Arbeit- und Sozialordnung  
3) Bayerisches Sozialministerium

Nach wie vor aktuell war die Frage nach der Abgrenzung zwischen selbständiger Tätigkeit und abhängiger Beschäftigung sowie die Befreiungsmöglichkeiten für bestimmte Selbständige. Hier ist die Anzahl der Eingaben deutlich gestiegen. Besonders Petitionen von Lehrern, deren Rentenversicherungspflicht als selbständig Tätige für die Vergangenheit festgestellt worden war, und die wegen fehlender Befreiungsmöglichkeiten erhebliche finanzielle Belastungen zu tragen hatten, sind uns verstärkt zugegangen. Es haben uns auch viele Eingaben erreicht, die auf eine nachträgliche Klärung länger bestehender Arbeitsverhältnisse gerichtet waren. In Einzelfällen haben wir die Ergebnisse der bundesweiten Clearingstelle überprüft.

Ein anderer thematischer Schwerpunkt hat sich aufgrund der Entscheidungen des Bundessozialgerichts zur Berücksichtigung von Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatz-



versorgungssystem der ehemaligen DDR auch ohne Versorgungszusage ergeben. In zahlreichen Beschwerden drängten die Betroffenen auf zügige Entscheidung über ihre Anträge. Wir haben angesichts der immensen Zahl der Anträge, die nach der positiven Entscheidung des BSG auf den Versorgungsträger zugekommen waren, nach Erörterungen mit dem Träger eine Reihenfolge der Bearbeitung abgestimmt und auf diesem Wege insbesondere für Rentner und Angehörige der rentennahen Jahrgänge eine zügige Bearbeitung ihrer Anträge erreicht.

### **Beitragszeiten in Berlin (Ost) vor dem 1. Juli 1945**

Das Bundesversicherungsamt hatte sich mit der Frage auseinanderzusetzen, wie Beitragszeiten im Ostteil Berlins vor dem 1. Juli 1945 rentenrechtlich zu bewerten sind. Aus unserer Sicht war die Rechtslage eindeutig. Sofern ein Versicherter seinen gewöhnlichen Aufenthalt am 18. Mai 1990 im Beitrittsgebiet hatte, erhalten alle Beitragszeiten im Beitrittsgebiet (auch Reichsgebietszeiten) Entgeltpunkte (Ost). Beitrittsgebiet nach § 18 Abs. 3 SGB IV in Verbindung mit Art. 3 des Einigungsvertrages sind die neuen Bundesländer einschließlich Berlin (Ost). Eine Ausnahme gilt für den Ostteil Berlins in der Zeit vom 1. Juli 1945 bis zum 31. Januar 1949, da in diesem Zeitraum Beiträge zur - Berlin West *und* Ost umfassenden - Versicherungsanstalt Berlin entrichtet worden sind (§ 257 SGB VI).

Ein Versicherungsträger hat jedoch die Auffassung vertreten, daß die Ermittlung von Entgeltpunkten (Ost), obgleich Groß-Berlin bis zum 31. Januar 1949 - also auch vor dem Ende des zweiten Weltkrieges - sozialversicherungsrechtlich eine Einheit

gewesen sei, zur unterschiedlichen Behandlung der Berliner Beitragszeiten vor dem 1. Juli 1945 führen würde. Außerdem hätte die einheitliche Behandlung dieser Beitragszeit lange gesetzgeberische Tradition und entspräche früheren Vorschriften im Bereich des Auslandsrentenrechts über die Zahlung von Leistungen aus Bundesgebietsbeitragszeiten.

Da die Erörterungen mit dem Rentenversicherungsträger zu keinem Ergebnis führten, haben wir ihm die Einleitung eines förmlichen Aufsichtsverfahrens gemäß § 89 SGB IV angekündigt. Daraufhin hat sich der Träger an das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gewandt, das nach Prüfung der Sachlage eine Ergänzung des Gesetzes initiiert hat. Diese Ergänzung des § 254d SGB VI ist rückwirkend zum 1. Januar 1992 in Kraft getreten. Sie bewirkt, daß Beitragszeiten und Kindererziehungszeiten in Berlin (Ost) vor dem 1. Februar 1949 Entgeltpunkte (West) erhalten.

### **Auch in den alten Bundesländern: Rentenminderung bei Fernstudium und Abendschulbesuch neben voller Berufstätigkeit**

Bereits in unserem Bericht 1997 haben wir darauf hingewiesen, daß die Anerkennung von Anrechnungszeiten für Fernstudium oder Abendschulbesuch neben einer vollen versicherungspflichtigen Berufstätigkeit zu einer geringeren Rentenhöhe führt als sie sich bei einer Berechnung ohne Anrechnungszeit ergebe. Für viele Betroffene auch aus den alten Bundesländern war dies unbefriedigend und nicht nachvollziehbar.

Wir vertreten hier - wie auch in den für das Beitrittsgebiet typischen Fällen - die Auffassung, daß es mit Sinn und Zweck der Anrechnungszeiten für Ausbildungen nicht

zu vereinbaren ist, daß deren Berücksichtigung - in bestimmten Fallkonstellationen - eine Rentenminderung zur Folge hat. Einen Versicherungsträger haben wir auf die Möglichkeit einer Analogie zu § 252a Abs. 1 Satz 3 SGB VI hingewiesen. Dem hat sich der Versicherungsträger mit der Begründung, der Gesetzgeber habe diese Regelung ausschließlich für die neuen Bundesländer geschaffen, nicht angeschlossen.

Es ist erfreulich für die Betroffenen in den alten Bundesländern, daß es uns anschließend gelungen ist, beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung mit Erfolg eine Lösung durch den Gesetzgeber anzuregen: § 58 SGB VI ist nunmehr durch einen Absatz 4a ergänzt worden. Danach sind Zeiten der schulischen Ausbildung neben einer versicherten Beschäftigung nur noch dann Anrechnungszeiten, wenn der Zeitaufwand für die schulische Ausbildung gemessen am Zeitaufwand für die Berufstätigkeit überwiegt. Die Regelung ist mit Wirkung vom 1. Januar 1997 in Kraft gesetzt worden, da seither die nachteiligen Auswirkungen zutage getreten waren. Für Bestandsrentner sichert § 309 SGB VI das Recht zur Beantragung der Neufeststellung.

### **Auswirkungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung auf Rentenneufeststellungen**

Wird ein Rentenbescheid zugunsten des Versicherten aufgehoben, sind die bis dahin zuerkannten persönlichen Entgeltpunkte beschützt. Darüber hinaus hat der 5. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) in seiner Entscheidung vom 1. Dezember 1999 (B 5 RJ 20/98 R) festgestellt, daß im Rahmen des dynamischen Besitzschutzes gemäß § 300 Abs. 3 S. 2 SGB VI in der bis zum 31. Dezember 2000

geltenden Fassung i. V. m. § 88 SGB VI auch die sich bei richtiger Anwendung des alten - also vor der Rentenreform von 1992 geltenden - Rechts ergebenden persönlichen Entgeltpunkte beschützt sind.

Die Auswirkungen dieser Änderung illustriert der Fall eines Petenten, dem bisher die Jahre seiner Schulausbildung von 1941 bis 1945 nicht rentenrechtlich angerechnet worden waren, weil er in der fraglichen Zeit das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte. Der Mann bezieht bereits seit 1994 Altersrente wegen Vollendung des 65. Lebensjahres. Mitte des Jahres 1999 hatte der Petent dann geltend gemacht, daß wegen seiner Verpflichtung zu Schanzarbeiten in der Eifel im August 1944 Ersatzzeiten im Sinne des § 250 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI zu berücksichtigen seien. Obwohl der Rentenversicherungsträger die Ersatzzeiten Ende 2000 anerkannt hat, erhöhten sich die der Rentenberechnung zugrunde liegenden Entgeltpunkte durch die Neufeststellung nicht.

Wir haben den Träger jedoch gebeten, diese Entscheidung auf der Grundlage des erwähnten BSG-Urteils vom Dezember 1999 zu überprüfen. Auf der Grundlage des für die Rente ursprünglich geltenden Rechts des SGB VI in der am 1. Januar 1995 geltenden Fassung wurden nun persönliche Entgeltpunkte ermittelt, die nach der neuen Rechtsprechung als nachträglich beschützte persönliche Entgeltpunkte zu berücksichtigen waren.

### **Schließung von Lücken im Versicherungsverlauf**

Lücken im Versicherungsverlauf können sich nachteilig auf die Gewährung einer Rente auswirken. Zur Vermeidung solcher Nachteile hat sich ein ehemaliger Ge-

schäftsführer einer GmbH bemüht, eine Lücke in seinem Versicherungsverlauf zu schließen. Allerdings sind freiwillige Beiträge nur wirksam, sofern sie bis zum 31. März des Jahres gezahlt werden, das dem Jahr folgt, für das sie gelten sollen. Diese Frist (§ 197 Abs. 2 SGB VI) war verstrichen. Aus dem Rentenversicherungsverlauf ergaben sich für uns etliche Fragen. Die weiteren Ermittlungen, die der Träger auf unsere Intervention hin begonnen hat, haben dann ergeben, daß der Petent in dem Zeitraum, für den er freiwillig Beiträge entrichten wollte, als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH mehr als 50 Prozent der Anteile gehalten und somit maßgeblichen Einfluß auf die Willensbildung der Gesellschaft gehabt hatte. Somit stand er in keinem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu der Gesellschaft und war also nicht rentenversicherungspflichtig.

Da dieser entscheidende Sachverhalt nicht im Rahmen des Antrages auf Entrichtung freiwilliger Beiträge ermittelt, sondern erst durch unser Eingreifen zutage gefördert worden ist, hat sich zugunsten des Beschwerdeführers die Regelung des § 197 Abs. 3 SGB VI ausgewirkt, wonach in Fällen besonderer Härte die Zahlung von Beiträgen - auf Antrag - auch nach Ablauf der Frist zuzulassen ist, wenn der Versicherte ohne Verschulden an der rechtzeitigen Beitragsentrichtung gehindert war.

### **Verständlichkeit der Rentenauskünfte**

Es ist uns auch im Jahr 2000 ein Anliegen gewesen, die Träger für eine verständliche Gestaltung ihrer Bescheide zu gewinnen. Insbesondere Hinweise auf die Unverbindlichkeit der Rentenauskunft sind in ihrer Brisanz von den Versicherten so nicht verstanden worden; entsprechende Beschwerden haben uns zahlreicher als in der Ver-

gangenheit erreicht. Zwar hatte der Träger in der Auskunft ausdrücklich auf die Rechtsunverbindlichkeit hingewiesen, das Erscheinungsbild dieses Hinweises war aber absolut ungeeignet, die Aufmerksamkeit des Lesers zu erregen. Wir haben den Träger gebeten, den Hinweis in Zukunft im Druckbild hervorzuheben, und es existiert erfreulicherweise schon eine entsprechende Übereinkunft im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), die Passage zur Rechtsunverbindlichkeit nun bundeseinheitlich in Fettdruck auszuweisen.

Aus vielen Eingaben haben wir auch ersehen, daß Bürger von den sehr umfangreichen Berechnungsanlagen zur Rentenauskunft überfordert sind. Nach unserer Erfahrung erwarten die Adressaten einer Rentenauskunft eher eine kurze, komprimierte Darstellung der zu erwartenden Rente. Der Träger hat unsere Anregungen zur Einschränkung der Anlagen technisch bereits umgesetzt. Die Anlagen werden nur noch auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten übersandt.

### **Statusfeststellungsverfahren nach § 7a SGB IV**

Mit dem Gesetz zur Förderung der Selbständigkeit wurde zum 1. Januar 2000 ein Anfrageverfahren zur Statusklärung eingeführt. Seit den Neuregelungen zur „Scheinselbständigkeit“ vom 1. Januar 1999 war es wiederholt zu Problemen gekommen. Uneinheitliche Entscheidungen der Einzugsstellen sind in Zukunft nicht mehr möglich, denn das Verfahren zur Statusfeststellung obliegt ausschließlich der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), die zu diesem Zweck eine sogenannte „Clearingstelle“ eingerichtet hat.

Angesichts einiger Startschwierigkeiten bei der Arbeit der Clearingstelle haben uns darum im Berichtsjahr viele Beschwerden erreicht, die hauptsächlich die lange Verfahrensdauer und den Umfang des Antragsformulars beklagten. Wir haben die Betroffenen auf die Probleme beim Neuaufbau einer Verwaltungsorganisation sowie auf die für die Statusfeststellung notwendige komplexe und damit zeitaufwendige Prüfung hingewiesen. Es ist durchaus im Sinne des Versicherten und der Versichertengemeinschaft, wenn auch durch sehr detaillierte Fragen ein erschöpfendes Gesamtbild über die berufliche Tätigkeit zur Grundlage der Entscheidung gemacht wird. Es muß sichergestellt sein, daß die maßgebenden Kriterien weitgehend einheitlich gelten.

### **Scheinselbständigkeit**

Auch wenn diese Thematik von den Medien zwischenzeitlich kaum noch beachtet wird, erreichten uns weiterhin zahlreiche Eingaben. Diese betrafen einerseits erneut die Befreiungsmöglichkeiten gem. §§ 6 Abs. 1a, 231 Abs. 5 SGB VI für den Personenkreis der arbeitnehmerähnlichen Selbständigen (§ 2 S. 1 Nr. 9 SGB VI).

Andererseits ist uns aufgefallen, daß viele Betroffene eine nachträgliche Statusklärung ihrer bereits bestehenden „Arbeitsverhältnisse“ wünschten. Nicht immer ist dabei auf Anhieb deutlich gewesen, in welche Richtung die Beschwerdeführer argumentierten. Die Begriffe der abhängigen Beschäftigung, der selbständigen Tätigkeit und der „Scheinselbständigkeit“ (also de facto abhängiger Beschäftigung) sind in ihrer Bedeutung oft durcheinander geraten und von den Petenten nicht sachgerecht verwendet worden. Die widersprüchlichen Darstellungen der Sachverhalte haben uns zunächst gezwungen, gemeinsam

mit den Rentenversicherungsträgern die oft sehr komplexen Sachverhalte zu entwirren, damit eine Statusfeststellung überhaupt möglich war.

Gleichzeitig haben wir diese Arbeit des Entwirrens und „Übersetzens“ zum Anlaß genommen, den Trägern der Rentenversicherung Hinweise zur Optimierung der Verfahren - insbesondere zur Verbesserung der Vordrucke für die systematische Abfrage - zu geben. Die Vordrucke, die die Befreiung von der Versicherungspflicht für arbeitnehmerähnliche Selbständige betreffen, sind entsprechend überarbeitet worden.

### **Bescheidbegründung bei fehlender Mitwirkung**

Rentenversicherungsträger sind bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen auf die Mithilfe des Antragstellers angewiesen. Wird zum Beispiel ein Antrag auf Hinterbliebenenrente gestellt, und macht der Berechtigte keine Angaben zum Einkommen, zahlt der Rentenversicherungsträger die Rente nach Ablauf des Sterbevierteljahres nicht weiter.

Nicht zulässig war dabei die Begründung, mit der in einem solchen Fall der Versicherungsträger die weitere Rentengewährung abgelehnt hatte. Er hatte, da die Mitwirkung unterblieben war, im Rahmen der Einkommensanrechnung ein fiktives Einkommen von 9.999.999 DM berücksichtigt.

Wir haben den Versicherungsträger darauf hingewiesen, daß diese Begründung nicht zutrifft und Grund für die Ablehnung vielmehr die fehlende Mitwirkung des Antragstellers bei der Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen ist. Auch muß dem An-

spruchsberechtigten zuvor mitgeteilt worden sein, daß die fehlende Mitwirkung diese gravierenden Folgen nach sich ziehen kann. Entsprechend wird der Träger in künftigen Bescheiden auch zur Mitwirkung bzw. zur Nachholung der Mitwirkung auffordern.

### **Fehlen der Anhörung**

Vor der Rücknahme eines Rentenbescheides und einer daraus abgeleiteten Rückforderung überzahlter Beträge sind nach § 24 SGB X die Betroffenen zu hören. Mit der Begründung der „Eilbedürftigkeit“ - oder auch ganz ohne eine Begründung - ist die erforderliche Anhörung bei einem Rentenversicherungsträger aber immer wieder unterblieben.

Wir haben diesem Versicherungsträger dargelegt, daß die Absicht der Verfahrensbeschleunigung von der Pflicht zur Anhörung nicht entbindet. Wir haben vorgeschlagen, den entsprechenden Vordruck so zu verändern, daß im Falle des Verzichts auf die Anhörung eine Begründung erfolgen muß, die der Regelung des § 24 Abs. 2 SGB X entspricht. So wird zum einen der zuständige Sachbearbeiter zur sorgfältigen Beachtung der Begründungspflicht gezwungen, und zum anderen wird die Entscheidung in dem Fall, in welchem die Anhörung nicht erfolgt ist, für den Empfänger des Bescheids nachvollziehbar. Der Rentenversicherungsträger hat sich daraufhin bereit gefunden, die abschließend geregelten Ausnahmemöglichkeiten in seinem Vordruck aufzuzählen.

### **Betriebsprüfungen**

Wie die Rentenversicherungsträger verfahren, wenn sie im Rahmen ihrer Betriebsprüfungen nach § 28p SGB IV kontrollie-

ren, ob ein Arbeitgeber den Sozialversicherungsbeitrag in gebotener Weise abführt, war Gegenstand zahlreicher Eingaben, die sich aber in ihren jeweiligen Hintergründen sehr heterogen dargestellt haben.

In einem Fall ist der Rechtsbegriff des Handelsvertreters und dessen sozialversicherungsrechtliche Einordnung diskutiert worden. Die Frage der Statusfeststellung, die immer wieder akut wird, gewann ihre Bedeutung in diesem Fall durch die Kündigung zweier sogenannter „Handelsvertreter“. Obwohl dieser Begriff so auch im Vertrag genannt war, vertrat der Anwalt der Gekündigten die Auffassung, beide seien abhängig Beschäftigte und genießen als solche besonderen Kündigungsschutz. Wir haben eine nochmalige Betriebsprüfung veranlaßt, die bestätigt hat, daß die Tätigkeit der Handelsvertreter eine selbständige war.

In einem anderen Fall ist das Bundesversicherungsamt aufgefordert worden, einen Franchisevertrag versicherungsrechtlich einzuordnen. Franchisenehmer erhalten vom Franchisegeber das Recht, bestimmte Handelswaren zu vertreiben. Damit verbunden ist die betriebliche Betreuung bzw. Beratung durch den Franchisegeber. In der Praxis ist die Ausgestaltung dieser Grundkonstellation so variantenreich, daß der sozialversicherungsrechtliche Status von Franchisenehmern nur ermittelt werden kann, wenn die Vertragsgestaltung und die Verhältnisse vor Ort einer differenzierten Prüfung unterzogen werden.

Dies haben wir von dem für die Betriebsprüfung zuständigen Rentenversicherungsträger nachdrücklich gefordert. Nach Abwägung aller Umstände kam der Versicherungsträger im vorliegenden Fall zu dem Ergebnis, daß die Merkmale einer selbständigen Tätigkeit überwogen. Ent-

scheidend war hier, daß die Einbindung in das Vertriebssystem und der damit verbundene Grad der Abhängigkeit nicht soweit ging, dem Unternehmer jeden Gestaltungsspielraum zu nehmen.

### **Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch**

Immer wieder steht der sogenannte sozialrechtliche Herstellungsanspruch im Mittelpunkt von Eingaben. Im uns vorgetragenen Fall waren vom Konto einer Petentin freiwillig geleistete Höherversicherungsbeiträge abgebucht worden, und dies, obwohl die Petentin bereits seit zwei Monaten eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bezog. Der Rentenversicherungsträger hatte den Standpunkt vertreten, die Beiträge seien rechtswirksam entrichtet worden und würden beim nächsten Leistungsfall - Altersrente oder Hinterbliebenenrente - berücksichtigt. Eine Erstattung komme nicht in Betracht.

Nach dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ergibt sich jedoch eine Rückzahlungsmöglichkeit. Es steht außer Zweifel, daß der Rentenversicherungsträger den Versicherten beraten muß, wenn dieser sich an ihn wendet. Die Beratung muß richtig sein. Sollte die Beratung mißverständlich oder falsch sein, greift der sozialrechtliche Herstellungsanspruch. Auch ein mit der Rechtsmaterie nicht vertrauter Bürger muß so klar und vollständig beraten werden, daß er bedarfsgerecht disponieren kann. Der Träger ist auch verpflichtet, den Versicherten darauf hinzuweisen, wie das Versicherungsverhältnis optimal gestaltet werden kann.

Nach Intervention des Bundesversicherungsamtes hat der Versicherungsträger zugestanden, daß die Petentin schon, als ihr

in der Auskunft- und Beratungsstelle die Rentenantragsvordrucke ausgehändigt worden waren, auf die sinnvolle Gestaltungsmöglichkeit hätte hingewiesen werden müssen, bis zur Entscheidung über den Rentenantrag die freiwillige Beitragsentrichtung zunächst einzustellen. Da diese Beratung versäumt worden war, hat der Träger schließlich den Gegenwert der Beiträge auf dem Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs an die Petentin ausgezahlt.

Auch in einem weiteren Fall führte der sozialrechtliche Herstellungsanspruch zum Ziel. Eine Petentin, die seit 1985 eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bezogen hatte, hat Mitte des Jahres 1998 einen Antrag auf Zahlung der Altersrente wegen Vollendung des 60. Lebensjahres und bestehender Erwerbsunfähigkeit gestellt. Diese Rente sollte bereits ab August 1994 beginnen, was die Petentin damit begründet hat, daß sie seit 1994 mehrmals eine Beratungsstelle des Rentenversicherungsträgers aufgesucht hätte - in der Absicht Altersrente zu beantragen. Dort wäre ihr jedoch wiederholt mitgeteilt worden, ein Anspruch auf Regelaltersrente bestehe erst ab Vollendung des 65. Lebensjahres.

Zwei entsprechende Beratungstermine ließen sich nachweisen. Der Rentenversicherungsträger konzidierte, aus allen Umständen könne geschlossen werden, daß die Petentin tatsächlich in der Absicht erschienen sei, einen Antrag auf Altersrente zu stellen und bereits damals aus den der Beraterin verfügbaren Daten die Erfüllung der Voraussetzungen für die Altersrente nach § 37 SGB VI ersichtlich gewesen wäre. Gleichwohl sei ein Antrag nach Aktenlage während der Beratung nicht aufgenommen worden.

Da es in diesem wie in gleichgelagerten Fällen an einem Hinweis in der Rentenauskunft auf die Rechtsfolgen einer verspäteten Rentenantragstellung mangelte, wurde die Altersrente schließlich - gestützt auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch - ab dem 1. August 1994, dem originären Rentenbeginn, zuerkannt.

Daß ein Beratungsdefizit einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch begründet, illustriert auch der Fall eines Pensionärs, der parallel zu seiner vorzeitigen Pensionierung eine quasi „automatische“ vorzeitige Leistung des Rentenversicherungsträgers erwartete, bei dem er ebenfalls Ansprüche erworben hatte. Dazu hatte der Beschwerdeführer 1996 beim Träger der Rentenversicherung nachgefragt, ob er trotz bestehender vorzeitiger Pensionierung einen Antrag auf vorzeitige Rentenzahlung stellen müßte. Der Rentenversicherungsträger hatte jedoch entgegen § 115 Abs. 6 SGB VI damals eine umfassende Beratung über den frühestmöglichen Rentenbeginn versäumt. Unser Hinweis auf dieses Versäumnis hat den Rentenversicherungsträger bewogen, der Auffassung des Bundesversicherungsamtes zu folgen und den Beginn der Altersrente um 18 Monate vorzuverlegen.

### **Renten mit Zeiten nach dem Fremdrentengesetz**

Eine niedrigere Rente als sie in einer früheren Rentenauskunft errechnet worden war, enttäuscht die Rentenempfänger. Entsprechend zahlreich sind die Eingaben von Neurentnern, die eine Rente mit Zeiten nach dem Fremdrentengesetz beziehen und eine solche Enttäuschung zu verkraften haben. Die Prüfung der Akten hat dabei häufig zu dem Ergebnis geführt, daß sowohl die frühere Rentenauskunft als auch

die jetzt errechnete Rente dem jeweils geltenden Recht entsprochen haben bzw. entsprechen.

Rentenminderungen ergeben sich in besonderen Fällen durch das Zusammentreffen mehrerer Rechtsänderungen. So sind zum Beispiel für die Ermittlung der Bewertung von Beitragszeiten für die Versicherten nach dem Fremdrentengesetz mit dem Inkrafttreten des SGB VI nicht mehr die Durchschnittsverdienste der alten Bundesländer maßgebend, sondern die der neuen Bundesländer, wobei trotz der generellen Anpassung an die Verdienste der alten Bundesländer der damalige Durchschnittsverdienst einer Berufsgruppe in den alten und den neuen Bundesländern erheblich differieren kann. Ist eine Rentenauskunft über zu erwartende Rente vor 1992 erstellt worden und bezieht sie sich auch auf Zeiten nach dem Fremdrentengesetz, so muß nach Art. 38 Rentenüberleitungsgesetz (RÜG) überprüft werden, ob die Auskunft noch der geltenden Rechtslage entspricht. Das Fremdrentengesetz schreibt außerdem vor, daß die ermittelten Entgeltpunkte um 40 Prozent für jene Renten zu kürzen sind, die nach dem 1. Oktober 1996 begonnen haben (§ 22 Abs. 4 FRG). Eine Abweichung von der früheren Auskunft kann sich ferner dadurch ergeben, daß Zeiten der Schul- und Hochschulausbildung seit dem 1. 1. 1997 nur noch ab dem vollendeten 17. Lebensjahr berücksichtigt werden.

Wir haben den Beschwerdeführern ausführlich erläutert, daß sich die Bewertung rentenrechtlicher Zeiten erheblich verschlechtern kann, wenn sich die rentenrechtlichen Vorschriften ändern. Daß Rentenauskünfte unverbindlich sind und keinen Vertrauensschutz begründen, ist vielen

Bürgern nicht bekannt. Gleichzeitig arbeiten wir gemeinsam mit den Trägern der Rentenversicherung daran, auf breiter Basis mit den Informationen über die Unverbindlichkeit von Rentenauskünften ins öffentliche Bewußtsein zu dringen.

## **2.3 Aufsichtsprüfungen**

### **Kompetenzen des SMD**

Im Rahmen einer Prüfung hatten wir zu klären, welche Kompetenzen dem Sozialmedizinischen Dienst (SMD) eines Versicherungsträgers in seiner Doppelfunktion als MDK für die Kranken- und Pflegekasse und andererseits als gutachterlicher und beratungsärztlicher Dienst für die Rentenversicherung zukommen. Wir haben klar gestellt, daß die bisherige Praxis unzulässig ist, nach der der SMD - zunächst im Auftrag der Krankenversicherung handelnd - bei Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gleichsam die Funktion wechselt und nun, ohne daß ein Antrag des Versicherten das Verfahren eingeleitet hätte, für den Rentenversicherungsträger tätig wird. Eine entsprechende gesetzliche Grundlage existiert nicht. Künftig wird der SMD Versicherte nicht mehr aus eigener Initiative laden. Eine Begutachtung im Auftrag des Rentenversicherungsträgers wird nur erfolgen, nachdem der Versicherte Rente beantragt hat. Durch eine von uns veranlaßte Neufassung der Geschäftsanweisung für den SMD haben wir ferner Personalunionen bei Begutachtungen im Krankenversicherungs- bzw. im Rentenantragsverfahren ausgeschlossen.

Mit dem Versicherungsträger konnten wir auch Einvernehmen hinsichtlich der Qua-

litätsstandards erzielen, die bei der Begutachtung im Rentenverfahren gelten sollen. Diese Qualitätsstandards ergeben sich aus den Begutachtungsleitlinien, die von allen Trägern der Rentenversicherung mittlerweile verabschiedet worden sind.

### **Speicherung von Mutterschutzfristen, Kindererziehungszeiten und anschließwährenden Tatbeständen**

Die Prüfung von Kontenspiegeln bei einem Rentenversicherungsträger hat ergeben, daß Mutterschutzfristen, Kindererziehungszeiten und anschließwährende Tatbestände wie zum Beispiel Berücksichtigungszeiten im wesentlichen sachgerecht gespeichert werden. Wir sind allerdings der Auffassung, daß auch Zeiten der Kindererziehung so im Kontenspiegel erfaßt werden sollten, wie sie auch im Versicherungsverlauf dargestellt sind. Unseren entsprechenden Vorschlag wird der betroffene Rentenversicherungsträger nun beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger einbringen.

Die Prüfung hat jedoch auch gezeigt, daß in vielen Fällen versäumt worden ist, wesentliche Sachverhalte im Versicherungsverlauf zu ermitteln. Nach Abschluß unserer Prüfungen mußten dann nicht wenige Bescheide zurückgenommen bzw. Renten neu festgestellt werden. Der Rentenversicherungsträger mußte zu einem Teil Nachzahlungen leisten, aber wir haben auch Überzahlungen ermittelt.

### **Neufeststellungen für nach dem AAÜG überführte Bestandsrenten des Beitrittsgebiets**

In einem anderen Verfahren haben wir die Praxis bei der erforderlichen Neufeststellung der Bestandsrenten aus Zusatz- oder



Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebietes (§ 307b SGB VI) überprüft. Das für die Berechnung maßgebliche Durchschnittsentgelt hatte der Versicherungsträger für das Jahr des Rentenbeginns und die zwei davor liegenden Jahre ermittelt, indem er das ursprünglich bei der Erstfeststellung maßgebliche Durchschnittsentgelt zugrunde gelegt hatte.

Das aktuelle Recht sieht vor, daß zur Ermittlung von Entgeltpunkten für Beitragszeiten des Kalenderjahres des Rentenbeginns und des davor liegenden Kalenderjahres als Durchschnittsentgelt der Betrag angenommen wird, der für diese Kalenderjahre *vorläufig* bestimmt worden ist (§ 70 SGB VI). Vorläufige Durchschnittsentgelte werden aber erst seit 1992 ermittelt, so daß bei einem früheren Rentenbeginn § 70 SGB VI auszulegen ist.

Der Versicherungsträger orientierte sein Handeln an der vor 1992 bestehenden Rechtslage. Sie führt bei jährlich steigenden Durchschnittsentgelten zu höheren Entgeltpunkten, weil für drei Jahre das gleiche Durchschnittsentgelt maßgeblich ist. Das Bundesversicherungsamt vertritt die Auffassung, daß bei den genannten Neufeststellungen, die alle einen Rentenbeginn vor 1992 hatten, immer das zum Zeitpunkt der Neufeststellung vorliegende Durchschnittsentgelt der Anlage 1 des SGB VI zugrunde gelegt werden muß. Wir sehen keine Notwendigkeit, auf die Durchschnittsentgelte der davor liegenden Jahre zurückzugreifen. Diese Problematik hat der Versicherungsträger inzwischen auf unsere Bitte hin dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger dargelegt.

## **Vorschußzahlungen**

In Fällen, in denen eine endgültige Rentenfeststellung noch nicht möglich ist, weil das Versicherungskonto noch zu unvollständig ist, muß die wirtschaftliche Existenz des Berechtigten durch Vorschußzahlungen gesichert werden. Vorschüsse sind zügig und in angemessener Höhe zu leisten. Gerade im Hinblick auf die gebotene Zügigkeit und Angemessenheit der Vorschußzahlungen haben wir bei einem Rentenversicherungsträger erhebliche Mängel festgestellt. Außerdem haben wir in der Statistik der Rentenlaufzeiten Fehler ermittelt, die sich daraus erklären ließen, daß der Träger Rentenverfahren als abgeschlossen betrachtete und auch als solche in die Statistik aufnahm, sobald ein Vorschuß bewilligt worden war. Der Träger hat umgehend zugesagt, die beanstandete Verfahrensweise aufzugeben.

## **Datum der Antragstellung bei Witwenrenten**

Schon der Antrag einer Witwe oder eines Witwers auf Zahlung eines Vorschusses auf das „Sterbevierteljahr“ gilt als rechtswirksamer Antrag auf Leistungen einer Hinterbliebenenrente; dies regelt § 115 Abs. 2 SGB VI zweifelsfrei. Einen Rentenversicherungsträger, der dennoch das Datum des förmlichen Rentenantrags der Leistungsbewilligung zugrunde gelegt hatte, haben wir aufgefordert, die gesetzlichen Vorgaben zu beachten.

## **Beginn des Beitragszuschusses**

Beim Beitragszuschuß zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung hat die Praxis eines Rentenversicherungsträgers zu einem Leistungsvakuum geführt, in dem

der Rentenberechtigte den Beitrag zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung allein aufbringen mußte: Der Träger hatte den Zuschuß erst ab Beginn des Monats gewährt, der dem Monat folgte, in dem die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen war. Nachdem wir den Rentenversicherungsträger auf die rechtlich nicht haltbare Belastung für den Rentenberechtigten hingewiesen haben, hat er seine Dienstanweisung entsprechend geändert. Der Zuschuß wird nun von dem Tag an geleistet, an dem die Versicherungspflicht entfällt.

### **Erstattung von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung**

Im Sterbemonat zuviel gezahlte Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind den Sonderrechtsnachfolgern bzw. Erben durch den Rentenversicherungsträger zu erstatten. Wir haben beanstandet, daß einem Rentenversicherungsträger bei der maschinellen Berechnung dieses Erstattungsbetrages Fehler unterlaufen sind, weil das Programm die zwischenzeitlich zum 1. Juli erfolgte Rentenanpassung berücksichtigt hatte. In diesen Fällen ist eine manuelle Berechnung notwendig und der entsprechende Warnhinweis im Rentenprogramm ist sorgfältig zu beachten.

### **Pauschale Anrechnungszeiten**

Im Beitrittsgebiet kann es vorkommen, daß im Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung Arbeitsausfalltage nur pauschal als Summe eingetragen sind. Eine Sondervorschrift des SGB VI schafft darum die Möglichkeit, in solchen Fällen nicht differenziert Anrechnungszeiten wegen Krankheit, wegen Schwangerschaft oder wegen Mutterschaft zu ermitteln, sondern für die Zeit vor dem 1. Juli 1990 pauschal An-

rechnungszeiten für Ausfalltage. In einem Prüfverfahren haben wir nun festgestellt, daß ein Versicherungsträger den Anwendungsbereich dieser Sondervorschrift des § 252a Abs.2 SGB VI zu weit faßte, wenn er die pauschale Ermittlung auch für Zeiten vor 1974 akzeptiert.

Die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Eintragung von Ausfalltagen als Summe bestand erst mit Inkrafttreten der Verordnung zur Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten vom 14. November 1974. Die Vorschrift legt eine 5-Tage-Woche zugrunde; diese wurde wiederum erst ab dem 28. August 1967 schrittweise im Beitrittsgebiet eingeführt. Wir haben den Träger auf diese Gegebenheiten hingewiesen und die Zusage erwirkt, Arbeitsausfalltage vor 1968 nicht mehr pauschal zu berücksichtigen. Für den Zeitraum zwischen 1968 und 1974 kommt eine pauschalierte Berücksichtigung nur dann in Betracht, wenn die Ausfalltage vom damaligen Arbeitgeber tatsächlich nach der damals geltenden Verordnung in einer Summe bescheinigt worden sind.

### **Verfahren zur Erfassung von Rentenüberzahlungen**

Rentenüberzahlungen müssen nach unserer Auffassung vom Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung an erfaßt werden. Ein entsprechendes Verfahren zur maschinellen Erfassung dieser Überzahlungen hat ein Rentenversicherungsträger auf unser Drängen hin entwickelt. Damit ist zugleich sichergestellt, das bereits abgeschlossene Vorgänge nicht aus dem Datenbestand gelöscht werden.

Überzahlungsfälle müssen zügig abgewickelt werden. Bei einem Versicherungsträger haben wir in mehreren Fällen festge-

stellt, daß Vollstreckungsmaßnahmen verspätet oder erst nach unseren Hinweisen eingeleitet worden waren. Hier haben wir zügigeres Vorgehen angemahnt.

Bei der Prüfung von Überzahlungsfällen kamen auch Fälle von Stundung in den Blick, bei denen Ratenzahlung vereinbart worden ist. Die Laufzeiten solcher Verfahren können erheblich verkürzt werden, wenn die Einkommens- und Vermögensverhältnisse, die die Stundung begründet hatten, regelmäßig überprüft werden. Die Rentenversicherungsträger werden unserer Vorgabe folgen und derartige Nachprüfungen künftig verstärkt vornehmen.

Wir gehen aufgrund der Häufigkeit unserer Feststellungen davon aus, daß die Arbeitsanweisungen der Rentenversicherungsträger zur Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen einer Aktualisierung bedürfen bzw. ganz neu erstellt werden müssen. Die im Berichtsjahr geprüften Rentenversicherungsträger haben unsere dahingehenden Vorschläge übernommen.

### **Hinzuverdienstgrenzen**

Auch bezüglich der Hinzuverdienstgrenzen bei Renten vor Vollendung des 65. Lebensjahres konnten wir den Verfahrensablauf verbessern. Ein Rentenversicherungsträger hatte zum Beispiel Teilrenten bewilligt, ohne Hinzuverdienst-Grenzbeträge zu ermitteln und dem Versicherten mitzuteilen. Auch die gebotenen Proberechnungen zur Information des Berechtigten waren in diesem Fall nicht erfolgt. Wir haben im Berichtsjahr festgestellt, daß unsere früheren Hinweise inzwischen beachtet worden sind und der Träger das Verfahren zur Berechnung der Hinzuverdienstgrenzen maschinell entsprechend erweitert hat, um es zu ermöglichen, auch zurückliegende Zei-

ten zu erfassen. Außerdem werden nun sämtliche Hinzuverdienstgrenzen ab Rentenbeginn im Rentenbescheid dargestellt.

## **2.4 Auslandsberührungen**

### **Erzwungenes Beschäftigungsverhältnis**

Ist das Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Volksrepublik Polen vom 9. Oktober 1975 über Renten- und Unfallversicherung (DPSVA 1975) anzuwenden, hat der deutsche Rentenversicherungsträger für Berechtigte mit Wohnsitz in Deutschland polnische Beitrags- und Beschäftigungszeiten wie eigene Beitragszeiten zu berücksichtigen und daraus entsprechende Leistungen zu erbringen.

Vor diesem Hintergrund wollte ein Beschwerdeführer seine in der Nachkriegszeit in Polen geleistete Zwangsarbeit als Beitragszeit bei seiner deutschen Altersrente berücksichtigt wissen. Der Versicherungsträger hatte das Ansinnen abgelehnt, da der Petent als Jugendlicher unter 16 Jahren zur Arbeit gezwungen wurde und damit nach polnischem Recht nicht versicherungspflichtig gewesen sei.

Dagegen sind wir zu dem Ergebnis gekommen, daß in der Nachkriegszeit in Polen erzwungene Beschäftigungen der Versicherungspflicht durchaus unterliegen konnten, sofern die Tätigkeit zumindest mit freier Verpflegung entlohnt wurde. In Abweichung von der Regel war ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis auch vor dem 14. Lebensjahr möglich, und dies auch bei Aufenthalt in einem Zwangsarbeitslager, wenn die Personen sich in dem Lager relativ frei bewegen konnten und die außerhalb des Lagers geleistete

Arbeit nicht militärisch bewacht wurde. Die von uns ermittelten Aspekte haben den Versicherungsträger bewogen, seine Entscheidung zu ändern und die Zeit der Zwangsarbeit nach dem DPSVA 1975 als Beitragszeit bei der deutschen Altersrente zu berücksichtigen.

### **Verwirkung**

Wir konnten einem in den Vereinigten Staaten lebenden Versicherten helfen, der Beiträge zur deutschen Rentenversicherung entrichten wollte, um die Zahlung einer Rente aus den von ihm in Rumänien zurückgelegten Beitragszeiten in die USA zu erreichen.

Personen, die im Ausland wohnen - in diesem Fall in den USA -, können eine Rente, die auf nach dem Fremdrentengesetz (FRG) anerkannten Beitragszeiten im Herkunftsland beruht, nur erhalten, wenn sie auch Beiträge zur deutschen Rentenversicherung entrichtet haben. Dies regeln die deutschen rentenrechtlichen Vorschriften über „Leistungen an Berechtigte im Ausland“. Um den „Export“ der - auf Beitragszeiten nach dem FRG beruhenden - Rente in die USA zu ermöglichen, hätte der Versicherte freiwillige Beiträge entrichten müssen. Der Versicherungsträger hat sich nun im Berichtsjahr geweigert, die Nachentrichtung von freiwilligen Beiträgen nach Artikel 16 der Durchführungsvereinbarung zum deutsch-amerikanischen Sozialversicherungsabkommen noch zuzulassen, obwohl der Antrag rechtzeitig im Jahr 1980 gestellt worden war und der Träger über diesen Antrag nicht entschieden hatte. Zwischenzeitlich war zwar ein sozialgerichtliches Verfahren des Petenten abgeschlossen worden, den Antrag auf Nachentrichtung hatte der Petent aber tatsächlich vierzehn Jahre lang nicht mehr

verfolgt. Der Standpunkt des Versicherungsträgers war eindeutig: Nach so langer Zeit sei das Nachentrichtungsrecht verwirkt.

Verwirkung gründet jedoch nicht allein auf der Tatsache, daß ein langer Zeitraum verstrichen ist, in dem ein Recht nicht ausgeübt worden ist. Wir haben den Versicherungsträger darauf hingewiesen, daß zur Untätigkeit weitere Umstände hinzutreten müssen, die die spätere Weiterverfolgung des Rechts gegenüber dem Verpflichteten als illoyal erscheinen lassen. Im vorliegenden Fall haben wir geprüft, ob es ein zusätzliches Verhalten des Betroffenen gab, das den Träger zu dem Vertrauen veranlassen konnte, der Versicherte werde sein Recht nicht mehr wahrnehmen. Dies war nicht der Fall.

Der Träger hat entsprechend seine Rechtsauffassung korrigiert. Der Beschwerdeführer ist zur Nachentrichtung freiwilliger Beiträge nach Artikel 16 der Durchführungsvereinbarung zum deutsch-amerikanischen Sozialversicherungsabkommen zugelassen worden.

### **Auslandszahlungen**

Rentenbezieher, die ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, müssen damit rechnen, daß der Postrentendienst zunächst die laufende Rentenzahlung einstellt. Auf diese Weise sollen Überzahlungen vermieden werden, die sich ergeben können, falls diese Rente nach den Vorschriften für Leistungen im Ausland gar nicht zahlbar oder nur in geringerer Höhe zahlbar wäre.

Um eine Unterbrechung der Rentenzahlung zu vermeiden, ist es also sinnvoll, den Rentenversicherungsträger so frühzeitig über einen geplanten Umzug ins Ausland zu in-

formieren, daß er noch rechtzeitig vor dem Wechsel des Aufenthaltsortes seine für eine Auslandsüberweisung notwendigen Ermittlungen abschließen kann. Hierzu muß der Charakter des geplanten Aufenthaltes festgestellt werden, die Staatsangehörigkeit des Rentenbeziehers, die ins Ausland zahlbaren rentenrechtlichen Zeiten ebenso wie die neue Bankverbindung, und es wird geklärt, ob Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung bestehen bleibt. Läßt sich eine Zahlungsunterbrechung nicht mehr vermeiden, weil die Mitteilung über die Verlegung des Wohnsitzes eben nicht rechtzeitig erfolgt ist, drängt das Bundesversicherungsamt darauf, daß die Rentenversicherungsträger den Berechtigten zur wirtschaftlichen Sicherung Einmalzahlungen anweisen. Wir konnten einen Rentenversicherungsträger auch davon überzeugen, daß er von sich aus den Berechtigten monatliche Abschlagszahlungen anbietet, wenn zu erwarten ist, daß die Ermittlungen längere Zeit beanspruchen werden.

### **Konferenzen**

Im internationalen Bereich haben wir an Besprechungen der Verbindungsstellen teilgenommen, bei denen sich diese über die jeweiligen nationalen Rechtsänderungen informieren und gemeinsam nach Lö-

sungen suchen für Probleme, die sich aus der Anwendung des über- und zwischenstaatlichen Rechts ergeben. So wurden bei den deutsch-finnischen und deutsch-österreichischen Verbindungsstellenbesprechungen Fragen erörtert, die sich aus der Anwendung der Verordnungen (EWG) 1408/71 und 574/72 ergeben. Bei der deutsch-japanischen Besprechung und den deutsch-israelischen Arbeitsgesprächen wurden neben materiellrechtlichen Fragen auch Verfahrensfragen, die sich bei der Umsetzung der jeweiligen Sozialversicherungsabkommen ergeben, diskutiert.

Zu den Sachverständigengesprächen zum Abschluß eines Sozialversicherungsabkommens mit der Koreanischen Republik hat uns das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ebenso hinzugezogen wie zu den entsprechenden Verhandlungen mit der Slowakischen Republik. Bei Gesprächen mit Vertretern der Volksrepublik China ging es um den Abschluß eines Abkommens, das die Sozialversicherungspflicht von Arbeitnehmern bei Beschäftigung im jeweils anderen Vertragsstaat regelt. Außerdem waren wir Teil der Regierungsdelegation bei den deutsch-polnischen Verhandlungen und haben als solche zur Klärung einiger wesentlicher materiellrechtlicher Fragen, die sich aus der Anwendung des Abkommens ergeben, beigetragen.



### **3. UNFALLVERSICHERUNG**

3.1 Satzungsrecht

3.2 Eingaben

3.3 Aufsicht





---

## 3. UNFALLVERSICHERUNG

---

### 3.1 Satzungsrecht

#### Berechnung der Gefahrklassen

Seit dem 1. Januar 1997 ist die Feststellung oder Berechnung der Gefahrklassen verbindlich nach dem "Verhältnis der gezahlten Leistungen zu den Arbeitsentgelten" des jeweiligen Unternehmens geregelt (§ 157 I S. 2 SGB VII bzw. §157 III SGB VII); es ist nicht mehr möglich, Gefahrklassen nach den weniger verbindlichen Regelungen der Reichsversicherungsordnung (§ 730 RVO) zu bilden. Insbesondere zum Umgang mit den Wegeunfalllasten, die ebenfalls als Faktor in die Berechnung der Gefahrklassen einfließen, hat es auch im Berichtsjahr wieder erheblichen Beratungsbedarf gegeben. Noch immer haben einige Berufsgenossenschaften die Aufwendungen für Wegeunfälle nicht individuell der Tarifstelle zugeordnet, in deren Unternehmensbestand der Unfall geschehen war, sondern aus den Wegeunfalllasten und den Entgelten aller Tarifstellen den Belastungswert berechnet, der dann allen Tarifstellen einheitlich zugeordnet wurde. Zur Begründung führten die Berufsgenossenschaft jeweils an, daß das Risiko eines Wegeunfalls für alle Verkehrsteilnehmer gleich groß sei und keine branchenspezifischen Besonderheiten aufweise. Im übrigen seien Unterschiede bei den Wegeunfalllasten eher im Stadt-Land-Gefälle zu finden oder regional bedingt.

Im Rahmen der Vorprüfungsverfahren hat das Bundesversicherungsamt die Berufsgenossenschaften darauf hingewiesen, daß nach dem jetzt geltenden Recht der Gefahrarif zunächst nach Tarifstellen zu gliedern ist, „in denen Gefahrengemeinschaften nach Gefährdungsrisiken unter Berücksichtigung

eines versicherungsmäßigen Risikoausgleichs gebildet werden“ (§157 Abs. 2 SGB VII). Erst im Anschluß an diesen Schritt wird für jede Tarifstelle individuell aus dem Verhältnis der gezahlten Leistungen zu den Entgelten im Bereich der betreffenden Gefahrengemeinschaft die Gefahrklasse berechnet (§ 157 Abs. 3 SGB VII), wobei nun unterschiedliche Gefährdungen keine Rolle spielen. Auch etwaige regionale Belastungsunterschiede können ein einmal festgelegtes Tarifstellengefüge nicht mehr durchbrechen. Es kommt nur auf die gezahlten Leistungen der Berufsgenossenschaft an, wobei auch die Kosten für Wegeunfälle gemäß ihrer tatsächlichen Höhe einzubeziehen sind - und nicht, wie es nach der RVO noch möglich war, bei allen Tarifstellen einheitlich mit ihrem durchschnittlichen Belastungswert berücksichtigt werden.

Außerdem waren aus den im Rahmen der Genehmigungsverfahren vorgelegten Zahlen sehr wohl Zusammenhänge zwischen den Branchen der einzelnen Tarifstellen und der Anzahl und Schwere der Wegeunfälle zu erkennen, Zusammenhänge, die folgerichtig in die Berechnung der Gefahrklasse einfließen müssen. Schließlich hat auch der einzelne Unternehmer durchaus Einflußmöglichkeiten hinsichtlich der Wegeunfälle, etwa durch die Wahl des Unternehmensstandortes oder durch die Einführung eines Job-Tickets.

Das Bundesversicherungsamt hat auch im Berichtsjahr darauf hingewiesen, daß es aus rechtsstaatlichen Gründen stets zulässig ist, daß die Berufsgenossenschaften abweichende Gefahrklassen festsetzen, sofern unzumutbare Beitragssprünge drohen. Außerdem räumte es den Berufsgenossen-

schaften, die von der Umstellung der bisherigen Praxis betroffen waren, die Möglichkeit ein, übergangsweise die Ergebnisse der bisherigen Berechnungsmethode als „abweichend von der errechneten Gefahrklasse festgesetzt“ gelten zu lassen und den Gefahrtarif auf drei Jahre zu befristen. Von dem Angebot der Befristung hat allerdings keine Berufsgenossenschaft Gebrauch gemacht. Vielmehr wurden nach der Beratung durch die Aufsicht durchgehend die Gefahrklassen der Tarifstellen unter Berücksichtigung der jeweiligen Wegeunfalllasten berechnet.

Bei anderen Berufsgenossenschaften hat das Bundesversicherungsamt darauf hingewiesen, daß es nicht den gesetzlichen Vorgaben des § 157 Abs. 3 SGB VII entspricht, wenn zur Berechnung der Gefahrklassen ein einheitlicher Faktor für sogenannte Tote Lasten (gezahlte Leistungen für Versicherungsfälle aus nicht mehr existierenden Unternehmen) einbezogen wird. Eine gleichmäßige Berücksichtigung der Toten Lasten würde die Gefahrklassen im Tarifstellengefüge nivellieren. Die Berufung der Berufsgenossenschaften auf das Gebot der Gleichbehandlung haben wir dementsprechend nicht akzeptiert. Ein Antrag, dem noch die dargestellte, unzulässige Berechnungsart zugrunde lag, wurde darum nur auf drei Jahre befristet genehmigt. Es kommt nach Sinn und Zweck des § 157 SGB VII gerade auf die aktuellen Belastungsverhältnisse an, da der Gesetzgeber in der Abstufung nach Gefährdungsrisiken eine Möglichkeit sieht, bei den hoch belasteten Tarifstellen das zur Vermeidung von Unfällen nötige Bewußtsein zu stärken. Gegen die nur befristet erteilte Genehmigung des Gefahrtarifs hat die betreffende Berufsgenossenschaft Klage eingereicht. Die Zulässigkeit der Einbeziehung der Toten Lasten in die Gefahrklas-

senberechnung wird damit jetzt auf dem Gerichtsweg überprüft.

Das Bundesversicherungsamt hat allerdings seine Auffassung bezüglich der Berücksichtigung von DDR-Altlasten in der Gefahrklassenberechnung geändert. Das Bundessozialgericht hatte in seinem Urteil vom 18. April 2000 - B 2 U 13/99 R - verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Nichtberücksichtigung der Altlasten im Gefahrtarif anklingen lassen. Insbesondere bei einer starken Spreizung der Gefahrklassen innerhalb eines Gefahrtarifs kann es dadurch zu einer bedenklich ungleichen Verteilung dieser - einheitsbedingten - Lasten auf die unterschiedlichen Gewerbezweige kommen. Es ist den Berufsgenossenschaften nunmehr freigestellt, die DDR-Altlasten als gleichmäßigen Sockel innerhalb eines Gefahrtarifs und damit durchaus als nivellierenden Faktor in die Gefahrklassenberechnung einfließen zu lassen, während für andere sogenannte Tote Lasten, die eindeutig im sachlichen Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Berufsgenossenschaft entstanden sind, diese Regelung nicht gilt. Von der Möglichkeit der Einbeziehung der DDR-Altlasten in die Gefahrklassenberechnung hat bisher eine Berufsgenossenschaft Gebrauch gemacht.

### **Genehmigungsfähigkeit einer aus einem einzigen Unternehmen bestehenden Tarifstelle**

Im Rahmen der Genehmigung eines Gefahrtarifs hatte das Bundesversicherungsamt die Frage zu prüfen, ob die Bildung einer eigenen Gefahrtarifstelle genehmigungsfähig ist, wenn lediglich ein einziges Unternehmen der betroffenen Unternehmensart angehört, da hier die Bildung von „Gefahrgemeinschaften“, wie es §157 Abs. 2 SGB VII fordert, nicht möglich ist.

Sinn und Zweck der Vorschrift ist jedoch Genüge getan, wenn das einzige Unternehmen sämtlichen Anforderungen an eine reguläre Tarifstelle genügt, wenn also für einen weiteren versicherungsmäßigen Risikoausgleich keine rechtliche Notwendigkeit besteht. Dies ist nach unserer Auffassung dann der Fall, wenn

- a) die Tarifstelle so groß ist (Versichertenzahl, ggf. fingiert durch die Höhe der Arbeitsentgelte), daß eine errechnete Gefahrklasse kein Zufallsergebnis sein kann (etwa wegen weniger Unfälle spektakulärer Art), sondern Beständigkeit verspricht,
- b) die Tarifstelle in ihrer marktmäßigen Wirtschaftskraft so stark ist, daß bei ausreichend betriebener Unfallverhütung die Beitragshöhe, die sich tatsächlich ergibt, nicht ruinös wirkt (Gebot der Verhältnismäßigkeit) und
- c) die Unterbringung der fraglichen Tarifstelle in einer anderen Tarifstelle für eine der beiden Seiten wirtschaftlich unzumutbar ist.

### **Errichtung einer EDV-Dienstleistungsgesellschaft**

Die Berufsgenossenschaften der Bauwirtschaft planen die Errichtung einer EDV-Dienstleistungsgesellschaft, um auf dem Gebiet der Informationsverarbeitung zusammenzuarbeiten. Das Bundesversicherungsamt begrüßt eine solche Zusammenarbeit, an der sich auch andere Berufsgenossenschaften beteiligen wollen, ausdrücklich. Im Rahmen eines solchen Vorhabens bedarf zunächst der Gesellschaftsvertrag der Genehmigung, darüber hinaus haben wir die uns vorgelegten Entwürfe zur satzungsmäßigen Umsetzung des Vor-

habens bei den beteiligten Unfallversicherungsträgern geprüft und die Genehmigung in Aussicht gestellt, sofern einige Nachbesserungen erfolgen: So sind Name und Standort der GmbH in der Satzung zu nennen, damit diese jederzeit identifizierbar ist. Außerdem muß die Formulierung des Entwurfs wie folgt konkretisiert werden: „Zweck der Gesellschaft ist die Erbringung solcher EDV-Dienstleistungen aller Art, die der Aufgabenerfüllung der Unfallversicherungsträger gemäß § 30 Abs. 1 SGB IV und § 86 SGB X dienen, insbesondere die Entwicklung von Software und der Betrieb eines Rechenzentrums für Sozialversicherungsträger“. Damit wird klargestellt, daß keine Aufgaben übernommen werden, die über die gesetzlich zugelassenen Aufgaben hinausgehen.

### **Berufsgenossenschaftliche Zuständigkeiten**

Die klassische Debatte über Zuständigkeiten der gewerblichen Berufsgenossenschaften ergibt sich, wenn Unternehmen - in der Regel mit Blick auf die Höhe der von ihnen zu leistenden Beiträge - beim Bundesversicherungsamt die Überweisung an eine andere Berufsgenossenschaft beantragen. Im Jahr 2000 wurde das Bundesversicherungsamt mit der Frage der Zugehörigkeit einer ganzen Branche konfrontiert. Traditionell geht das Amt davon aus, daß die Versicherungsträger untereinander die zur Wahrung des Katasterfriedens erforderlichen Absprachen treffen. Sofern jedoch deutlich wird, daß eine Einigung über die Frage der grundsätzlichen Zugehörigkeit bestimmter Berufszweige zu einer Berufsgenossenschaft nicht erzielt werden kann, wird die Aufsichtsbehörde gegebenenfalls selbst die Satzung im Sinne einer eindeutigen Zuständigkeit ändern. Wir haben auf diese Möglichkeit hingewie-

sen und werden die weiteren Verhandlungen der betreffenden Unfallversicherungsträger dementsprechend beobachten.

## **3.2 Eingaben**

### **Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts**

Die Berufsgenossenschaften sollen zur Gewinnung neuer medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse insbesondere zur Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechtes beitragen (§ 9 Abs. 8 SGB VII). Auf diese gesetzliche Verpflichtung haben wir eine Berufsgenossenschaft aus Anlaß eines Einzelfalles hingewiesen. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sollen durch eigene Forschungen oder durch Beteiligungen an fremden Forschungen dazu beitragen, den Ursachenzusammenhang zwischen Erkrankungshäufigkeiten in einer bestimmten Personengruppe und gesundheitsschädlichen Einwirkungen im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit aufzuklären.

So sind detaillierte Ermittlungen der Unfallversicherungsträger erforderlich, sobald eine gewisse Anzahl gleichgelagerter Erkrankungsfälle auftritt. Die Art der gesundheitsschädlichen Einwirkungen und der Zusammenhang zu der beruflichen Tätigkeit muß untersucht werden, wobei abhängig von der Schwere und dem Ausmaß der noch zu befürchtenden weiteren Fälle durchaus auch umfangreichere Forschungen geboten sein können. Dies ist bei der Krankheitshäufigkeit im Uranerzbergbau der Fall, und wir haben die betreffende Berufsgenossenschaft aufgefordert, sich an geeigneten Forschungsvorhaben zu beteiligen und eigene Ermittlungen beizusteuern.

### **Keine erneute Prüfung der Häufigkeit bei der konkreten Berufskrankheitenanerkennung**

Die Erkrankung durch ionisierende Strahlung ist in die Liste der Berufskrankheiten als Nr. 2402 aufgenommen. Dennoch machte ein gewerblicher Unfallversicherungsträger die Anerkennung als Berufskrankheit davon abhängig, daß Versicherte durch Einwirkung ionisierender Strahlen nach derzeitigem Erkenntnisstand häufiger an einem Karzinom erkranken als die übrige Bevölkerung. Das geht über die Forderungen des Gesetzes hinaus, denn der Nachweis ist bereits Grundlage des § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII. Wäre der Nachweis nicht erbracht, hätte die Krankheit nicht in die Berufskrankheitenverordnung aufgenommen werden können. Im Rahmen des Feststellungsverfahrens im Einzelfall darf dieses Merkmal der überproportionalen Häufigkeit also nicht erneut als Voraussetzung der Anerkennung geprüft werden.

Nachgewiesen sein muß, daß beim Versicherten die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt sind und eine entsprechende Erkrankung bei ihm vorliegt. Die Verordnung nennt weder bestimmte Organe, die befallen sein müssen, noch bestimmte Tätigkeiten, die der Versicherte ausgeführt haben muß, noch bestimmt sie Mindestdosen, denen der Erkrankte nachweislich ausgesetzt sein mußte. Die Erkrankung muß wesentlich ursächlich auf die belastende versicherte Tätigkeit zurückzuführen sein, wobei die Kausalität hinreichend wahrscheinlich sein muß. Das ist dann der Fall, wenn mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich anderer Ursachen ausscheiden. Für die

bei der ehemaligen SDAG Wismut tätig gewesenem Versicherten bedeutet dies, daß, sofern sie Strahlung ausgesetzt waren und sofern ein entsprechendes Gutachten vorliegt, nur eine hinreichende Wahrscheinlichkeit bestehen muß, daß die eingetretene Krankheit auf die Tätigkeit bei der SDAG Wismut zurückzuführen ist.

## Eingaben 2000

Einzeleingaben Neueingänge vom 01.01.00 bis 31.12.00				
Gebiet	mit Berichtspflicht		allein	insgesamt
	PADB <sup>1</sup>	BMA <sup>2</sup>	BVA	
UV (ohne Altfälle im Beitrittsgebiet)	148	30	432	610
davon				
• gewerbl. BG (See-BG)	148	30	408	585
• landw. BG (inkl. LT)	0	0	21	22
• Unfallkassen	0	0	3	3
UV Altfälle im Beitrittsgebiet	4	5	10	19
UV gesamt	152	35	442	629
Alterssicherung der Landwirte	5	0	9	14
Zusatzversorgungen	0	0	0	0
Seemannskasse	0	0	1	1
Insgesamt:	157	35	452	644
1) Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages 2) Bundesministerium für Arbeit- und Sozialordnung				

## 3.3 Aufsicht

### Sonderprüfung zur Qualität ärztlicher Gutachten und Gutachter

Wie bereits im vergangenen Bericht angekündigt, hat das Bundesversicherungsamt die Qualität ärztlicher Gutachten, die als Beweismittel im Feststellungsverfahren der

bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger dienen, untersucht. 838 Gutachten wurden auf ihre Beweistauglichkeit hin geprüft, d.h. auf Nachprüfbarkeit, Verständlichkeit, innere Stimmigkeit. Bei der Auswahl der vierzehn Berufsgenossenschaften war jeder Gewerbebezirk mit der BG vertreten, die das größte Rentenaufkommen besaß. Gutachten wurden von solchen Gutachtern oder Gutachtergemeinschaften herangezogen, die fünf- bis zehnmal so oft beauftragt worden waren, wie der Durchschnitt der Gutachter.

Lediglich zwei der mittels eines einheitlichen Fragebogens untersuchten Gutachten sind als unbrauchbar eingestuft worden. Zur weiteren Verbesserung der Gutachtenqualität sehen wir es allerdings als notwendig an, in Frage kommende Gutachter hinsichtlich mehrerer Einzelprobleme zu schulen:

Aus Gründen der Klarheit gehören Gutachtauftrag und Beweisfrage an den Anfang jedes Gutachtens. Es ist nicht sachdienlich, wenn das Beweisthema erst in der Verwaltungsakte gesucht werden muß, weil es im Gutachten selbst nicht eindeutig erwähnt ist. Das vorangestellte Beweisthema steuert die gutachterliche Arbeit und erleichtert allen Beteiligten (Versicherten und Trägern) den Überblick über die Frage, ob die gestellten Fragen hinreichend beantwortet worden sind.

Wenn der Unfallversicherungsträger die Höhe der Minderung der Erwerbstätigkeit bestimmt, orientiert er sich an der Funktionsfähigkeit des Körpers des Versicherten. Es ist darum genau festzuhalten, inwieweit eine etwaige Änderung im Befund die Funktionsfähigkeit des Körpers beeinflusst. Die bloße Feststellung, daß zwischen Alt- und Neubefund keine Änderung erfolgt ist,

genügt nicht, sondern es ist eine deutliche Aussage über die aktuelle Funktionsfähigkeit des Körpers zu treffen.

Gutachter sollen Formulierungen vermeiden, die den Eindruck der Befangenheit erwecken, oder als rechtliche Wertungen oder sozialpolitisches Plädoyer des Gutachters mißzuverstehen sind. Unzutreffend wird teilweise die Vermutung genährt, es komme entscheidend oder sogar primär auf die MdE-Bewertung (Minderung der Erwerbsfähigkeit) des Gutachters an. Tatsächlich soll der Gutachter lediglich den medizinischen Befund ermitteln, nur dieser ist bei der von ihm geforderten Sachverständigenaussage rechtserheblich. Wenn sich der Befund in eine Richtung verändert, ist diese medizinische Tatsache nachweispflichtig, unabhängig davon, welche Minderung der Erwerbsfähigkeit der Gutachter daraufhin vorschlägt. Hier muß die sprachliche Regelung eindeutig sein. In Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften bemühen wir uns weiterhin darum, daß die Qualität der Gutachten steigt.

### **Höhe der Stundungszinsen**

Die Versicherungsträger wissen, daß das Bundesversicherungsamt bei jeder Prüfung des Beitragswesens auch die Höhe der Stundungszinsen überprüft, die die Träger erheben. Bei den letzten Prüfungen dieser Art ist aufgefallen, daß verschiedene Unfallversicherungsträger die Höhe des Stundungszinses an die Höhe der Säumniszuschläge (ein Prozent pro Monat) anlehnen. Diese von den jeweiligen Vorständen beschlossene Regelung ist rechtlich nicht haltbar.

Das Gesetz verlangt eine „angemessene“ Verzinsung (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV) und läßt mit der Verwendung dieses unbestimmten Rechtsbegriffs Spielräume zu.

Das Bundesversicherungsamt hat jedoch erhebliche Bedenken, wenn die Angemessenheit der Verzinsung ausnahmslos mit der Regelung über die Höhe der Säumniszuschläge begründet wird. Der Begriff der Angemessenheit kann nach unserer Ansicht in zwei Richtungen konkretisiert werden: Einerseits kann der Stundungszins in Höhe von zwei Prozent über dem jeweils geltenden Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank (zuvor Diskontsatz der Deutschen Bundesbank) erhoben werden, zum anderen können Stundungszinsen auch an der Lage des Kapitalmarktes und der dort üblichen Zinsen orientiert werden. Die besonderen Umstände des Einzelfalles sind darüber hinaus heranzuziehen. Da zur Einführung der zuerst genannten Variante die zuständigen Organe nur einmal beschließen müssen, hat sich diese Orientierung am Europäischen Basiszinssatz vielerorts durchgesetzt. Die zweite Möglichkeit erfordert eine regelmäßige Beobachtung des Kapitalmarktes und die fortwährende Anpassung an die dort eintretenden Veränderungen. Entsprechend häufig müssen die zuständigen Organe die Höhe des Stundungszinses neu beschließen. Es darf aber nicht verkannt werden, daß - abhängig von der Höhe des Stundungszinses - Beitragsschuldern hier ein Weg eröffnet wird, mittels Stundung den für sie ungünstigeren Kapitalmarkt zu umgehen.

Das Bundesversicherungsamt weist die Träger darauf hin, daß zur Abwendung der so drohenden Beitragsausfälle in beträcht-

lichem Ausmaß die Höhe der zu erhebenden Stundungszinsen als Regulativ einzusetzen ist und sie auch über den am Kapitalmarkt zu entrichtenden Zinsen liegen können. Hier ist sorgfältige Abwägung geboten.

### **Unfallkasse Post und Telekom**

Als „junger“ Träger war die Unfallkasse Post und Telekommunikation bereits 1998 Ziel einer umfangreichen Prüfung und Beratung durch das Bundesversicherungsamt (Tätigkeitsbericht 1998). Nachdem die Anlaufphase nunmehr abgeschlossen ist und eine Konsolidierung der Arbeitsabläufe zu erwarten war, haben wir den Träger erneut umfassend im Leistungswesen geprüft. Es hat sich erwiesen, daß die korrekte Rechtsanwendung grundsätzlich beherrscht wird.

Dennoch bleibt umfangreiche Detailarbeit zu leisten, wie viele Einzelfeststellungen deutlich gemacht haben. Auf der Basis umfassender Prüferfahrung hat das Bundesversicherungsamt die Unfallkasse in ihrem Streben nach sachgerechten Lösungen unterstützt. Die Unfallkasse hat Empfehlungen, z. B. qualifiziertes Personal verstärkt im Leistungsbereich einzusetzen oder Fehlerquellen in der täglichen Arbeit durch gezieltes Qualitätsmanagement zu erkennen und auszuschließen, umgehend in eigene Überlegungen eingebunden und wird auf diesem Wege zu einem noch leistungsfähigeren Unfallversicherungsträger zu werden.

### **Angleichung des Jahresarbeitsverdienstes der Seeleute im Beitrittsgebiet**

Aufgabe des Bundesversicherungsamtes ist auch die Genehmigung der Festsetzung des monatlichen Durchschnittsentgelts für Versicherte, die an Bord eines Seeschiffes beschäftigt sind. Für diese Aufgabe ist ein Ausschuß gebildet worden, der sowohl dieses Durchschnittsentgelt als auch den Jahresarbeitsverdienst der gesetzlich versicherten selbständig tätigen Küstenschiffer und Küstenfischer - und deren mitarbeitender Ehegatten - festsetzt.

Für das Beitrittsgebiet bestand bisher die Einschränkung, daß die regulären Vorschriften über den Jahresarbeitsverdienst der Seeleute in der gesetzlichen Unfallversicherung gemäß § 92 SGB VII erst dann anzuwenden sind, wenn das Bundesversicherungsamt eine Angleichung der Jahreseinkommen in Ost und West festgestellt hat.

Im Bereich der Kauffahrtei war dies bereits zum 1. Januar 1998 gegeben. Nachdem sich nun auch im Bereich der kleineren Hochsee- und Küstenfischerei die Heuern im Beitrittsgebiet den Arbeitsentgelten im übrigen Bundesgebiet angeglichen haben, konnten in diesem Bereich für das Jahr 2000 erstmals bundesweit einheitliche Durchschnittsheuern festgesetzt werden.





## **4. PFLEGEVERSICHERUNG**

4.1 Eingaben

4.2 Aufsichtsprüfungen



## 4. PFLEGEVERSICHERUNG

### 4.1 Eingaben

#### Überblick

Im Jahr 2000 hat die Gesamtzahl der Leistungsfälle bei den Pflegekassen zugenommen. Es ist eine erfreuliche Entwicklung, daß dennoch die Zahl der Eingaben zurückgegangen ist. Viele bundesunmittelbare Träger können diese positive Entwicklung als Erfolg ihres neu eingeführten Beschwerdemanagements verbuchen. Im direkten oder im telefonischen Kontakt mit den Versicherten hatten die Mitarbeiter der Geschäftsstellen einfache und eindeutige Fälle in der Regel vor Ort geklärt. Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt mit den Beteiligten den jeweiligen Einzelfall detailliert erörtert und so einen Beitrag dazu geleistet, daß die Sachbearbeitung sehr verbessert worden ist.

#### Eingaben Pflegeversicherung

Einzeleingaben Neueingänge vom 01.01.00 bis 31.12.00			
Gesamt	mit Berichtspflicht		BVA
	PADB <sup>1</sup>	BMG <sup>2</sup>	
172	34	19	119

1) Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages  
2) Bundesministerium für Gesundheit

#### Höhe des Hilfebedarfs

Eingaben an das Bundesversicherungsamt betrafen in großer Zahl leistungsrechtliche Entscheidungen. Immer wieder wurde die Höhe des Hilfebedarfs reklamiert und in

der Folge die Gewährung von Leistungen der Pflegestufen I bis III. Auch in einem Härtefall war zu entscheiden. Hilfe erhofften die Versicherten auch in Fällen, in denen zunächst Leistungen einer höheren Pflegestufe gewährt worden waren, später aber, zum Beispiel weil eine Besserung im Krankheitsverlauf angenommen wurde, eine Rückstufung erfolgte. Dabei hat das Bundesversicherungsamt festgestellt, daß die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nicht schlüssig waren. So sind insbesondere die Eigenangaben der Versicherten oder ihrer Pflegepersonen nicht in der Weise berücksichtigt worden, wie es notwendig gewesen wäre.

Dem Bundesversicherungsamt ist eine direkte Einflußnahme auf den MDK nicht möglich, da dieser als landesunmittelbare Behörde der jeweiligen obersten Landesbehörde untersteht. Die Pflegekassen sind daher von der Aufsicht zur besseren Überprüfung der Gutachten aufgefordert worden. Gegebenenfalls müssen auch weitere ergänzende Stellungnahmen des MDK angefordert werden, um eine sachgerechte Entscheidung sicherzustellen.

#### Leistungen der Pflegeeinrichtungen

Gestiegen ist im Berichtsjahr die Zahl der Eingaben, die die Leistungen, die von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht worden sind, beanstandet haben. Auch fehlerhafte Abrechnungen wurden moniert. In solchen Fällen muß die Pflegekasse den Sachverhalt recherchieren und dem Bundesversicherungsamt eine Stellungnahme mit entsprechenden Unterlagen zuleiten. Sofern sich Anhaltspunkte für ein tatsäch-

liches Fehlverhalten ergeben, ist die Landesaufsicht einzuschalten, die nach eigenen Überprüfungen entscheidet, welche Maßnahmen - bis hin zur Kündigung des Versorgungsvertrages - gegenüber der Pflegeeinrichtung zu treffen sind.

Einzelne Eingaben wollen die Überprüfung von Vergütungsvereinbarungen ambulanter Pflegedienste und von Pflegesatzvereinbarungen mit vollstationären Einrichtungen erwirken. In der Regel ist hier die Landesaufsicht zuständig. In den Fällen, in denen bundesunmittelbare Träger - als Mitglied ihres Landesverbandes - Vertragspartner der jeweils bemängelten Vereinbarung sind, ist das Bundesversicherungsamt gleichwohl unterstützend tätig geworden.

### **Abgrenzungsfragen**

Die Grundpflege der Pflegeversicherung von der Behandlungspflege der Krankenversicherung abzugrenzen, stellt weiterhin ein Problem dar, um das viele Eingaben kreisen. Es liegt hierzu bereits ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. Februar 1998 vor, wonach behandlungspflegerische Maßnahmen in die Gesamtbeurteilung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit einfließen können, soweit diese Maßnahmen in untrennbarem Zusammenhang zur Grundpflege stehen. Auch auf der Basis dieses Urteils bleibt die Abgrenzung beider Bereiche eine sensible Frage. Wir haben im Einzelfall jeweils im Einvernehmen mit den betroffenen Pflegekassen angemessene Entscheidungen herbeigeführt.

Zur Anerkennung einer Pflegestufe ist es erforderlich, zu ermitteln, in welchem zeitlichen Umfang Grundpflege zu leisten ist. Die Abgrenzung dieser Zeiträume kann problematisch werden, wenn der Pflegebedürftige sich überwiegend oder zumindest

teilweise in einer Einrichtung eines Sozialhilfeträgers aufhält, in der verbleibenden Zeit aber von Pflegepersonen in seinem häuslichen Bereich betreut werden muß. Soweit der Pflegebedürftige vollstationär in einer Behinderteneinrichtung untergebracht ist, zahlt die Pflegekasse grundsätzlich den gesetzlich vorgesehenen Kostenanteil an den Träger der Sozialhilfe. Damit ruht der Anspruch auf Pflegegeld, er kann aber anteilig im Rahmen der Kombinationspflege nach § 38 SGB XI gewährt werden, wobei zur Ermittlung der Pflegestufe auch die Pflegeleistung zu berücksichtigen ist, die in der Behinderteneinrichtung erbracht wird.

Wenn sich der Pflegebedürftige an Werktagen tagsüber in einer teilstationären Behinderteneinrichtung im Rahmen der Eingliederungshilfe aufhält, verbleibt ein erheblicher Teil der Pflegeleistung morgens und abends im häuslichen Bereich. Auch hier ist zur Festlegung der Pflegestufe der Pflegebedarf für den Gesamtzeitraum zu ermitteln. Das Pflegegeld ist nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes aber voll zu gewähren und nicht im Rahmen der Kombinationspflege anteilig - oder gar überwiegend - zu kürzen.

### **Ausstehendes Pflegegeld im Todesfall**

Stirbt der Pflegebedürftige, steht der Pflegeperson, sofern sie nicht verwandt ist und nicht im gemeinsamen Haushalt lebt, ausstehendes Pflegegeld nicht zu. In einem Einzelfall hat das Bundesversicherungsamt bewirkt, daß ausstehendes Pflegegeld ausnahmsweise dennoch nachträglich gezahlt wurde. Im konkreten Fall lag weder eine Anspruchsberechtigung aus der Sonderrechtsnachfolge nach §§ 56 ff. SGB I noch eine Erbberechtigung vor. Die Verpflichtung konnte jedoch aus dem zumindest ver-

tragsähnlichen Pflege- und Betreuungsverhältnis zum verstorbenen Pflegebedürftigen abgeleitet werden.

## **4.2 Aufsichtsprüfungen**

### **Überblick**

Qualität und Effizienz - dies ist das Fazit der Prüfungen der bundesunmittelbaren Pflegekassen. Im Spannungsfeld zwischen Kranken- und Pflegeversicherung waren gleichwohl - insbesondere wenn es um die Gewährung von Hilfsmitteln ging - Korrekturen zu veranlassen. Im Teil I dieses Berichts findet sich eine ausführliche Darlegung hierzu.

### **Hilfsmittel bei vollstationärer Pflege**

Die vom Bundesversicherungsamt in dieser Frage schon immer vertretene Auffassung wurde mit den Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 10. Februar 2000 nun höchstrichterlich bestätigt. Danach können bei vollstationärer Pflege keine Hilfsmittel zu Lasten der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden, da § 40 SGB XI nach seinem Standort im Gesetz entsprechende Ansprüche ausschließlich bei häuslicher Pflege einräumt.

### **Leistungsbeginn**

Auch in Fragen des Leistungsbeginns konnte das Bundesversicherungsamt eine Klärung herbeiführen: Wenn innerhalb eines Monats nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ein Antrag gestellt wird, ist - nach dem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände vom 28. 10. 1996 zu § 33 SGB XI Nr. 2 Bsp. 5 - der erste Tag des Antragsmonats als Leistungsbeginn anzusetzen, sofern der Medizinische Dienst der

Krankenkassen (MDK) den Beginn der Pflegebedürftigkeit „fiktiv“ auf diesen Tag legt. Aus Gründen der Verwaltungsökonomie ist es auch zulässig, grundsätzlich den Monatsersten vor der Antragstellung als Leistungsbeginn festzusetzen, auch wenn - wie es in vielen Fällen geschieht - der MDK den Beginn der Pflegebedürftigkeit nicht auf den Tag genau sondern nur in Form einer Monatsangabe festlegt.

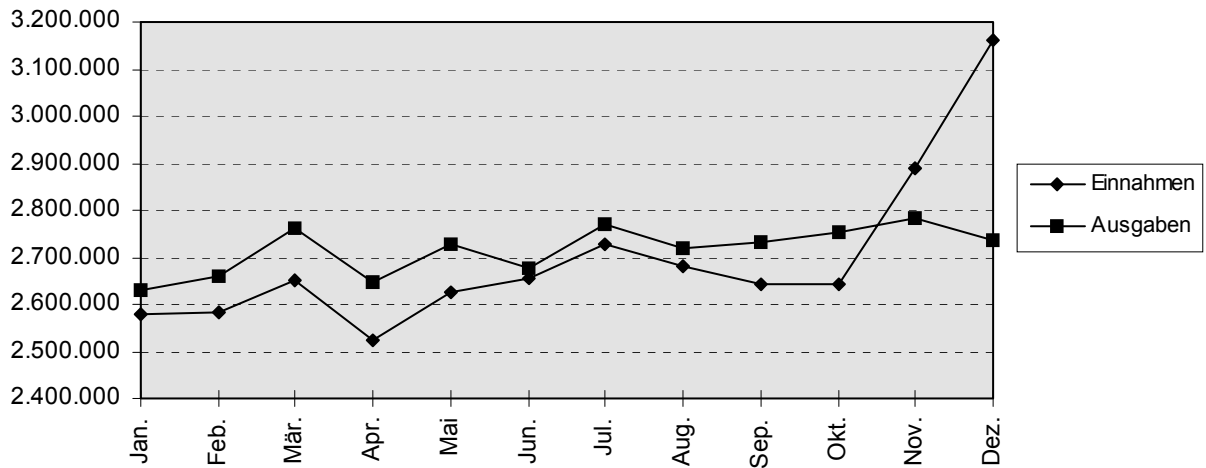
### **Pflegefachkräfte der Kassen**

Unzulässig war die Beschäftigung einer Kassenmitarbeiterin als Pflegefachkraft nach § 77 SGB XI, da diese keine Pflegesachleistungen gegenüber Pflegebedürftigen erbrachte. Und auch letzteres wäre nur möglich, soweit und solange eine Versorgung nicht durch einen zugelassenen Pflegedienst gewährleistet werden kann. Die Wahrnehmung allgemeiner Verwaltungsaufgaben der Pflegekassen ist mit der Verwaltungskostenpauschale bereits abgegolten.

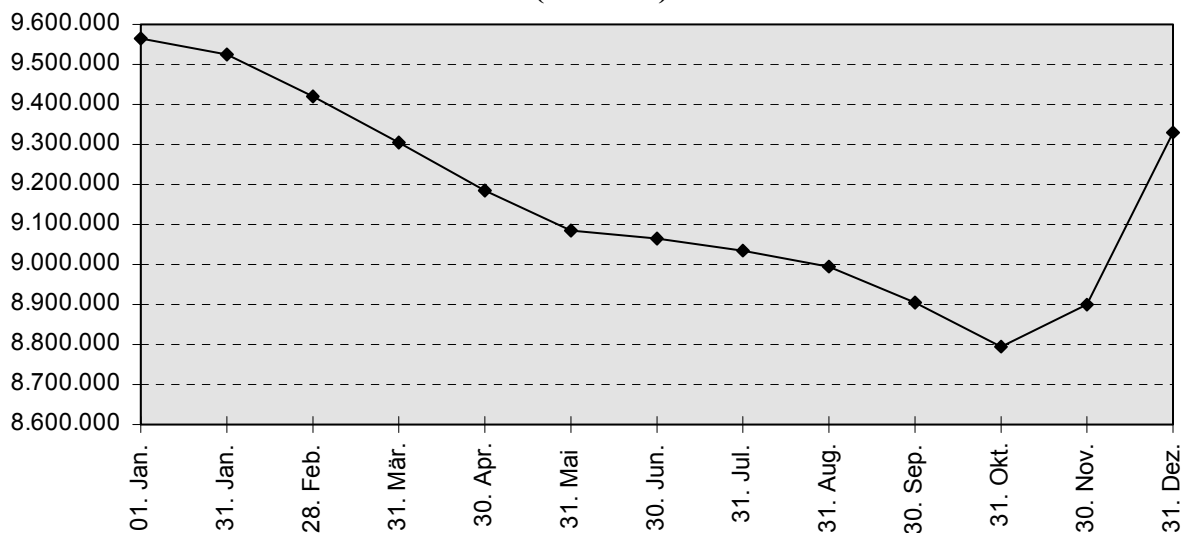
### **Wiederholungsbegutachtung**

Bereits aus dem Vorjahr ist die Problematik der zwingenden Wiederholungsbegutachtung nach einem bestimmten Zeitraum bekannt. Das Bundesversicherungsamt geht davon aus, daß maximal fünf Jahre bis zu einer solchen Wiederholung vergehen dürfen. Von einzelnen Pflegekassen wurde aber auch im Berichtsjahr erneut mitgeteilt, daß bestimmte MDK die Wiederholungsbegutachtung verweigerten bzw. sie nach Aktenlage vornähmen. Inzwischen haben die Aufsichtsbehörden der jeweiligen Medizinischen Dienste die Auffassung des Bundesversicherungsamtes im wesentlichen bestätigt. In der Frage der Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs des „angemessenen Zeitraums“ in § 18 Abs. 2

### Gegenüberstellung der Gesamteinnahmen und -ausgaben der Pflegeversicherung (in TDM)



### Liquiditätsreserven der Pflegeversicherung (in TDM)



S. 5 SGB XI ist inzwischen das Bundesministerium für Gesundheit um Klärung gebeten worden; wir gehen davon aus, daß nach dieser Entscheidung die Aufsichtsbehörden der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste zu einer einheitlichen Auslegung finden werden.

### **Widerspruchsverfahren**

Aus Sicht der Aufsicht bleibt die Bearbeitung von Widersprüchen bei den Pflegekassen vielfach hinter dem angestrebten Ziel zurück. So soll der Einsatz eines Pflegetagebuchs den Widerspruchsführer in ie Lage versetzen, vor der Begutachtung seines Widerspruchs den Hilfebedarf dezidiert aus seiner Sicht zu schildern. Der Einsatz eines solchen Tagebuchs ist aber nicht durchgehend sichergestellt. Auch unterbleibt in manchen Fällen der Erlaß eines Widerspruchsbescheides, wenn bei der Pflegekasse nach der Beratung der Betroffenen der Eindruck entstanden ist, daß der Widerspruch nicht mehr aufrechterhalten werden soll. Gleichwohl besteht aber ein Anspruch des Widerspruchsführers auf Erlaß eines Bescheids, solange er seinen Widerspruch nicht ausdrücklich zurückgenommen hat. Hier darf Schweigen nicht als Zustimmung zur Auffassung der Kasse ausgelegt werden. Ferner hat das Bundesversicherungsamt klargestellt, daß die aufschiebende Wirkung eines Widerspruchs unbedingt zu beachten ist und es nicht akzeptiert wird, wenn Kassen trotz eines

fristgerechten Widerspruchs schon während des Widerspruchsverfahrens Minderungen der Pflegestufe umsetzen, weil sie davon ausgehen, daß der Widerspruchsbescheid letztlich in diesem Sinne ergehen wird. Schließlich verlangt das Sozialgerichtsgesetz gemäß § 85 eine hinreichende Begründung des Widerspruchs; kurze und formelle Textbausteine genügen diesem Anspruch nicht und werden von der Aufsicht beanstandet. Begründungen im Widerspruchsbescheid müssen auf das jeweilige Vorbringen des Widerspruchsführers eingehen.

### **Wirtschaftlichkeit von Umbaumaßnahmen**

Im Zusammenhang mit Umbaumaßnahmen, die von den Pflegekassen durch Zuschüsse zu unterstützen sind, gab es an verschiedenen Stellen Beratungsbedarf. So ist es notwendig, daß die Baumaßnahme vor der Umsetzung beantragt wird und die Pflegekasse die beantragte Maßnahme auch hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit prüft. Wegen der Begrenzung des Leistungsanspruches auf insgesamt 5.000 DM pro Maßnahme ist sorgfältig zu prüfen, ob nicht durch die Stückelung einer Baumaßnahme und die entsprechende mehrfache Beantragung von Zuschüssen zu einem der Sache nach zusammengehörenden Umbau die intendierte Begrenzung aufgehoben wird. Wir haben hier auf Einhaltung der vorgesehenen Begrenzung bestanden.





## **5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN**

- 5.1 Selbstverwaltung
- 5.2 Personal, Dienstrecht und Verwaltung
- 5.3 Vermögenswirtschaft
- 5.4 Gerichtsverfahren



---

## **5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN**

---

### **5.1 Selbstverwaltung**

#### **Dienstvertrag des hauptamtlichen Kassenvorstands**

In vielen Fällen läuft die seit dem 1. Januar 1996 auf sechs Jahre begrenzte Amtszeit für die hauptamtlichen Vorstände der in § 35a SGB IV genannten Krankenkassen Ende 2001 aus. Im Zusammenhang mit der dann anstehenden Neubesetzung stellt sich die Frage, wie zu verfahren ist, wenn der in Frage kommende Kandidat beabsichtigt, noch vor Ablauf der nächsten Amtszeit in den Ruhestand zu treten.

Grundsätzlich ist die Wahl nur für die gesetzlich festgesetzte Amtszeit, also für volle sechs Jahre, möglich. Das privatrechtliche Dienstverhältnis des Vorstandsmitglieds aufgrund seines Anstellungsvertrages mit der Kasse besteht unabhängig neben dieser organschaftlichen Stellung. Gleichwohl stehen beide Rechtsbeziehungen in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis zueinander. Der Anstellungsvertrag ist Voraussetzung für die Aufnahme der Tätigkeit als Vorstandsmitglied.

Wird mit Eintritt in den Ruhestand der Anstellungsvertrag beendet, entfällt eine wesentliche Voraussetzung für die Vorstandstätigkeit, so daß ein wichtiger Grund für eine Amtsentbindung gemäß § 35a Abs. 7 in Verbindung mit § 59 Abs. 2 SGB IV vorliegt. Wir haben die Betroffenen auf diese Möglichkeit hingewiesen, Amtsdauer und Anstellungsvertrag synchron zu beenden.

#### **Bekanntmachungsregelung**

Voraussetzung der Wirksamkeit autonomen Rechts ist dessen öffentliche Bekanntmachung. Entsprechend sind die Sozialversicherungsträger verpflichtet, ihre Satzung und sonstiges autonomes Recht in einer Art bekanntzumachen, die gewährleistet, daß alle von der Norm Betroffenen davon Kenntnis erlangen können - und dies ohne unzumutbare Erschwernis.

Angesichts der Entwicklung im Bereich der Informationstechnologien stellt sich die Frage der Angemessenheit der Veröffentlichung neu. Wollen Sozialversicherungsträger ihrer Verpflichtung über Intranet oder ein Intranet nachkommen, ist dagegen nichts einzuwenden. Der gegenwärtig aber noch eingeschränkte Verbreitungsgrad dieser neuen Medien macht jedoch eine parallele Veröffentlichung konventioneller Art weiterhin unverzichtbar. Eine Satzungsänderung kann also selbstverständlich „ins Netz gestellt“ werden, als alleinige Bekanntmachungsart genügt dies aber nicht. Nach wie vor ist die Bekanntmachung durch Aushang, durch Abdruck in Mitgliederzeitschriften oder - bei geöffneten Kassen - durch allgemeine Presseorgane erforderlich.

### **5.2 Personal, Dienstrecht und Verwaltung**

#### **Entwicklung gemeinsamer Software durch gewerbliche Berufsgenossenschaften**

Im März 2000 haben wir die bundesunmittelbaren gewerblichen Berufsgenossen-

schaften aufgefordert, bei ihren Planungen im Bereich der Datenverarbeitung zu prüfen, inwieweit auf dem Markt verfügbare Programme übernommen werden können, oder ob Programme gemeinsam und kostengünstig entwickelt werden können. Wir haben darauf verwiesen, daß schon zuvor ein unabhängiges Beratungsunternehmen - das der Vorstand des Hauptverbandes beauftragt hatte - auf existierende und migrationswürdige Programme hingewiesen hat. Dieser verstärkte Einsatz von Standard-Software bzw. gemeinsame Entwicklung von Spezial-Software wird nach unserer Überzeugung die Nutzung der personellen und finanziellen Ressourcen der Berufsgenossenschaften optimieren.

Zwischenzeitlich hat eine Reihe von Berufsgenossenschaften wegweisende Projekte begonnen. Es zeichnen sich bereits neue „Anwender-Familien“ ab, die im Hardware- und/oder Softwarebereich kooperieren. Gleichzeitig stellen wir eine erfreuliche Hinwendung zu wirtschaftlicher Standard-Software fest.

### **Rechenzentrum als Arbeitsgemeinschaft**

Schon länger beobachten wir, daß Versicherungsträger Aufgaben der elektronischen Datenverarbeitung aus dem eigenen Verwaltungsbetrieb ausgliedern und auf separate Gesellschaften übertragen. Im Krankenkassenbereich sind diese Rechenzentren („Informations- und Service-Center“) zum Teil als Arbeitsgemeinschaften nach § 219 SGB V organisiert, die staatlicher Aufsicht unterliegen. Beispiele sind das ISC West in Essen für Betriebskrankenkassen oder das 2001 gegründete IKK ISC e. G. in Münster.

Bei solchen Arbeitsgemeinschaften kann es fraglich sein, ob die Landesaufsicht zuständig ist oder die Bundesaufsicht. Grundsätzlich richtet sich die Zuständigkeit nach dem Territorialprinzip, d. h. für bundesunmittelbare Versicherungsträger, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt, sind wir die zuständige Aufsichtsbehörde. Wegen des speziellen Charakters eines Rechenzentrums könnte man aber auch die Auffassung vertreten, daß es einen „Zuständigkeitsbereich“ in diesem territorialen Sinne gar nicht gebe und infolgedessen das sogenannte Sitzprinzip zur Anwendung komme, nach dem die Behörden des Landes, in dem die Arbeitsgemeinschaft ihren Sitz hat, die Aufsicht führen.

Aufschluß über Aufgaben und Zuständigkeitsbereich einer Arbeitsgemeinschaft geben die vertraglichen Vereinbarungen bzw. die Satzung. Bei einem Rechenzentrum werden in der Regel allein schon durch die Verarbeitung der Sozialdaten und die Sicherstellung des Sozialgeheimnisses wesentliche Aufgaben der angeschlossenen Kassen wahrgenommen. Daher wird sich auch für das Rechenzentrum selbst ein dem „Territorium“ der beteiligten Kassen entsprechender Zuständigkeitsbereich ergeben. Erstreckt sich dieser Bereich über mehr als drei Länder, folgt daraus die Bundeszuständigkeit, also Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt.

In diesem Sinne haben sich die Aufsichtsbehörden auch in den genannten Beispielen verständigt, so daß wir die Aufsicht über die beiden in Nordrhein-Westfalen ansässigen Rechenzentren führen.

## **Kostenfreie Benutzung von Parkplätzen durch Mitarbeiter eines Sozialversicherungsträgers**

Für über 2,9 Millionen DM jährlich hat ein großer Versicherungsträger 2.730 Parkplätze angemietet und sie seinen Mitarbeitern kostenlos zur Verfügung gestellt. Weder unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit noch im Hinblick auf gebotene Sparsamkeit hält dies einer Überprüfung stand.

Eine kostendeckende Gebührenerhebung steht auch dann außer Frage, wenn geltend gemacht wird, daß eine solche Aufhebung der kostenfreien Nutzung als „Auflösung einer Sozialeinrichtung“ mitbestimmungspflichtig ist. Auch der Personalrat muß sich an haushaltsrechtliche Vorgaben halten, kann demnach die Einführung von Parkgebühren nicht grundsätzlich verhindern. Ihm verbleiben jedoch Gestaltungsmöglichkeiten in bezug auf die Höhe der Gebühren oder Ausnahmen für bestimmte Personengruppen.

Inzwischen hat sich der Träger unserer Auffassung angeschlossen und in Absprache mit dem Personalrat Maßnahmen zur Gebührenerhebung eingeleitet.

## **Vergütung der Vorstände bei Betriebs- und Innungskrankenkassen**

Im Berichtsjahr haben wir erneut die Ausgestaltung von Vorstandsverträgen und die Angemessenheit der vereinbarten Vergütung im Hinblick auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit überprüft. Alle Kassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und somit an den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gebunden.

Die Umstrukturierungen durch die Öffnung der Kassen für nicht den Betrieben oder Innungsbetrieben angehörende Versicherte und die damit regelmäßig einhergehende Übernahme der Personalkosten bei Betriebskrankenkassen durch die Kassen selbst haben diese nunmehr auch bei Personalkosten in das Blickfeld der Einhaltung der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gerückt. Solange das Trägerunternehmen die Personalkosten trug, brauchte sich die Kasse um diese Problematik nicht zu kümmern. Auch hat der Gesetzgeber durch die Einführung eines hauptamtlichen Vorstands keine Befreiung von öffentlich-rechtlichen Bindungen beabsichtigt, sondern hat die Verwendung der Mittel weiterhin verbindlich eingeschränkt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsprechen nur notwendige Aufwendungen dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Auch bei der Ausübung ihrer Einschätzungsprärogative sind die Krankenkassen gehalten, sich am Maßstab der Notwendigkeit zu orientieren. Das bedeutet im vorliegenden Fall, daß Mittel nur aufgebracht werden dürfen, soweit sie unentbehrlich und unvermeidbar zur kompetenten und erfolgreichen Wahrnehmung der Vorstandsaufgaben sind.

Das Besoldungsrecht der Beamten bleibt mit seinen Grundsätzen und allgemeinen Bewertungen weiterhin Maßstab für öffentliche Arbeitgeber, auch wenn es nach Schließung des Dienstordnungsrechts im Krankenkassenbereich für neue Einstellungsverträge keine gesetzliche Schranke mehr darstellt. Insbesondere die Ausrichtung und Abstufung der Bezüge nach dem Schwierigkeitsgrad der Aufgabe und der

Übernahme von Verantwortung wirkt weiterhin richtungweisend. So haben auch die Sozialpartner 1994 vorgeschlagen, das Bruttoeinkommen der Vorstände nach der Zahl der Mitglieder zu staffeln.

Im Rahmen unserer Prüfung zur Auslotung der Grenze der Angemessenheit von Vergütungen beurteilen wir auch geldwerte Leistungen wie die Gewährung eines Dienstwagens zur uneingeschränkten Nutzung oder die Frage der Versorgung nach dem Ausscheiden aus dem Vorstandsverhältnis.

Unsere Überprüfung ist noch nicht abgeschlossen. Neben der Höhe der Vergütung haben wir auch Verträge beanstandet, die unbefristet waren und keine Regelungen über die Abberufung oder Amtsenthebung enthielten. Im Falle der Beanstandung sind die Kassen aufgefordert, die Verträge neu zu verhandeln. Es ist auch möglich, den Verwaltungsrat einer Kasse zu verpflichten, bei Neuabschlüssen eine bestimmte Vergütungshöhe nicht zu überschreiten. Die Frage, inwieweit bereits geschlossene Verträge aufsichtsrechtlich angreifbar sind, ist rechtlich umstritten. Ihre Klärung wird gegenwärtig in einem gerichtlichen Verfahren vorangetrieben.

### **Arbeitsplatzbeschreibung**

Tarifgerechte Eingruppierungen in eine Vergütungsgruppe sind nur möglich, wenn Arbeitsplatzbeschreibungen vorliegen, die detailliert die tariflichen Tätigkeitsmerkmale erfassen. Es muß daraus erkennbar sein, warum es sich zum Beispiel um eine als schwierig bewertete Tätigkeit handelt, oder worin die selbständigen Leistungen einer Tätigkeit liegen; eine bloße Auflistung der Aufgaben und die Nennung von Zeitanteilen reicht nicht aus.

Unsere Ermittlungen haben aber immer wieder gezeigt, daß hier Defizite bestehen. Nicht selten werden Angestellte in eine höhere Vergütungsgruppe befördert, ohne daß eine Steigerung der Anforderungen erkennbar wird. Da tarifgerechte Eingruppierungen vermutlich erhebliche Einsparungen zur Folge hätten, haben wir die Träger erneut aufgefordert, auf der Grundlage detaillierter Arbeitsplatzbeschreibungen, realistischere Eingruppierungen vorzunehmen.

### **Mängel im Beschaffungswesen**

Einsparungspotentiale in großer Höhe ergeben sich aus unserer Sicht durch eine korrekte Durchführung der Beschaffungsverfahren. Wie schon im Vorjahr haben wir auch im Jahr 2000 erhebliche Mängel festgestellt. Sogar Auftragswerte von über 100.000 DM wurden nach unseren Feststellungen „freihändig“ vergeben, obwohl nach der Verdingungsordnung für Leistungen (VOL/A) die Vergabe von Lieferaufträgen oder Dienstleistungsaufträgen (dazu zählen auch Druckaufträge) in dieser Größenordnung eine öffentliche Ausschreibung erfordern.

Wir weisen erneut darauf hin, daß die Entscheidung, ob EU-weit auszuschreiben ist oder nicht, vom Gesamtauftragswert bestimmt wird.

Bei regelmäßigen Aufträgen, Daueraufträgen oder Rahmenverträgen wird der Auftragswert nicht von der einzelnen Maßnahme bestimmt, sondern er ergibt sich aus

- dem Gesamtauftragswert entsprechender Einzelaufträge aus den vergangenen zwölf Monaten bzw. dem vorangegangenen Haushaltsjahr oder

- dem geschätzten Gesamtwert während der auf die erste Lieferung folgenden zwölf Monate oder
- dem geschätzten Gesamtwert während der Vertragslaufzeit.

Erreicht oder überschreitet der so zu ermittelnde Gesamtwert voraussichtlich 200.000 EURO, ist bei der Vergabe regelmäßig EU-weit auszuschreiben.

Nach wie vor halten wir es für sinnvoll, das Beschaffungswesen in der Hauptverwaltung des Versicherungsträgers zu zentralisieren, um die Einhaltung der Vorschriften sicherzustellen und durch die Vergabe gebündelter Aufträge Preisvorteile zu erzielen.

### Entscheidung der Kommission nach dem ERG

Die Kommission nach dem Entschädigungsrentengesetz (ERG) hat im Berichtsjahr 33 Anträge auf eine Entschädigungsrente geprüft. Wegen der engen Vorschriften des § 3 Abs. 1 ERG konnte sie keine positive Entscheidung treffen. In acht Fällen haben wir daraufhin einen ablehnenden Bescheid erteilt, sieben weitere Fälle wurden bereits durch die Kommission - mit Zustimmung der Antragsteller - an das Bundesministerium der Finanzen und die Oberfinanzdirektion abgegeben. Dort wird geprüft, ob Entschädigungen nach anderweitigen Regelungen in Betracht kommen. In den übrigen Fällen steht die Zustim-

mung der Antragsteller auf Weiterleitung an die Oberfinanzdirektionen noch aus.

## 5.3 Vermögenswirtschaft

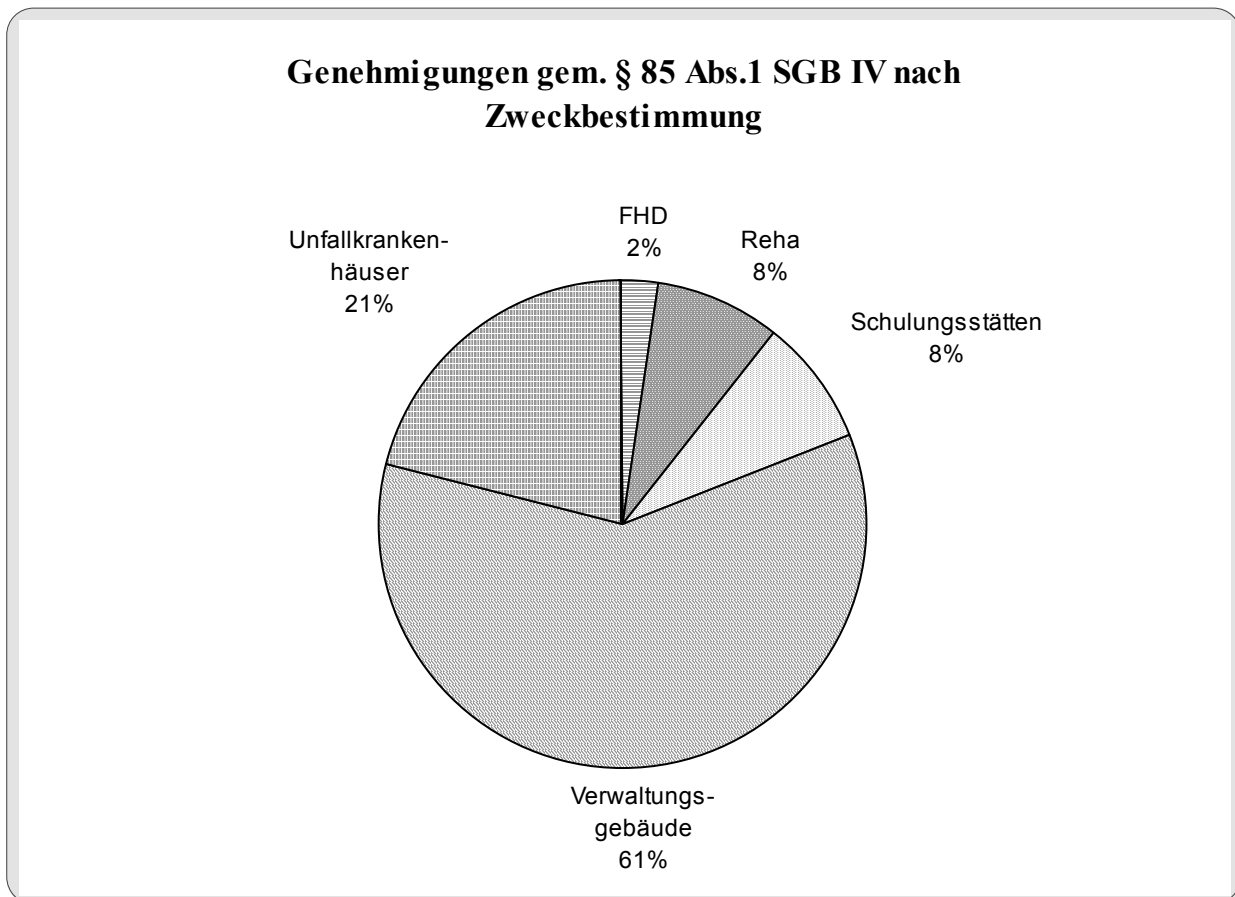
### Genehmigungsbescheide

Im Jahr 2000 hat das Bundesversicherungsamt Vermögensanlagen in einem Gesamtumfang von 332,5 Millionen DM genehmigt.

Genehmigungsgegenstand	Genehmigungsvolumen in Mio DM	
	1999	2000
Darlehen	92,8	71,3
Beteiligungen	72,3	69,8
Erwerb von Grundstücken	33,3	60,9
Errichtung und Erweiterung von Gebäuden	127,7	130,5
<b>Summe</b>	<b>326,1</b>	<b>332,5</b>

Dreißig Baumaßnahmen wurden genehmigt, 120 Darlehensanträge, 96 Beteiligungen und vier Grunderwerbsanträge. Die Zahl der Anträge bzw. Genehmigungen und der jährliche Investitionsbedarf ist damit um zwei Prozent gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Im Gegensatz zum allgemeinen Nachfragerückgang in der deutschen Bauwirtschaft ist der Trend im Bereich der Sozialversicherung positiv.

Nach ihrer Zweckbestimmung lassen sich die Genehmigungen folgendermaßen zuordnen:



Das Bundesversicherungsamt beaufsichtigt derzeit 167 laufende Baumaßnahmen. Im Jahr 2000 wurden uns 25 Abschlußberichte vorgelegt. Wir haben in diesem Zusammenhang Baukostenabrechnungen in Höhe von insgesamt 398,6 Mio. DM geprüft und an Investitionen von 731,1 Mio. DM mitgewirkt.

#### **Umsatzsteuerliche Behandlung der von Sozialversicherungsträgern gegründeten Gesellschaften**

Auch in der Vergangenheit haben wir geprüft, ob Gesellschaften mit begrenzter Haftung, die Sozialversicherungsträger zur Erbringung von Organisationsdienstleistungen gegründet haben, umsatzsteuerpflichtig

sind. Diese Frage gewinnt noch einmal Aktualität im Zusammenhang mit Gesellschaften zur Erbringung von Datenverarbeitungsdienstleistungen. Seitens der Finanzbehörden wurden diese GmbH - soweit hier bekannt - als umsatzsteuerpflichtig behandelt (vgl. hierzu auch Antwort der Bundesregierung in BT-Drs. 14/2753 vom 21. 02. 2000, 5 ff).

Das Bundesversicherungsamt vertritt dagegen die Auffassung, daß die durch die GmbH ausgeführte Tätigkeit eher hoheitlicher denn unternehmerischer Natur ist, also § 2 Umsatzsteuergesetz anzuwenden und eine Befreiung auszusprechen sei. Hilfsweise sehen wir die Möglichkeit, die speziell für die Sozialversicherungsträger ge-



schaffene Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 15 Umsatzsteuergesetz hier zumindest analog anzuwenden. Das Bundesministerium der Finanzen hat sich dem nicht anschließen können. Es sieht die Tätigkeit der fraglichen Gesellschaften sowohl als umsatzsteuerbar als auch umsatzsteuerpflichtig an. Auch komme eine durch Gesetzesänderung zu bewirkende Freistellung aufgrund des EU-Rechts nicht in Frage.

Da diese Haltung mit den obersten Finanzbehörden der Länder abgestimmt ist und eine Meinungsänderung des Bundesfinanzministeriums vorläufig nicht zu erwarten ist, haben wir die Spitzenverbände hierüber unterrichtet. Wir haben gleichzeitig auf die aus der Umsatzsteuerpflicht resultierende Möglichkeit des Vorzugssteuerabzugs hingewiesen.

### **Umsatzsteueroption bei Mietverträgen**

Eine Betriebskrankenkasse hat uns veranlaßt zu prüfen, ob der als Vermieter auftretende Mutterkonzern bezüglich des Mietvertrages die sogenannte Umsatzsteueroption ausüben dürfe, wobei dann die Betriebskrankenkasse als Mieterin mit der Umsatzsteuer in beträchtlicher Höhe belastet bliebe.

Eine rechtliche Überprüfung hat ergeben, daß der Vermieter sich im vorliegenden Fall zu Unrecht auf eine spezielle umsatzsteuerliche Übergangsregelung berufen hatte. Über die Möglichkeit, hier Einsparungen in beträchtlicher Höhe zu erzielen,

haben wir die Betriebskrankenkasse inzwischen unterrichtet.

### **Beteiligung an gemeinnützigen Einrichtungen**

Der Verlust des steuerlichen Gemeinnützigkeitsstatus zieht erhebliche finanzielle Belastungen nach sich. Diese Erfahrung hat auch eine Berufsgenossenschaft machen müssen, die mit anderen Sozialversicherungsträgern gemeinsam ein Schulungsheim zu Fortbildungszwecken unterhalten hatte, wobei das Schulungsheim als eingetragener Verein firmiert hatte, dem die Finanzbehörde den Status der Gemeinnützigkeit zuerkannt hatte.

Mit dem Hinweis auf die in der Satzung verankerte ausschließliche Nutzung für die berufsgenossenschaftliche Fortbildung hat die Finanzbehörde dem Verein diesen Gemeinnützigkeitsstatus dann aber wieder entzogen. Der Forderung der Finanzbehörde, das Schulungsheim wenigstens für sechs Wochen pro Jahr für allgemeinere Veranstaltungen zur Verfügung zu stellen, um auf diese Weise die steuerliche Gemeinnützigkeit zu erhalten, meinte die Berufsgenossenschaft nicht nachkommen zu können.

Wir haben sie im Rahmen unserer Aufsichtsprüfung nun aufgefordert, alle zu Gebote stehenden Handlungsalternativen - sofern wirtschaftlich vertretbar! - zu prüfen und Anstrengungen zur Wiedererlangung des Gemeinnützigkeitsstatus zu unternehmen.

## 5.4 Gerichtsverfahren

Im Jahr 2000 wurden gegen das Bundesversicherungsamt insgesamt 94 Klagen erhoben. Die Anzahl der neuen Rechtsstreitigkeiten ging gegenüber dem Vorjahr deutlich zurück (226 Verfahren im Jahr 1999). An der Spitze lagen die Klagen gegen Bescheide des Bundesversicherungsamtes zum Risikostrukturausgleich (68 Klagen, 1999 waren es noch 184), gefolgt von 22 Streitverfahren aus dem Aufsichtsbereich (1999: 25 Verfahren) und nur noch vier Klagen (1999:17 Verfahren) gegen Entscheidungen zum Entschädigungsrentenrecht (ERG).

### Eingang neuer Klagen

	1998	1999	2000
<b>RSA</b>	19	184	68
<b>ERG</b>	38	17	4
<b>Aufsicht</b>	25	25	22
<b>Summe</b>	<b>82</b>	<b>226</b>	<b>94</b>

Die Diskrepanz zum Vorjahr ergibt sich, weil Bescheide zum RSA für das Jahr 1997 erst im Februar 1999 statt Ende 1998 ergangen sind. In der Folge wurden im Jahr 1999 Rechtsstreitigkeiten für zwei Jahresausgleiche anhängig.

Bezogen auf die einzelnen Jahresausgleiche ist die Zahl der Klagen gegen den RSA somit ähnlich konstant wie die Entwicklung im Aufsichtsbereich. Dagegen ist zehn

Jahre nach der Wiedervereinigung die Klagen Tendenz im Bereich des Entschädigungsrentenrechts naturgemäß rückläufig.

Im Geschäftsjahr 2000 erging in 49 Fällen ein Urteil (bzw. ein Beschluß). In 34 Fällen gaben die Gerichte dem Bundesversicherungsamt Recht. Achtzehn dieser Entscheidungen wurden von Sozialgerichten getroffen, dreizehn von Landessozialgerichten; drei Verfahren hat das Bundessozialgericht entschieden. Lediglich in fünfzehn Verfahren konnte sich unsere Auffassung nicht durchsetzen, wobei in zwölf Fällen Sozialgerichte, zweimal Landessozialgerichte entschieden haben. Einmal hat das Bundessozialgericht die Auffassung der Gegenseite bestätigt. In weiteren vierzehn Fällen wurden die Klagen zurückgenommen, vier Verfahren wurden durch einen Vergleich beendet.

Ende 2000 waren noch 463 Verfahren anhängig, davon 333 zum Risikostrukturausgleich, 52 zum Entschädigungsrentenrecht und 78 aus dem Aufsichtsbereich. Vor allem bedingt durch den RSA stieg die Zahl der noch offenen Verfahren gegenüber dem Jahr 1999, als 442 anhängig geblieben waren (298 RSA, 62 ERG, 82 Aufsicht), weiter.

Am 28. Februar 2000 hat das Sozialgericht Köln erstmals mehrere Verfahren zum Jahresausgleich 1997 verhandelt und entschieden. Sämtliche Klagen wurden hierbei abgewiesen, da nach Auffassung des Gerichts die zugrunde liegenden Bescheide weder formell noch materiellrechtlich zu beanstanden waren. Einen Verstoß gegen übergeordnete Rechtsgrundsätze - insbesondere gegen höherrangiges internationales oder

höherrangiges innerstaatliches Recht einschließlich des Verfassungsrechts - hat das Gericht in den Regelungen zum Risikostrukturausgleich nicht feststellen können.

In den genannten Urteilen wurden die Bescheide lediglich insoweit abgeändert, als die darin enthaltenen Beitragsbedarfskorrekturen für die Jahre 1994 bis 1996 aufgehoben wurden. An der Berechnung und damit an der Höhe der jeweils ermittelten Beträge hat das Gericht keine Zweifel geäußert; rechtswidrig seien die angefochtenen Bescheide lediglich insoweit, als in ihnen Korrekturen für die Vorjahre durchgeführt worden seien und deshalb die jeweilige Kasse über den Ausgleichsbetrag für das Jahr 1997 hinaus unvorhersehbar

mit weiteren Forderungen belastet worden sei. Wir hatten für alle Kassen die im Einzelfall zu zahlenden Beträge in drei gleiche Raten aufgeteilt, die jeweils mit dem Jahresausgleich 1997, 1998 und 1999 fällig geworden sind. Nach Auffassung des Gerichts hätten wir aber Ermessen dahingehend ausüben müssen, daß für jede einzelne Kasse die Zumutbarkeitsgrenze finanzieller Nachbelastung hätte ermittelt werden müssen. Wir haben hiergegen Berufung eingelegt, da diese Rechtsauffassung nach unserer Einschätzung mit der Systematik des RSA nicht vereinbar ist. Die Kassen haben ihrerseits Berufung eingelegt, soweit das SG Köln die Klagen gegen den Jahresausgleich 1997 abgewiesen hat.



## **6. ANDERE ARBEITSSCHWERPUNKTE**

- 6.1 Risikostrukturausgleich
- 6.2 Zuständige Stelle nach dem BBiG
- 6.3 Prüfungsamt für den gehobenen nichttechnischen Dienst in der Sozialversicherung



---

## 6. ANDERE ARBEITSSCHWERPUNKTE

---

### 6.1 Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung gleicht seit seiner Einführung im Jahr 1994 die finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Risikostrukturen der teilnehmenden Krankenkassen aus. Ausgleichsfaktoren sind das Alter und das Geschlecht der Versicherten, die Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, die Zahl der versicherten Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrentner sowie die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Unterschiede in den Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen, die nicht aus diesen Risikomerkmale resultieren, werden nicht ausgeglichen. Nicht einbezogen werden die Verwaltungskosten sowie Ermessens- und Erprobungsleistungen der Krankenkassen.

Der individuelle Beitragsbedarf für jede Krankenkasse wird auf der Grundlage der kassenindividuellen Versichertenstruktur in Verbindung mit dem Risikoprofil für die einzelne Versichertengruppe (sog. „Verhältniszerte“) berechnet, wobei das Risikoprofil für die gesamte Gesetzliche Krankenversicherung West bzw. Ost Gültigkeit hat. Dem so ermittelten Beitragsbedarf wird die Finanzkraft der jeweiligen Krankenkasse gegenübergestellt, welche Unterschiede in den Beitragsaufkommen aufgrund unterschiedlich hoher beitragspflichtiger Einnahmen der Mitglieder berücksichtigt. Die Finanzkraft errechnet sich für jede Kasse als Produkt aus ihrer kassenindividuellen Grundlohnsumme und dem GKV-weit gültigen Ausgleichsbedarfssatz.

Die Differenz von Beitragsbedarf und Finanzkraft ergibt die Höhe des Ausgleichsanspruchs bzw. der Zahlungsverpflichtung. Der Ausgleichsbedarfssatz wird so bestimmt, daß die Finanzkraft aller Krankenkassen insgesamt ausreicht, um sämtliche Leistungsausgaben, die im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden, zu decken.

### Jahresausgleich 1999

Der Jahresausgleich für 1999 wurde im November 2000 durchgeführt. Mit dem Jahresausgleich 1999 wurde zugleich die dritte und letzte Rate der Korrekturen für die Jahre 1994 bis 1996 fällig, die im Rahmen des Jahresausgleichs 1997 berechnet worden waren. Insgesamt betrug das Volumen 24,1 Milliarden DM.

Zur Deckung der gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in Höhe von 191 Milliarden DM (West) bzw. 38,7 Mrd. DM (Ost) wurde ein Ausgleichsbedarfssatz von 12,59 Prozent (West) bzw. 12,80 Prozent (Ost) ermittelt. Die durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben betragen 1999 im Westen 9,03 DM pro Tag und im Osten 8,50 DM. Entsprechend betragen die jährlichen Durchschnittsausgaben für einen Versicherten in den alten Ländern 3.299,02 DM und in den neuen Ländern 3.102,87 DM. Zur Berechnung der Verhältniszerte werden Daten erhoben, die gegenwärtig nur in den Hauptleistungsbereichen Apotheke, Krankenhaus und Krankengeld durch Vollerhebung gewonnen werden, während wir für die Hauptleistungsbereiche Ärzte,

Zahnärzte und Sonstige Leistungsausgaben weiterhin auf Stichproben angewiesen sind. Langfristig streben wir die Vollerhebung für alle Hauptleistungsbereiche an .

### Monatliches Abschlagsverfahren

Im monatlichen Abschlagsverfahren für das Jahr 2000 wurden zwischen den Kassen rund 24,2 Milliarden DM umverteilt. Auch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung sind seit dem 1. April 1999 aufgrund des Gesetzes zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse der Krankenversicherungspflicht unterworfen. Dadurch stieg im Jahr 2000 das Bei-

tragsaufkommen für die gesetzliche Krankenversicherung um 2.200 Millionen DM im Westen (1999: 1.477 Mio. DM) und um 180 Millionen DM im Osten (1999: 120 Mio. DM). Da der Anteil der geringfügig Beschäftigten bei den einzelnen Kassen sehr unterschiedlich ist, hat der Gesetzgeber bestimmt, daß diese zusätzlichen Beiträge über den Risikostrukturausgleich gleichmäßig auf alle Kassen verteilt werden. Die entsprechenden Beitragseinnahmen werden der einzelnen Krankenkasse vom Beitragsbedarf abgezogen und allen am Strukturausgleich beteiligten Kassen einheitlich - über die Herabsetzung des Ausgleichsbedarfssatzes - wieder zur Verfügung gestellt.

<b>Jahresausgleich für 1999</b>						
<b>Kassenart</b>	<b>GKV-West</b>		<b>GKV-Ost</b>		<b>GKV-Bund</b>	
	Ausgleichsbeträge in Mio. DM (Anzahl der Kassen)		Ausgleichsbeträge in Mio. DM (Anzahl der Kassen)		Ausgleichsbeträge in Mio. DM (Anzahl der Kassen) <sup>1</sup>	
Ortskrankenkassen (AA)	13.788,4	(12)	5.873,3	(5)	19.661,7	(17)
Innungskrankenkassen (AA)	29,6	(4)	-	(0)	29,6	(4)
Innungskrankenkassen (AV)	912,0	(24)	896,7	(17)	1.808,7	(41)
Betriebskrankenkassen (AA)	1.595,7	(118)	55,6	(5)	1.651,3	(123)
Betriebskrankenkassen (AV)	5.922,1	(237)	802,8	(124)	6.724,9	(361)
Seekrankenkasse (AA)	6,1	(1)	-	(0)	6,1	(1)
Seekrankenkasse (AV)	-	(0)	9,1	(1)	9,1	(1)
Bundesknappschaft (AA)	2.276,9	(1)	526,8	(1)	2.803,7	(2)
Angestellten-Ersatzkassen (AV)	10.565,5	(7)	3.246,3	(6)	13.811,8	(13)
Arbeiter-Ersatzkassen (AA)	30,4	(1)	-	(0)	30,4	(1)
Arbeiter-Ersatzkassen (AV)	1.513,8	(5)	294,9	(3)	1.808,7	(8)
<b>Summe Ausgleichsanspruch (AA)<sup>2</sup></b>	<b>17.727,1</b>	<b>(137)</b>	<b>6.455,7</b>	<b>(11)</b>	<b>24.182,8</b>	<b>(148)</b>
<b>Summe Ausgleichsverpflichtung (AV)</b>	<b>18.913,3</b>	<b>(273)</b>	<b>5.249,8</b>	<b>(151)</b>	<b>24.163,2</b>	<b>(424)</b>

**Hinweis:** Beitragsbedarfskorrekturen für Vorjahre sind periodenfremd und werden deshalb nicht berücksichtigt.

<sup>1</sup> Krankenkassen, die rechtskreisübergreifend tätig sind, werden doppelt erfaßt.

<sup>2</sup> Der um 19,6 Mio. DM höhere Ausgleichsanspruch ergibt sich aus der Auszahlung von KVdR-Beiträgen nach altem Recht.



Im monatlichen Abschlagsverfahren für das Jahr 2000 war ein gesamtdeutscher Ausgleichsbedarfssatz zu ermitteln. Dieser Wert ergibt sich aus der Division des gemeinsamen Beitragsbedarfs für West und Ost durch die Summe der bundesweiten beitragspflichtigen Einnahmen aller gesetzlichen Krankenkassen. Die Rechtskreistrennung in Ost und West wurde hier aufgehoben. Durch den Ausgleich der unterschiedlichen Finanzkraft der gesetzlichen Krankenversicherung in West und Ost sind 2,6 Milliarden DM in die neuen Bundesländer transferiert worden. Die Berechnung des Beitragsbedarfs mit unterschiedlichen Verhältniswerten wird weiterhin für Ost und West getrennt durchgeführt.

Klagen gegen den Jahresausgleich 1999 (s. o. „Gerichtsverfahren“) richteten sich insbesondere gegen die rückwirkende Korrektur der Verhältniswerte für die Jahre 1995 und 1996. Auch die Datenqualität, insbesondere bezogen auf die gemeldeten Versicherungszeiten für Familienversicherung, wurde in Zweifel gezogen. Bis zur Entscheidung im Hauptsacheverfahren mehrerer Musterklagen ruht der überwiegende Teil dieser Klagen.

## 6.2 Zuständige Stelle nach dem BBiG

### Ausbildungsplatzsituation

Bereits in den letzten Jahren war die Zahl der Ausbildungsplätze im Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r wieder kontinuierlich gestiegen; diese Tendenz hat sich erfreulicherweise im Jahr 2000 fortgesetzt: 1.597 Ausbildungsplätze stehen den 1.574 Plätzen des Vorjahres gegenüber. Die Anzahl der von uns insgesamt betreuten Auszubildenden erhöhte

sich auf 4.410. Damit bilden die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger inzwischen fast wieder so viele Nachwuchskräfte aus wie vor der Wiedervereinigung. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede bei den Fachrichtungen. Während die Anzahl der Neueinstellungen in der Unfallversicherung sogar leicht ab- und in der allgemeinen Krankenversicherung und in der knappschaftlichen Versicherung nur leicht zunahm, ist der Anstieg in der Rentenversicherung - wenngleich von niedrigem Niveau - bemerkenswert: Es wurden 85 Auszubildende mehr (60 Prozent) eingestellt als im Vorjahr (222 : 137); d. h. der Bedarf wird hier offenkundig deutlich anders als bislang eingeschätzt. Für das Jahr 2001 haben alle Träger angekündigt, ihre Ausbildungsleistungen zu erhöhen. Dies gilt hauptsächlich für den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r aber auch für die Berufe Fachinformatiker, Informatikkaufmann und Fachangestellter für Bürokommunikation.

Entwicklung der Anzahl neubegründeter Ausbildungsverhältnisse mit Sozialversicherungsfachangestellten <sup>*)</sup> in den Fachrichtungen					
Jahr	KV	UV	RV	Knappschafts-V	insgesamt
1994	1.371	121	492	100	2.084
1995	1.120	57	502	129	1.808
1996	1.389	114	175	143	1.821
1997	1.042	110	123	140	1.415
1998	1.175	89	137	149	1.558
1999	1.254	106	137	141	1.638
2000	1.131	78	219	162	1.590

<sup>\*)</sup> ohne Abbrecher

Jedes siebente der neuen Ausbildungsverhältnisse (12 %) wurde im übrigen in den neuen Bundesländern begründet - das entspricht annähernd der Bevölkerungsverteilung.

Erneut wurden die meisten Verträge (56%) mit Studienberechtigten geschlossen. Dieser Anteil ist im Vergleich zur Gesamtheit aller Ausbildungsanfänger weiter ungewöhnlich hoch. Den Trägern ist weiterhin aufgegeben, den Vorteil der hohen Qualifikation gegen das Risiko abzuwägen, studienberechtigte Auszubildende unter Umständen nicht dauerhaft im Beruf halten zu können und damit Investitionen fehlgeleitet zu haben.

### **Erfahrungen mit der neuen Form der mündlichen Prüfung**

Im Jahr 2000 wurde erstmals nach der ein Jahr zuvor in Kraft getretenen Prüfungsordnung geprüft. Für die Prüfungsteilnehmer/innen bedeutete das, auch im mündlichen Teil der Abschlußprüfung beweisen zu müssen, daß sie das während der Ausbildung erworbene Wissen in sinnvolles fachliches Handeln umsetzen können. In der Krankenversicherung, wo zwischen Versicherten und Kassenmitarbeitern persönlicher Kontakt besteht, verlangt die Prüfungsordnung, eine Beratungssituation zu gestalten. Das stellt deutlich höhere Anforderungen an Prüflinge und Prüfer als die bisherige Art des Prüfungsgesprächs. Entsprechend haben wir schon sehr früh begonnen, die Mitglieder der Prüfungsausschüsse intensiv zu schulen und auf ihre Doppelrolle als fiktive Kunden und Bewerber vorzubereiten. Dabei wurde auch die Arbeit mit dem neuen Beobachtungs- und Bewertungsbogen, der die Einheitlichkeit des Bewertungsmaßstabs fördern soll, erprobt.

Schon in den ersten Schulungsveranstaltungen war die Frage aufgetaucht, welche

Materialien die Prüflinge bei der Vorbereitung auf das und im Beratungsgespräch benutzen dürfen. Wir haben uns dafür ausgesprochen, den Kandidaten in der Prüfungssituation den Einsatz aller auch in der beruflichen Praxis üblichen Arbeitsmaterialien und Broschüren - bis hin zu selbst verfaßten sogenannten „mind-maps“- freizustellen; denn das ist praxisorientiert und es entbindet den Prüfling nicht von der Aufgabe, sich erforderlichenfalls von seinem mitgebrachten Material zu lösen und situationsgerecht zu reagieren.

Die Premiere der neuen Prüfungsform in der Krankenversicherung war ein großer Erfolg. Die Prüflinge, die sich - mit wenigen Ausnahmen - selbstbewußt präsentierten, gingen souverän mit der Situation um, dies gilt auch für die Auszubildenden, die bisher wenig oder keinen Kundenkontakt hatten. Wir nehmen für uns in Anspruch, daß das zumindest zum Teil auch damit zusammenhängt, daß unsere Berater Auszubildende und Ausbilder umfassend beraten und geholfen haben, Ängste abzubauen. Den Mitgliedern der Prüfungsausschüsse gilt das Kompliment, daß sie nicht nur für eine gute Atmosphäre gesorgt, sondern auch in der schwierigen Doppelrolle Kunde/Prüfer überzeugt haben.

In den Fachrichtungen, in denen bisher Kundenkontakt nicht üblich ist, mußten dagegen andere berufstypische Gesprächssituationen simuliert werden, etwa der Vortrag beim Vorgesetzten. Wenn die Sozialversicherungsfachangestellten auch in diesen Fachrichtungen künftig mehr Außenkontakte haben werden - womit zu rechnen ist -, wird das Beratungsgespräch auch hier bald eine Rolle spielen.

## **Keine Aufgaben zur Auswahl im mündlichen Teil der Abschlußprüfung**

Auszubildende in der Fachrichtung gesetzliche Rentenversicherung konnten bei der Mehrzahl der Zuständigen Stellen der Länder zwischen zwei Aufgaben wählen. Das ging auf eine Empfehlung des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zurück. Wir hatten dagegen von Anfang an die Wahlmöglichkeit als rechtlich unzulässig abgelehnt. Daß unsere Auffassung zutreffend ist, hat uns der Verordnungsgeber, das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, das wir im Auftrag aller Zuständigen Stellen um eine klärende Stellungnahme gebeten hatten, bestätigt. Das Ministerium sieht ebenfalls keine Möglichkeit, im mündlichen Teil der Abschlußprüfung Aufgaben zur Auswahl zu stellen. Die Formulierung der §§ 9-13 (jeweils Abs. 4) der Ausbildungsordnung Sozialversicherungsfachangestellte/r sei eindeutig und lasse eine Wahlmöglichkeit - vor allem auch unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte - nicht zu. Wir haben die Zuständigen Stellen der Länder von der Auffassung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung unterrichtet und dürfen demzufolge erwarten, daß sie ihre Prüfungsausschüsse dazu anhalten, die Auffassung des Verordnungsgebers als verbindlich zu beachten. Ersten Äußerungen nach scheint ein Umdenkprozeß auch schon in Gang gekommen zu sein. Wie lang der Weg zur Einheitlichkeit tatsächlich sein wird, muß sich zeigen.

## **Bewertung der mündlichen Prüfungsleistung**

In der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie in der knappschaftlichen und landwirtschaftlichen Sozialversicherung hat das Ergebnis der mündlichen Prüfung zwar nicht die Auswirkungen auf das

Gesamtergebnis wie in der Krankenversicherung; immerhin geht es aber doch um 25 Prozent. Weil hier anders als in der Fachrichtung Krankenversicherung keine diesbezügliche Regelung in der Ausbildungsordnung existiert, war im Vorfeld der Prüfungen die Frage aufgetaucht, mit welchen Anteilen kommunikative und fachliche Fähigkeiten in das Ergebnis der mündlichen Prüfung einfließen sollen.

Zwei Auffassungen standen sich dabei gegenüber: Die eine: Kommunikative und fachliche Leistung sind generell im Verhältnis 30 zu 70 zu gewichten. Diese Auffassung übersah, daß nicht alle Aufgaben in eben diesem Verhältnis kommunikative und fachliche Fähigkeiten verlangen. Ein Ausschuß, der die Leistung eines Prüflings entsprechend gewichtete, obwohl die betreffende Aufgabe fachlich anspruchsvoller ist, verstieße daher gegen allgemein gültige Bewertungsgrundsätze. Deshalb hat das Bundesversicherungsamt von Anbeginn an die zweite Auffassung vertreten: Der Ausschuß ist jeweils verpflichtet, jede Aufgabe darauf zu prüfen, welche Gewichtung der beiden Bewertungskategorien sie rechtfertigt. Er ist jedoch nicht gehindert, dies bereits im Vorfeld zu tun, d. h. nur solche Aufgaben zu entwickeln, die auch eine bestimmte Gewichtung zulassen. Inzwischen hat sich diese Überzeugung erfreulicherweise auch bei den anderen zuständigen Stellen durchgesetzt.

## **Organisation der Prüfungen**

Der Abschlußprüfung stellten sich im Jahr 2000 1.311 Kandidaten in den Ausbildungsgängen Sozialversicherungsfachangestellte/r, Verwaltungsfachangestellter und Fachangestellte/r für Bürokommunikation. Rechnet man die 83 Bewerber nach § 40 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz (BBiG) hinzu, waren es 1394 Prüfungskandidaten,

1406 Prüflinge haben die Zwischenprüfung absolviert. Die Zahl der Geprüften lag mit 2.800 unter der des Jahres 1999.

An siebzehn Abschlußprüfungen waren 79 Prüfungsausschüsse - d.h. rund 390 Prüfer - beteiligt. Vierzehn Abschlußprüfungen betrafen Sozialversicherungsfachangestellte, zwei Fachangestellte für Bürokommunikation und eine Prüfung galt Verwaltungsfachangestellten.

Die Zwischenprüfungen für 1.394 angehende Sozialversicherungsfachangestellte, acht Fachangestellte für Bürokommunikation und vier Verwaltungsfachangestellte nahmen in 18 Prüfungen 69 Ausschüsse ab.

In sieben Ausbilder-Eignungsprüfungen haben 98 Ausbilder bundesunmittelbarer Sozialversicherungsträger bewiesen, daß sie berufs- und arbeitspädagogisch geeignet sind. Von Krankenkassen kamen 30 Ausbilder, 25 von gewerblichen Berufsgenossenschaften, 28 von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, acht von der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und sieben von der Bundesknappschaft. In Amtshilfe wurden außerdem sechs Ausbilder landesunmittelbarer Träger geprüft. Den Trägern und Verbänden, die uns und die Prüfungsausschüsse traditionell in organisatorischer Hinsicht unterstützen, gilt besonderer Dank.

### **6.3 Prüfungsamt für den gehobenen nichttechnischen Dienst in der Sozialversicherung**

#### **Laufbahnprüfungen**

Im Jahr 2000 hat das Bundesversicherungsamt - als Prüfungsamt für den gehobenen nichttechnischen Dienst in der Sozialversicherung - zwei Laufbahnprüfungen durch-

geführt. Von den 179 Inspektoranwärtern, die zu prüfen waren, kamen 151 Kandidaten von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), 23 von der Bundesknappschaft und fünf von der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen.

Die Frühjahrsprüfung 2000 haben 67 der 78 Kandidaten der BfA bestanden. Mit 14,1 Prozent lag die Mißerfolgsquote leider deutlich über der des Frühjahrs 1999 (10 Prozent). Deutlich besser fiel hier allerdings das Ergebnis der Sommerprüfung aus: von 73 Prüfungskandidaten verfehlten nur vier - oder 5,41 Prozent - ihr Ziel. Bei der Bundesknappschaft bestanden dagegen fünf von 23 Kandidaten die Prüfung nicht.

Vermindert hat sich die Zahl der Widersprüche. Von fünf Anwärtern, die gegen das Nichtbestehen ihrer Prüfung Widerspruch erhoben hatten, nahmen zwei diesen wieder zurück, nachdem sie Einsicht in die Prüfungsarbeiten genommen hatten. Die verbleibenden Widersprüche wurden als unbegründet zurückgewiesen.

Mit der sogenannten „Folgefehler“-Problematik, hatten wir uns in einem Klageverfahren auseinanderzusetzen. Eine Anwältin hatte gerichtlich nachprüfen lassen, ob die Prüfer beachtet hatten, daß ein Fehler nur einmal „bestraft“, d.h. ein auf einem Fehler basierender weiterer falscher Lösungsschritt nicht nochmals mit einem Punktabzug geahndet werden darf. Auch hier wurde zu unseren Gunsten entschieden. Das Verwaltungsgericht hat bestätigt, daß die Prüfer diesen Grundsatz beachtet hatten und der Bescheid des Prüfungsamtes über das Nichtbestehen der Prüfung rechtmäßig war. Der Ausgang dieses Verfahrens beweist erneut: das Prüfungsamt hat seine Aufgabe, darauf zu achten, daß die allgemeinen Prüfungsgrundsätze eingehalten

werden, und die Prüfer entsprechend zu instruieren, erfüllt.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Mitarbeit an der Neufassung der Laufbahnprüfungsordnung für den gehobenen nicht-technischen Dienst in der Sozialversicherung (LAPO-geh.D-SV), die das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung als Rechtsverordnung erlassen wird. Beteiligt waren auch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die Bundesknappschaft und der Fachbereich Sozialversicherung der Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung.

Die Fassung der LAPO vom 1. Juni 1996 wurde aktualisiert und neuen Ausbildungs- und Prüfungserfordernissen angepaßt. Das war zum Teil beschwerlich, denn es waren nicht nur Vorgaben der vom Bundesministerium des Innern erlassenen Muster-LAPO zu berücksichtigen. Wegen der unterschiedlichen Interessenlage der Beteiligten gab es in Einzelfragen auch abweichende Auffassungen, die es in Übereinstimmung zu bringen galt. Dies ist bis zum Jahresende 2000 gelungen. Die im Jahr 2001 neu eingestellten Auszubildenden werden daher die ersten sein, die ihre

Laufbahnprüfung nach neuem Recht ablegen werden.

### **Diplomarbeit**

Eine der wesentlichen Änderungen gegenüber der bisherigen Laufbahnprüfungsordnung ist die Einführung einer Diplomarbeit. Mit der Diplomarbeit soll der wissenschaftliche Charakter der Ausbildung stärker betont werden. Sie ist Teil der Laufbahnprüfung und muß mit mindestens fünf Rangpunkten bewertet worden sein, damit die Prüfung bestanden werden kann.

Die Diplomarbeit hat es bisher in der Sozialversicherung nicht gegeben. Es stellte sich daher eine Fülle von Fragen. Zu klären war u. a. , wann die Diplomarbeit geschrieben werden kann, ohne den Ausbildungsablauf zu stören, woher genügend geeignete Themen zu nehmen sind, wie die Entlastung der Studierenden während der Anfertigung der Diplomarbeit aussehen soll. Mit der Klärung dieser und weiterer Detailfragen ist eine „Arbeitsgruppe Diplomarbeit“ unter Beteiligung des Prüfungsamtes befaßt. Das Prüfungsamt sieht einen Schwerpunkt seiner künftigen Arbeit in der Qualitätssicherung der Diplomarbeiten.



## **ANHANG**

- a) Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung
- b) Organisationsplan





## Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.99	Anzahl 31.12.00
<b>Träger der gesetzlichen Krankenversicherung <sup>1</sup></b>		
<b>Ersatzkassen für Arbeiter</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
Gärtner-Krankenkasse		-
Hamburgische Zimmerkrankenkasse		
Gmünder Ersatzkasse		
<b>Ersatzkassen für Angestellte</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
Barmer Ersatzkasse		
Deutsche Angestellten Krankenkasse		
Kaufmännische Krankenkasse		
Hamburg-Münchener Ersatzkasse		
Hanseatische Krankenkasse		
Techniker Krankenkasse		
<b>Innungskrankenkassen</b>	<b>9</b>	<b>8</b>
Innungskrankenkasse Bremen		
Innungskrankenkasse Hamburg		
Innungskrankenkasse Ostfalen		
Innungskrankenkasse Herzberg		-
Innungskrankenkasse Sachsen-Anhalt		
Innungskrankenkasse Braunschweig		
Innungskrankenkasse Weser-Ems		
Innungskrankenkasse Celle und Harburg Land		
Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit		

<sup>1</sup> nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

<b>VERSICHERUNGSTRÄGER</b>	<b>Anzahl 31.12.99</b>	<b>Anzahl 31.12.00</b>
<b>Sonstige Krankenkassen</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
See-Krankenkasse		
Bundesknavschaft (knKV)		
<b>Landwirtschaftliche Krankenkassen</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Krankenkasse für den Gartenbau		
Landwirtschaftliche Krankenkasse Berlin		
<b>Betriebskrankenkassen<sup>2</sup></b>		
in Baden-Württemberg	30	26
in Bayern	12	12
in Berlin	1	1
in Brandenburg	-	-
in Bremen	3	3
in Hamburg	11	15
in Hessen	15	17
in Mecklenburg-Vorpommern	1	1
in Niedersachsen	16	16
in Nordrhein-Westfalen	51	50
in Rheinland-Pfalz	8	8
in Sachsen	-	1
in Sachsen-Anhalt	1	1
im Saarland	-	-
in Schleswig-Holstein	3	3
in Thüringen	-	-
<b>Krankenversicherungsträger insgesamt</b>	<b>174</b>	<b>174</b>

<sup>2</sup> einschließlich Bundesverwaltungskassen

<b>VERSICHERUNGSTRÄGER</b>	<b>Anzahl 31.12.99</b>	<b>Anzahl 31.12.00</b>
----------------------------	----------------------------	----------------------------

### **Träger der gesetzlichen Unfallversicherung**

<b>Gewerbliche Berufsgenossenschaften</b>	<b>32</b>	<b>32</b>
---	-----------	-----------

Bergbau-Berufsgenossenschaft  
 Steinbruchs-Berufsgenossenschaft  
 Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie  
 Berufsgenossenschaft der Gas, Fernwärme- und  
 Wasserwirtschaft  
 Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft  
 Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft  
 Norddeutsche Metall-Berufsgenossenschaft  
 Süddeutsche Metall-Berufsgenossenschaft  
 Edel- und Unedelmetall-Berufsgenossenschaft  
 Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik  
 Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie  
 Holz-Berufsgenossenschaft  
 Papiermacher-Berufsgenossenschaft  
 Berufsgenossenschaft Druck und Papierverarbeitung  
 Lederindustrie-Berufsgenossenschaft  
 Textil- und Bekleidungs-Berufsgenossenschaft  
 Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten  
 Fleischerei-Berufsgenossenschaft  
 Zucker-Berufsgenossenschaft  
 Bau-Berufsgenossenschaft Hamburg  
 Bau-Berufsgenossenschaft Hannover  
 Bau-Berufsgenossenschaft Frankfurt a.M.  
 Südwestliche Bau-Berufsgenossenschaft  
 Tiefbau-Berufsgenossenschaft  
 Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft  
 Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel  
 Verwaltungs-Berufsgenossenschaft  
 Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahn u. Eisenbahnen  
 Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen  
 Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft  
 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und  
 Wohlfahrtspflege  
 See-Berufsgenossenschaft

<b>VERSICHERUNGSTRÄGER</b>	<b>Anzahl 31.12.99</b>	<b>Anzahl 31.12.00</b>
<i>Übertrag</i>	<b>32</b>	<b>32</b>
<b>Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Gartenbau-Berufsgenossenschaft Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Berlin		
<b>Sonstige Träger der Unfallversicherung</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Eisenbahn-Unfallkasse Unfallkasse der Post und Telekom		
<b>Unfallversicherungsträger insgesamt</b>	<b>36</b>	<b>36</b>

### **Träger der gesetzlichen Rentenversicherung**

<b>Träger der Arbeiterrentenversicherung</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Bundesbahn-Versicherungsanstalt Seekasse		
<b>Träger der Angestelltenversicherung</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte		
<b>Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Bundesknappschaft		
<b>Rentenversicherungsträger insgesamt</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

<b>VERSICHERUNGSTRÄGER</b>	<b>Anzahl 31.12.99</b>	<b>Anzahl 31.12.00</b>
<b>Träger der Alterssicherung der Landwirte</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Alterskasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Alterskasse Berlin		
<b>Alterskassen insgesamt</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Verbände</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Gesamtverband der landwirtschaftlichen Altekassen Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen		
<b>Verbände insgesamt</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Weitere Einrichtungen</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Seemannskasse Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen - Künstlersozialkasse - Versorgungsträger Ernst-Abbé-Stiftung		
<b>Weitere Einrichtungen insgesamt</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Zusammenstellung</b>		
Krankenversicherungsträger	174	174
Unfallversicherungsträger	36	36
Rentenversicherungsträger	4	4
Alterskassen	2	2
Verbände	2	2
Weitere Einrichtungen	4	4
<b>insgesamt</b>	<b>222</b>	<b>222</b>