

Bundesversicherungsamt



**Tätigkeitsbericht
2002**

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 Gesundheit
und Soziale Sicherung



Vorwort

Die Finanzentwicklung war auch im Jahr 2002 das große Thema der Sozialversicherung. Die schwache Einnahmesituation hat im Berichtsjahr alle Zweige erfaßt und Grenzen der Finanzierbarkeit in zum Teil dramatischer Weise spürbar gemacht. Das Defizit von über vier Milliarden € in der Rentenversicherung ist eine spektakuläre Bilanz, wobei die Prognosen zum Umfang der beitragspflichtigen Entgelte deutlich machen, daß die Talsohle nicht durchschritten ist.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung stiegen die Leistungsausgaben überproportional mit entsprechender Wirkung auf die Beitragssätze, und Versuchen der Kassen, die Beiträge übergangsweise durch Verschuldung optisch niedrig zu halten, mußten wir bereits energisch entgegenreten. Inzwischen benötigen die Kassen Milliarden zur Ablösung ihrer

Kredite und zur Auffüllung von Rücklagen, so daß auch zusätzliche Mittel, die zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen fließen werden, die schwierige Situation nicht werden lösen können. Auch die Anhebung des Ausgleichsbedarfssatzes im Risikostrukturausgleich durch den Schätzerkreis weist in diese Richtung.

In der Pflegeversicherung sind die Einnahmen im Jahr 2002 weit hinter den Erwartungen zurückgeblieben und haben zum Rekorddefizit von annähernd 390 Millionen € geführt. Zwar ist der Anstieg im Mittelbestand, wie er durch die Darlehensrückzahlungen des Bundes entstanden ist, eine Entlastung für den Augenblick, doch ist das Problem im Grundsatz ungeklärt, zumal auch im Blick bleiben muß, daß die Pflegesätze seit 1996 nicht angepaßt wurden und die Zahl der Menschen, die stationär und also kostenintensiv gepflegt werden müssen, weiter steigt.

Der neue Risikopool im RSA ist im August 2002 finanzwirksam geworden. Damit werden die Belastungen für besonders aufwendige Leistungsfälle zwischen den Kassen ausgeglichen. Bei einem Volumen von sechzehn Milliarden € ist es uns ein Anliegen, die Datenlieferungen der Kassen durch Prüfung abzusichern und Ausgleichsansprüche und –verpflichtungen auf ein solides Fundament zu stellen.

Erfreulich ist das Bemühen um Qualität und Effizienz, mit dem Sozialversicherungsträger und Leistungsanbieter auf die Krise reagieren, so daß wir umfangreiche Beratung beim Aufbau von strukturierten Behandlungsprogrammen ebenso leisten wie gestalterische Fortschritte in der Frage der Fusionen bei den Berufsgenossenschaften erzielen konnten. Und daß trotz des enormen Umbuchungsvolumens bei den Schwerpunktprüfungen zur Abgrenzung von KV- und PV-Leistungen in fast allen Fällen Einvernehmen erzielt werden konnte, erfüllt uns als Aufsichtsbehörde mit Genugtuung.

Fragen der Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung und die Wettbewerbssituation in der Krankenversicherung bestimmen zunehmend auch die Themenpalette im Bereich Aufsicht und Petitionen. Wir sind bemüht, erkennbare Schritte der Träger, in den Grenzen des Rechts beiden Faktoren gerecht zu werden, zu unterstützen, aber auch aufgerufen, Grenzüberschreitungen zu verhindern.

A handwritten signature in black ink, reading 'Rainer Daubenbüchel'. The script is cursive and fluid, with the first name 'Rainer' written in a slightly larger, more prominent hand than the last name 'Daubenbüchel'.

Dr. Rainer Daubenbüchel
Präsident des Bundesversicherungsamtes

I. DAS JAHR 2002 IM ÜBERBLICK	13
Finanzentwicklung in der Rentenversicherung	13
Finanzentwicklung in der knappschaftlichen Rentenversicherung	14
Finanz- und Vermögensentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung	14
Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung im Jahre 2002	15
Finanzentwicklung bei den Bau-Berufsgenossenschaften	18
Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen	19
Versandhandel für Arzneimittel aus Internetapotheken	19
Fusionen von gewerblichen Berufsgenossenschaften, Änderung von § 118 Abs. 1 SGB VII	21
Schwerpunktprüfung Abgrenzung KV - PV bei Hilfsmitteln	23
II. DIE EINZELNEN VERSICHERUNGSZWEIGE UND ÜBERGREIFENDES	27
1. KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG	27
1.1 Mitgliedschaft und Beitragsrecht	27
Kündigung der Mitgliedschaft in einer Krankenkasse	27
Krankenkassenmitgliedschaft	28
Versicherungspflicht von Arbeitnehmern, die ein Studium beginnen	29
Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis	30
1.2 Leistungsrecht im Bereich der Krankenversicherung	31
Häusliche Krankenpflege bei Schul- oder Kindergartenbesuch	31
Wettbewerb	32
Bonusregelung bei minderjährigen Versicherten mit erblich bedingten Fehlbildungen der Zähne	33
Durchführung der intrazytoplasmatischen Spermien-Injektion zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen	34
Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe	35
Kostenübernahme für Rehasport	36

1.3	Leistungsrecht im Bereich der Pflegeversicherung	38
	Pflegeleistungs-Ergänzungs-Gesetz	38
1.4	Eingaben und Petitionen	38
	Bearbeitungsdauer	38
	Höherstufung bei vollstationärer Pflege nach § 43 SGB XI	39
	Einstellung von Pflegegeld	40
	Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen	41
1.5	Aufsichtsprüfungen im Bereich der Krankenversicherung	42
	Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge	42
	Abgrenzung der Leistungspflicht der Krankenkasse und der Pflegekasse im Bereich der Hilfsmittelgewährung	44
	Sicherheitsrisiken bei Kranken- und Pflegebetten	44
	Vollstreckung von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung	45
	Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung	45
	Prüfung von Vergütungsverträgen	46
1.6	Aufsichtsprüfungen im Bereich der Pflegekassen	47
	Arbeitsweise der MDK und Anforderungen an eine Einzelfallbegründung bei Hilfsmitteln	47
	Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege	48
	Prüfung der MDK-Widerspruchsgutachten auf Schlüssigkeit durch die Pflegekasse	48
	Definition wohnumfeldverbessernder Maßnahmen und technischer Hilfsmittel	48
1.7	Satzungsrecht	49
	Leistungen der besonderen Therapierichtungen	49
	Beitragssatzerhöhung durch Aufsichtsordnung	49
1.8	Mitwirkungsrechte	50
	Vereinigungsverfahren von Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen	50

2. RENTENVERSICHERUNG	53
2.1 Rehabilitation	53
Bedarfsgerechte Rehabilitation	53
2.2 Eingaben	53
Überblick	53
Begründung von Bescheiden	54
Härten im Versorgungsausgleich	55
Hinweispflicht nach § 115 Abs. 6 SGB VI	55
Pflegetätigkeit führte zur Rentenzahlung	56
Verrechnung von geschuldeten Beiträgen zur gesetzlichen Sozialversicherung mit einer Rente	56
Spontanberatung des Rentenversicherungsträgers	57
Waisenrente nach Ableistung des Zivildienstes	58
Nachträgliche Einbeziehung in ein Zusatzversorgungssystem aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts	59
Zeiten der Beschäftigung bei der Sowjetischen Militär-Administration in Deutschland (SMAD)	60
Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente	61
Zuordnung der Kindererziehungszeit zum Versicherungskonto des Ehemannes	61
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	62
Arbeitsabläufe und Organisationsstruktur im Bereich Kfz-Hilfe	63
Unbefristete Nachzahlung einer Rente	63
Verzögerungen beim Versicherungsträger aufgrund einer Vielzahl von Eingaben	64
Zuschuß zu den Aufwendungen zur freiwilligen Krankenversicherung	64
2.3 Aufsichtsprüfungen	65
Fehlerhafte Nichtberücksichtigung eines Versorgungsausgleiches	65
Entgeltaufteilung beim Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze	65
Verständlichkeit des Rentenbescheides	65
Berechnung des Vorschusses im Sterbevierteljahr	66

Ermittlungspflichten des Rentenversicherungsträgers	66
Nachforderung von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung	67
Pflichtbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Rentenbeziehern	67
2.4 Auslandsberührungen	67
Konferenzen	67
3. UNFALLVERSICHERUNG	71
3.1 Satzungsrecht	71
Gefahrtarifangelegenheiten	71
Benennung der Bezirksverwaltungen und deren örtlicher Zuständigkeit in der Satzung der Unfallversicherungsträger	71
3.2 Eingaben	72
Obduktion und Datenschutz	72
3.3 Aufsichtsprüfungen	74
Beschleunigungsgebot	74
Verzinsung von Leistungen	74
Ermessensentscheidung nach § 101 Abs. 2 SGB VII	75
Mitwirkung der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen nach § 4 Abs. 3 und 4 Berufskrankheitenverordnung (BKV)	76
4. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN	81
4.1 Selbstverwaltung	81
Bestellung des Vorstandes einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde	81
4.2 Personal-, Dienstrecht und Verwaltung	81
Datenschutz	81
Nutzung von Dienstkraftfahrzeugen bei den bundesunmittelbaren Berufsgenossenschaften	82
Mängel im Beschaffungswesen	83
Auftragsvergabe im Rahmen von Disease-Management-Programmen	84

Anwendung qualifizierter elektronischer Signaturen zur Dokumentenarchivierung durch Sozialversicherungsträger	84
Wiedergutmachung für NS-Opfer – Verfahren der Kommission der Bundesrepublik Deutschland zum Versorgungsruhens- und Entschädigungsrentengesetz (ERG)	85
Entzug von Wiedergutmachungsleistungen aufgrund von Verstößen gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit	85
IT-gestützte Therapieplanung	86
4.3 Vermögenswirtschaft	87
Genehmigungsbescheide	87
Vermögensverwaltung nach dem Gesetz zur Regelung von Vermögensfragen der Sozialversicherung im Beitrittsgebiet (Sozialversicherungs-Vermögensgesetz)	88
Immobilien	88
Hypothekarisch gesicherte Forderungen	89
4.4 Gerichtsverfahren	89
5. ANDERE ARBEITSSCHWERPUNKTE	95
5.1 Risikostrukturausgleich	95
Allgemeines	95
Jahresausgleich 2001	95
Monatliches Abschlagsverfahren 2002	97
Einzelfallentscheidungen	97
Berechnung des Abschlages für das Kalenderjahr 2002 unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Januar bis Dezember 2002 nach § 17 Abs. 3a RSAV	98
Risikopool	98
Prüfung nach § 15a RSAV	99
Weitere Aufgaben	100

5.2 Zuständige Stelle nach dem BBiG	103
Ausbildungsplatzsituation	103
Fortbildungsprüfungsordnung für die Renten- und knappschaftliche Sozialversicherung	104
Organisation der Prüfungen	104
5.3 Prüfungsamt für den gehobenen nichttechnischen Dienst in der Sozialversicherung	105
Laufbahnprüfungen	105
Nachdiplomierung	106

I. DAS JAHR 2002 IM ÜBERBLICK

Finanzentwicklung in der Rentenversicherung

Finanzentwicklung in der knappschaftlichen Rentenversicherung

Finanz- und Vermögensentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung im Jahre 2002

Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung

Finanzentwicklung bei den Bau-Berufsgenossenschaften

Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen

Versandhandel für Arzneimittel aus Internetapotheken

Fusionen von gewerblichen Berufsgenossenschaften, Änderung von § 118 Abs. 1 SGB VII

Schwerpunktprüfung Abgrenzung KV - PV bei Hilfsmitteln

I. DAS JAHR 2002 IM ÜBERBLICK

Finanzentwicklung in der Rentenversicherung

Die dramatische Entwicklung der Finanzlage der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten hat sich im Jahr 2002 fortgesetzt: War das Jahr 2001 noch durch eine ausgeglichene Einnahmen-Ausgaben-Bilanz gekennzeichnet, wurde im Jahr 2002 ein Defizit von mehr als 4,1 Milliarden € erzielt. Eine wesentliche Ursache hierfür war die anhaltend schlechte Konjunkturlage und die in der Folge steigende Zahl an Arbeitslosen. So sank die Schwankungsreserve von fast 13,8 Milliarden € auf rund 10,0 Milliarden € oder 0,65 Monatsausgaben zum Jahresende 2002. Damit wurde die erst zum 1. Januar 2002 auf 0,8 Monatsausgaben abgesenkte Mindestausstattung um fast 2,3 Milliarden € deutlich verfehlt. Um den Beitragssatzanstieg zum 1. Januar 2003 auf 19,5 Prozent begrenzen zu können, hat die Bundesregierung diese Mindestausstattung inzwischen weiter auf 0,5 Monatsausgaben vermindert. Finanzausgleichszahlungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Höhe von fast acht Milliarden € stellten in der Rentenversicherung der Arbeiter die vorgeschriebene Mindestausstattung in Höhe von 0,4 Monatsausgaben sicher.

Die gesamten Beitragseinnahmen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten stiegen im Jahr 2002 nur um rund 0,5 Prozent auf 164 Milliarden €. Unterproportional wuchsen mit weniger als 0,2 Prozent hierbei die Pflichtbeitragseinnahmen für Erwerbstätige. Eine überproportionale Zunahme war bei den Beitragseinnahmen für Leistungsempfän-

ger der Bundesanstalt für Arbeit mit rund 9,8 Prozent zu verzeichnen. Für Zeiten der Kindererziehung hat der Bund 2002 mehr als 11,6 Milliarden € an Beiträgen an die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten gezahlt.

Die Zuschüsse des Bundes an die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten, die wie alle Zahlungen des Bundes an die Rentenversicherung vom Bundesversicherungsamt bewirtschaftet werden, betrugen im Jahr 2002 mehr als 49 Milliarden €; das sind über drei Milliarden € oder sieben Prozent mehr als im Vorjahr. Der Bund hat mit seinen Zuschüssen und seiner Beitragszahlung für Kindererziehungszeiten 28 Prozent der Ausgaben der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten finanziert; im Vorjahr lag dieser Anteil noch bei 27 Prozent. Weitere fast 6,2 Milliarden € hat der Bund im Jahr 2002 der Rentenversicherung insbesondere für sogenannte einigungsbedingte Leistungen (§ 291 c SGB VI) sowie für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) erstattet.

Die Ausgaben für Rentenleistungen sind im Jahr 2002 auf fast 190 Milliarden € gestiegen; das ist gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme um 3,5 Prozent. Zum 1. Juli 2002 erfolgte entsprechend der sogenannten modifizierten Bruttolohnanpassungsformel eine Rentenanhebung um 1,63 Prozent im Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet und um 1,84 Prozent im Beitrittsgebiet. Von den Rentenleistungen sind Beiträge an die Krankenversicherung und an die Pflegeversicherung der Rentner ab-

zuführen; diese Beiträge werden jeweils zur Hälfte von den Rentnern und der Rentenversicherung getragen. Der Beitrag der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten zur Krankenversicherung der Rentner betrug im Jahr 2002 rund 12,8 Milliarden € und zur Pflegeversicherung der Rentner fast 1,6 Milliarden €. Im Rahmen des Wanderversicherungs- und des Wanderungsausgleichs erstattete die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten zudem der knappschaftlichen Rentenversicherung per Saldo knapp 5,7 Milliarden €. Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur medizinischen Rehabilitation hat die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten mehr als 4,7 Milliarden € aufgewendet.

Finanzentwicklung in der knappschaftlichen Rentenversicherung

Die Rentenausgaben in der knappschaftlichen Rentenversicherung betrugen im Jahre 2002 rund 13,1 Milliarden €. Die Bundesknappschaft zahlte für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) 854 Millionen €; für die Pflegeversicherung der Rentner (PVdR) 111 Millionen €. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur medizinischen Rehabilitation schlugen mit 120 Millionen € zu Buche.

Zur Deckung dieser Ausgaben standen im Jahre 2002 Beitragseinnahmen von rund einer Milliarde € zur Verfügung; weitere 4,1 Milliarden € wurden der Bundesknappschaft per Saldo im Rahmen des Wanderversicherungsausgleichs erstattet. Diese Erstattung bezieht sich auf Rentenansprüche, die aus Versicherungszeiten in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten resultieren, die aber von der Bundesknappschaft ausgezahlt werden.

Der Wanderungsausgleich orientiert sich an den Veränderungen der Anzahl der in der knappschaftlichen Rentenversicherung Versicherten und wird von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten an die Bundesknappschaft gezahlt. Für das Jahr 2002 bezog die Bundesknappschaft aus dem Wanderungsausgleich Einnahmen von fast 1,6 Milliarden €.

Nach § 215 SGB VI trägt der Bund den Unterschied zwischen den Einnahmen und den Ausgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung. Wegen dieser Defizithaftung des Bundes ist in der knappschaftlichen Rentenversicherung keine Schwankungsreserve erforderlich. Der Bund zahlte der Bundesknappschaft im Jahre 2002 einen Zuschuß in Höhe von 7,4 Milliarden €.

Finanz- und Vermögensentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung hat nach den vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung veröffentlichten Daten das Jahr 2002 mit einem Defizit von 2,96 Milliarden € abgeschlossen. Einnahmen von 139,65 Milliarden € standen Ausgaben von 142,61 Milliarden € gegenüber. Trotz hoher Tariflohnsteigerungen in zahlreichen Branchen zur Mitte des vergangenen Jahres ist der Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen um 0,5 Prozent je Mitglied aufgrund der schwierigen konjunkturellen Entwicklung hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Der Anstieg der Leistungsausgaben je Mitglied um 2,8 Prozent ist im wesentlichen auf den Anstieg der Arzneimittelausgaben um 4,8 Prozent zurückzuführen.

Die weiterhin steigende Entwicklung der Beitragssätze spiegelt den im Vergleich zu den Beitragseinnahmen überproportionalen Anstieg der Leistungsausgaben wider. Der durchschnittliche Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung stieg von 13,6 Prozent im Jahr 2001 bis Ende 2002 auf 14 Prozent. Die Spannweite der Beitragssätze der bundesunmittelbaren Krankenkassen lag zwischen 11, 2 und 14, 9 Prozent.

Die Auseinandersetzung mit den einzelnen Kassen über deren Finanz- und Vermögensentwicklung und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Beitragssatzgestaltung bildeten auch im vergangenen Jahr einen Schwerpunkt unserer Arbeit. Insgesamt haben 116 der bundesunmittelbaren Krankenkassen ihre Beitragssätze angehoben. Dem stehen zwei Krankenkassen gegenüber, die ihre Beitragssätze gesenkt haben.

Überlegungen des Wettbewerbs bestimmen bei einzelnen Krankenkassen die Beitragssatzpolitik stärker als die offensichtlichen finanziellen Notwendigkeiten. Um einer massiven Überschuldung, die aus solchem Verhalten folgen kann, vorzubeugen, hat das Bundesversicherungsamt in zwei Fällen die notwendige Erhöhung der Beitragssätze angeordnet.

Das Defizit von 2, 96 Milliarden € muß aus den Finanzreserven der Krankenkassen finanziert werden und hat zu einem entsprechenden Rückgang des Betriebsmittel- und Rücklagenvermögens geführt. Zahlreiche Krankenkassen sind nach Aufzehrung ihrer Finanzreserven Kreditverpflichtungen eingegangen, um ihre Aufgaben erfüllen zu können. In zwei Rundschreiben haben wir alle bundesunmittel-

baren Krankenkassen auf die gesetzlichen Regelungen und das Erfordernis einer Beitragssatzerhöhung hingewiesen.

Um die finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenkassen zu stärken, das Beitragssatzniveau zu stabilisieren und finanziellen Spielraum für strukturelle Reformmaßnahmen zu schaffen, hat der Deutsche Bundestag am 20. Dezember 2002 das Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung beschlossen. Da die im Gesetz enthaltenen Regelungen zu Einsparungen von etwa drei Milliarden € führen sollen, wird den Krankenkassen mit Wirkung vom 7. November 2002 bis zum 31. Dezember 2003 untersagt, die Beitragssätze anzuheben. Ausnahmen sind nur möglich, wenn anderenfalls die Leistungsfähigkeit nicht mehr gegeben wäre oder Beitragssatzanhebungen aufgrund von Faktoren aus dem Risikostrukturausgleich unvermeidbar wären. Soweit dem Bundesversicherungsamt entscheidungsreife Anträge auf Beitragssatzanhebung bis zum gesetzlichen Stichtag vorlagen, wurden diese nach der bestehenden Rechtslage geprüft und beschieden, über später eingegangene Anträge wurde der neuen Rechtslage entsprechend entschieden.

Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung im Jahre 2002

Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben im Jahre 2002

Für die Gesamteinnahmen und die Gesamtausgaben der Pflegeversicherung ergeben sich für das Jahr 2002 die folgenden Werte:

Tabelle 1: Soziale Pflegeversicherung, Jahresergebnis 2002

Soziale Pflegeversicherung Jahresergebnis 2002	
Einnahmen	Beiträge absolut
Beitragseinnahmen	16.760.879.544,00 €.
Sonstige Einnahmen	212.351.245,09 €
Einnahmen insges.	16.973.230.789,09 €
Ausgaben	Beträge absolut
Leistungsausgaben	16.469.913.883,53 €
Verwaltungskosten- pauschale	577.925.744,77 €
Verwaltungskosten- schlußzahlung	1.657.707,59 €
Hälfte der Kosten des Medizin. Dienstes	257.119.203,40 €
Summe der sonstigen Ausgaben	56.398.726,49 €
Ausgaben insges.	17.363.015.265,78 €
Jahresfehlbetrag	- 389.784.476,69 €

Ohne Jahresabgrenzung,
Quelle: Statistiken PS (Liquidität der Pflegekassen) und
PVM (Liquidität des Ausgleichsfonds)

Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung, Jahresergebnis 2001

Soziale Pflegeversicherung: Jahresergebnis 2001	
Einnahmen	Beträge absolut
Beitragseinnahmen	16.559.305.198,04 €
Summe der sonst. Einnahmen	237.643.777,06 €
Einnahmen insges.	16.796.948.975,10 €
Ausgaben	Beträge absolut
Leistungsausgaben	16.030.609.163,35 €
Verwaltungskosten- pauschale	568.856.845,10 €
Verwaltungskosten- schlußzahlung	-1.037.546,87 €
Hälfte der Kosten des medizinischen Dienstes	248.433.872,40 €
Summe der sonst. Ausgaben	14.874.853,37 €
Ausgaben insges.	16.861.737.187,35 €
Jahresfehlbetrag	-64.788.212,25 €

Ohne Jahresabgrenzung, Quelle: Statistiken PS (Liquidität
der Pflegekassen) und PVM (Liquidität des Ausgleichsfonds)

Tabelle 3: Soziale Pflegeversicherung, Vergleich 2002
zu 2001

Ergebnisse der sozialen Pflegeversicherung 2001 und 2002 im Vergleich (Veränderungen in Prozent)	
Einnahmen	Veränderungen in Prozent
Beitragseinnahmen	1,22 %
Summe der sonstigen Einnahmen	-10,64 %
Einnahmen insgesamt	1,05 %
Ausgaben	Veränderungen in Prozent
Leistungsausgaben	2,74 %
Verwaltungskosten- pauschale	1,59 %
Verwaltungskosten- schlußzahlung	- 259,77 %
Hälfte der Kosten des medizinischen Dienstes	3,50 %
Summe der sonstigen Ausgaben	279,15 %
Ausgaben insgesamt	2,97 %

Ohne Jahresabgrenzung, Quelle: Statistiken PS (Liquidität
der Pflegekassen) und PVM (Liquidität des Ausgleichsfonds)

Der seit Beginn der Pflegeversicherung zu beobachtende Anstieg der Ausgaben hatte sich in den letzten Jahren leicht abgeflacht. In diesem Jahr betrugen die Gesamtausgaben der Pflegeversicherung, die neben den Leistungsausgaben auch die Ausgaben für die Verwaltungskosten und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen umfassen, insgesamt rund 17,363 Milliarden €, was wieder einen etwas stärkeren Anstieg gegenüber dem Vorjahr um ca. 2,97 Prozent bedeutet. Dabei stiegen allein die Leistungsausgaben der Pflegekassen auf insgesamt rund 16,470 Milliarden €, was einer Steigerung von ca. 2,74 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht. Insgesamt lagen die Ausgaben damit jedoch noch um ca. zwei Prozent unter der von den Kassen in ihren Haushaltsplänen geschätzten Entwicklung.

Diesen Ausgaben standen Einnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von insgesamt ca. 16,973 Milliarden € gegenüber. Dies bedeutet eine Zunahme gegenüber dem Vorjahr um rd. 176 Millionen € oder um ca. 1,05 Prozent. Die Gesamteinnahmen umfassen neben den Beitragseinnahmen der Pflegekassen auch die Beiträge, die unmittelbar an den Ausgleichsfonds gezahlt werden, sowie die sonstigen Einnahmen, und hier insbesondere die Zinserträge der Pflegekassen und des Ausgleichsfonds. Während die Beitragseinnahmen (Pflegekassen und Ausgleichsfonds) um 1,22 Prozent stiegen, mußte bei den Zinserträgen aufgrund des ungünstigen konjunkturellen Umfeldes ein Rückgang in Höhe von 10,64 Prozent in Kauf genommen werden. An diesen sonstigen Einnahmen konnten der Ausgleichsfonds absolut rd. 109 Millionen € und die Pflegekassen rd. 103 Millionen € erwirtschaften.

Die Gegenüberstellung der Einnahmen und der Ausgaben der Pflegekassen und des Ausgleichsfonds ergibt somit für das Jahr 2002 ein Defizit von annähernd 390 Millionen €.

Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung

Der Zweck des Finanzausgleiches nach den §§ 66 ff. SGB XI besteht darin, bei den Pflegekassen, deren monatliche Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen übersteigen, die Betriebsmittel und gegebenenfalls die Rücklage aufzufüllen. Der Ausgleichsfonds zahlte zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand insgesamt rd. 7,575 Milliarden € an diese Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durch-

schnittswert in Höhe von mehr als 630 Millionen €.

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

Tabelle 4: Soziale Pflegeversicherung, Entwicklung der Transfervolumina

Finanzausgleich der sozialen Pflegeversicherung Jährliche Transfersumme an die Pflegekassen	
Jahr	Betrag absolut
1996	4.720.012.930,56 €
1997	5.834.168.970,55 €
1998	6.692.084.769,69 €
1999	6.813.713.033,63 €
2000	7.153.292.249,70 €
2001	7.242.152.419,31 €
2002	7.574.773.381,11 €

Entwicklung des Mittelbestandes

Die Liquiditätsreserve der Pflegeversicherung, die sich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds und der Pflegekassen (Betriebsmittel und Rücklage) zusammensetzt, hatte zum 31.12.2002 ein Volumen von rd. 4,865 Milliarden €. Gegenüber dem 31.02.2001 (rd. 4,703 Milliarden €) ist dies ein Zuwachs von rd. 162 Millionen € oder um 3,44 Prozent, was jedoch ausschließlich auf der fristgerechten Rückzahlung der mittelfristigen Forderung gegenüber dem Bund nach Artikel 52 Absatz 4 PflegeVG (Investitionshilfedarlehen) beruht. Ohne diese Rückzahlung hätte die Liquiditätsreserve entsprechend dem o.g. negativen Saldo aus Einnahmen und Ausgaben abgenommen.

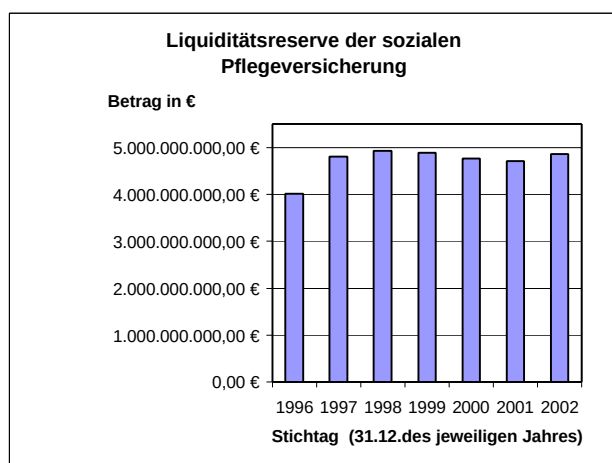
Die Entwicklung der Liquiditätsreserve seit 1996 läßt sich anhand der folgenden Tabelle und der Grafik ablesen.

Tabelle 5: Soziale Pflegeversicherung, Entwicklung der Liquiditätsreserve

Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung	
Stichtag	Betrag absolut
31. Dezember 1996	4.017.580.810,92 €
31. Dezember 1997	4.804.881.765,62 €
31. Dezember 1998	4.928.463.681,48 €
31. Dezember 1999	4.889.393.134,82 €
31. Dezember 2000	4.769.918.526,42 €
31. Dezember 2001	4.702.928.491,47 €
31. Dezember 2002	4.864.980.736,27 €

Die Liquiditätsreserve setzt sich zusammen aus dem Mittel-Ist der Pflegekassen und dem Mittelbestand des Ausgleichsfonds.

Der Zuwachs in 2002 beruht ausschließlich auf der Rückzahlung des Darlehens nach Art. 52 Abs.4 PflegeVG



Ausblick

Die erwartete Ausgaben- und Einnahmentwicklung der kommenden Jahre läßt ein weiteres Abschmelzen des Ausgleichsfonds und damit der Liquiditätsreserve voraussehen, so daß in absehbarer Zukunft eine Überprüfung des gegenwärtigen Beitragssatzes in Höhe von 1,7 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen erfolgen muß.

Finanzentwicklung bei den Bau-Berufsgenossenschaften

Auch im Jahr 2002 hat die Finanzentwicklung bei den Bau-Berufsgenossenschaften die Aufmerksamkeit der Aufsicht auf sich gezogen. Dabei hat sich die bereits in den Vorjahren festgestellte, durch die Krise in der Bauwirtschaft ausgelöste, negative Entwicklung verstärkt - wir hatten im Tätigkeitsbericht 2001 ausführlich darüber berichtet. Insbesondere wird zunehmend deutlich, daß sich ein Anstieg der Beitragsbelastung der Mitgliedsunternehmen der Bau-Berufsgenossenschaften durch den Einsatz von Rücklagemitteln nur für kurze Zeit verhindern läßt. Schon jetzt sind die liquiden Rücklagemittel bei einigen Trägern so weit aufgebraucht, daß ein weiteres Abschmelzen nicht genehmigungsfähig wäre.

Zur dauerhaften ausgleichenden Begrenzung der Beitragsbelastung der Mitgliedsunternehmen der Bau-Berufsgenossenschaften streben alle Beteiligten eine Fusion der sieben Bau-Berufsgenossenschaften sowie der Tiefbau-Berufsgenossenschaft an. Als ersten Schritt haben die Bau-Berufsgenossenschaften Hamburg und Hannover seit Mitte des Jahres 2002 eine Verwaltungsgemeinschaft gebildet, was vom Bundesversicherungsamt ausdrücklich begrüßt wurde. Langfristig ist die Zusammenarbeit auf die Vereinigung zu einer Berufsgenossenschaft angelegt, die im Jahr 2005 wirksam werden soll.

Ende des Jahres 2002 haben die Vertreterversammlungen von sieben der insgesamt acht betroffenen Berufsgenossenschaften eine Fusion im Jahr 2005 beschlossen. Voraussetzung hierfür war eine von der Mitgliederversammlung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossen-

schaften beschlossene Vereinbarung zur Unterstützung hoch belasteter Berufsgenossenschaften. Beides, die beschlossene Fusion und die Unterstützungsvereinbarung, muß den Aufsichtsbehörden noch zur Genehmigung vorgelegt werden. Dies sind neben dem Bundesversicherungsamt auch die zuständigen Behörden der Länder Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern.

Wir hoffen, daß unsere Einschätzung, nach der die Finanzprobleme der Bau-Berufsgenossenschaften dauerhaft nur durch die angestrebte Fusion gelöst werden können, auch von den zuständigen Ländern geteilt wird.

Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) für chronisch Kranke verfolgen das Ziel, den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Die von den Krankenkassen oder ihren Verbänden zu entwickelnden Programme sollen die bislang bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung chronisch Kranker beseitigen und eine effiziente und wirtschaftliche Versorgung gewährleisten.

Zum 1. Juli 2002 wurden in die Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) erstmals Anforderungen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs formuliert. Weitere Indikationen sollen im Jahr 2003 folgen.

Das Bundesversicherungsamt hat in medizinischer und rechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob die eingereichten Programme und

die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge die Anforderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung erfüllen. Wir haben dementsprechend im Jahr 2002 zwei neue Referate in unserem Haus aufgebaut, die bereits begonnen haben, Leitfäden und Prüfschemata auf Basis der RSAV zu erarbeiten. Zulassungsrelevante Fragen haben wir in enger Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung abgestimmt.

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt lag in der Beratung (potentieller) Antragsteller und deren Verbände im Hinblick auf die Programm- und Vertragsgestaltung. Programme können jedoch erst dann zugelassen werden, wenn in den eingereichten Anträgen sämtliche zulassungsrelevanten Anforderungen an die Programme und an die zu ihrer Durchführung erforderlichen Verträge erfüllt werden.

Versandhandel für Arzneimittel aus Internetapotheken

Das Bundesversicherungsamt hat auch in diesem Berichtsjahr die Aufsichtsverfahren fortgesetzt, die gegen die Krankenkassen eingeleitet worden waren, die Kosten für Arzneimittel erstattet hatten, die via Internet bezogen worden waren.

Zwischen den Krankenversicherungsträgern und dem Amt ist streitig, ob nach der derzeitigen Rechtslage eine solche Kostenübernahme gestattet ist.

Das Bundesversicherungsamt verneint dies, denn der Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln verstößt gegen § 43 Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG). Diese Vorschrift verbietet das be-

rufs- und gewerbsmäßige Inverkehrbringen von Arzneimitteln für den Endverbraucher auf dem Wege des Versandes. Gleichzeitig verstößt ein Versandhandel (z.B. über den in den Niederlanden ansässigen Anbieter 0800DocMorris) gegen das Verbringungsverbot des §73 Abs. 1 AMG. Ein solcher Versandhandel ist insbesondere nicht gem. § 73 Abs. 2 Nr. 6 a AMG gerechtfertigt.

Auch die Vorschriften des europäischen Rechts führen entgegen der Ansicht von Befürwortern eines Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln nicht zu dessen Zulässigkeit. Der in diesem Zusammenhang immer wieder zitierte Art. 28 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft ist durch das Verbot des Versandhandels nicht verletzt, da ein solches als bloße Verkaufsmodalität nicht den Handel mit Arzneimitteln an sich betrifft und für sämtliche betroffenen Wirtschaftsteilnehmer gilt. Diese Auffassung wird von der Deutschen Bundesregierung geteilt. Letztlich wird die strittige Rechtsfrage erst in dem anhängigen Vorabentscheidungsverfahren vor dem Europäischen Gerichtshof bezüglich des deutschen Versandhandelsverbotes für apothekenpflichtige Arzneimittel geklärt werden.

Wegen des Verdachts auf Verstöße gegen das Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln sind derzeit gegen 35 Krankenkassen aufsichtsrechtliche Verfahren eingeleitet worden. Wir haben die betreffenden Kassen verpflichtet, die Förderung und Finanzierung des Versandhandels zu unterlassen und den Sofortvollzug angeordnet.

Fünf Betriebskrankenkassen haben gegenüber dem Bundesversicherungsamt eine Unterwerfungsklausel abgegeben, gegen-

über acht weiteren Krankenkassen ist das aufsichtsrechtliche Verfahren noch nicht beendet.

Zwanzig bundesunmittelbare Krankenkassen haben gegen Aufsichtsmaßnahmen des Bundesversicherungsamtes Klage vor dem jeweiligen Sozialgericht erhoben. Ein Verfahren ist durch ein Fusionsverfahren der Versicherungsträger erledigt, in einem anderen Fall wurde die Erklärung im Hauptsacheverfahren abgegeben. In elf Fällen sind im einstweiligen Rechtsschutz wegen der Anordnung des Sofortvollzuges Beschlüsse von Sozialgerichten ergangen, von denen zehn den Sofortvollzug bestätigt haben. Den gegen die Bestätigung des Sofortvollzuges eingelegten Beschwerden haben die Landessozialgerichte in zwei Fällen stattgegeben, weil sie die vorgenommene Interessenabwägung zwischen den Gründen, die über den erlassenen Verpflichtungsbescheid hinaus zur Anordnung der sofortigen Vollziehung führten, und den Belangen der Kasse nicht für ausreichend hielten. Bis zum Jahresende hat sich aber auch ein Landessozialgericht in Kenntnis der anderen zuvor ergangenen Beschlüsse unserer Rechtsauffassung angeschlossen.

Gelegentlich ist der Vorwurf zu hören, das Bundesversicherungsamt gehe nicht gleichmäßig gegen alle betroffenen Kassen vor. Diese Behauptung ist falsch. Wir werden in jedem Fall tätig, in dem uns Verstöße bekannt werden.

Der Versandhandel von Arzneimitteln weist, insbesondere beim Vertrieb über Internet, ungelöste Risiken auf. So beispielsweise bezüglich der Herkunft, der Zusammensetzung und der Echtheit eines dort bestellten Arzneimittels. Beipackzettel werden oftmals nicht mit einem

Arzneimittel mitgeliefert oder sind in einer fremden Sprache abgefaßt. Grundsätzlich unterstützt zwar das Bundesversicherungsamt die Forderung, das deutsche Versandhandelsverbot für Arzneimittel aufzuheben, auch um darin enthaltene Kosteneinsparungsmöglichkeiten für die gesetzlichen Krankenkassen nutzbar zu machen. Solange hier aber nicht durch rechtliche Regelungen des Gesetzgebers ein verlässlicher Rahmen für die besondere Qualitätssicherung des Arzneimittelversandes geschaffen ist, wäre es gegenüber dem Endverbraucher unverantwortlich, auch nur vorläufig Risiken für Leben oder Gesundheit von Versicherten in Kauf zu nehmen. Nur durch die Schaffung (europaweiter) klarer rechtlicher Strukturen, die dem Schutz der Verbraucher dienen, kann Gefahren Einhalt geboten werden. Um zu verhindern, daß gesetzliche Krankenkassen im Zusammenwirken mit Internetapotheken unkontrolliert Fakten und Strukturen schaffen, die den Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers einschränken, wird das Bundesversicherungsamt diesbezügliche Rechtsverstöße von Krankenkassen weiterhin verfolgen.

Fusionen von gewerblichen Berufsgenossenschaften, Änderung von § 118 Abs. 1 SGB VII

Nachdem im Jahr 2000 das erste Genehmigungsverfahren zur Vereinigung zweier Berufsgenossenschaften - der Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft mit der Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen - seinen vorläufigen Abschluß gefunden hatte, haben im Berichtsjahr weitere Berufsgenossenschaften, in der Absicht zu fusionieren, um unsere Beratung gebeten.

Die in Verwaltungsgemeinschaft verbundene Maschinenbau- und Metall-Berufs-

genossenschaft und die Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft hatten bereits 1998 ihr Vorhaben beschlossen, im Verlauf der Wahlperiode der ehrenamtlichen Organe (1999 bis 2005) sich nach § 118 SGB VII zu einer Berufsgenossenschaft zu vereinigen. Das Vorhaben nahm nunmehr konkrete Form an. Klärungsbedarf bestand dabei vor allem zunächst hinsichtlich verfahrenstechnischer Fragen zum Vereinigungszeitpunkt im Jahr 2005 sowie hinsichtlich beitragsrechtlicher Fragen nach der Vereinigung.

Für den Zeitpunkt der Vereinigung haben wir je nachdem, ob er vor oder nach den Sozialversicherungswahlen liegen würde, die Verfahrenswege aufgezeigt. Wichtig war dabei, daß die Berufung der Organmitglieder durch die Aufsichtsbehörde gemäß § 118 SGB VII die allgemeinen Sozialversicherungswahlen nicht ersetzen kann. Die Berufung durch die Aufsichtsbehörde erfolgt vielmehr grundsätzlich nur für den Rest der laufenden Wahlperiode, so daß ein Verzicht auf die Durchführung der Sozialversicherungswahlen 2005 nicht möglich ist. Folge einer Vereinigung nach den Sozialversicherungswahlen wäre, daß die Organe der neuen Berufsgenossenschaft für den Rest der Wahlperiode bis 2011 auf Vorschlag der Berufsgenossenschaft von uns berufen werden würden. Bei einer Vereinigung kurz vor den Sozialversicherungswahlen würden den bei der Fusion berufenen Organen schon nach kürzerer Zeit die gewählten Organe folgen.

Auf der beitragsrechtlichen Seite ging die Bestrebung dahin, die Fusion möglichst kostenneutral zu gestalten. Dabei stellte sich die Frage, ob die Beiträge zumindest für eine Übergangszeit nach der Vereinigung so festgelegt werden könnten, daß

die relativ hohe Altlast der einen Berufsgenossenschaft auch nach dem Zusammenschluß von den Unternehmen dieser Berufsgenossenschaft getragen werden würde. Eine gesetzliche Regelung war für diesen Fall jedoch nicht vorhanden.

Das Fusionsverfahren der Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft hat dabei bereits einen Weg gewiesen, wie die besonders hohe Belastung zunächst bei den Verursachern bleiben und erst mit der dritten Gefahrtarifperiode eine breitere Verteilung erfahren könnte.

Aufgrund einer Gesetzesinitiative des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften wurde jedoch u.a. die gefahrtarif- und beitragsrechtliche Ausgestaltung nach der Vereinigung von Berufsgenossenschaften auf eine neue, gesetzliche Grundlage gestellt. Mit dem Gesetz zur Einführung einer kapitalgedeckten Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung und zur Änderung anderer Gesetze (Hüttenknappschaftliches Zusatzversicherungs-Neuregelungs-Gesetz-HZvNG) vom 21. Juni 2002 (BGBl. I S. 2167 ff.) wurde die Vorschrift des § 118 Abs. 1 SGB VII über die Vereinigung von Berufsgenossenschaften zum 1. Juli 2002 geändert. Seither ist bei der Vereinigung von Berufsgenossenschaften auch eine Vereinbarung über die Gefahrtarif- und Beitragsgestaltung dieser Berufsgenossenschaften vorgesehen. Diese Vereinbarung kann für eine Übergangszeit von höchstens zwölf Jahren unterschiedliche Berechnungsgrundlagen für die Beiträge oder unterschiedliche Beiträge und getrennte Umlagen für die bisherigen Zuständigkeitsbereiche der vereinigten Berufsgenossenschaften vorsehen.

Ebenso wie die Vereinbarung über die Rechtsbeziehung zu Dritten anlässlich

einer Vereinigung von Berufsgenossenschaften unterliegt auch die Vereinbarung über die Gefahrtarif- und Beitragsgestaltung unserer Genehmigung (§ 118 Abs. 1 Satz 3-5 -neu- SGB VII).

Die Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft sowie die Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft haben wir auf die geänderte Rechtslage und darauf aufmerksam gemacht, daß der Gesetzgeber den Berufsgenossenschaften mit dieser Regelung für den Bereich der Gefahrtarif- und Beitragsgestaltung einen weiteren Handlungsspielraum als bisher eingeräumt hat.

Im Kreis der vereinigungsbereiten Berufsgenossenschaften, der sich auf alle fünf Metallberufsgenossenschaften vergrößert hatte, ergab sich weiterer Beratungsbedarf zur praktischen Umsetzung der Fusion, vor allem nach der Änderung des § 118 Abs. 1 SGB VII. Hierzu haben wir hervorgehoben, daß es im Rahmen der zum 1. Juli 2002 geänderten Regelung zulässig ist, durch eine Vereinbarung eine Annäherung der bislang unterschiedlichen Beitragssätze innerhalb der bisherigen Zuständigkeitsbereiche der Berufsgenossenschaften im Laufe der Übergangszeit von zwölf Jahren in mehreren Schritten zu verwirklichen.

Grundsätzlich ließe es die Regelung aber auch zu, die Beiträge in einem Schritt erst mit Ende der Übergangszeit einheitlich zu berechnen, was dann einen gewaltigen Beitragssprung für einige Alt-Unternehmen bedeuten kann. Beitragssprünge dieser Größenordnung werden ansonsten aus Gründen des Vertrauensschutzes in mehreren kleineren Schritten im Laufe der Gefahrtarifperiode abgedeckt. Derartige Schritte erst nach Ablauf der Übergangs-

frist wären hier nicht zulässig, da der Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes nicht greift, wenn die dafür vorgesehene Übergangsfrist nicht zur Angleichung genutzt wird. Auf der anderen Seite müssen die Unternehmen ggf. auf diese Konsequenz des Nicht-Ausnutzens der Übergangsfrist hingewiesen werden.

Getrennte Beitrags- und Umlageberechnungen für die ursprünglichen und für die nach der Vereinigung in die neu gebildete Berufsgenossenschaft aufgenommenen Unternehmen zu beschließen, wäre mit der Regelung des § 118 Abs. 1 Satz 4 -neu- SGB VII ebenfalls für die Übergangszeit vereinbar, da auch diese Differenzierung unter die gesetzliche Regelung fällt.

Weiterhin kann auf der Grundlage von § 118 Abs. 1 Satz 4 -neu- SGB VII eine Vereinbarung über getrennt geführte Rücklagen und Betriebsmittel geschlossen werden, da dieser Bereich mit dem Bereich der Umlage- und Beitragsberechnung stark verknüpft ist (§ 152 SGB VII). Es handelt sich dabei um eine lediglich buchhalterische Trennung. Vermögensrechtlich und den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechend, muß die neue Berufsgenossenschaft die Anlage ihrer liquiden Mittel zentral steuern und ihren Bestand an Immobilien und Beteiligungen überprüfen.

Ein wesentlicher Punkt bei der Ausgestaltung der Vereinigung war schließlich die Frage der Bindungswirkung solcher zu treffender Vereinbarungen. Hierzu haben wir betont, daß sich die Bindungswirkung der nach § 118 Abs. 1 SGB VII getroffenen Vereinbarungen einerseits grundsätzlich auf die gesamte, vorgesehene Übergangsfrist von maximal zwölf Jahren erstreckt. Andererseits ist es den Selbstver-

waltungsorganen der durch eine Vereinigung neu entstandenen Berufsgenossenschaft als eigenständiger Körperschaft des öffentlichen Rechts mit entsprechenden Rechten nicht generell verwehrt, über den Regelungsinhalt von Vereinbarungen nach § 118 Abs. 1 SGB VII neu zu beschließen. Aus dem Sinn und Zweck des Gesetzes sowie der Zielsetzung der Vereinbarungen folgt jedoch, daß eine nachträgliche Änderung der Übergangsregelung nur bei massiven Veränderungen der tatsächlichen Grundlagen der Vereinbarung in Betracht kommt, die bei der Vereinigung noch nicht absehbar waren. Beschlüsse, die in ihren Auswirkungen Vereinbarungen nach § 118 Abs. 1 SGB VII ändern, müßten zudem uns als Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorgelegt werden.

Zur Sicherstellung der Rechte der ursprünglichen Berufsgenossenschaften wäre es auch möglich, in der Satzung der neu gebildeten Berufsgenossenschaft qualifizierte Mehrheiten (bis hin zur Einstimmigkeit) für eine Änderung der Vereinigungsvereinbarungen nach § 118 Abs. 1 festzulegen (§ 64 Abs. 2 SGB IV).

Dem konkreten Genehmigungsverfahren bleibt es darüber hinaus überlassen, weitere Einzelheiten zu klären und diese auf ihre Genehmigungsfähigkeit zu überprüfen.

Schwerpunktprüfung Abgrenzung KV - PV bei Hilfsmitteln

Die gemeinsame Schwerpunktprüfung der Prüfdienste des Bundes und der Länder ist im Berichtsjahr fortgesetzt worden und konnte – sofern es den bundesunmittelbaren Bereich betraf - gegen Ende des Jahres nahezu abgeschlossen werden. Unter Ein-

beziehung vorausgegangener Aufsichtsprüfungen der letzten Jahre haben wir von 164 Prüfungen bisher 155 Prüfungen mit einem Umbuchungsvolumen von über 194 Millionen DM (über 99 Millionen €) einvernehmlich beendet (Stand: 01.12.2002). Bei neun Prüfverfahren mit einem Beanstandungsvolumen von etwas über sechs Millionen DM (über drei Millionen €) steht der Abschluß bislang noch aus, zum Großteil deshalb, weil diese Kassen zum einen erst spät geprüft wurden und zum anderen weil sie sich für die – zeitaufwendige - Einzelfallüberprüfung entschieden haben. Auch bei diesen Prüfverfahren gehen wir aber von einer einvernehmlichen Beendigung in Kürze aus.

Als Verwaltungsbehörde für den Finanzausgleich in der Pflegeversicherung hat das Bundesversicherungsamt im September 2002 unter Hinweis auf die bei den bundesunmittelbaren Kassen weitgehend abgeschlossene Prüfung den Sachstand der Prüfung bei den Ländern abgefragt. Anfang Dezember 2002 lagen Antworten der Aufsichtsbehörden der Länder Brandenburg, Saarland, Baden – Württemberg, Sachsen und Bremen vor.

Der Umbuchungsbedarf, wie er vom Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlands und dem Sozialministerium Baden–Württemberg er-

mittelt worden war, ließ sich nicht mit den uns vorliegenden Finanzdaten (Pro Kopf Ausgaben je ambulantem Pflegebedürftigen) und unseren Erfahrungen aus Prüfungen unserer Kassen plausibel in Übereinstimmung bringen. Wir haben deshalb als Verwaltungsbehörde für den Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung zunächst um Einsicht in die Prüfsakten gebeten, um diesen Divergenzen nachzugehen. Soweit erforderlich, wollen wir auch örtliche Erhebungen bei landesunmittelbaren Pflegekassen nach § 9 der Vereinbarung nach § 66 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB XI durchführen. Wir haben dieses Prüfrecht bisher regelmäßig zurückgestellt, wenn wir uns überzeugen konnten, daß die Wahrung bundeseinheitlicher gleichmäßiger Maßstäbe im Bereich der Pflegeversicherung durch den jeweiligen Landesprüfdienst sichergestellt war.

Gerade im Hinblick auf die Gleichbehandlung aller Pflegekassen werden wir die Umsetzung der einheitlich vereinbarten Grundsätze für die Prüfung auch bei den landesunmittelbaren Kassen weiterverfolgen. Dabei sind Überlegungen nicht ausgeschlossen, bei erkennbar zu geringer Umbuchung eine Begrenzung des Finanzausgleichs unter Hinweis auf entsprechende Rückführungsansprüche der Pflegekasse gegenüber der Krankenkasse vorzunehmen.

II. DIE EINZELNEN VERSICHERUNGSZWEIGE UND ÜBERGREIFENDES

1. KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

- 1.1 Mitgliedschaft und Beitragsrecht
- 1.2 Leistungsrecht im Bereich der Krankenversicherung
- 1.3 Leistungsrecht im Bereich der Pflegeversicherung
- 1.4 Eingaben und Petitionen
- 1.5 Aufsichtsprüfungen im Bereich der Krankenversicherung
- 1.6 Aufsichtsprüfungen im Bereich der Pflegekassen
- 1.7 Satzungsrecht
- 1.8 Mitwirkungsrechte

II. DIE EINZELNEN VERSICHERUNGSZWEIGE UND ÜBERGREIFENDES

1. KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

1.1 Mitgliedschaft und Beitragsrecht

Kündigung der Mitgliedschaft in einer Krankenkasse

Die Neuregelung des Kassenwahlrechts hat zur Kündigung der Kassenmitgliedschaft Fragen aufgeworfen, die wir im Jahr 2002 zu klären hatten. Das Gesetz zur Neuregelung der Kassenwahlrechte vom 27. Juli 2001 ist zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten. Danach ermöglicht § 175 Abs. 4 SGB V jedem freiwillig Versicherten oder Pflichtversicherten, die Mitgliedschaft bei einer Kasse mit einer Frist von zwei Monaten nach Ablauf des Monats der Kündigung zu beenden. Nach der Wahl einer Krankenkasse tritt eine Bindungsfrist von achtzehn Monaten ein, nach deren Ablauf frühestens eine erneute Kündigung möglich ist. Eine Kündigung vor Ablauf der Bindungsfrist ist allerdings dann möglich, wenn die gewählte Kasse den Beitragssatz erhöht.

Insbesondere waren nun folgende Fragen grundsätzlich zu klären:

- Gilt eine achtzehn-monatige Bindungsfrist auch nach der Wahl einer Krankenkasse vor dem 1. Januar 2002?
- Ist die vorzeitige Kündigung der Mitgliedschaft aufgrund einer Beitragssatzerhöhung der Kasse an eine Frist gebunden?
- Gilt das vorzeitige Kündigungsrecht auch, wenn aufgrund der Fusion zweier Kassen für die Mitglieder der vereinig-

ten Kasse ein höherer Beitragssatz gilt als in der alten Kasse?

- Welche Anforderungen sind an das Sonderwahlrecht nach § 175 Abs. 5 SGB V zu stellen?

Nach unserer Auffassung gilt folgendes:

Wer eine Krankenkasse vor dem 1. Januar 2002 gewählt hat, ist ohne Einhaltung der Frist von achtzehn Monaten berechtigt, die Mitgliedschaft bei einer Kasse zu kündigen, um eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse zu begründen, denn die Bindungsfrist knüpft nach dem Wortlaut des § 175 Abs. 4 S. 1 SGB V an die Wahl einer Krankenkasse nach dem 1. Januar 2002 an.

Für die vorzeitige Kündigung einer Krankenkasse aufgrund einer Beitragssatzerhöhung ist eine Ausschlussfrist – anders als in der alten Fassung des § 175 Abs. 4 S. 3 SGB V - nicht mehr vorgesehen. Die Krankenkassen waren teilweise der Auffassung, die bis zum 31. Dezember 2001 geltende Frist sei auch nach der Gesetzesänderung zu beachten, da nur dadurch ein Zusammenhang zwischen der Beitragssatzerhöhung und der Kündigung sichergestellt werden könne. Diese Frist ist jedoch vom Gesetzgeber gerade nicht in die neue Regelung übernommen worden.

Nachdem wir in einem Rundschreiben unsere abweichende Auffassung dargelegt haben, verfahren die Krankenkassen inzwischen entsprechend.

Mitglieder einer Krankenkasse haben nach einer Fusion zweier Kassen auch dann kein Recht zur vorzeitigen Kündigung, wenn der Beitragssatz der entstehenden Kasse höher ist, als der frühere Beitragssatz eines der Fusionspartner. Durch die Fusion sind die beiden fusionierenden Kassen geschlossen und eine neue Kasse entsteht. Diese setzt ihren Beitrag erstmals fest. Das stellt aber rechtlich keine Erhöhung im Sinne des § 175 Abs. 4 S. 5 SGB V dar.

Zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Ersatzkassen bzw. deren Verbänden ist die Ausgestaltung des in § 175 Abs. 5 SGB V geregelten Sonderwahlrechts strittig. Nach unserer Sicht sind die Versicherungspflichtigen, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, befugt, die BKK/IKK sofort zu wählen. Üben sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach den Veränderungen aus, ist eine vorherige Kündigung der bisherigen Krankenkasse nicht erforderlich.

Hingegen halten die Ersatzkassen eine vorherige Kündigung oder zumindest eine Erklärung des Versicherten, die der bisherigen Krankenkasse die Kündigung mitteilt, für notwendig. Da jedoch § 175 Abs. 5 SGB V gerade die Geltung der Vorschriften des § 175 Abs. 4 SGB V, der die Kündigungsverpflichtung enthält, aussetzt, konnten wir uns dieser Meinung nicht anschließen. Bestrebungen von Krankenkassen, ihren Mitgliedern, die zu einer neu errichteten BKK wechseln wollten, den Kassenwechsel nur nach vorheriger Kündigung zu gestatten, haben wir daher zurückgewiesen und haben die unserer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen über die Rechtslage informiert.

Krankenkassenmitgliedschaft

Klärungsbedarf bezüglich der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse entstand im Vorfeld des Inkrafttretens des Beitragssatzsicherungsgesetzes zum 1. Januar 2003. Durch dieses Gesetz wurde der Wechsel von einer gesetzlichen in eine private Krankenversicherung dadurch erschwert, daß der Betrag der Jahresarbeitsentgeltgrenze, deren Überschreiten zur Versicherungsfreiheit bei einer abhängigen Beschäftigung führt, stark angehoben wurde. Aus Gründen des Bestandsschutzes waren von der Anhebung allerdings nicht diejenigen Beschäftigten betroffen, die zum Ende des Jahres 2002 aufgrund einer Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei und in einer privaten Vollversicherung gegen Krankheit versichert waren.

Zwischen den Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt war zunächst umstritten, ob die erhöhte Jahresarbeitsentgeltgrenze auch für die Personen gilt, für die neben der zum 31. Dezember 2002 gekündigten Mitgliedschaft gleichzeitig vor dem 1. Januar 2003 bereits eine Krankenvollversicherung mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen bestand. Während wir dies verneinen waren die gesetzlichen Krankenkassen sehr wohl dieser Auffassung.

Nachdem auch das BMGS unsere Interpretation teilte, haben die Kassen unseres Aufsichtsbereiches mitgeteilt, daß sie entsprechend unserer Auffassung verfahren werden, auch wenn sie die Rechtsfrage nach wie vor anders bewerten.

Im Zusammenhang mit der Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte zum 1. Ja-

nuar 2002 herrschte bei Versicherten Unsicherheit über Auskünfte der Krankenkassen, wonach zwar eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes endet - etwa bei Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses (vgl. § 190 SGB V) -, jedoch bei Aufnahme einer neuen Beschäftigung ein Krankenkassenwechsel nicht möglich ist, wenn der Versicherte nicht rechtzeitig gekündigt hat. Die Informationen der Krankenkassen waren jedoch nicht zu beanstanden.

Zwar endet in den im Gesetz genannten Fällen die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes. Einer Kündigung der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse (§ 175 SGB V) zur Beendigung der Mitgliedschaft bedarf es somit nicht. Eine unterbliebene Kündigung bei der bislang gewählten Krankenkasse hat jedoch bei Eintritt einer neuen Versicherungspflicht oder der Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft zur Folge, daß die Krankenkasse zuständig bleibt, bei der zuletzt die (ungekündigte) Mitgliedschaft bestanden hat.

Diese Rechtslage ergibt sich aufgrund des unterschiedlichen Regelungscharakters der §§ 190 und 175 SGB V. Während § 190 SGB V die Beendigung der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung regelt, bestimmt § 175 SGB V die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse.

Der Gesetzgeber setzt also voraus, daß das Mitglied, falls sich der Tatbestand ändert, der die Mitgliedschaft begründet, vorausschauend die Mitgliedschaft kündigt - unter Einhaltung der Bindungswirkung und der Kündigungsfrist - wenn es zeitgleich mit der Aufnahme der neuen, die Mitgliedschaft begründenden Beschäftigung eine

Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse begründen will.

Versicherungspflicht von Arbeitnehmern, die ein Studium beginnen

Auch im Jahr 2002 beschwerten sich Versicherte, die aus einem bestehenden Arbeitsverhältnis heraus ein Studium aufnahmen, darüber, daß die Krankenkassen von einer Versicherungspflicht der Beschäftigung und nicht von Versicherungsfreiheit ausgingen.

Die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung haben zu dieser Frage zuletzt im November 2002 Stellung genommen. Sie halten daran fest, daß ein Arbeitsverhältnis, das neben dem Studium ausgeübt wird, immer dann versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung sein soll, wenn es bereits bei Aufnahme des Studiums ausgeübt wurde. Das soll selbst dann gelten, wenn das Arbeitsverhältnis vom Umfang her den Erfordernissen des Studiums angepaßt wird und der Studiengang mit der Beschäftigung nicht im unmittelbaren Zusammenhang steht. Versicherungsfreiheit gem. § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V soll nur noch für solche Arbeitsverhältnisse in Betracht kommen, die vor Beginn des Studiums für mindestens zwei Monate unterbrochen werden, ansonsten für geringfügige Beschäftigungen im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Demgegenüber vertritt das Bundesversicherungsamt mit den übrigen Aufsichtsbehörden in der Sozialversicherung die Ansicht, daß Arbeitnehmer, die ein Studium aufnehmen und dazu ihre wöchentliche Arbeitszeit auf unter zwanzig Stunden absenken, in der Regel gem. § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V als sogenannte Werkstudenten in

ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind. Maßgeblich ist, daß das Studium ein überwiegendes Gewicht hat, so daß ihre Arbeitskraft überwiegend durch das Studium in Anspruch genommen wird und nicht durch die Erwerbstätigkeit. Entscheidend für die Frage der Versicherungsfreiheit einer Erwerbstätigkeit, die von einem Studenten ausgeübt wird, ist, ob der Versicherte seinem gesamten Erscheinungsbild nach als Student oder Arbeitnehmer anzusehen ist. Das gesamte Erscheinungsbild spricht aber in den Fällen, in denen ein bestehendes Arbeitsverhältnis den Anforderungen eines beginnenden Studiums angepaßt wird, eher dafür, die Versicherungsfreiheit gem. § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V anzunehmen. Für eine anderslautende Einschätzung müßten weitere Anhaltspunkte vorliegen, wie das beispielsweise für ein sogenanntes berufsintegriertes Studium der Fall ist.

Über diese Rechtslage haben wir die unserer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen informiert, und wir sind weiterhin bemüht bei den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung eine Änderung ihrer Haltung herbeizuführen. Sollte dieses Bemühen erfolglos bleiben, werden aufsichtsrechtliche Schritte geprüft.

Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis

Eine Petentin war zunächst als Lehramtsanwärterin im Beamtenverhältnis auf Widerruf tätig. Sie sollte ab dem 1. Februar 2001 eine vom Schulamt angebotene befristete Stelle annehmen. Sie konnte die Unterrichtstätigkeit jedoch aufgrund des Beschäftigungsverbotes des § 3 Abs. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG) wegen fortgeschrittener Schwangerschaft nicht aufnehmen. Die Kasse lehnte es ab, die Petentin während der Mutterschutzfrist als versiche-

rungspflichtiges Mitglied zu führen, die Frau hätte sich freiwillig versichern müssen.

Die Entscheidung der Krankenkasse, in der Zeit vom 1. Februar 2001 bis 15. März 2001 eine freiwillige Mitgliedschaft der Petentin anzunehmen, teilt das Bundesversicherungsamt nicht. Vielmehr ist von einer versicherungspflichtigen Mitgliedschaft auszugehen.

Zwar hat die Petentin die Unterrichtstätigkeit erst zum 16. März 2001 aufgenommen, für den Beginn der versicherungspflichtigen Mitgliedschaft kommt es aber auf die tatsächliche Arbeitsaufnahme nicht mehr an. Entscheidend ist nach § 186 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - der Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis.

Mit dem Schulamt war nach den Angaben der Petentin eine Unterrichtstätigkeit ab 1. Februar 2001 vereinbart. Daß diese wegen des Beschäftigungsverbotes des § 3 Abs. 2 MuSchG nicht aufgenommen werden konnte, darf nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes der Petentin nicht zum Nachteil gereichen.

Zwar knüpft die Gesetzesbegründung zu § 186 Abs. 1 SGB V die Annahme von Versicherungspflicht u.a. auch an den Anspruch auf Zahlung von Arbeitsentgelt, ein solches steht der Petentin hier jedoch nicht zu.

Aus unserer Sicht würde es aber einen Verstoß gegen europarechtliche Bestimmungen und eine Diskriminierung aufgrund des Geschlechts bedeuten, wenn die Voraussetzung der Entgeltlichkeit auch in Fällen eines Beschäftigungsverbotes nach dem MuSchG gefordert werden würde.

Auch nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 10.12.1998 - B 12 KR 7/98 R - ist von einer verbotenen Diskriminierung wegen des Geschlechts auszugehen, wenn die sozialrechtliche Position einer Arbeitnehmerin deshalb schlechter ist, weil sie einen Tatbestand nur wegen ihrer Schwangerschaft nicht verwirklichen kann.

Das Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 2 MuSchG verhindert einen Entgeltanspruch und somit die Erfüllung der Voraussetzungen für den Beginn einer versicherungspflichtigen Mitgliedschaft nach § 186 Abs. 1 SGB V. Diese Voraussetzung hat jedoch zurückzutreten, so daß zumindest in den Fällen eines Beschäftigungsverbotes nach dem MuSchG Entgeltlichkeit nicht mehr Maßstab sein kann. Da die Petentin neben ihrer Eingabe auch eine sozialgerichtliche Klärung wünschte, haben wir aufsichtsrechtliche Maßnahmen gegenüber der Kasse zunächst zurückgestellt.

1.2 Leistungsrecht im Bereich der Krankenversicherung

Häusliche Krankenpflege bei Schul- oder Kindergartenbesuch

Gleich mehrmals sind wir im Jahre 2002 mit der Frage konfrontiert worden, ob bei zu pflegenden Kindern ein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung auf häusliche Behandlungspflege (z.B. Katheterisierung, Insulin-Injektionen oder Absaugen von Schleim) auch dann besteht, wenn sich das Kind während des Schul- oder Kindergartenbesuchs nicht in der Wohnung der Familie befindet.

Die betroffenen Krankenkassen hatten ein solches Ansinnen stets mit der Begründung

zurückgewiesen, bei Schule/Kindergarten handele es sich um externe Einrichtungen und damit um einen außerhäuslichen Bereich, der nicht vom SGB V erfaßt sei.

Nach dem Wortlaut des Gesetzes (§ 37 Abs. 1 SGB V) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

Die Satzung der jeweiligen Krankenkasse kann bestimmen, daß die Kasse zusätzlich zur Behandlungspflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt.

Angesichts der bedenklichen Rechtsauffassung der Krankenkassen haben wir die Abstimmung mit den Aufsichtsbehörden der Länder gesucht. Die beteiligten Aufsichtsbehörden hielten eine Gesetzesänderung für notwendig, falls das Bundessozialgericht in einem zwischenzeitlich laufenden Rechtsstreit die Rechtsauffassung der Krankenversicherungsträger bestätigen sollte.

Das Bundessozialgericht hat dann am 22. November 2002 entschieden, daß häusliche Krankenpflege nicht auf die eigenen vier Wände beschränkt ist, so daß beispielsweise auch Insulin-Injektionen in der Schule als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden müssen. Nach den allgemeinen Bestimmungen des Sozialrechts seien die Gesetze in solchen Zweifelsfällen "versichertenfreundlich auszulegen". Damit sei es unvereinbar, wenn "die Versicherten an das eigene Haus gefesselt sind", urteilte das Bundessozialgericht.

Aufgrund dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung bedarf es somit keiner neuen gesetzlichen Regelung für Leistungen bei Behandlungspflege von Kindern in der Schule oder im Kindergarten. Wir werden darauf achten, daß die Träger die neue Rechtsprechung im Rahmen ihres Leistungsverhaltens berücksichtigen.

Wettbewerb

Angebote der GKV im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Ein Heilbäderverband bietet unter der Bezeichnung "TOPfit-JOBfit" verschiedene Angebote zur Gesundheitsförderung an. Die Aktion soll durch "qualitätsgesicherte Präventionsmaßnahmen" beruflich bedingte Krankheiten vermindern und wird deshalb vom Verband selbst als "betriebliche Gesundheitsförderung" bezeichnet.

Derartige Angebote können durch einen Zuschuß in Höhe von 50 Prozent von den gesetzlichen Krankenkassen unterstützt werden, da sie mit den "Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001" in Einklang stehen.

Die betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne des § 20 Abs. 2 SGB V ist gekennzeichnet durch die Kooperation zwischen Unfall- und Krankenversicherung und umfaßt ein Konzept, bei dem alle betriebsinternen und -externen Akteure in ein gesamtheitliches Vorgehen eingebunden werden. Jede Maßnahme soll den Arbeitsschutz optimieren. Aus dem Grunde hat § 20 Abs. 2 SGB V den einzelnen Betrieb (sogenannten Interventionsbetrieb) im Blick und versucht, individuell zuge-

schnittene Angebote zu entwickeln, die einen bestimmten Risikobereich verbessern helfen sollen. Das ist hier nicht gegeben.

Deshalb sind die angebotenen Maßnahmen der Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V zuzuordnen. Primärprävention kann und soll zielgruppenorientiert angeboten werden (Punkt 3.1). Damit ist beabsichtigt, Krankheitsrisiken und Belastungen einzudämmen bzw. ihre Entstehung zu verhindern. Entsprechend hat der Heilbäderverband ein auf die jeweilige Berufstätigkeit ausgerichtetes Präventionsprogramm entwickelt.

Es ist den Krankenkassen ausdrücklich gestattet, dort, wo es sinnvoll erscheint, für eine erfolgreiche, ganzheitlich angelegte Prävention die Verknüpfung von Maßnahmen aus verschiedenen Handlungsfeldern vorzunehmen. Die weitreichende Befugnis, Inhalte verschiedener Programme zu mischen, läßt es auch zu, mit dem Begriff "betriebliche Gesundheitsförderung" Maßnahmen der Primärprävention zu bezeichnen.

Zu beachten ist, daß primärpräventive Angebote sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen vermindern sollen. Maßnahmen wie die TOPfit-JOBfit-Angebote müssen deshalb von allen berufstätigen Versicherten der GKV unabhängig von einem bestimmten Einkommen oder einem sozialen Status wahrgenommen werden können. Dagegen verstoßen die Kassen allerdings, wenn sie nur freiwillig Versicherte ansprechen.

Als Aufsichtsbehörde haben wir die Kassen informiert, daß selektive Angebote an freiwillig versicherte Berufstätige zu unterlassen sind. Darüber hinaus haben die Kassen sicherzustellen, daß allein Berufs-

tätige an diesen speziellen Angeboten teilnehmen. Rentner und Sozialhilfeempfänger sind gerade keine Zielgruppen für Maßnahmen auf dem Gebiet der beruflichen Gesundheitsförderung.

Bonusregelung bei minderjährigen Versicherten mit erblich bedingten Fehlbildungen der Zähne

Im Rahmen einer Petition hat das Bundesversicherungsamt zu der Frage Stellung genommen, wie die Bonusregelung des § 30 Abs. 2 SGB V bei minderjährigen Kindern unter zwölf Jahren auszulegen sei.

Nach 27 Abs. 1 Nr. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf zahnärztliche Behandlung. Bei medizinisch notwendigem Zahnersatz erstattet die Krankenkasse nach § 30 Abs. 1 Satz 1 SGB V grundsätzlich fünfzig Prozent der Kosten für zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung.

Gemäß § 30 Abs. 2 S. 3 und 4 SGB V erhöht sich dieser Zuschuß um einen Bonus von zehn Prozent, also auf insgesamt sechzig Prozent, wenn eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erkennbar sind. Dies ist der Fall, wenn sich der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung regelmäßig zahnärztlich hatte untersuchen lassen. Kinder, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben sich gemäß § 22 Abs. 1 SGB V einmal pro Kalenderhalbjahr und Volljährige einmal pro Kalenderjahr zahnärztlich untersuchen zu lassen.

Mit dieser Regelung wurden in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Willen des Gesetzgebers die Voraussetzungen dafür geschaffen, durch gezielte

Individualprophylaxe die häufigsten Erkrankungen auf zahnmedizinischem Gebiet (Karies und Parodontalerkrankungen) zu verhüten bzw. das Fortschreiten entstandener Schäden dauerhaft zu verhindern. Als untere Altersgrenze zur Inanspruchnahme derartiger Maßnahmen der Individualprophylaxe ist das sechste Lebensjahr festgelegt, da in diesem Alter in den meisten Fällen die ersten bleibenden Zähne durchgebrochen sind.

Nimmt ein Versicherter mithin seit Vollendung des sechsten Lebensjahres regelmäßig die o.g. Maßnahmen in Anspruch, steht ihm rechnerisch erstmalig mit Beginn des zwölften Lebensjahres, also nach fünfjährigen regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen, die Bonusregelung des § 30 Abs. 2 S. 3 und 4 SGB V zu.

Es würde allerdings dem Gebot der Gleichbehandlung zuwiderlaufen, wenn Versicherte, die zum Beispiel aufgrund eines erblich bedingten Defektes der Zähne bereits in dem Zeitraum vor Vollendung des sechsten Lebensjahres regelmäßig in zahnärztlicher Behandlung waren, an dieselben Kriterien gebunden würden wie Versicherte ohne diese Erkrankungen.. Sie würden dann ebenfalls frühestens mit Beginn des zwölften Lebensjahres von der Bonusregelung des § 30 SGB V erfaßt werden, obwohl sie die Voraussetzungen regelmäßiger zahnärztlicher Untersuchungen im Zeitraum von mindestens fünf Jahren vor Beginn der Behandlung bereits vor dem 12. Lebensjahr erfüllt hätten.

Der Gesetzgeber hat offensichtlich diese Fälle nicht gesehen. Aber gerade der Personenkreis mit äußerst seltenen frühkindlichen Zahndefekten ist in besonderer Weise schutzwürdig und würde durch eine restriktive Auslegung des § 30 SGB V in

ungerechtfertigter Weise benachteiligt; insbesondere, weil wachstumsbedingt in relativ kurzen Abständen neuer Zahnersatz notwendig wird.

Entsprechend der Übereinkunft der Spitzenverbände der Krankenkassen und der kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahre 1993 werden für Kinder im Alter zwischen sechs und elf Jahren zwar keine Bonushefte ausgegeben. Das Verfahren zur Dokumentation der Untersuchungen in der zahnärztlichen Praxis bleibt davon jedoch ausdrücklich unberührt. Die Krankenkasse ist im Leistungsfall folglich verpflichtet, vor Gewährung eines Bonus den Nachweis einzuholen, daß der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung regelmäßig die halbjährliche Untersuchung nach § 22 Abs. 1 SGB V in Anspruch genommen hat.

Unter der Voraussetzung, daß der Versicherte im Verlauf der fünf Jahre vor Beginn der Behandlung regelmäßig die kalenderhalbjährlichen zahnärztlichen Untersuchungen in Anspruch genommen hat und diese auch nachgewiesen werden können, sehen wir eine Rechtspflicht der Krankenkasse, sechzig Prozent der Kosten zu übernehmen. Die betroffene Kasse ist unserer Argumentation inzwischen gefolgt.

Durchführung der intrazytoplasmatischen Spermien-Injektion zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen

Die Weigerung von Krankenkassen, Kosten für die intrazytoplasmatische Spermien-Injektion (ICSI) zu übernehmen, wenn die Ehefrau gesetzlich versichert, der Ehemann jedoch privat versichert ist, hat im Jahr 2002 Versicherte vermehrt zu Eingaben veranlaßt.

Allein nach dem Wortlaut des § 27 a Abs. 3 SGB V hätte die gesetzliche Krankenkasse bei Fallkonstellationen, in denen nur ein Ehegatte gesetzlich versichert ist, ausschließlich die Kosten der Maßnahmen zu übernehmen, die unmittelbar am Körper des bei ihr Versicherten durchgeführt wurden. Somit wären bei den Verfahren der extrakorporalen Befruchtung die wesentlichen Teile der Behandlung von der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgenommen, da sich diese, wie die in-vitro-Fertilisation und die Spermien-Injektion, keinem der Ehegatten zuordnen lassen. Eine solche Beschränkung läßt sich nach unserer Auffassung nach den Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 3. April 2001 – B 1 KR 22/00 R und B 1 KR 40/00 R – dem Sinn und Zweck der Regelung des § 27 a SGB V aber nicht entnehmen.

Das BSG hat in diesen Entscheidungen zunächst darauf hingewiesen, daß der Anspruch auf die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nicht, wie die Maßnahmen der Krankenbehandlung, an den regelwidrigen Körperzustand des versicherten Ehegatten, sondern an die Unfruchtbarkeit des Ehepaares anknüpft. Es hat weiter ausgeführt:

“Ein teilweiser Leistungsausschluß war aber mit der Regelung nicht beabsichtigt. Ausweislich der Gesetzesbegründung (BT-Drucks 11/ff770, S 15) sollte lediglich “klargestellt werden, daß für den Fall, daß die Ehegatten nicht in derselben Krankenkasse versichert sind oder daß nur einer der Ehegatten in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist - die Leistungen für den anderen Ehegatten keine Nebenleistungen zu den Leistungen an dem versicherten Ehegatten und daher nicht von der Krankenkasse zu übernehmen sind.” Der Gesetzgeber wollte offensichtlich Schlußfolgerungen entgegenwirken,

wie sie die Rechtsprechung in anderen Fällen der Einbeziehung Dritter in eine Behandlung gezogen hatte. Durch § 27a Abs. 3 SGB V werden daher im Ergebnis nur solche Maßnahmen von der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgenommen, die unmittelbar und ausschließlich am Körper des anderen, nicht bei ihr versicherten Ehegatten ausgeführt werden.“

Wir haben die Kassen aufgefordert, in diesen Fällen neben den Kosten, die für Maßnahmen entstehen, die unmittelbar am Körper des Versicherten durchgeführt werden, auch die Kosten der Maßnahmen zu übernehmen, die keinem der Ehepartner unmittelbar zuzurechnen sind.

Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe

Versicherte und Betreiber ambulanter Schlaflabore hatten sich bei uns beschwert, weil Krankenkassen sich weigerten, die Kosten differentialdiagnostischer Abklärung von Schlafstörungen durch eine Polysomnographie zu übernehmen, wenn diese ambulant in der Praxis erbracht worden war. Die Krankenkassen sind – unterstützt vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen – der Auffassung, diese sogenannte vierte Stufe der Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe sei stationär zu erbringen. Dies ergebe sich aus der in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) enthaltenen Forderungen, die Polysomnographie in einer “apparativ entsprechend ausgerüsteten Einrichtung durchzuführen”.

Das Bundesversicherungsamt hatte diese Auffassung der Krankenversicherungsträger zunächst geteilt und daher die Berech-

tigung des Versicherten, eine Polysomnographie ambulant zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen zu lassen, verneint; nach erneuter Prüfung der Rechtslage haben wir diese Ansicht jedoch revidiert.

Für diese Meinungsänderung waren folgende Überlegungen bestimmend:

Nach Anlage A, Ziffer 3 der BUB-Richtlinien gehört die Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe zu den anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und somit zu den in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen. Diese Anerkennung umfaßt auch den Endpunkt der Stufendiagnostik, die sogenannte Stufe vier und die dabei durchgeführte Polysomnographie. Die Stufe vier fordert die Erbringung in einer “apparativ entsprechend ausgerüsteten Einrichtung”. Die Formulierung läßt offen, wo eine apparativ entsprechend ausgestattete Einrichtung stehen muß; eine Beschränkung auf den stationären Bereich ist ihr jedenfalls nicht zu entnehmen. Außerdem erstreckt sich der Anwendungsbereich der BUB-Richtlinien allein auf die ambulante Versorgung. Daher hätte es einer ausdrücklichen Regelung bedurft, wenn eine bestimmte Stufe der Diagnostik und Therapie nur im Rahmen der stationären Versorgung hätte zulässig sein dürfen.

Sofern die Ärzte, die im Rahmen der ambulanten Versorgung solche Einrichtungen betreuen, welche die in den Richtlinien des Bundesausschusses verlangte Qualifikation aufweisen, kann sich der Versicherte auch ambulant zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln lassen. Darauf haben wir die bundesunmittelbaren Krankenkassen in einem Rundschreiben hingewiesen.

Im Zusammenhang mit der Erbringung schlafmedizinischer Leistungen war darüber hinaus zu klären, ob eine stationär durchgeführte Polysomnographie zur Zuzahlung verpflichtet.

Nach § 39 Abs. 4 SGBV haben Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens vierzehn Tage je Kalendertag neun Euro zu zahlen.

Eine Zuzahlungspflicht besteht nicht bei teilstationärer Behandlung. Bestimmend für eine teilstationäre Behandlung ist, daß sie keine rund-um-die-Uhr-Aufnahme ins Krankenhaus und keinen ständigen Zugriff auf die besonderen Therapiemöglichkeiten einer Klinik erfordert.

Ein stationärer Aufenthalt von Versicherten im Rahmen der Polysomnographie (Stufe vier) ausschließlich in der Schlafphase ist als teilstationäre Leistung angelegt und löst deshalb keine Zuzahlung aus.

Darauf haben wir die bundesunmittelbaren Krankenkassen in einem Rundschreiben hingewiesen und zugleich aufgefordert, bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen die von Versicherten geltend gemachte Ansprüche auf Rückzahlung bereits erfolgter Zuzahlungen zu erfüllen.

Kostenübernahme für Rehasport

Die Kostenübernahme für Rehabilitationssport /Funktionstraining wurde zahlreichen Versicherten mittlerweile versagt, obwohl sie - teilweise über mehrere Jahre - diese Leistung bisher zu Lasten der Krankenkasse erhalten hatten.

Wir haben die jeweiligen Einzelfälle aufsichtsrechtlich geprüft und auf die seit dem 1. Juli 2001 geänderte Rechtslage verwiesen.

1. Rechtslage bis 30.06.2001

Gemäß der alten Rechtslage (§ 43 Nr. 1 SGB V) können die Krankenkassen als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation den Rehabilitationssport fördern, der Versicherten ärztlich verordnet und der in Gruppen unter ärztlicher Betreuung ausgeübt wird; dies gilt auch für das Funktionstraining. Die ergänzenden Leistungen müssen, damit sie dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, von medizinischer Ausrichtung sein, d.h. im Verlauf oder nach Abschluß einer Krankenbehandlung in Betracht kommen. Dies ist bei Rehabilitationssport, der im wesentlichen aus bewegungstherapeutischen Übungen im Rahmen von Gymnastik, aus Schwimmen, Bewegungsspielen und auch Leichtathletik besteht, unstrittig der Fall, soweit es sich um Übungen handelt, die auf die konkrete Behinderung bzw. Krankheit abgestellt sind.

Die ergänzenden Leistungen nach § 43 SGB V sind ihrer Rechtsnatur nach Ermessensleistungen. Das Ermessen der Krankenkasse erstreckt sich auf die Leistungserbringung dem Grunde nach ("ob"), sowie auf Art und Umfang der Leistung ("wie"). Die Leistungen können sowohl als Sachleistung als auch in Form der Geldleistung (vollständige oder teilweise Kostenübernahme, z. B. als pauschalierter Zuschuß) gewährt werden.

Viele Kassen sind auf der Grundlage des § 43 SGB V gemeinsam mit den anderen Krankenkassen eine solche Selbstbindung

eingegangen. Diese Selbstbindung ist inhaltlich festgelegt, aber auch begrenzt in der "Gesamtvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining" vom 1.1.1994 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (RehaSpGVb). Diese Gesamtvereinbarung ist unter Mitwirkung auch der Träger der Kriegsopferversorgung sowie der Unfall- und Rentenversicherung, mit Beteiligung der kassenärztlichen Bundesvereinigung zustande gekommen.

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen gleichwohl das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V beachten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

In der Gesamtvereinbarung ist allerdings die Notwendigkeit für dauerhaften Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining für keine Erkrankung generell festgelegt, sondern es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß für eine angemessene Förderungsdauer die Verhältnisse des Einzelfalls maßgeblich sind. Die Verordnungsdauer der Erst- sowie der Folgeverordnungen beträgt in der Regel maximal sechs Monate.

Die Gesamtvereinbarung beschreibt eine Notwendigkeit für die Durchführung von Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining, solange der/die Versicherte der Überwachung durch den Arzt bzw. der Anleitung durch den Therapeuten bedarf (§ 2 Abs. 2 und § 3 Abs. 2), also noch nicht über Fertigkeiten in den Bewegungsabläufen verfügt, die Übungen selbständig auszuführen. Weiter heißt es, daß diese Selbständigkeit bei bestimmten chronischen Krankheiten dauerhaft fehlen kann. Es

wird darin auch deutlich, daß es je nach Krankheit und Schweregrad eine fallbezogene, unterschiedlich lange Verordnungsdauer gibt.

Die Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten für seine Gesundheit und seine Motivierung zum angemessenen Bewegungstraining rechtfertigen auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit die Gewährung dieser Leistung. Wenn entsprechendes Bewegungstraining in Eigenverantwortung weitergeführt werden kann, entstehen für die Versichertengemeinschaft keine erhöhten Kosten.

Ob im Einzelfall (weiterhin) ein Leistungsanspruch besteht, können die Krankenkassen mangels eigenen medizinischen Sachverständes nicht beurteilen. Sie bedienen sich insofern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Die Krankenkassen sind unter bestimmten Umständen verpflichtet, zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung ein Gutachten des MDK einzuholen (§ 275 SGB V). Einer gesonderten Begründung für die Einleitung eines Begutachtungsverfahrens gegenüber dem Versicherten bedarf es hierzu nicht, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich erscheint. Es besteht insoweit ein Beurteilungsspielraum, als die Festlegung dabei z.B. durch Einbestellraster für bestimmte Fallgruppen oder durch Einzelfallprüfung erfolgen kann. Die Begutachtung kann sowohl dazu dienen, die Leistungsgewährung zu optimieren, als auch die Leistungsvoraussetzungen zu prüfen, insbesondere unberechtigtem Begehren entgegenzuwirken.

Der MDK ist eine in das System der gesetzlichen Krankenversicherung integrierte,

aber unabhängige und neutrale Instanz. Die Beurteilungen des MDK sind entsprechend ihrer Zweckbestimmung bei der Entscheidung der Kasse über die Gewährung oder Versagung einer Kassenleistung nach der medizinischen Seite hin richtunggebend.

2. Rechtslage ab 01.07.2001

Die geänderte Rechtslage ergibt sich aus dem SGB IX, das zum 01.07.2001 in Kraft getreten ist. Nach § 44 Abs. 1 SGB IX sind der Rehabilitationssport in Gruppen sowie das Funktionstraining nunmehr Leistungsleistungen geworden, die nicht mehr nur eine Zuschußleistung sind; vielmehr sind danach die anfallenden Kosten zu übernehmen. Allerdings gibt § 44 SGB IX lediglich einen Überblick über die Leistungen, die leistungsrechtlichen Voraussetzungen ergeben sich weiterhin aus den jeweiligen Büchern des SGB (hier: SGB V).

Anspruchsgrundlage ist somit weiterhin die RehaSpGVb, die bis zu einer eventuellen neuen Vereinbarung weiterhin gültig ist. Hat die Kasse gemäß der Vereinbarung den MDK mit der medizinischen Beurteilung des Antrages betraut, und ist dieser zu dem Ergebnis gekommen, daß eine Förderung aus medizinischer Sicht nicht länger befürwortet werden kann, da der Patient mittlerweile zur Selbstausbildung befähigt sei, so ist das Leistungsverhalten der Kasse aus unserer aufsichtsrechtlichen Sicht nicht zu beanstanden.

1.3 Leistungsrecht im Bereich der Pflegeversicherung

Pflegeleistungs-Ergänzungs-Gesetz

Zum 1. Januar 2002 ist das Pflegeleistungs-Ergänzungs-Gesetz in Kraft getreten, das

insbesondere für Demenzkranke verbesserte Leistungsangebote im Bereich der Betreuung und Beaufsichtigung regelt.

Neben zusätzlichen Leistungsansprüchen sieht das Gesetz eine Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote vor, die ergänzt werden soll durch die Förderung von Modellvorhaben zur Entwicklung neuer Betreuungsangebote. Beide Maßnahmen werden anteilig durch die soziale und private Pflegeversicherung gefördert. Die Fördergelder in Höhe von zehn Millionen € pro Jahr werden unmittelbar aus dem Ausgleichsfonds gezahlt, die Entscheidung über die zu fördernden Maßnahmen liegt dagegen bei den Ländern, die im Einzelfall in Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Pflegekassen über die Anträge der Projektträger entscheiden.

Im Kalenderjahr konnten bisher insgesamt drei Projekte gefördert werden, die alle die Verbesserung der Betreuung von Alzheimer-Patienten zum Ziel haben.

1.4 Eingaben und Petitionen

Bearbeitungsdauer

Auch in diesem Jahr hat sich die Zahl der Eingaben – wie schon im Vorjahr – deutlich erhöht. Beschwerden über die Bearbeitungsdauer im Erstantrags- und Widerspruchsverfahren der Pflegekassen sind ein wesentlicher Grund für den Anstieg. Bei unseren aufsichtsrechtlichen Überprüfungen fiel auf, daß eine wichtige Ursache für die Bearbeitungsdauer, die im Widerspruchsverfahren zum Teil ein und ein halbes Jahr betrug, die Begutachtungstermine des Medizinischen Diensts (MDK) sind, die Wartefristen erzeugen. Weitere Verzögerungen erklären sich dadurch, daß die

schriftlichen Gutachten des MDK den Pflegekassen erst bis zu acht Wochen nach dem eigentlichen Begutachtungstermin übersandt wurden. Wir haben die Pflegekassen gebeten, soweit ihnen dies – aufgrund der rechtlichen Stellung des MDK als selbständige Körperschaft des öffentlichen Rechts gemäß § 278 Abs.1 SGB V – möglich ist, auf eine zeitnahe Begutachtung und Erstellung der Gutachten hinzuwirken. Sofern außerdem Verzögerungen ersichtlich waren, die im Zuständigkeitsbereich der betreffenden Pflegekassen lagen, haben wir noch einmal verdeutlicht, wie dringlich die zügige Bearbeitung gerade im Bereich der Pflegeversicherung mit ihrer Altersproblematik und angesichts schwerer Schicksale ist. Eine schnellere Bearbeitung konnte von den Pflegekassen u.a. durch Umorganisationen oder dezidierte Arbeitsanweisungen in den entsprechenden Bereichen sichergestellt werden.

Höherstufung bei vollstationärer Pflege nach § 43 SGB XI

Zahlreiche weitere Eingaben betrafen Fälle, in denen Pflegebedürftige, die sich in vollstationärer Pflege gemäß § 43 SGB XI befanden, aufgrund des Ergebnisses einer Wiederholungsbegutachtung (teilweise rückwirkend) in eine höhere Pflegestufe eingestuft worden waren. Die Höherstufungen waren dabei auf eine – von der jeweils zuständigen Pflegekasse veranlaßten - Wiederholungsbegutachtung zurückzuführen.

Die Pflegekassen sind nach dem Wortlaut des § 18 Abs. 2 S. 5 SGB XI ausdrücklich verpflichtet, derartige Wiederholungsbegutachtungen (ggf. aufgrund einer entsprechenden Empfehlung des Vorgutachters) in *angemessenen* Abständen vom MDK durchführen zu lassen. Die betreffenden

Gutachten des MDK waren im übrigen auch schlüssig und plausibel. Daher konnten wir in keinem dieser Fälle ein Fehlverhalten der Pflegekassen feststellen.

Die Kosten für eine vollstationäre Pflege sind generell in vier Bereiche aufzuteilen, und zwar in

- pflegebedingte Aufwendungen, eingeschlossen die Aufwendungen für soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege,
- Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
- gesondert berechenbare Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI und
- Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI.

Von den Pflegekassen sind nur die Kosten der pflegebedingten Aufwendungen zu tragen. Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen (§§ 87 f. SGB XI) sind demgegenüber gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 und § 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI dem Risikobereich der Pflegebedürftigen zuzuordnen und müssen von ihnen finanziert werden.

Inhalt und Abgrenzung der jeweiligen Leistungen werden in den Rahmenverträgen geregelt, die nach § 75 SGB XI zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen unter Beteiligung des MDK abzuschließen sind.

Bei Feststellung einer höheren Pflegestufe als der bisherigen reichen die entsprechenden Leistungsbeträge oft nicht aus, die höheren Aufwendungen der neuen Pflegestufe zu decken. So werden Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige wegen der Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe und damit einer höheren Vergütungsklasse mit höheren Zuzahlungen belastet. Wegen der

finanziellen Konsequenzen dringen die Betroffenen darum oft auf Beibehaltung der bisherigen (niedrigeren) Pflegestufe und der damit verbundenen Vergütungs-/Pflegeklasse. Die Pflegebedürftigen und deren Angehörige haben diesbezüglich jedoch kein Dispositionsrecht, weil dem ein gesetzlich normierter Vergütungsanspruch der Pflegeeinrichtung entgegensteht (§ 82 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 84 Abs. 2 SGB XI).

Die von vielen Beschwerdeführern in diesem Zusammenhang zitierte Regelung des § 33 Abs.1 S. 1 SGB XI, wonach Leistungen der Pflegeversicherung erst auf Antrag und somit ab dem entsprechenden Antragszeitpunkt zu gewähren sind, ist bei den vorgeschriebenen und vom Träger veranlaßten Wiederholungsbegutachtungen nicht maßgeblich. Somit ist gemäß § 48 Abs.1 SGB XI allein der Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (hier insbesondere: Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit dadurch bedingter Zunahme des Pflegebedarfs) für die Bewilligung entscheidend.

Der Wunsch einzelner Beschwerdeführer, im Rahmen der Regelung des § 46 SGB I auf Sozialleistungen zu verzichten, hat keine rechtlichen Konsequenzen für den Vergütungsanspruch der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Diese hat nämlich im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages für eine den individuellen Bedürfnissen und der festgestellten Pflegestufe entsprechende pflegerische Betreuung des/der jeweiligen Pflegebedürftigen Sorge zu tragen.

Darüber hinaus hat sie im Vertrauen auf die festgestellte Pflegestufe finanzielle, personelle und organisatorische Dispositionen getroffen, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können.

Einstellung von Pflegegeld

In einigen Fällen stellten Pflegekassen die weiteren Pflegegeldzahlungen ein, weil Pflegepflichtsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht erbracht wurden oder von den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen (auch Betreuern) eine Wiederholungsbegutachtung durch den MDK nach § 18 Abs. 2 SGB XI nicht zugelassen wurde. In anderen Fällen hatte der MDK anlässlich einer derartigen Begutachtung festgestellt, daß die Pflege nicht sichergestellt war.

Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit des Pflegebedürftigen sind die Leitbilder, nach denen Geldleistungen gemäß § 37 SGB XI erbracht werden. Dennoch ist – gerade unter dem Aspekt, daß die Pflege von Laien durchgeführt wird – zu überprüfen, ob eine ordnungsgemäße und ausreichende Pflege auch tatsächlich erfolgt. Zur Sicherstellung der Pflege sollen daher halbjährlich - bzw. vierteljährlich bei Pflegestufe III – Pflegepflichtsätze abgerufen werden (§ 37 Abs.3 SGB XI). Daneben ist der MDK aufgefordert, – neben der eigentlichen Feststellung des Hilfebedarfs nach § 14 f. SGB XI – bei jeder Begutachtung auf die Sicherstellung der Pflege zu achten.

Wird nun im Rahmen einer MDK-Begutachtung festgestellt, daß die Pflege nicht sichergestellt ist, hat die Pflegekasse zu überprüfen, ob die betreffenden Gutachter hierzu entsprechend detailliert sowie schlüssig und plausibel Stellung genommen haben. Anhaltspunkte für eine nicht sichergestellte Pflege können sich dabei beispielsweise aus dem Pflegezustand und den Wohnverhältnissen ergeben (wie erhebliche Unterversorgung und Vernachlässi-

gung, deutlich verschmutztes, unhygienisches Umfeld). Dabei ist auch zu berücksichtigen, ob es sich nur um eine kurzfristige Unter- bzw. Fehlversorgung handelt oder aber auf Dauer nicht mit einer Besserung zu rechnen ist. Im letzteren Fall sind die Pflegebedürftigen und deren Angehörige zunächst ausführlich und gezielt über Alternativen in Form der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen im Sinne des § 36 SGB XI oder Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI (Sachleistungen und ggf. anteiliges Pflegegeld) zu beraten.

Sofern die Pflegebedürftigen und deren Angehörige eine derartige Leistungsumstellung, auch nach eingehenden Beratungen, nicht in Betracht ziehen, und die entsprechenden Unterlagen über den betreffenden Pflegepflichteneinsatz bzw. das MDK-Gutachten zweifelsfrei belegen, daß Pflege nicht sichergestellt ist, sollte die Pflegekasse das Pflegegeld zunächst in angemessenem Verhältnis kürzen. Die Kürzung ist dabei in schriftlicher Form anzukündigen. Eine Einstellung des Pflegegeldes ist danach nur als „ultima ratio“ vorzunehmen, wobei die Pflegekassen - im Rahmen ihres Ermessens – ihren Sicherstellungsauftrag gegenüber den Aspekten der Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit der Pflegebedürftigen abzuwägen haben. Wir haben die Pflegekassen in den genannten Fällen gebeten, im Sinne dieser Ausführungen tätig zu werden.

Sofern die Pflegekassen das Pflegegeld wegen Verletzung einer Mitwirkungspflicht nach § 62 SGB I (fehlender Abruf eines Pflegepflichteneinsatzes, nicht zugelassene Untersuchung durch den MDK) gemäß § 66 Abs.1 SGB I eingestellt hatten, haben wir darauf hingewiesen, daß zunächst auf jegliche andere mögliche Art der Sachverhalt aufzuklären ist. Außerdem

wurde den Pflegekassen empfohlen, auch hier zunächst – nach entsprechender Ankündigung - eine Kürzung vorzunehmen. Die Grenzen des Ermessens der Pflegekassen sind nämlich bei diesen Fallkonstellationen noch enger zu sehen als in den oben genannten Fällen der nicht sichergestellten Pflege. Eine Einstellung nach § 66 Abs.1 SGB I ist daher nicht möglich, wenn die Anspruchsvoraussetzungen für die zu erbringenden Leistungen ungeachtet der fehlenden Mitwirkung nachgewiesen sind.

Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen

Eine Reihe von Eingaben betraf den Themenkreis der Hilfsmittelgewährung in stationären Einrichtungen. Häufiger Streitpunkt war die Versorgung mit Rollstühlen, Antidekubitusmatratzen und Inkontinenzhilfen. Trotz vorliegender ärztlicher Verordnung lehnten Krankenkassen unter Hinweis auf die höchstrichterliche Rechtsprechung eine Versorgungspflicht ab. Sie verwiesen den Versicherten an den Heimträger: Die Hilfsmittel gehörten zur notwendigen Ausstattung des Heimes. Die Heime wiederum lehnten eine Pflicht unter Hinweis auf die Zuständigkeit der Krankenkassen ab.

Hintergrund des Dissenses waren die sogenannten Rollstuhl-Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) vom 10. Februar 2000. Darin hatte das Gericht folgende Sphärenabgrenzung formuliert: Bei vollstationärer Pflege habe der Träger des Heimes für die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebes notwendigen Hilfsmittel zu sorgen, weil er verpflichtet sei, die Pflegebedürftigen ausreichend und angemessen zu pflegen, sozial zu betreuen und mit medizinischer Behandlungspflege zu versorgen. Die Heime müßten daher das für die vollstationäre Pflege notwendige Inventar bereithalten.

Die gesetzliche Krankenversicherung habe darüber hinaus nur solche Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, die nicht der "Sphäre" der vollstationären Pflege zuzurechnen seien. Hierzu gehörten im wesentlichen individuell angepaßte Hilfsmittel sowie Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses, z.B. Kommunikation oder Mobilität, außerhalb des Pflegeheims dienten (BSG-Urteil vom 10.02.2000 – Az.: B 3 KR 17/99 R).

Um zu verhindern, daß die Pflegebedürftigen zu Leidtragenden dieser Diskussion würden, haben wir die Beteiligten darauf hingewiesen, daß die Kasse dem Versicherten unabhängig von der tatsächlichen Verpflichtung ein Hilfsmittel zur Verfügung stellen müsse. Eventuelle Regreßansprüche könnten dann gegen die Einrichtung bzw. den Heimträger geltend gemacht werden (so auch das Urteil des SG Hildesheim vom 28.10.1999 – Az.: S 2 Kr 8/98).

Zur Entspannung der Diskussion trugen auch die beiden Entscheidungen des BSG zur stationären Hilfsmittelversorgung von Juni und September 2002 bei, wo ebenfalls die angesprochene Regreßfrage thematisiert wurde. In beiden Hilfsmittelfällen (Ernährungspumpe und Wechselladungsmatratze) wurde die Leistungspflicht der Krankenkasse bekräftigt und zur "Sphärentheorie" folgendes verdeutlicht: Soweit aus den "Rollstuhl-Urteilen" der Gegenschluß gezogen worden sei, daß damit alle Hilfsmittel aus der Leistungspflicht der Krankenkasse herausfielen, die nur innerhalb des Heimes verwendet würden, läge darin eine zu weit gehende Verallgemeinerung. Die "Heimsphäre" bedeute kein bloß räumliches Abgrenzungskriterium, sondern beschreibe nur bildhaft die inhaltliche Zuordnung zu medizinischer Rehabilitation oder Pflege, die bei jedem einzelnen

Hilfsmittel erfolgen müsse, solange eine Rechtsverordnung ausstehe.

Neuen Diskussionsgrund dürfte aber die Umsetzung der anschließenden Bemerkung des Gerichts ergeben: Es spreche einiges dafür, auch solche Gegenstände der Heimausstattung zuzurechnen, bei denen zwar noch ein gewisser Behinderungsausgleich zu erkennen sei, ganz überwiegend aber die Pflege im Vordergrund stehe, weil eine Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht mehr möglich sei, eine Rehabilitation damit nicht mehr statfinde.

In diesem Zusammenhang bleibt auch abzuwarten, welchen Weg der vom Bundesrat ins Parlament eingebrachte Entwurf eines Hilfsmittelsicherungsgesetzes nehmen wird. Dieser sieht u.a. die Feststellung vor, daß zur Grundausrüstung eines Pflegeheims – im Falle medizinischer Erfordernlichkeit - insbesondere nicht gehören: Applikations- und Inkontinenzhilfen sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus.

1.5 Aufsichtsprüfungen im Bereich der Krankenversicherung

Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

Bereits seit mehreren Jahren stellt die Überwachung und Sicherstellung des ordnungsgemäßen Einzugs sowie die Weiterleitung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge einen Schwerpunkt unserer Aufsichtsprüfungen dar.

Erfreulicherweise haben wir auch im Berichtszeitraum bei einigen Krankenkassen positiv feststellen können, daß sie ihre zur Mängelbeseitigung entwickelten Maßnahmenpläne zwischenzeitlich umgesetzt

haben und die Gesamtsozialversicherungsbeiträge nunmehr grundsätzlich rechtzeitig und vollständig einziehen bzw. an die beteiligten Fremdversicherungsträger weiterleiten.

Maßgeblich für diese positive Entwicklung dürften vor allem die von den betreffenden Krankenkassen erfolgreich durchgeführten Personalgewinnungsmaßnahmen und Schulungen im Bereich der Informationstechnik gewesen sein. Ferner haben einige Krankenkassen in mehr oder weniger großem Umfang die Bearbeitung von Vollstreckungs- und Insolvenzverfahren auf entsprechende Servicestellen übertragen, wodurch eine ordnungsgemäße zwangsweise Beitreibung von Beitragsrückständen sichergestellt wurde. Andere Krankenkassen haben ihre Aufbau- und Ablauforganisation geändert, eigene Mahn- und Vollstreckungsabteilungen aufgebaut und Vollstreckungs- und Vollziehungsbeamte bestellt bzw. deren Anzahl erhöht.

Die mit Bezug auf einzelne Krankenkassen dargestellten positiven Entwicklungen dürfen allerdings nicht darüber hinweg täuschen, daß der überwiegende Teil der Krankenkassen, die uns mit dieser Problematik bereits bekannt waren, nach wie vor Probleme hat, den ordnungsgemäßen Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge bei den Arbeitgebern sicherzustellen. Insbesondere haben wir im Zuge unserer örtlichen Erhebungen festgestellt, daß viele Krankenkassen nicht oder nicht zeitnah die zwangsweise Beitreibung von Beitragsrückständen veranlassen und somit gegen § 76 Abs. 1 SGB IV verstoßen, wonach Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben sind. In ihrer Funktion als Einzugsstelle für die Gesamtsozialversicherungsbeiträge haben die Krankenkassen gemäß § 28 h Abs. 1 SGB IV die ordnungsgemäße

Zahlung dieser Beiträge zu überwachen und Beitragsansprüche, die nicht rechtzeitig – d.h. nicht spätestens bei Fälligkeit oder in voller Höhe (inklusive etwaiger Säumniszuschläge und/oder Stundungszinsen) erfüllt worden sind, gegenüber dem zahlungspflichtigen Arbeitgeber unverzüglich geltend zu machen und durchzusetzen. Zwangsmaßnahmen sind zum frühestmöglichen Termin einzuleiten, da die Möglichkeiten zur Realisierung des Beitragsanspruchs durch Vollstreckungsmaßnahmen anderer Gläubiger des Zahlungspflichtigen ansonsten gefährdet sein könnten.

Auch Stundungen bleiben ein Problem. Wir haben wieder oft festgestellt, daß Krankenkassen zahlungspflichtigen Arbeitgebern ohne nachweisbare Prüfung, ob die Voraussetzungen einer Stundung im Sinne des § 76 Abs. 2 SGB IV vorliegen bzw. ob Sicherheitsleistungen zu verlangen sind, Zahlungsaufschub mit ratenweiser Rückstandstilgung gewährt haben. Ob Ansprüche gestundet, niedergeschlagen oder erlassen werden, haben die Krankenkassen zwar grundsätzlich nach pflichtgemäßen Ermessen zu entscheiden. Rechtstechnisch ist aber über eine Stundung entweder durch Erlaß eines (begünstigenden) Verwaltungsaktes zu entscheiden, mit dem die Teilzahlungsmodalitäten im Form einer Nebenbestimmung verbunden werden, oder aber durch Abschluß eines schriftlich zu begründenden öffentlich-rechtlichen Vertrages (§ 53 SGB X), in dem alle Stundungsmodalitäten zu vereinbaren sind. Im Rahmen der Entscheidung über die Stundung hat die Krankenkasse auch darüber zu befinden, ob und in welchem Umfang vom zahlungspflichtigen Arbeitgeber Sicherheitsleistungen zu verlangen sind. Eine Sicherheitsleistung wird besonders dann zu verlangen sein, wenn zweifelhaft ist, ob der zahlungspflichtige Arbeitgeber nach Ab-

lauf der Stundungsfrist seine Zahlungsverpflichtung nunmehr rechtzeitig und vollständig erfüllen wird.

Besonders häufig haben wir auch feststellen müssen, daß Krankenkassen Schadensersatz- bzw. Zinsansprüche, die von den Trägern der Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit im Zuge von Einzugsstellenprüfungen geltend gemacht werden, gemäß § 28 r Abs. 1 und 2 SGB IV zwar erfüllt haben, jedoch ein Nachteilsausgleich zugunsten der Pflegekasse nicht erfolgt ist. Schadensersatz- bzw. Zinsforderungen, die die Einzugsstellenprüfdienste für ihre jeweiligen Fremdversicherungsträger geltend gemacht haben, lassen den Schluß zu, daß die den Pflegekassen vorenthaltenen Beiträge nebst Zinsen erheblich sind und bei einigen Pflegekassen zu vorübergehenden Mindereinnahmen in Höhe von mehreren hunderttausend Euro geführt haben. Die betroffenen Krankenkassen haben wir aufgefordert, die konkrete Höhe der Schadensersatz- bzw. Zinsforderungen, die der Pflegekasse aus dem gleichem Grunde wie den Trägern der Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit zustehen, gemäß § 28 r Abs. 1 und 2 SGB IV zu ermitteln und zur Überprüfung vorzulegen. Ferner haben wir darauf hingewiesen, daß die der Pflegekasse insoweit zustehenden Ansprüche vom Vorstand der Krankenkasse, der gemäß § 46 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zugleich auch Vorstand der Pflegekasse ist, für die Pflegekasse geltend zu machen sind.

Abgrenzung der Leistungspflicht der Krankenkasse und der Pflegekasse im Bereich der Hilfsmittelgewährung

Da in der Vergangenheit Leistungen von Hilfsmitteln verstärkt fehlerhaft der Pflegeversicherung zugerechnet worden waren,

hatten die Prüfdienste des Bundes und der Länder im Jahre 2001 eine Schwerpunktprüfung zu diesem Thema bei allen Kassen durchgeführt.

Das von Nordrhein-Westfalen zusammengefaßte Ergebnis zeigte, daß allein in den Jahren 1998 bis 2000 Leistungen in Höhe von 349 Millionen € zu Unrecht der Pflegeversicherung angelastet worden waren, obwohl eine Leistungspflicht der Krankenversicherung bestanden hatte.

Durch diese Verschiebung von Leistungen auf die Pflegekassen wurde die Pflegeversicherung - und über den Finanzausgleich der Ausgleichsfonds - erheblich geschädigt. Im Berichtsjahr haben wir uns auf die Umsetzung der Ergebnisse der Schwerpunktprüfung konzentriert.

Während im Bereich der bundesunmittelbaren Kassen inzwischen nahezu alle fehlgebuchten Beträge auf die Krankenkassen umgebucht wurden, ist die Umsetzung der Prüfergebnisse bei den Ländern bisher nur schleppend angelaufen. Wir erwarten jedoch, daß in den kommenden Kalenderjahren noch beträchtliche Summen an den Ausgleichsfonds zurückfließen werden.

Sicherheitsrisiken bei Kranken- und Pflegebetten

Alarmierende Meldungen über Todesfälle infolge gefährlicher Kranken- und Pflegebetten hatten bereits im Jahr 2001 Aufsichtsbehörden und Träger zu raschem Handeln veranlaßt. Das Bundesversicherungsamt hatte mit Rundschreiben an alle bundesunmittelbaren Kassen sowie deren Verbände auf die erheblichen Risiken insbesondere bezüglich der elektrischen Sicherheit und der Anbringung von Seitengittern hingewiesen. Gleichzeitig wurde ein

Maßnahmenkatalog empfohlen, der eine kurzfristige Behebung bestehender Mängel gewährleisten sollte.

Im vergangenen Jahr wurde die Umsetzung der Gefahrenabwehrmaßnahmen überprüft. Die handelnden Kassen haben ein hohes Maß an Verantwortungsbewußtsein und schnelles Einschreiten gezeigt. Wegen der großen Zahl der zu prüfenden, nachzurüstenden bzw. auszutauschenden Betten waren allerdings zuweilen Lieferengpässe nicht zu vermeiden. In einzelnen Fällen weigerten sich die Betroffenen, ihr Bett austauschen zu lassen. Bis Ende 2002 waren die meisten Umrüst- bzw. Tauschaktionen abgeschlossen.

Wegen weiterer Hinweise, daß in Einzelfällen ausgetauschte oder nachgerüstete Pflegebetten trotz vorliegender Konformitätserklärung der Hersteller/Lieferanten nicht mängelfrei seien, haben wir die Kassen durch ein erneutes Rundschreiben angehalten, auch die ausgetauschten bzw. umgerüsteten Kranken- und Pflegebetten so bald wie möglich per Stichproben daraufhin zu überprüfen, ob sie den Anforderungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte entsprechen. Die Prüfdienste des Bundesversicherungsamtes werden auch die Einhaltung dieser Vorgaben sorgfältig überwachen.

Vollstreckung von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung

Im Zuge unserer örtlichen Erhebungen haben wir vielfach festgestellt, daß Krankenkassen keine Vollstreckungsmaßnahmen zur zwangsweisen Beitreibung fälliger Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung eingeleitet haben. Darüber hinaus haben es viele Krankenkassen unter Verstoß gegen § 191 Nr. 3 SGB V unterlassen, ihre

freiwilligen Mitglieder darauf hinzuweisen, daß die freiwillige Mitgliedschaft mit Ablauf des in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse festgelegten nächsten Zahlungstages kraft Gesetzes endet, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge nicht entrichtet werden, obwohl wir die Krankenkassen bereits im Jahre 2001 in einem Rundschreiben auf die Notwendigkeit solcher Informationen hingewiesen hatten. Fehlt der Hinweis auf die Rechtsfolgen der unterbliebenen Beitragszahlungen, kann die Mitgliedschaft der betreffenden säumigen Beitragszahler zur freiwilligen Krankenversicherung nicht zum gesetzlich vorgeschriebenen Zeitpunkt enden.

Auch über die Folgen einer mangelnden Beitragszahlung haben einige Krankenkassen ihre freiwilligen Mitglieder nur unzureichend informiert. In den meisten Fällen haben es die betreffenden Krankenkassen versäumt, darauf hinzuweisen, daß sich der Ausschluß zugleich auch auf das gesamte System der gesetzlichen Krankenversicherung erstreckt, solange nicht die gesetzlichen Voraussetzungen für eine neue Mitgliedschaft erneut erfüllt werden. Auch dies war überraschend, da wir in unserem Rundschreiben die Krankenkassen auch hierüber ausführlich unterrichtet hatten.

Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung

Da die Höhe der Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen aus dem RSA erheblich von der Zahl der Familienversicherten beeinflusst wird, haben wir einen weiteren Schwerpunkt unserer Aufsichtsprüfungen dem Meldeverfahren – Familienversicherung gewidmet.

Nahezu bei allen geprüften Krankenkassen konnten wir feststellen, daß sie das Melde-

verfahren zur Familienversicherung grundsätzlich ordnungsgemäß durchführen, soweit sie als zuständig gewordene Krankenkasse der bisher zuständigen Krankenkasse den Zeitpunkt des Beginns der neuen Versicherung mitzuteilen bzw. der zuständig gewordenen Krankenkasse das Ende der Familienversicherung zu bestätigen hatten.

Hingegen war bei einigen Krankenkassen, bei denen vormals familienversicherte Personen nunmehr eigene Mitgliedschaften begründet hatten, festzustellen, daß sie die Änderung des Versichertenstatus nicht immer in ihre Versichertenverzeichnisse aufgenommen hatten. Infolgedessen wurden Personen im Versichertenverzeichnis gleichzeitig als Mitglieder und als Familienversicherte geführt. In den meisten Fällen hatten die betroffenen Krankenkassen die erforderlichen Korrekturen bereits im Verlaufe unserer örtlichen Erhebungen vorgenommen. Lediglich bei einer Krankenkasse waren die Mängel derart umfangreich, daß wir die Kasse angewiesen haben, ihren Familienversichertenbestand ab dem Jahre 1998 zu überprüfen und unverzüglich die erforderlichen Korrekturen im Familienversichertenverzeichnis durchzuführen.

Prüfung von Vergütungsverträgen

Seit 2001 führen wir die Aufsicht auch über die Verbände der Ersatzkassen für den Bereich der Prüfung von Vergütungsverträgen (§ 71 Abs. 4 SGB V).

Der im SGB V normierte Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist beileibe kein unverbindlicher Programmsatz, sondern stellt eine verbindliche rechtliche Obergrenze für Vergütungsvereinbarungen (einschließlich von Entscheidungen der Landesschiedsämter) sowie deren Überprüfung durch uns als Aufsichtsbehörde dar.

Eine von dem Schiedsamt in Bayern festgesetzte Vergütungshöhe zur vertragszahnärztlichen Versorgung hatten wir vor diesem Hintergrund beanstandet. Hinsichtlich der Höhe der vereinbarten Vergütungen war die Anknüpfung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen nicht gewahrt.

Diese Beanstandung hat zu sozialgerichtlichen Verfahren geführt und der Honorarstreit eskalierte soweit, daß die Zahnärzte die Behandlung von Ersatzkassenversicherten nur noch gegen Kostenerstattung vornahmen. Wir konnten jedoch deutlich machen, daß es hier um die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen ging. Zugleich haben wir ausdrücklich alle Vorschläge unterstützt, die darauf hinausliefen, mit den Zahnärzten in Bayern im Rahmen der vom Gesetz festgelegten Vergütungsgrenzen zu einer Vergütungsvereinbarung zu kommen. Es ist Angelegenheit der Vertragspartner, eine solche Vergütung zu vereinbaren. Wir konnten letztlich die Ersatzkassen in ihrem Bemühen bestärken, den Konflikt auf dem Verhandlungswege zu lösen.

Die Ersatzkassen haben seit jeher die Gesamtvergütung mit den jeweiligen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, in deren Zuständigkeitsbereich die Versicherten wohnen, verhandelt. Dieses Wohnortprinzip wurde durch das im Jahr 2002 in Kraft getretene „Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte“ für alle Kassenarten eingeführt. Den Vertragspartnern in den neuen Bundesländern wurde durch das Gesetz auch erlaubt, über die sogenannte Grundlohnsummensteigerung hinausgehende Honorarsteigerungen für die Ärzte zu vereinbaren.

1.6 Aufsichtsprüfungen im Bereich der Pflegekassen

Arbeitsweise der MDK und Anforderungen an eine Einzelfallbegründung bei Hilfsmitteln

Im Rahmen von Aufsichtsprüfungen wurde deutlich, daß regionalen Medizinischen Diensten der Krankenkassen (MDK) offensichtlich weder der Grundsatz der Nachrangigkeit der Pflege bei Hilfsmitteln noch das aktuelle Pflegehilfsmittelverzeichnis bekannt ist.

Dies hat nachteilige Folgen, weil sich die Pflegekassen in ihrer Entscheidung nach den Hinweisen des MDK richten und deren falsche Entscheidungen von den Kassen übernommen werden. Auch werden immer noch Hilfsmittel in stationären Einrichtungen der Pflegeversicherung zugeordnet. Wir haben daher den Pflegekassen gegenüber klargestellt, daß eine Empfehlung des MDK allein für eine Zuordnung zur Pflegeversicherung nicht ausreicht. Die Leistungsentscheidung einschließlich der Frage der vorrangigen Leistungspflicht der Krankenversicherung hat die Pflegekasse immer selbst zu treffen. Der MDK oder eine Pflegefachkraft ist dabei lediglich bei der Überprüfung der Notwendigkeit der Versorgung und zur Beurteilung medizinischer und pflegerischer Fragen zu beteiligen. Bei einer (sozialversicherungsrechtlichen) Begründung ist natürlich auf medizinische und pflegerische Aspekte Bezug zu nehmen, die regelmäßig nur aus dem Pflegegutachten ersichtlich sein werden. Beim Formulargutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach den Begutachtungsrichtlinien vom 21.03.1997 (i.d.F. vom 22.08.2001) sind dann insbesondere die folgenden Ziffern zu beachten:

- 1.3 (vorhandene) Versorgung mit Hilfsmitteln
- 1.6 Pflegerelevante Aspekte der Wohnsituation
- 4. pflegebegründende Befunde insbes.
 - 4.1 Allgemeinbefund
 - 4.2 Funktionelle Einschränkungen, insbes.
 - 4.2.1 des Stütz - und Bewegungsapparats
 - 4.2.5 pflegebegründende Diagnose
 - 4.3 Fähigkeiten insbes. bzgl.
 - 4.3.1 Vitaler Funktionen und
 - 4.3.4 sich bewegen können
- 5. Hilfebedarf insbes. bei
 - 5.1 Körperpflege und
 - 5.3 Mobilität i.V.m. der Anlage zum Gutachten
- 6. Ergebnis der Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit, insbes. Pflegestufe
- 7.2 (Vorschlag zur) Verbesserung/Veränderung der Pflegehilfsmittel-/Hilfsmittelversorgung

Eine vom MDK unter Ziffer 7.2 gegebene Empfehlung hat für sich allein - für die Frage der Leistungspflicht der Kranken - oder Pflegekasse - keine präjudizierende Wirkung, weil die Begutachtungsrichtlinien - auch in der überarbeiteten Fassung vom 22.08.2001 - keinerlei Anleitung für die Frage der Abgrenzung der Leistungspflicht der Kranken - und Pflegeversicherung enthalten. Wir haben den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände (MDS) aufgefordert, hierfür eine taugliche Arbeitshilfe mit uns abzustimmen. Nachdem unsere Bemühungen bisher noch nicht den gewünschten Erfolg hatten und unseres Erachtens auch der Entwurf eines Hilfsmittelversicherungsgesetzes (Bundratsdrucksache 755/02) für den ambulanten wie den stationären Bereich keine - über den jetzigen Zustand hinausgehende - Rechtssicherheit

und -klarheit bringt, haben wir das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung gebeten, auf dem Verordnungswege nach § 40 Abs. 5 SGB XI tätig zu werden.

Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege

Bei zwei geprüften Pflegekassen waren aus den Pflegeakten der Pflegebedürftigen zum Teil gravierende Mängel der Pflege unschwer ersichtlich, ohne daß die Kassen hinreichend tätig geworden sind. Hier sind die Mitarbeiter der Pflegekassen offenbar noch nicht ausreichend sensibilisiert. Hinweisen auf Dekubiti, Austrocknung (Exsikkose) und Krankenhausaufnahmen wegen Knochenbrüchen, insbesondere Oberschenkelhalsbrüchen, sollte immer nachgegangen werden (vgl. hierzu Marburger, Schadensersatzansprüche der Sozialleistungsträger nach § 116 SGB X in Zusammenhang mit Unfällen in Alten- und Pflegeheimen, ZfS 6/2002 S. 161ff). Bei Fremdverschulden sollte neben den Regreßansprüchen und der Unterstützung der Versicherten bei Schmerzensgeldansprüchen auch immer der Landesverband bzw. die Landesvertretung informiert werden, um Qualitätsprüfungen nach §§ 113, 114 SGB XI einleiten zu können. Wir haben die Pflegekassen gebeten, für die Sachbearbeitung eine Handlungsanweisung zur Qualitätssicherung in der Pflege zu erstellen. Dabei kann die Anforderung und Überprüfung der Pflegedokumentation in (un-) regelmäßigen Abständen auch zur Überprüfung des Dauerbezugs von Behandlungspflege und damit dem Kostencontrolling in der Krankenversicherung dienen. Das Einverständnis des Pflegebedürftigen mit der Anforderung sollte schon bei der Antragstellung auf Sach- oder Kombinationsleistung eingeholt werden

(Mustererklärung). Die weitgehende Auslagerung der Rechnungsprüfung und -begleichung der Abrechnungen der Pflegedienste erweist sich hier als kontraproduktiv.

Prüfung der MDK-Widerspruchsgutachten auf Schlüssigkeit durch die Pflegekasse

Bei einer Pflegekasse war einer vergleichsweise sehr hohen Zahl von Widersprüchen stattgegeben worden. Eine Überprüfung der Fälle ergab, daß einige Feststellungen des MDK in den Widerspruchsgutachten nicht nachzuvollziehen waren. In einigen Fällen war der MDK offenbar durch die Kasse beeinflusst worden: mit der Bitte um "wohlwollende Prüfung" o.ä. Wir haben die Kasse dringend gebeten, bei der Widerspruchsbearbeitung durch die Sachbearbeitung und die Widerspruchsstelle die gebotene Objektivität zu wahren und alle (entscheidungsrelevanten) MDK-Gutachten auf ihre Plausibilität und Schlüssigkeit zu überprüfen. Wir haben weiter darauf hingewiesen, daß die Krankenkasse über § 46 SGB XI Treuhänderin für die Pflegekasse ist und gegebenenfalls auch aus dem Treuhandverhältnis haftet. Bei einer nach unseren Feststellungen großzügig bemessenen Verwaltungskostenpauschale sollte auch der Wunsch nach Arbeitsvermeidung kein stichhaltiger Grund für eine solche Verfahrensweise sein.

Definition wohnumfeldverbessernder Maßnahmen und technischer Hilfsmittel

Eine gewisse Findigkeit beweisen einzelne Pflegekassen, wenn sie Steighilfen wie Scala Mobile oder gar einen Umbau eines PKW unter wohnumfeldverbessernde Maßnahmen einreihen oder Treppenlifte den technischen Hilfsmitteln (jeweils mit

voller Kostenübernahme) zuweisen. Wir haben hier jeweils die erforderlichen Korrekturen veranlaßt. Hier stellt sich - zumindest im Wiederholungsfall - schon die Frage nach arbeits- und haftungsrechtlichen Maßnahmen gegenüber Mitarbeitern der Pflegekassen.

1.7 Satzungsrecht

Leistungen der besonderen Therapierichtungen

Sofern die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse bereits gesetzlich bestimmt ist, ist es einer Krankenkasse als Satzungsgeber nicht gestattet, in der Kassensatzung das Gesetz zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu interpretieren. Dies hat das Bundessozialgericht in einem Verfahren zwischen dem Bundesversicherungsamt und einer Betriebskrankenkasse zu Leistungen der besonderen Therapierichtungen klargestellt. Als zulässig kann allenfalls die Wiedergabe des Gesetzeswortlautes durch Bezugnahme oder wörtliches Zitat angesehen werden.

Als Konsequenz aus diesem Urteil waren neu vorgelegte wie auch bereits genehmigte Satzungen auf ihre Vereinbarkeit mit der Entscheidung zu überprüfen. Soweit erforderlich haben wir die Krankenkassen angehalten, ihr Satzungsrecht entsprechend anzupassen.

Beitragssatzerhöhung durch Aufsichts-anordnung

Das Bundesversicherungsamt hatte mit Bescheid vom 19. September 2002 der vom Verwaltungsrat einer BKK beschlossenen Beitragssatzerhöhung von 11,2 auf 12,2 Prozent als nicht ausreichend die Genehmigung versagt und mit einem weiteren

Bescheid selbst den Beitragssatz auf 12,8 Prozent festgesetzt. Hierzu wurde die sofortige Vollziehung angeordnet. Die finanzielle Situation der BKK hat dieses Vorgehen zwingend erfordert. Da ihr Vermögen aufgebraucht war und sich negative Betriebsmittel ergaben, war nach unserer Auffassung eine Gefährdung der Leistungsfähigkeit nur durch die Beitragssatzanhebung auf 12,8 Prozent zu vermeiden.

Im sich anschließenden Rechtsstreit hat das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen Ende Dezember 2002 die Anordnung der sofortigen Vollziehung aufgehoben und gleichzeitig entschieden, daß die BKK den von ihr beschlossenen Beitragssatz von 12,2 Prozent vorläufig erheben darf. In der Begründung des Beschlusses hieß es, daß grundsätzlich der Verwaltungsrat einer Krankenkasse als selbstverwalteter Körperschaft über die Beiträge entscheide. Da der Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse im September eine Beitragserhöhung von 11,2 auf 12,2 % beschlossen habe, habe er zeitnah seine Satzungsautonomie wahrgenommen. Darüber hinaus gehende Eilmaßnahmen der Aufsichtsbehörde scheiden damit nach Auffassung des Landessozialgerichts aus.

Damit hat das Landessozialgericht die Verantwortung für die ausreichende Höhe des Beitragssatzes ausschließlich dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse übertragen. Es hat aber nicht über die inhaltliche Frage entschieden, ob der Beitragssatz von 12,2 Prozent tatsächlich ausreicht, um eine Konsolidierung der Betriebskrankenkasse zu gewährleisten. Das Bundesversicherungsamt ist nach wie vor der Überzeugung, daß die angeordnete Beitragssatzanhebung auf 12,8 Prozent erforderlich war, und wird dies im Hauptsacheverfahren weiter verfolgen.

1.8 Mitwirkungsrechte

Vereinigungsverfahren von Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen

Auch im Berichtsjahr rollt die Fusionswelle bei den gesetzlichen Krankenkassen weiter. Sechzehn Fusionsverfahren von Betriebskrankenkassen und zwei von Innungskrankenkassen haben wir - zum Teil gemeinsam mit den jeweils zuständigen Landesaufsichtsbehörden - durchgeführt und entsprechende Satzungen genehmigt.

2. RENTENVERSICHERUNG

- 2.1 Rehabilitation
- 2.2 Eingaben
- 2.3 Aufsichtsprüfungen
- 2.4 Auslandsberührungen

2. RENTENVERSICHERUNG

2.1 Rehabilitation

Bedarfsgerechte Rehabilitation

Um Nachteile für Rehabilitanden abzuwenden und Rehabilitationsmaßnahmen zu beschleunigen, regelt § 14 SGB IX, daß der zuerst angegangene Rehabilitationsträger verpflichtet ist, die notwendigen Rehabilitationsleistungen zu erbringen, sofern der Antrag nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang dem eigentlich zuständigen Rehabilitationsträger zugeleitet worden ist. Damit trägt derjenige Rehabilitationsträger, an den sich der Erstantrag richtet, nunmehr die Verantwortung dafür, daß eine Sachentscheidung unverzüglich ergeht.

Gegenüber einem Rentenversicherungsträger haben wir insbesondere klargestellt, daß dieser das Zuständigkeitsklärungsverfahren selbst dann durchzuführen hat, wenn die Erwerbsfähigkeit rentenanspruchserheblich gemindert ist. Zwar werden Teilhabeleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung durch die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit regelmäßig ausgeschlossen, nicht jedoch Teilhabeleistungen anderer Sozialversicherungszweige. Daher trifft den Rentenversicherungsträger auch im Rentenverfahren die verfahrensrechtliche Pflicht, den Rehabilitationsantrag an den Rehabilitationsträger weiterzuleiten, der für die Leistungserbringung zuständig ist. Sein Unterlassen begründet anderenfalls seine endgültige Zuständigkeit mit der Folge, daß nunmehr er selbst die Leistung erbringen muß.

Wiederholt sind wir bei unseren Prüfungen auf entsprechende Versäumnisse der Rentenversicherungsträger gestoßen. Unsere grundsätzliche Verfahrenskritik hat die Träger aber bewogen, ihre Verwaltungspraxis mit Erfolg zu verbessern. Wir konnten auch erreichen, daß die Rentenversicherungsträger in entsprechenden Störfällen Teilhabeleistungen ersatzweise gewährt haben.

Besonders aufmerksam haben wir im Berichtszeitraum darauf geachtet, daß Leistungen zur Teilhabe bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden. Uns war wichtig, daß der positive Bewußtseinswandel bei den Trägern der Rentenversicherung sich in der täglichen Praxis niederschlägt und fortentwickelt wird.

Zu den vielen Mosaiksteinen, mit denen das neu gestaltete Rehabilitationsrecht nunmehr umzusetzen ist, gehören neben der Anpassung der Bescheidtexte an die gesetzlichen Neuregelungen auch entsprechende Arbeitsmaterialien und Arbeitsanweisungen, bei deren Ausgestaltung wir die Rentenversicherungsträger wiederholt beraten konnten.

2.2 Eingaben

Überblick

Entscheidungen zur Versicherungspflicht in der Rentenversicherung waren in diesem Jahr Anlaß zahlreicher Eingaben und Petitionen.

Einzeleingaben					
Neueingänge vom 1.1.02 bis 31.12.02					
Gebiet	mit Berichtspflicht			allein BVA	ge- sam
	PADB ¹	BMA ²	zu- sam- men		
Rentenver- sicherung	554	109	663	1760	2423

¹⁾ Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages
²⁾ Bundesministerium für Arbeit- und Sozialordnung, jetzt Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Die Abgrenzung zwischen abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit ist nach wie vor ein Schwerpunktthema. Häufig beanstanden Bürger, daß die Clearingstelle der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte für sie eine abhängige Beschäftigung festgestellt hat. Daß auch Dienstleistungen – bei vertraglicher Vereinbarung und entsprechender tatsächlicher Durchführung – häufig im Rahmen abhängiger Beschäftigungen erbracht werden, ist Betroffenen schwer zu vermitteln. Wir haben zahlreiche Einzelfälle überprüft und konnten für einige Beschwerdeführer erreichen, daß sie in ihrer Tätigkeit – wie gewünscht – als selbständig angesehen werden.

Eingaben zur Versicherungspflicht Selbständiger lassen den Wunsch erkennen, eine Einbeziehung in die Rentenversicherung zu vermeiden. Befreiungsmöglichkeiten werden wahrgenommen. Aufgrund sich wandelnder Berufsbilder erweist sich auch die Zuordnung zur Versicherungspflicht Selbständiger als zunehmend schwierig.

Begründung von Bescheiden

Anlaß für Beschwerden von Versicherten und Rentnern ist immer wieder die unzureichende Begründung von Entscheidungen durch die Rentenversicherungsträger. Um für die Betroffenen das Verwaltungshan-

deln transparent zu machen, Rechtsbehelfen vorzubeugen und eine Überprüfung zu erleichtern, muß ersichtlich sein, welche tatsächlichen und rechtlichen Gründe für eine Entscheidung wesentlich waren.

Zur Begründung von Bescheiden, mit denen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abgelehnt wurde, verwandte ein Träger eine Formulierung, die lediglich den Gesetzeswortlaut wiedergab.

Gemäß § 43 Abs. 3 SGB VI ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Die „üblichen Bedingungen“ des allgemeinen Arbeitsmarktes beziehen sich auf die Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses. Üblich sind Bedingungen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, wenn sie nicht nur in Einzel- oder Ausnahmefällen, sondern in nennenswertem Umfang auf dem Arbeitsmarkt Anwendung finden. Zur Erwerbsfähigkeit gehört demnach, daß eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit ausgeübt werden kann. Im Normalfall muß ein Arbeitnehmer die erforderliche Arbeitsleistung an jedem Tag der Arbeitswoche erbringen können, um einen Arbeitsplatz auszufüllen.

Der auf unsere Anregung hin durch den Rentenversicherungsträger neu gestaltete Text erläutert dem Versicherten jetzt, daß in seinem Fall das für die Ausgestaltung eines Arbeitsverhältnisses maßgebliche Element Arbeitszeit im Hinblick auf Dauer, Lage und Verteilung den „üblichen Bedingungen“ entspricht.

Härten im Versorgungsausgleich

Entscheidungen über den Versorgungsausgleich wirken sich bei geschiedenen Ehegatten oft auf deren Rentenansprüche aus. Härten, die sich dabei ergeben, beseitigt das Gesetz zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich (VAHRG). Ist z.B. der ausgleichsberechtigte Ehegatte verstorben und sind bis zu seinem Tode aus den übertragenen Rentenanswartschaften nur Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzbetrag erbracht worden, wird die Rente des ausgleichspflichtigen Ehegatten nicht gekürzt (§ 4 Abs. 2 VAHRG).

Der maßgebende Grenzbetrag wird häufig durch die Zahlung von Waisenrenten nach dem Tod des Ausgleichsberechtigten überschritten, so daß der ausgleichsverpflichtete Ehegatte auch nach dem Tod des ausgleichsberechtigten Ehegatten nur eine gekürzte Rente erhält. Verzichten die Waisen vor Überschreiten des Grenzbetrages auf ihre Rente, können diese Abschläge vermieden werden. Ein Einzelfall war Anlaß für uns, die Aufklärungspflicht eines Rentenversicherungsträgers hinsichtlich dieser Härtefallregelung zu überprüfen.

Gemeinsame Kinder wären oft zu einem Verzicht auf die Waisenrente bereit, damit der Ausgleichspflichtige eine ungekürzte Rente erhalten könnte, machen jedoch von dieser Möglichkeit aus Unkenntnis in der Regel keinen Gebrauch.

Wird eine Waisenrente aus der Versicherung des verstorbenen Ausgleichsberechtigten beantragt, ist der Träger nicht verpflichtet, den Antragsteller oder den Ausgleichspflichtigen von Amts wegen darüber zu beraten, ob und wann durch den beantragten Leistungsbezug der Grenzbetrag des § 4 Abs. 2 VAHRG überschritten wird.

Der Träger hat aber in sein allgemeines Aufklärungsschreiben über die Auswirkungen des § 4 VAHRG einen Hinweis auf die Möglichkeit des Verzichts aufgenommen. Durch diese Information wird der Ausgleichspflichtige in die Lage versetzt, die anspruchsberechtigten Waisen zum Verzicht zu veranlassen und dadurch in den Genuß der ungekürzten Rente zu kommen.

Hinweispflicht nach § 115 Abs. 6 SGB VI

Um sie vor Nachteilen des Antragsprinzips zu schützen, sollen die Rentenversicherungsträger Berechtigte darauf hinweisen, daß sie eine Leistung erhalten können, wenn sie diese beantragen (§ 115 Abs. 6 SGB VI). Eine Hinweispflicht besteht in Fällen, in denen es nahe liegt, daß der Berechtigte Leistungen in Anspruch nehmen will und der Träger ohne weitere Ermittlungen aus dem Versicherungskonto erkennen kann, daß ein Rentenanspruch besteht (sogenannte „geeignete Fälle“). Die Rentenversicherungsträger haben hierzu gemeinsame Richtlinien erlassen, die im wesentlichen am 1. Juli 1998 in Kraft getreten sind. Danach werden beispielsweise Versicherte, die in Kürze ihr 65. Lebensjahr vollenden und die allgemeine Wartezeit (60 Monate) erfüllt haben, auf die Inanspruchnahme einer Regelaltersrente hingewiesen.

Geeignet für einen Hinweis war nach unserer Auffassung auch der Fall eines Beziehers einer Berufsunfähigkeitsrente. Der Rentenartfaktor einer Rente für schwerbehinderte Menschen ist im Gegensatz zu den Berufsunfähigkeitsrenten bzw. den Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung um wenigstens ein Drittel höher und führt damit regelmäßig zu erheblich höheren Zahlungsbeträgen.

Der Rentenversicherungsträger hat unsere Anregung aufgegriffen und wird künftig - maschinell gesteuert - die Bezieher einer Rente wegen Berufsunfähigkeit, die vor dem 1. Januar 1951 geboren sind und die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben, vor Vollendung des 60. Lebensjahres auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Altersrente für Schwerbehinderte (§ 236a SGB VI) hinweisen. Das gleiche gilt für Bezieher einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, der eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit nach dem am 31. Dezember 2000 geltenden Recht zu Grunde lag.

Pflegetätigkeit führte zur Rentenzahlung

Eine 86jährige Beschwerdeführerin, die seit 60 Jahren ihre behindert geborene Tochter pflegt, freute sich auf eine kleine Rente. Die Pflegekasse, von der die Tochter Pflegeleistungen erhält, hatte der Beschwerdeführerin mitgeteilt, sie sei aufgrund ihrer Pflegetätigkeit gesetzlich rentenversichert. Für die Zeit ab dem 1. April 1995 wurden daher Beiträge an den zuständigen Rentenversicherungsträger entrichtet.

Die Enttäuschung war groß, als im März 2000 der Rentenversicherungsträger den Rentenantrag ablehnte. Bereits im Januar 2000 hatte die Pflegekasse die Beschwerdeführerin informiert, sie sei, da 1915 geboren, von der Anrechnung von Kindererziehungszeiten ausgeschlossen. In der gesetzlichen Rentenversicherung bestünde daher Versicherungsfreiheit und die bereits entrichteten Beiträge seien zu Unrecht an den Rentenversicherungsträger abgeführt worden.

Nach unserer Auffassung mußte es im Fall der Beschwerdeführerin jedoch aus verfahrens-

rechtlichen Gründen bei Versicherungspflicht und Beitragszahlung bleiben. Dem hat sich der Rentenversicherungsträger angeschlossen. Er hob als zuständige Behörde den Rücknahmebescheid der Pflegekasse auf. Daraufhin zahlte die Pflegekasse die bereits zurückgebuchten 57 Pflichtbeiträge für die Zeit vom 1. April 1995 bis 31. Dezember 1999 und die fehlenden Pflichtbeiträge für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 2000 wieder ein.

Seit 1. April 2000 erhält die Beschwerdeführerin eine kleine Altersrente.

Verrechnung von geschuldeten Beiträgen zur gesetzlichen Sozialversicherung mit einer Rente

Als besonders belastend empfinden viele Betroffene, daß die Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen und die Durchsetzung von Beitragsansprüchen gesetzlich privilegiert sind. Eine Aufrechnung können die Rentenversicherungsträger gegen Ansprüche auf laufende Geldleistungen (z.B. Renten) bis zur Hälfte vornehmen, ohne dabei die Pfändungsfreigrenzen beachten zu müssen, wenn der Berechtigte dadurch nicht sozialhilfebedürftig wird (§ 51 Abs. 2 SGB I). Allerdings hat der Träger nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung der Verhältnisse des jeweiligen Einzelfalles zu entscheiden, ob und inwieweit eine Verrechnung (bei Ansprüchen anderer Leistungsträger) durchgeführt wird (§ 52 SGB I).

Wir haben eine Eingabe zum Anlaß genommen, den Rentenversicherungsträger darauf hinzuweisen, daß die Verrechnung als Ermessensentscheidung eine Interessenabwägung voraussetzt und die Begründung gegenüber dem Betroffenen daher erkennen lassen muß, von welchen Gesichts-

punkten der Träger bei der Ausübung seines Ermessens ausgegangen ist.

Im Einzelfall haben unsere Erörterungen mit dem Träger dazu geführt, daß dieser seine Entscheidung unter Berücksichtigung der Ausführungen des Betroffenen überprüft und den Verrechnungsbescheid aufgehoben hat.

Spontanberatung des Rentenversicherungsträgers

Wenn ein Anlaß bestand, den Versicherten auf zweckmäßige Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen, die er mutmaßlich nutzen würde, der Versicherte aber nicht entsprechend aufgeklärt wurde, sieht das Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung darin eine Verletzung von Beratungs- und Auskunftspflichten, auch wenn der Versicherte um Beratung nicht gebeten hatte. Aus dieser Pflichtverletzung ergibt sich ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch. Die Annahme eines konkreten Beratungsanlasses setzt voraus, daß tatsächlich eine Sachbearbeitung durch den Rentenversicherungsträger erfolgt ist.

Die in der höchstrichterlichen Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze waren in einem Fall unbeachtet geblieben, in dem eine 1940 geborene Versicherte, die seit 1993 eine befristete und später auf ihre Anträge wiederholt weitergezahlte Rente wegen Erwerbsunfähigkeit erhalten hatte, im Mai 2001 einen Antrag auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen nach § 236a SGB VI stellte. Dem Antrag war entsprochen worden. Allerdings hatte der Träger aus § 99 Abs. 1 Satz 2 SGB VI einen Rentenbeginn zum 1. Mai 2001 abgeleitet und sich dabei auf das Datum einer Terminvergabe für eine Beratung bei einer Auskunfts- und Beratungsstelle im Mai

desselben Jahres gestützt. Den Einwänden der Versicherten, die einen früheren Rentenbeginn anstrebte und beklagte, nicht rechtzeitig einen Hinweis auf die Altersrente für schwerbehinderte Menschen erhalten zu haben, hat sich der Rentenversicherungsträger zunächst verschlossen. Daraufhin wandte sich die Versicherte mit der Bitte um Unterstützung an das Bundesversicherungsamt.

Auch in seiner ersten Stellungnahme gegenüber der Aufsichtsbehörde erklärte der Rentenversicherungsträger, ihn habe keine Hinweispflicht nach § 115 Abs. 6 SGB VI getroffen. Der Antrag der Beschwerdeführerin auf Umwandlung ihrer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit in eine Altersrente gemäß § 236a SGB VI sei zu spät eingegangen, um die Altersrente ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt zu bewilligen.

Das Bundesversicherungsamt hat hingegen angenommen, daß bereits während der Bearbeitung des Antrags auf Weiterzahlung der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ein gesonderter Beratungsanlaß zur Beantragung der Altersrente bestanden hat. Wir haben den Rentenversicherungsträger auf die Rechtsprechung des BSG – vgl. BSG vom 9. Dezember 1997, Az.: 8 RKn 1/97 – zu den Kriterien für eine Spontanberatung hingewiesen und zu bedenken gegeben, daß im konkreten Fall bei einer Einsichtnahme in den Versicherungskontenspiegel hätte auffallen müssen, daß die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt war und die Versicherte bei Berücksichtigung von Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten aufgrund der neuen Bewertung der Zeiten gegebenenfalls eine höhere Rentenanwartschaft erworben haben konnte.

Der Rentenversicherungsträger hat sich schließlich der Auffassung des Bundesver-

sicherungsamtes angeschlossen und die vorzeitige Altersrente ab dem frühestmöglichen Termin bewilligt.

Waisenrente nach Ableistung des Zivildienstes

Das Bundesversicherungsamt hatte zu klären, welche Vorschriften anzuwenden sind, wenn – in einer besonderen Konstellation – eine Waisenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit einer Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zusammentrifft.

Grundsätzlich sieht § 93 SGB VI bei dem Zusammentreffen von Renten aus der Rentenversicherung und Renten aus der Unfallversicherung vor, daß beide Renten zusammen einen bestimmten Grenzbetrag nicht überschreiten dürfen. Wird der Grenzbetrag überschritten, darf die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung insoweit nicht geleistet werden; die Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wird weiterhin in voller Höhe gezahlt.

Wie dieser Grenzbetrag zu ermitteln ist, schreibt § 93 Abs. 3 SGB VI vor. § 93 Abs. 2 SGB VI normiert, was bei der Ermittlung der Summe der zusammentreffenden Rentenbeträge unberücksichtigt bleibt. Diese Vorschrift ist allerdings erst seit dem 1. Januar 1992 in Kraft.

Für Renten, die bereits vor dem 1. Januar 1992 ausgezahlt wurden, enthalten die §§ 266, 311 SGB VI Übergangsvorschriften. Mit § 311 SGB VI wird erreicht, daß das vor dem 1. Januar 1992 anzuwendende Recht über das Zusammentreffen von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung mit Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach der RVO für am 31. Dezember 1991 laufend gezahlte Ren-

ten auch ab dem 1. Januar 1992 aufrechterhalten bleibt.

Das vor dem 1. Januar 1992 geltende Recht sah zum einen eine andere Berechnung des erwähnten Grenzbetrags vor, zum anderen wurden bei der Zusammenrechnen der beiden Renten andere Beträge nicht berücksichtigt. Die Übergangsvorschrift des § 311 SGB VI sollte somit gewährleisten, daß sich durch die veränderte Rechtslage nicht die Berechnung der laufenden Renten ändert.

Die Einführung des § 266 SGB VI war erforderlich, um den Besitzstand, wie er sich aus § 311 SGB VI ergibt, auch für den Fall der Neufeststellung der Rente zu gewährleisten sowie für spätere, sich an den bisherigen Rentenbezug unmittelbar anschließende Renten desselben Berechtigten. Andernfalls hätte sich der Grenzbetrag im Falle der Neufeststellung oder bei einer anschließenden Rente an denselben Berechtigten allein nach § 93 Abs. 3 SGB VI bestimmt.

Mit seiner Eingabe wandte sich ein Petent gegen rentenrechtliche Nachteile, die ihm aufgrund der Ableistung seines Zivildienstes hinsichtlich der ihm zustehenden Waisenrente entstanden waren. Der Petent erhielt seit 1985 eine Waisenrente aus der Unfall- und Rentenversicherung seines verstorbenen Vaters. Mit Beginn des Zivildienstes im Jahr 1999 hatte der Versicherungsträger die Zahlung der Waisenrente eingestellt. Nach Ableistung des Zivildienstes im Jahr 2000 stellte der Petent mit Aufnahme eines Studiums erneut einen Rentenanspruch, woraufhin der Versicherungsträger die Waisenrente nunmehr nach dem Recht des SGB VI feststellte, mit dem Ergebnis, daß die Waisenrente aus der Rentenversicherung nicht mehr zu zahlen

war, da sie zusammen mit der Rente aus der Unfallversicherung den zulässigen Grenzbetrag überschritt.

Der Versicherungsträger berief sich auf das Rentenantragsjahr 2000 – also nach dem 31. Dezember 1991 –, so daß die Übergangsvorschriften §§ 266, 311 SGB VI nicht eingriffen. Über die Waisenrente sei vielmehr nach dem ab dem 1. Januar 1992 geltenden Recht (§ 93 SGB VI) zu entscheiden.

Das Bundesversicherungsamt vertritt hingegen die Auffassung, daß auch in diesen Fällen die Übergangsvorschriften §§ 266, 311 SGB VI zur Anwendung kommen. Maßgeblich sind folgende Erwägungen:

Die Ableistung des Wehr- und Zivildienstes wird durch Gesetz angeordnet; dieser gesetzlichen Verpflichtung kann sich niemand entziehen. Denn die Dauer dieses Dienstes ist gesetzlich festgelegt, d.h. die Dauer der Unterbrechung des Waisenrentenbezugs ist für den Versicherungsträger im voraus bestimmbar. Derjenige, der einen Dienst für das Gemeinwohl leisten muß und dadurch seine Ausbildung zwangsweise hinausschiebt, muß davor geschützt werden, finanzielle Nachteile gegenüber demjenigen zu erleiden, der diesen Dienst nicht leistet. Eine Anwendung des § 93 SGB VI und der gleichzeitige Ausschluß der §§ 266, 311 SGB VI in diesen Fällen läuft auf eine Ungleichbehandlung der Personen, die ihren Wehr- oder Zivildienst ausüben, gegenüber denjenigen hinaus, die nicht von dieser Pflicht betroffen sind. Da ein sachlicher Grund für eine solche Ungleichbehandlung nicht ersichtlich ist, würde diese Vorgehensweise zu einer Verletzung des Art. 3 GG führen.

In dieser Rechtsauffassung sehen wir uns durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) bestätigt: Die Einberufung zum Zivildienst führt danach nicht zum Wegfall des subjektiven Rechts bezüglich der Rente, sondern nimmt ihr nur die Eignung, monatliche Zahlungsansprüche entstehen zu lassen. Das subjektive Recht besteht solange fort, wie aus diesem – bildhaft gesprochen – „Quellrecht“ (vgl. BSG-Urteil vom 31. März 1998, Az: B 4 RA 114/95 R) noch Zahlungsansprüche entstehen können.

Nach dieser Auffassung kommt es somit zwar durch den Zivildienst zu einer Unterbrechung der Rentenzahlungen; die anspruchsbegründenden Rechte bleiben jedoch erhalten, so daß eine Anwendung des neuen Rechts bei erneuten Zahlungen nicht in Betracht kommt (vgl. BSG-Urteil vom 22. Mai 2002 – B 8 Kn 10/01 R).

Unsere Argumentation überzeugte den Rentenversicherungsträger. Dem betroffenen Studenten entstanden keine rentenrechtlichen Nachteile.

Nachträgliche Einbeziehung in ein Zusatzversorgungssystem aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

Die Rechtsprechung des BSG, nach der Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatzversorgungssystem nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) nicht nur dann anzuerkennen sind, wenn die Betroffenen durch Beitritt oder Aushändigung einer Urkunde zu DDR-Zeiten formal einbezogen worden waren, sondern auch dann, wenn konkret

eine Beschäftigung ausgeübt wurde, derentwegen ihrer Art nach eine zusätzliche Altersversorgung in einem System der Anlage 1 zum AAÜG vorgesehen war (nachträgliche Einbeziehung), hat zu zahlreichen Eingaben beim Bundesversicherungsamt geführt. Betroffen war in den meisten Fällen die „Zusätzliche Altersversorgung der technischen Intelligenz“.

Viele Antragsteller haben sich darüber beklagt, daß ihre Anträge vom Zusatzversorgungsträger nicht zeitnah bearbeitet würden. Andere haben beanstandet, daß ihre Anträge auf nachträgliche Einbeziehung abgelehnt wurden, weil sie die vom BSG aufgestellten Kriterien – Art der ausgeübten Beschäftigung, berufliche Qualifikation und Beschäftigung in einem volkseigenen Produktionsbetrieb oder diesem gleichgestellten Betrieb – nicht erfüllten.

Im Hinblick auf die Bearbeitungsdauer mußten wir die Petenten und Beschwerdeführer darauf hinweisen, daß angesichts der außerordentlich hohen Anzahl von Anträgen aufgrund der Rechtsprechung des BSG Verzögerungen nicht immer zu vermeiden waren.

Zu der Frage, unter welchen Voraussetzungen eine nachträgliche Einbeziehung in ein Zusatzversorgungssystem in Betracht kommt, hat das BSG im Berichtsjahr eine Reihe von Entscheidungen getroffen, die wir den Betroffenen immer wieder erläutert haben.

So hat das BSG beispielsweise entschieden, daß eine Einbeziehung in die zusätzliche Altersversorgung der technischen Intelligenz nur für solche Ingenieure in Betracht kommt, die entsprechend einer DDR-Verordnung berechtigt waren, den Titel „Ingenieur“ zu führen. Damit zählen

z.B. Laboringenieure, Ingenieurpädagogen, Diplom-Chemiker, Diplom-Mathematiker und Diplom-Physiker nicht zu dem berechtigten Personenkreis, wohl aber Ingenieur-Ökonomen.

In weiteren Entscheidungen hat das BSG zur Bestimmung der volkseigenen Produktions- oder ihnen gleichgestellten Betriebe Stellung genommen und festgestellt, daß es bei der Bestimmung des Begriffs „volkseigener Produktionsbetrieb“ auf den Sprachgebrauch der DDR am 30. Juni 1990 ankomme und daher nur volkseigene Produktionsbetriebe der Industrie und des Bauwesens in Betracht kommen. Damit scheiden z.B. Handels- und Dienstleistungsbetriebe ebenso aus wie Genossenschaften und die in Form einer GmbH geführte Interflug.

Zeiten der Beschäftigung bei der Sowjetischen Militär-Administration in Deutschland (SMAD)

Der Nachweis von Beitragszeiten in der unmittelbaren Nachkriegszeit kann für Versicherte zu Problemen führen. So bat ein Beschwerdeführer mit seiner Eingabe um rentenrechtliche Anerkennung seiner Tätigkeit bei der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD), die seiner Erinnerung nach von Januar bis August 1946 gedauert hatte.

Der Versicherungsträger hatte die Zeit vom 1. Januar bis zum 14. Oktober 1946 als Lücke vermerkt, weil die vom Beschwerdeführer angegebene Tätigkeit weder im Arbeitsbuch noch im Versicherungsausweis eingetragen worden sei. Da die Originalunterlagen vorgelegen hätten, sei eine Glaubhaftmachung nicht zulässig. Erforderlich sei ein Nachweis über die tatsächliche Beitragsentrichtung.

Wir haben den Versicherungsträger auf die gemeinsamen Vorschriften für sämtliche Länder der DDR aus dem Jahre 1946 hingewiesen, die unter anderem auch Regelungen zur Versicherungspflicht und Beitragszahlung für Beschäftigte bei der Sowjetischen Militär-Administration enthielten. In diesem Zusammenhang hatte sich die SMAD am 3. Juli 1946 bereit erklärt, für die ihr unterstellten Beschäftigten dem zuständigen Träger der Sozialversicherung Globalbeiträge zu überweisen. Aufgrund dieses Sachverhaltes erkannte die Zentralverwaltung der Sozialversicherung diese Zeiten auch dann als Pflichtbeitragszeiten an, wenn keine Versicherungsunterlagen beigebracht werden konnten.

Der Versicherungsträger hat sich unserer Auffassung angeschlossen und die Zeit vom 1. Januar bis 14. Oktober 1946 als Beitragszeit anerkannt.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente

Zahlreiche Eingaben, die uns im Berichtsjahr erreichten, betrafen die Ablehnung von Erwerbsminderungsrenten. In den meisten Fällen wurde beanstandet, daß der Versicherungsträger das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen (teilweise oder volle Erwerbsminderung) nicht anerkannt habe. In anderen Fällen waren dagegen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen strittig.

So hatte im Fall eines Beschwerdeführers der Versicherungsträger die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung mit der Begründung abgelehnt, daß zwar die medizinischen, nicht aber die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt seien, weil der Beschwerdeführer

nicht die nach § 43 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI erforderlichen drei Jahre Pflichtbeiträge in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung nachweisen könne.

Wir haben daraufhin den Versicherungsträger gebeten zu prüfen, ob im vorliegenden Fall nicht die Regelung des § 43 Abs. 5 i.V.m. § 53 Abs. 2 SGB VI zum Tragen komme, nach der eine Pflichtbeitragszeit von drei Jahren nicht erforderlich ist, wenn die Erwerbsminderung vor Ablauf von sechs Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eingetreten ist.

Der Versicherungsträger hat nach erneuter Prüfung des Sachverhaltes festgestellt, daß der Beschwerdeführer innerhalb dieser sechs-Jahresfrist vor Eintritt der Erwerbsminderung an einem Lehrgang „Modulares Lernen“ des Bildungs- und Beratungsinstituts Halle teilgenommen hatte, der als Ausbildung anerkannt werden konnte. Damit waren die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, und die Erwerbsminderungsrente wurde bewilligt.

Zuordnung der Kindererziehungszeit zum Versicherungskonto des Ehemannes

Gelegentlich kann es vorkommen, daß die aufsichtsrechtliche Prüfung zu einem anderen Ergebnis gelangt als ein in der gleichen Angelegenheit ergangenes Gerichtsurteil. So auch im vorliegenden Fall, in dem einem Vater die Zeit der Kindererziehung für seine Tochter zunächst nicht zugeordnet werden konnte, da die gemeinsame Erklärung der Eltern beim Träger nicht rechtzeitig vorgelegen hatte.

Erst 1997 hatte der Vater für die im Jahr 1994 geborene Tochter die Feststellung von Kindererziehungszeiten beantragt. Dabei hatte er gemeinsam mit seiner Ehefrau

eine Erklärung abgegeben, nach welcher ihm für die Zeit von Januar 1995 bis zum Jahresanfang 1997 - in dieser Zeit befand er sich im Erziehungsurlaub - die Kindererziehungszeit zugerechnet werden sollte. Als der Antrag abgelehnt wurde, wandte der Vater im Widerspruchsverfahren ein, bereits im Juli 1994 eine entsprechende gemeinsame Erklärung an den Rentenversicherungsträger übersandt zu haben. Jedoch ergab die Überprüfung, daß eine solche Erklärung nicht bei dem Rentenversicherungsträger eingegangen war. Der Widerspruch blieb ebenso wie die anschließende Klage mit der Begründung ohne Erfolg, daß es an der rechtzeitigen Abgabe einer gemeinsamen Erklärung der Eltern gemäß § 56 SGB VI fehlte.

Der Vater wandte sich mit der Bitte um Unterstützung an das Bundesversicherungsamt. Wir konnten den Beteiligten einen Ausweg eröffnen durch Hinweis auf die Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) vom 16. Dezember 1997 - 4 RA 59/97 und 4 RA 60/97 – die deutlich gemacht haben, daß ab dem Jahresbeginn 1992 zurückgelegte Kindererziehungs- bzw. Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung auch ohne Abgabe einer übereinstimmenden Erklärung dem Vater zuzuordnen sind, wenn dieser das Kind im Sinne von § 56 Abs. 2 Satz 9 SGB VI überwiegend erzogen hat. Eine überwiegende Erziehung durch den Vater kann nach diesen Entscheidungen immer dann angenommen werden, wenn der Vater statt der Mutter etwa Erziehungsurlaub nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz in Anspruch genommen oder wegen der Kindererziehung seine Erwerbstätigkeit unterbrochen, beendet oder - in stärkerem Umfang als die Mutter - eingeschränkt hat.

Daraufhin erklärte der Rentenversicherungsträger, einer Zuordnung der Kindererziehungszeit zum Versicherungskonto des Vaters stehe nichts im Wege, zumal die Rentenversicherungsträger in der Vergangenheit beschlossen hätten, den genannten Entscheidungen zu folgen. Die Umstände des Einzelfalles ließen auf eine überwiegende Erziehung durch den Vater im Sinne von § 56 Abs. 2 Satz 9 SGB VI schließen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen dem Behinderten eine möglichst dauerhafte Eingliederung in das Arbeitsleben ermöglichen.

Im Falle eines Schwerbehinderten hatte der Rentenversicherungsträger jedoch die entsprechende Ausstattung des Arbeitsplatzes mit der Begründung abgelehnt, daß wegen des auf zwei Jahre befristeten Beschäftigungsverhältnisses eine dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nicht erreicht werde. Der Versicherte verlor bereits in der Probezeit seinen Arbeitsplatz.

Das Bundesversicherungsamt konnte dem Petenten zwar nicht zu einem neuen Arbeitsplatz verhelfen, wir haben jedoch erreicht, daß der Rentenversicherungsträger seine Verwaltungspraxis, die der Zielsetzung des § 33 Abs. 1 SGB IX absolut widersprach, aufgab.

Nunmehr stehen auch für befristete Beschäftigungsverhältnisse grundsätzlich sämtliche rehabilitativen Sachleistungsarten der Rentenversicherung offen, wegen der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit wird jedoch einzelfallbezogen geprüft, inwieweit Leistungen erbracht werden können.

Seine Arbeitsanweisung zur Förderung auch von befristeten Arbeitsverhältnissen hat der Rentenversicherungsträger entsprechend angepaßt.

Arbeitsabläufe und Organisationsstruktur im Bereich Kfz-Hilfe

In zahlreichen Eingaben wurde immer wieder die lange Bearbeitungsdauer eines Versicherungsträgers bei Anträgen auf Kfz-Hilfe beklagt. Als Ursache der berechtigten Beschwerden haben wir Fehler in der Arbeitsorganisation ermittelt. Die eingehenden Anträge auf Kfz-Hilfe wurden wegen der oft komplizierten Sach- und Rechtslage in diesem Bereich in speziellen Arbeitsräten bearbeitet. Die Mitarbeiter dort verfügten über einschlägige und langjährige Erfahrungen auf dem Rechtsgebiet der Kfz-Hilfe.

Nach den Feststellungen des Bundesversicherungsamtes führte diese Organisationsstruktur jedoch dazu, daß bei krankheits- oder urlaubsbedingten Arbeitsausfällen nicht genügend sachkundiges Personal für die Bearbeitung der Anträge vorhanden war und die Anträge unbearbeitet liegen blieben. Der Versicherungsträger hat dieses Problem nunmehr beseitigt, indem der Sonderbereich Kfz-Hilfe aufgelöst wurde. Die Anträge auf Kfz-Hilfe werden nunmehr im gesamten Bereich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bearbeitet. Alle Mitarbeiter des Versicherungsträgers, die bisher nicht oder nur wenig im Bereich Kfz-Hilfe tätig waren, erhalten entsprechende Schulungen. So können die Anträge bei Personalausfall besser verteilt werden. Gleichzeitig haben die Mitarbeiter in Folge der größeren Vielfalt der Aufgaben die Chance, ihre Kompetenz zu steigern.

Unbefristete Nachzahlung einer Rente

Ein Rentenversicherungsträger hat es abgelehnt, über den Vierjahreszeitraum des § 44 Abs. 4 S. 1 SGB X hinaus Nachzahlungen auf der Grundlage eines Anerkenntnisses zu leisten.

Der Beschwerdeführer hatte 1996 die Überprüfung seiner seit 1984 gezahlten Rente beantragt. Gegen die daraufhin erfolgte Neufeststellung hatte er geklagt und das Anerkenntnis des Rentenversicherungsträgers erreicht.

Der Rentenversicherungsträger hatte unter Hinweis auf das Anerkenntnis einen neuen Rentenbescheid erlassen. Nachzahlungen hatte er - ohne nähere Auswertung des Anerkenntnisses - in Anwendung des § 44 Abs. 4 S. 1 SGB X nur für einen Zeitraum bis zu vier Jahren vor der Antragstellung geleistet.

Das Bundesversicherungsamt hat dem Träger erläutert, mit dem Anerkenntnis sei zugestanden worden, daß der Klageanspruch besteht, und zwar inhaltlich bezogen auf das Klagebegehren des Beschwerdeführers. Da nun der Kläger in dem sozialgerichtlichen Verfahren Nachzahlungen ab Rentenbeginn gefordert hatte, ergab sich für den Beschwerdeführer aus dem Anerkenntnis ein eigener materiell-rechtlicher Anspruch auf Nachzahlungen ab 1984. § 44 Abs. 4 S. 1 SGB X war *nicht* anzuwenden.

Unsere intensiven Erörterungen mit dem Rentenversicherungsträger haben eine erhebliche Nachzahlung ab Rentenbeginn bewirkt.

Verzögerungen beim Versicherungsträger aufgrund einer Vielzahl von Eingaben

Immer wieder kommt es vor, daß sich Beschwerdeführer in ihrer Rentenangelegenheit an die unterschiedlichsten Behörden wenden und diese mit einer Vielzahl von Eingaben überhäufen. In einem besonders gravierenden Einzelfall hat der Beschwerdeführer den zuständigen Rentenversicherungsträger mit einer Flut von unterschiedlichsten Eingaben, Anträgen, Anfragen und Rechtsbehelfen überschwemmt. So legte der Beschwerdeführer nahezu gegen jede schriftliche Äußerung des Versicherungsträgers einen in der Regel unzulässigen Rechtsbehelf ein. Zeitweise gingen bei dem Versicherungsträger auch täglich mehrere Schreiben des Beschwerdeführers ein.

Der Versicherte hat sich letztlich damit selbst geschadet, denn die Entscheidung über die beantragte Rentengewährung hat sich dadurch erheblich verzögert. Der Vorgang selbst stand teilweise der eigentlichen Rentensachbearbeitung gar nicht zur Verfügung, weil er regelmäßig zur Bearbeitung der vielen Anträge unterschiedlichster Art, Beschwerden, Widersprüche und Klagen des Beschwerdeführers anderen Arbeitsorganisationen des Versicherungsträgers zugeleitet werden mußte. Durch den umfangreichen Schriftwechsel wurde der Vorgang auch derart unübersichtlich, daß wesentliche noch zu treffende Entscheidungen (hier die Feststellung des Anspruches auf vorgezogenes Übergangsgeld vor Beginn der Rentenzahlung) von der Sachbearbeitung zunächst übersehen wurden.

Wir möchten deutlich machen, daß es weder dem Beschwerdeführer selbst, noch dem Versicherungsträger hilft, wenn aufgrund zu vieler und insbesondere nicht

zweckdienlicher Eingaben der Versicherungsträger „lahmgelegt“ und eine normale Bearbeitung des jeweiligen Leistungsantrages unmöglich gemacht wird. Hierdurch ergeben sich unnötige Verzögerungen und Fehlerquellen.

Zuschuß zu den Aufwendungen zur freiwilligen Krankenversicherung

Die deutsche Rentenversicherung ist aufgrund des Territorialitätsprinzips generell für die Erbringung von Leistungen zur Sicherung des Krankheitsrisikos für Rentner mit Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland nicht zuständig. In erster Linie ist dies Aufgabe der ausländischen Systeme der sozialen Sicherung. Bei einem gewöhnlichen Aufenthalt des Berechtigten im Ausland wird daher gemäß § 111 Abs. 2 SGB VI grundsätzlich kein Zuschuß zu den Aufwendungen zu einer freiwilligen oder privaten Krankenversicherung geleistet. Ausnahmen können sich allerdings im Rahmen des über- oder zwischenstaatlichen Rechts, z.B. aufgrund einer Gleichstellung der Staatsgebiete, ergeben.

Ein Rentenbezieher, der seinen Wohnsitz aus Deutschland in das vertragslose Ausland verlegt hatte, hatte sich an uns gewandt und das Verfahren eines Rentenversicherungsträgers zur Beantragung eines Beitragszuschusses beanstandet. Der Versicherungsträger hatte dem Beschwerdeführer den entsprechenden Antrag übersandt und das vorgesehene Verwaltungungsverfahren durchgeführt, obwohl von vorne herein das Ergebnis - nämlich die Ablehnung des Antrages - aufgrund des Wohnsitzes des Beschwerdeführers im vertragslosen Ausland festgestanden hatte.

Nach unseren Erörterungen mit dem Versicherungsträger werden künftig Anträge auf

Gewährung eines Zuschusses nur noch bei Wohnsitz in solchen Staaten übersandt, in welche die Zahlung eines Beitragszuschusses nach über- oder zwischenstaatlichem Recht generell möglich ist. Seine Geschäftsanweisung, die die Arbeitsabläufe regelt, hat der Träger inzwischen überarbeitet.

2.3 Aufsichtsprüfungen

Fehlerhafte Nichtberücksichtigung eines Versorgungsausgleiches

Ausfälle im maschinellen Benachrichtigungsverfahren der Versicherungsträger haben zeitweise und bei bestimmten Fallkonstellationen zu fehlerhaften Auszahlungen geführt. So war in Fällen, in denen sich ein durchgeführter Versorgungsausgleich, nicht mindernd auf eine bereits laufende Rente des Ausgleichspflichtigen auswirkt - sogenanntes „Rentnerprivileg“ (§ 101 Abs. 3 SGB VI) -, der spätere Rentenanspruch des Ausgleichsberechtigten nicht gemeldet worden. Dies hat dazu geführt, daß die Renten der Ausgleichspflichtigen fehlerhaft in ungeminderter Höhe weiter gezahlt wurden. Der Fehler im Benachrichtigungsverfahren wurde zwischenzeitlich korrigiert, so daß er für zukünftige Fälle nicht mehr relevant ist. Da diese Fälle grundsätzlich alle Rentenversicherungsträger betreffen können, die im AKIT-Programmierkreis zusammengeschlossen sind, haben wir uns mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger in Verbindung gesetzt und erreicht, daß der AKIT-Programmierkreis seinen Mitgliedern einen Suchlauf zur Verfügung stellt, mit dem fehlerhafte Fälle entdeckt werden können.

Entgeltaufteilung beim Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze

Ein Rentenversicherungsträger hat beim Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in einem Kalendermonat automatisch einen Differenzbetrag zwischen der anteiligen Beitragsbemessungsgrenze für diesen Zeitraum und dem in diesem Zeitraum erzielten Entgelt gebildet und diesen Differenzbetrag vorangegangenen Zeiträumen zugeordnet, in denen die Beitragsbemessungsgrenze noch nicht ausgeschöpft war. Im Rahmen unserer Aufsichtsprüfungen haben wir dieses Verfahren beanstandet. Grundsätzlich ist das Arbeitsentgelt dem Abrechnungszeitraum zuzuordnen, in dem es gezahlt wird. Bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt ist es unter Umständen nach § 23a SGB IV zulässig, auf in der Vergangenheit liegende Entgeltabrechnungszeiträume zurückzugreifen, soweit sie denselben Arbeitgeber betreffen. Diese Vorschrift kann aber nicht auf das laufende Arbeitsentgelt angewendet werden. Der Rentenversicherungsträger hat auf unser Drängen die Problematik wegen ihrer trägerübergreifenden Bedeutung - an den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger herangetragen, um das Rentenberechnungsprogramm des AKIT-Programmierkreises zu ändern.

Verständlichkeit des Rentenbescheides

Bescheide der Rentenversicherungsträger müssen für den Adressaten verständlich und nachvollziehbar sein. Angesichts der komplexen Rechtsmaterie des Rentenversicherungsrechtes und der schwierigen Berechnungen sind die Darstellung und

Textgestaltung in einem Rentenbescheid nicht einfach. Rechtliche Genauigkeit und leichte Verständlichkeit stehen oft in einem Spannungsverhältnis. Aber schon kleine Veränderungen erzielen hier Wirkung. So haben wir angeregt, die bisher lediglich numerische Bezeichnung des Wirtschaftsbereiches der Anlage 14 des SGB VI in den Rentenbescheiden durch eine namentliche Bezeichnung des Wirtschaftsbereiches zu ersetzen, um den Rentenbescheid für den Rentner verständlicher zu gestalten. Die Projektgruppe Rentenberechnung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat diese Anregung aufgegriffen. In künftigen Rentenbescheiden wird es also z.B. nicht mehr „Tabelle 1“ heißen, sondern „Bereich Energie- und Brennstoffindustrie“.

Berechnung des Vorschusses im Sterbevierteljahr

Stellt eine Witwe oder ein Witwer einen Rentenantrag, ist diesem Antrag sobald wie möglich zu entsprechen. Eine schnelle Bearbeitung ist insbesondere dann möglich, wenn der verstorbene Ehegatte bereits eine Rente erhalten hat. In diesen Fällen weist der Rentenversicherungsträger in der Regel den Zahlungsbetrag der Versichertenrente des Verstorbenen als Zahlungsbetrag des Vorschusses der Witwen- bzw. Witwerrente für die ersten drei Monate an (§ 67 Nr. 5 und 6 SGB VI). Allerdings sind Zusatzleistungen, die nur der Versicherte selbst, aber nicht der Hinterbliebene erhält, herauszurechnen. Solche Zusatzleistungen sind z.B. Auffüllbeträge, Rentenzuschläge, Abschläge/Ausgleichsbeträge nach § 86 BVG, Entschädigungsrenten und Kindererziehungsleistungen. Ein Versicherungsträger hatte aus Vereinfachungsgründen auch die Zusatzleistungen ausgezahlt und dann später mit der Rente verrechnet. Das Bundes-

versicherungsamt hat dieses Vorgehen beanstandet. Daraufhin hat der Rentenversicherungsträger sein Verfahren geändert und rechnet nun die Zusatzleistungen maschinell heraus, so daß eine spätere Verrechnung dieser Beträge nicht mehr erforderlich ist. Dies ist insbesondere dann von Vorteil, wenn aufgrund der Anrechnung von eigenem Einkommen nach Ablauf des Sterbevierteljahres keine Hinterbliebenenrente gezahlt wird.

Ermittlungspflichten des Rentenversicherungsträgers

Nach dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz sind die Rentenversicherungsträger verpflichtet, einen Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Sie bestimmen dabei nach pflichtgemäßem Ermessen Art und Umfang der Ermittlungen. Eine Behörde darf eine eidesstattliche Versicherung nur abnehmen, wenn die Abnahme ausdrücklich in einem Gesetz oder in einer Rechtsverordnung vorgesehen ist. So ist z.B. im Bereich des Fremdrechts in § 4 Abs. 3 Satz 1 FRG die eidesstattliche Versicherung als Mittel der Glaubhaftmachung zugelassen. Eine eidesstattliche Versicherung soll nur gefordert werden, wenn andere Mittel zur Erforschung der Wahrheit nicht vorhanden sind oder einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern (§ 23 Abs. 2 S. 2 SGB X). Bei einer Prüfung haben wir Verstöße gegen die Ermittlungspflichten eines Rentenversicherungsträgers festgestellt. So wurde das Ergebnis einer Zeugenaussage unterstellt, ohne den Zeugen zu vernehmen bzw. auf eine Zeugenaussage verzichtet, weil mangelhafte Deutschkenntnisse vermutet wurden oder verwandtschaftliche Beziehungen bestanden. Der Rentenversicherungsträger hat zugesagt, künftig seinen

Ermittlungspflichten ausreichend nachzukommen.

Nachforderung von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente zu tragen haben, sind von den Rentenversicherungsträgern bei der Zahlung der Rente einzubehalten. Sind zu zahlende Beiträge nicht einbehalten worden, so können sie bis zu vier Jahren rückwirkend nachgefordert werden. Ein Versicherungsträger hat in Fällen rückständiger Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung die Rentenbescheide der Berechtigten nach § 48 SGB X aufgehoben und durch einen neuen Rentenbescheid ersetzt. In diesem neuen Rentenbescheid wurde dann ein Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung vorgenommen. Das Bundesversicherungsamt hat den Rentenversicherungsträger darauf hingewiesen, daß eine Aufhebung des Rentenbescheides nicht erforderlich ist, weil eine spezielle Anspruchsnorm für eine nachträgliche Beitragseinbehaltung (§ 255 SGB V) existiert. Der Rentenversicherungsträger hat daraufhin zwei Musterbescheide zur Beitragsnachforderung entwickelt und diese der Sachbearbeitung durch ein bundesweites Textsystem zur Verfügung gestellt.

Pflichtbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Rentenbeziehern

Die Meldedaten zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner werden von den gesetzlichen Krankenkassen an die Rentenversicherungsträger maschinell übertragen. In der Regel werden die von den Kassen gemeldeten Daten ungeprüft maschinell übernommen. So auch in einem Prüffall, in dem die Krankenkasse nur die Ver-

sicherungspflicht zur Krankenversicherung gemeldet, Angaben zur Pflegeversicherung aber nicht gemacht hatte. Der Rentenversicherungsträger hatte dementsprechend auch nur Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner abgeführt. Das Bundesversicherungsamt hat darauf hingewiesen, daß ein in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherter – von wenigen Ausnahmen abgesehen – auch in der gesetzlichen Pflegeversicherung pflichtversichert ist. Wir haben den Rentenversicherungsträger gebeten, sowohl in dem geprüften Einzelfall als auch in gleichgelagerten Fällen sicherzustellen, daß eine Überprüfung des Sachverhalts erfolgt und unvollständige oder fehlerhafte Meldungen durch datentechnische Maßnahmen vorab bereinigt werden. Der Träger hat daraufhin in seinem Programmierkreis beantragt, bei dem dargestellten Sachverhalt einen Hinweistext einzufügen, der die Sachbearbeiter auffordert, das Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis zu überprüfen.

2.4 Auslandsberührungen

Konferenzen

Sozialrechtliche Fragen, die über die nationalen Grenzen hinweg von Belang waren, haben uns wie in den vergangenen Jahren mit Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland zusammengeführt.

Wir haben die deutsch-polnischen Regierungsverhandlungen begleitet, bei denen im wesentlichen die materiell-rechtlichen Fragen behandelt wurden, die sich aus der Anwendung der Abkommen ergeben.

Im Rahmen der ersten deutsch-tschechischen Verbindungsstellenbesprechung wurde die zur Durchführung des Abkommens zwischen der Bundesrepublik

Deutschland und der Tschechischen Republik über Soziale Sicherheit vom 27. Juli 2001 erforderliche Verwaltungsvereinbarung unterzeichnet, und es bestand Gelegenheit, zahlreiche Rechts- und Verfahrensfragen im Zusammenhang mit dem Abkommen zu erörtern.

Bei der Besprechung mit den Verbindungsstellen Tunesiens ging es neben der Klärung von materiellrechtlichen Fragen, die

sich aus den Rechtsänderungen in den jeweiligen Abkommensstaaten ergeben, auch um Verfahrensfragen, die sich bei der Umsetzung des Sozialversicherungsabkommens ergeben.

Probleme, die sich aus der Anwendung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 ergeben, standen im Mittelpunkt der deutsch-italienischen und der deutsch-britischen Verbindungsstellenbesprechung.

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Satzungsrecht

3.2 Eingaben

3.3 Aufsichtsprüfungen

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Satzungsrecht

Gefahrtarifangelegenheiten

Das Bundesversicherungsamt hatte im Berichtsjahr erneut mehrere Gefahrtarife zu genehmigen. Bei einzelnen Rechts- und Verfahrensproblemen, die innerhalb der Vorprüfung zutage traten, haben wir die Berufsgenossenschaften beraten.

In einem Fall haben wir darauf hingewiesen, daß es bei abweichender Gefahrklassenfestsetzung zur Vermeidung großer Beitragssprünge grundsätzlich zwar zulässig ist, eine prozentuale Begrenzung der Abweichung der neuen von der bisherigen Gefahrklasse festzulegen. Eine solche abstrakte Begrenzungsregelung muß jedoch einheitlich und durchgängig für alle Gefahrtarifstellen gleichermaßen angewandt werden. Dies gilt auch für den Fall, daß die Anpassung in mehreren Schritten während der Tarifperiode vollzogen werden soll. Auch ist die Abweichung nur zulässig, wenn sie wenigstens fünfzig Prozent der Veränderung zwischen bisheriger Gefahrklasse und errechneter Belastungsziffer während der Tarifperiode berücksichtigt (vgl. hierzu auch die Ausführungen im Tätigkeitsbericht 2001, S. 69).

Zudem haben wir die Berufsgenossenschaft gebeten, den Unternehmen umfangreiche, nicht aus sich heraus verständliche Neubezeichnungen und Umstrukturierungen von Gefahrtarifstellen und -regelungen zu erläutern. Ferner sollte auf daraus resultierende Änderungen in der Veranlagung hingewiesen werden.

Auch in anderen Fällen haben wir darauf aufmerksam gemacht, daß die Gefahrklassenberechnung im Einklang mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz für alle Tarifstellen nur auf einheitlicher Grundlage vorgenommen werden darf. Dies betrifft auch den Beobachtungszeitraum und etwaige angewandte Rundungsverfahren. Dementsprechend wäre es nicht zulässig, bei der Gefahrklassenberechnung für einzelne Tarifstellen einen anderen Beobachtungszeitraum oder ein anderes Rundungsverfahren anzuwenden als für die übrigen.

Benennung der Bezirksverwaltungen und deren örtlicher Zuständigkeit in der Satzung der Unfallversicherungsträger

Die Vertreterversammlung einer Berufsgenossenschaft hatte beschlossen, die einzelnen Bezirksverwaltungen und deren örtliche Zuständigkeitsbereiche in der Satzung nicht mehr ausdrücklich zu benennen, um dadurch eine Flexibilisierung der örtlichen Zuständigkeit ihrer einzelnen Bezirksverwaltungen zu erreichen. .

Nach der bisherigen Praxis des Bundesversicherungsamtes, die sich im wesentlichen auf Regelungen in der RVO stützte, wurde - auch aus Gründen der Gleichbehandlung - eine außerhalb der Satzung geregelte Zuständigkeit der Bezirksverwaltungen nicht genehmigt. Das SGB VII enthält allerdings im Gegensatz zur RVO keine Regelung mehr, die eine zwingende Festlegung der örtlichen Zuständigkeiten der Bezirksverwaltungen in der Satzung erfordert. Auch auf die Verwendung der Begriffe „Bezirksverwaltungen“ bzw. „Sektion“ hat der

Gesetzgeber völlig verzichtet; es wird demgegenüber nur noch von „Geschäftsstellen“ gesprochen. Es ist deshalb davon auszugehen, daß der Gesetzgeber Ausführungen zu Bezirksverwaltungen und deren örtlicher Zuständigkeit nicht weiter zum notwendigen Inhalt der Satzung zählt und die Selbstverwaltung diesbezüglich nicht mehr binden wollte.

Infolgedessen wird das Bundesversicherungsamt künftig - abweichend von seiner bisherigen Praxis - eine Satzung auch dann genehmigen, wenn die namentliche Nennung der Bezirksverwaltungen und deren örtliche Zuständigkeit nicht ausdrücklich aufgenommen ist, solange der Satzung die organisatorische Struktur des Unfallversicherungsträgers zu entnehmen ist, die hierzu getroffenen Aussagen sachlich zutreffend sind und für die Versicherten und Unternehmer die Kenntnis der zuständigen Bezirksverwaltung in ausreichendem Maße gewährleistet ist.

Das Bundesversicherungsamt gründete seine geänderte Genehmigungspraxis auch darauf, daß mit der beschlossenen Satzungsänderung der Berufsgenossenschaft weder gegen Grundsätze des Satzungsrechts noch gegen das Prinzip der Normenklarheit verstoßen wurde. Auch spricht nichts gegen eine flexiblere Handhabung der örtlichen Zuständigkeitsbereiche, da diese keine Bestimmungen über den Inhalt der Satzung enthält, sondern diese den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige vorbehalten ist. Zudem besteht auch nicht die Gefahr, daß die Rechte der Vertreterversammlung unzulässig beschnitten werden, da die Vertreterversammlung durch Satzungsänderung jederzeit den bisherigen Rechtszustand wieder herstellen kann.

Die Änderung der bisherigen Genehmigungspraxis berücksichtigt, daß eine Berufsgenossenschaft aufgrund der wirtschaftlichen Situation ihrer Mitgliedsunternehmen kurzfristig auf veränderte regionale Entwicklungen reagieren muß, um weiterhin effizient und wirtschaftlich arbeiten zu können. Sie ist damit auch sachgerecht.

3.2 Eingaben

Eingaben Unfallversicherung 2002				
	mit Berichtspflicht		Allein BVA	Gesamt
	PADB	BMA		
UV				
Davon				
gewerbl. BG	216	35	427	678
landw. BG	6	1	16	23
Unfallkassen	4	6	11	21
UV gesamt	226	42	454	722
Alterssicherung der Landwirte	1	0	1	2
Zusatzversorgungen	4	0	1	5
Seemannskasse	1	1	0	2
insgesamt:	232	43	456	731

Obduktion und Datenschutz

Auf die Problematik des Datenschutzes im Zusammenhang mit der Verwertung von Obduktionsergebnissen ist bereits im vorherigen Tätigkeitsbericht hingewiesen worden. Die Rechtslage ist in der Zwischenzeit weiter geklärt geworden. Allerdings stellt sich nun die Frage nach deren Sinnhaftigkeit.

Nach § 63 Abs. 2 Satz 1 SGB VII wird der Tod von Versicherten, „deren Erwerbsfähigkeit durch die Folgen einer Berufskrankheit nach den Nummern 4101 bis

4104 der Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung“ um mindesten 50 Prozent gemindert war, wie ein tödlicher Berufsunfall behandelt. Dies gilt nach § 63 Abs. 2 Satz 2 SGB VII jedoch nicht, „wenn offenkundig ist, daß der Tod mit der Berufskrankheit nicht in ursächlichem Zusammenhang steht; eine Obduktion zum Zwecke einer solchen Feststellung darf nicht gefordert werden.“

Das heißt, bei bestimmten Berufskrankheiten wird vermutet, daß der Tod Folge der Berufskrankheit war, es sei denn die Vermutung wird durch die Umstände - zum Beispiel bei einem Verkehrsunfall - widerlegt. Wegen der Hinterbliebenenrente besteht ein Interesse der Hinterbliebenen an dieser Regelung. Der für die Berufsgenossenschaft naheliegenden Versuchung, die Ursächlichkeit in jedem Fall durch eine Obduktion überprüfen zu lassen, hat der Gesetzgeber mit dem zweiten Halbsatz einen Riegel vorgeschoben. Damit soll nach einhelliger Auffassung den Gefühlen der Hinterbliebenen Rechnung getragen werden.

Probleme sind aufgetreten, wenn eine Obduktion zwar nicht von der Berufsgenossenschaft veranlaßt war, aber aus anderem Anlaß durchgeführt wurde, und die Berufsgenossenschaft nun auf deren Ergebnisse zurückgreift. Hier drängt sich sofort die Frage auf, wie denn die Berufsgenossenschaft überhaupt an diese Ergebnisse gekommen ist – offensichtlich eine Frage des Datenschutzes. In der Praxis ist die Übermittlung auf den merkwürdigsten Wegen erfolgt. Von Gesetzes wegen sind aber recht strenge Regeln hierfür vorgegeben:

Nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X sind Sozialdaten grundsätzlich beim Betroffenen

zu erheben. Dabei ist der Betroffene nach § 67 a Abs. 3 Satz 1 SGB X „über die Zweckbestimmungen der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung (...) zu unterrichten“. Die Einwilligung des Betroffenen in Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung „ist nur wirksam, wenn sie auf dessen freier Entscheidung beruht. Die Einwilligung und der Hinweis bedürfen der Schriftform, ...“ (§ 67 b Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB X).

Ein Verstoß gegen die Schriftform macht die Einwilligung grundsätzlich unwirksam und die Verwendung des Obduktionsergebnisses unzulässig. Diese Bestimmungen lassen sich im Regelfall auch nicht dadurch umgehen, daß die Berufsgenossenschaft das Obduktionsergebnis aus einer anderen Quelle erfährt. Damit soll gewährleistet werden, daß die Entscheidung von den Betroffenen selbst - unbeeinflußt von irgendwelchem Druck - unter Abwägung aller Umstände getroffen wird.

Das heißt, die Berufsgenossenschaft muß - und darf nur bei gegebenem Anlaß - bei den Hinterbliebenen schriftlich anfragen, ob diese ein vorhandenes Obduktionsergebnis übermitteln wollen. Dabei muß die Berufsgenossenschaft die Hinterbliebenen schriftlich, klar und eindeutig auf die Zwecke der anstehenden Datenverarbeitung und -nutzung hinweisen. Auch die Einwilligung muß schriftlich erfolgen. Den Hinterbliebenen steht es frei, in die weitere Datenverarbeitung und -nutzung einzuwilligen, also die Ergebnisse herauszugeben, oder nicht. Es ist offenkundig, daß Hinterbliebene die Frage nach der Einwilligung in aller Regel je nach dem vorliegenden Ergebnis der Obduktion beantworten werden, zumal auch die Nicht-Herausgabe eines ungünstigen Obduktionsergebnisses völlig legal ist.

Damit haben sie es in der Hand zu entscheiden, ob sie eine Leistung, deren Bezug unter Umständen im Widerspruch zur materiellen Rechtslage steht, (weiter) beziehen wollen. Auch wenn dies bei der gegebenen Rechtslage eindeutig und unvermeidbar ist, hat das Bundesversicherungsamt Zweifel an der Sinnhaftigkeit dieses Ergebnisses, da der Schutzgedanke des § 63 Abs. 2 Satz 2 letzter Halbsatz (Verbot der Forderung einer Obduktion) hier nicht mehr greift. Denn die Obduktion liegt längst vor und Gefühle der Hinterbliebenen können insofern nicht mehr verletzt werden.

Berufsgenossenschaften haben argumentiert, daß die Hinterbliebenen schon aufgrund der allgemeinen Mitwirkungspflicht zur Herausgabe vorhandener Obduktionsergebnisse gezwungen seien, so daß ein Verstoß hiergegen zum Anspruchsverlust führe. Dem tritt das Bundesversicherungsamt aber deutlich entgegen. Denn damit würden alle speziellen Datenschutz- und -übermittlungsvorschriften ausgehebelt.

Wir halten daher eine eindeutige, gesetzliche Regelung der Pflicht zur Herausgabe vorhandener Obduktionsergebnisse für unumgänglich, da wir im Rahmen unserer aufsichtsrechtlichen Prüfung feststellen mußten, daß es sich hier nicht um einen Einzelfall handelt. Der richtige Ort für eine solche Regelung wäre § 63 Abs. 2 SGB VII als sedes materiae und nicht etwa das Datenschutzrecht des SGB X. Der zweite Halbsatz von § 63 Abs. 2 SGB VII sollte in einen eigenständigen Satz umgewandelt und ergänzt werden. Er könnte etwa lauten: „Eine Obduktion zum Zwecke einer solchen Feststellung darf nicht gefordert werden. Bereits vorliegende Ergebnisse einer rechtmäßig zustande gekommenen Obduk-

tion dürfen jedoch angefordert und verwendet werden.“

Damit würde sowohl dem Pietätsinteresse der Angehörigen Rechnung getragen, als auch dem Interesse der Berufsgenossenschaften an Schutz vor Zahlungsverpflichtungen, die im Gegensatz zur materiellen Rechtslage stehen. Allerdings würde erneut die gesetzliche Regelung noch detaillierter und speziell für eine bestimmte Problematik ausgedehnt - ein Vorgehen, das bereits in der Vergangenheit zur Unübersichtlichkeit des Sozialrechts maßgeblich beigetragen hat. Die alternative Lösung bestände in der ersatzlosen Streichung des letzten Halbsatz von § 63 Abs. 2 SGB VII, die eher der reinen Gesetzgebungslehre, dafür aber weniger der Pietät entspräche.

3.3 Aufsichtsprüfungen

Beschleunigungsgebot

Die Aufsichtsprüfungen bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung haben auch im Jahre 2002 bestätigt, daß die Träger bemüht sind, den gesetzlichen Anforderungen zu entsprechen. Das gilt für Leistungen und Beitragserhebung, und auch das Beschleunigungsgebot des § 17 Absatz 1 SGB I wird überwiegend sehr ernst genommen. Es bleibt aber ständige Aufgabe, die bestehenden personellen und strukturellen Optimierungspotentiale auszuschöpfen und Verwaltungsabläufe zu straffen, damit das Feststellungsverfahren insgesamt weiter verkürzt werden kann.

Verzinsung von Leistungen

Auffällig war jedoch, daß bei der Anrechnung bereits erbrachter Leistungen - je nach verwendetem Zinsprogramm - Fehler gemacht wurden (Absetzung von Vor-

schüssen bei der Verzinsung gem. § 44 SGB I). Dieses Problem tauchte vornehmlich bei der Berücksichtigung von Rentenvorschüssen auf. Diese wurden oft erst im Monat nach ihrer Auszahlung an die Versicherten von der zu verzinsenden Nachzahlung abgesetzt.

Sind Vorschüsse gezahlt worden, gilt auch bei diesem Sachverhalt, daß die Verzinsung mit Ablauf des Kalendermonats vor der Zahlung endet. Dies bedeutet, daß der Vorschuß bei der Zinsberechnung in dem Zinsmonat abzusetzen ist, der dem Monat seiner Auszahlung entspricht. Wir verweisen in diesem Zusammenhang nochmals auf das Schreiben des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften an die Hauptverwaltungen seiner Mitglieder vom 17. August 1978 - 780.5 S/D.

Ermessensentscheidung nach § 101 Abs. 2 SGB VII

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 4. Juni 2002 – B 2 U 11/01 R – zugunsten des klagenden Versicherten entschieden, daß der Unfallversicherungsschutz auf dem Weg zur Arbeitsstätte auch dann besteht, wenn sich der Versicherte aufgrund seiner Fahrweise wegen vorsätzlicher Straßenverkehrsgefährdung (§ 315c Abs. 1 Nr. 2b, Abs. 3 Nr. 1 StGB) strafbar macht und der von ihm verursachte Unfall auf dieser strafbaren Verhaltensweise beruht. Die beklagte Berufsgenossenschaft wurde dementsprechend verurteilt, den Versicherten für die Folgen des Arbeitsunfalls (hier: Wegeunfall) zu entschädigen.

Bei dieser Entscheidung ging das Bundessozialgericht - entgegen den Vorinstanzen - davon aus, daß die vorsätzliche Straßenverkehrsgefährdung den Bezug zum betrieblichen Zweck der Fahrt (Zurücklegen

des Weges zur Arbeitsstätte) nicht aufgehoben hat und keine betriebsfremde Handlungstendenz des Versicherten festzustellen ist, die den inneren Zusammenhang zwischen dem zum Unfall führenden strafbaren Verhalten und der versicherten Tätigkeit entfallen ließe.

Nicht Gegenstand der Entscheidung war die Ermessensnorm des § 101 Abs. 2 SGB VII, wonach dem Versicherten Leistungen ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden können, wenn der Versicherungsfall bei einer Handlung des Versicherten eingetreten ist, die nach rechtskräftigem strafgerichtlichen Urteil als Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen zu qualifizieren ist. Die beklagte Berufsgenossenschaft, die davon ausging, daß das konkrete Unfallgeschehen nicht vom Versicherungsschutz umfaßt sei, hatte diese Regelung nicht angewandt, und das Bundessozialgericht konnte nicht anstelle der Berufsgenossenschaft von den Möglichkeiten des § 101 Abs. 2 SGB VII Gebrauch machen.

Das Urteil schließt die Anwendung des § 101 Abs. 2 SGB VII jedoch nicht aus, denn die vom Bundessozialgericht getroffenen Feststellungen zum Unfallversicherungsschutz trotz vorsätzlicher Straßenverkehrsgefährdung begründen lediglich die (grundsätzliche) Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft. In welchem Umfang Leistungen zu gewähren sind, ist von der Berufsgenossenschaft erst hernach unter Berücksichtigung des § 101 Abs. 2 SGB VII zu entscheiden. Dabei kann der Umfang der Leistungen letztlich bis auf Null reduziert sein.

Um Mißverständnissen, die sich aus dem Urteil ergeben können, von vorne herein zu begegnen, haben wir die bundesunmittelbaren Berufsgenossenschaften durch ein

Rundschreiben ausdrücklich darauf hingewiesen, daß das Urteil des Bundessozialgerichts einer Entscheidung nach § 101 Abs. 2 SGB VII nicht entgegensteht. Die verurteilte Berufsgenossenschaft, deren weitere Vorgehensweise wir aufsichtsrechtlich begleitet haben, hat inzwischen ihr Ermessen nach § 101 Abs. 2 SGB VII ausgeübt und entschieden, dem Versicherten Geldleistungen zu versagen.

Mitwirkung der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen nach § 4 Abs. 3 und 4 Berufskrankheitenverordnung (BKV)

Anläßlich eines Einzelfalles bestand im Berichtsjahr nochmals die Notwendigkeit, zu den Mitwirkungsrechten der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen nach § 4 Abs. 3 und 4 BKV Stellung zu nehmen.

Ein am Berufskrankheitenverfahren beteiligter Gewerbearzt, der vor Abgabe einer abschließenden Stellungnahme noch weitere ärztliche Untersuchungsergebnisse für erforderlich hielt, hatte die zuständige Berufsgenossenschaft um die Erstellung eines medizinischen Gutachtens gebeten und dabei drei Gutachter zur Auswahl vorgeschlagen.

Die Berufsgenossenschaft kam dieser Bitte nicht nach. Sie hielt bereits die Stellungnahme ihres beratenden Arztes für überzeugend und ausreichend. Im übrigen läge es selbst im Falle des Erfordernisses eines Gutachtens ausschließlich in ihrer Kompetenz, in Abstimmung mit dem Versicherten gem. § 200 Abs. 2 SGB VII einen Gutachter zu benennen. Der Vorschlag bestimmter Gutachter sei nicht von der Vorschrift des § 4 Abs. 3 Satz 2 BKV gedeckt. Auch habe der Gewerbearzt die Notwen-

digkeit einer Begutachtung nicht näher begründet, was im Hinblick auf die vorliegenden Ermittlungsergebnisse hätte erwartet werden dürfen. Zweifel meldete die Berufsgenossenschaft - unter Bezugnahme auf Stimmen in der Kommentarliteratur - auch daran an, ob die Regelung des § 4 Abs. 3 Satz 2 BKV überhaupt durch die Ermächtigungsnorm des § 9 Abs. 6 Nr. 2 SGB VII gedeckt sei.

Das Bundesversicherungsamt konnte sich weder der Auffassung der Berufsgenossenschaft noch der des Gewerbearztes vollends anschließen. In unserem Rundschreiben vom 14. August 2002 an die Hauptverwaltungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften haben wir folgendes klargestellt:

Die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen können den Unfallversicherungsträgern ergänzende Beweiserhebungen vorschlagen, soweit sie die Ermittlungsergebnisse für nicht vollständig halten. Nach § 4 Abs. 3 Satz 2, 1. Halbs. BKV kommt es dabei auf die Sicht der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen an. Den Vorschlägen haben die Unfallversicherungsträger nach § 4 Abs. 3 Satz 2, 2. Halbs. BKV grundsätzlich zu folgen.

Die in der Kommentarliteratur vertretene Auffassung, die Verpflichtung der Unfallversicherungsträger aus § 4 Abs. 3 Satz 2, 2. Halbs. BKV sei durch die Ermächtigungsnorm des § 9 Abs. 6 Nr. 2 SGB VII nicht gedeckt (z.B. Mehrtens/Perlebach, BKV, Kommentar, G § 4 Rdnr. 4) wird nicht geteilt. Im übrigen wäre die Vorschrift gleichwohl zu befolgen, da weder die Unfallversicherungsträger noch das BVA diesbezüglich eine Verwerfungskompetenz haben.

Dem Recht der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen, ergänzende Beweiserhebungen vorzuschlagen (§ 4 Abs. 3 Satz 2 BKV), steht das Recht aus § 4 Abs. 4 BKV, selbst ein Zusammenhangsgutachten zu erstellen, nicht entgegen. § 4 Abs. 4 BKV setzt das Vorliegen aller Ermittlungsergebnisse voraus - und damit gegebenenfalls auch ein Gutachten nach § 4 Abs. 3 Satz 2 BKV, das wegen bislang unvollständiger Ermittlungsergebnisse von der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen vorgeschlagen wurde.

Das Recht, einen bestimmten Gutachter vorzuschlagen, ergibt sich aus § 4 Abs. 3 Satz 2 BKV allerdings nicht. Vielmehr ist hier § 200 Abs. 2 SGB VII als höherrangiges Recht zu beachten, wonach festgelegt ist, daß der Unfallversicherungsträger vor Erteilung eines Gutachtenauftrages dem Versicherten mehrere Gutachter zur Auswahl benennen soll. Der Vorschlag der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle, einen bestimmten Sachverständigen zu beauftragen, kann aber durchaus

in den Vorschlag des Unfallversicherungsträgers zur Gutachterausswahl einfließen.

Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) hat seinen Mitgliedern in einem Rundschreiben (Berufskrankheiten 049/2002) ausdrücklich empfohlen, entsprechend der Auffassung des Bundesversicherungsamt zu verfahren. In Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt hat er dabei noch auf folgende Gesichtspunkte ergänzend hingewiesen:

Die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Stelle muß ihre Aufforderung, weitere Ermittlungen durchzuführen, nachvollziehbar begründen. Wenn in dem Berufskrankheiten-Verfahren bereits ein ärztliches Gutachten vorliegt, bedarf die Aufforderung, ein weiteres Gutachten einzuholen, besonderer Gründe.

Die Frage ob für ein zusätzliches Zusammenhangsgutachten nach § 4 Abs. 4 BKV Bedarf besteht ist von der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach pflichtgemäßem Ermessen zu beurteilen.

4. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

- 4.1 Selbstverwaltung
- 4.2 Personal-, Dienstrecht und Verwaltung
- 4.3 Vermögenswirtschaft
- 4.4 Gerichtsverfahren

4. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

4.1 Selbstverwaltung

Bestellung des Vorstandes einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde

Ein in der Geschichte des Bundesversicherungsamtes einmaliger Fall hat im Jahre 2002 zu einer Ersatzvornahme besonderer Art geführt. Die Versichertenseite und die Arbeitgeberseite im Verwaltungsrat einer Krankenkasse konnten sich nicht auf einen gemeinsamen Kandidaten für die Besetzung der Vorstandsposition einigen. Auch eine Mehrheitsentscheidung kam nicht zustande, weil jede „Fraktion“ die Kandidaten der anderen Seite jeweils geschlossen ablehnte. Die nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV vorgesehene paritätische Besetzung des Verwaltungsrates war zum dauerhaften Patt geworden, jedenfalls in der Frage der Vorstandswahl. Auch unsere intensiven Vermittlungsversuche konnten die gegenseitige Blockade nicht überwinden. Nach wiederholter Stimmengleichheit war die Wahl gemäß § 64 Abs. 2 Satz 2 SGB IV endgültig gescheitert; neue Anläufe für eine Wahl wurden nicht unternommen.

In dieser Situation sahen wir uns gezwungen, § 37 Abs. 1 Satz 1 2. Alt. SGB IV anzuwenden, weil der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan der Kasse sich „weigerte, seine Geschäfte zu führen“. Zwar hatte er es nicht ausdrücklich abgelehnt, seiner Pflicht zur Wahl eines Vorstandes nachzukommen, das allseitige Beharren auf erkennbar unvereinbaren Positionen und der erklärte Unwille, die Patt-situation zu überwinden, liefen jedoch auf dasselbe Ergebnis hinaus.

Das Bundesversicherungsamt hat daraufhin durch Bescheid dem Verwaltungsrat der Kasse die Befugnis entzogen, die Wahl des Vorstandes und alle damit im Zusammenhang stehende Handlungen vorzunehmen. Wir haben diese Aufgabe als Aufsichtsbehörde selbst wahrgenommen und in Umsetzung dieses Bescheids zunächst die Vorstandsposition öffentlich ausgeschrieben. Alle weiteren Maßnahmen, von der Bewerberauswahl bis zur Berufung des neuen Vorstandes für die Kasse - einschließlich des Abschlusses eines Anstellungsvertrages – hat in diesem Fall ebenfalls die Aufsichtsbehörde übernommen.

4.2 Personal-, Dienstrecht und Verwaltung

Datenschutz

Zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Ersatzkassen war seit Jahren strittig, ob und unter welchen Voraussetzungen die Ersatzkassen bei Betrieben bzw. Arbeitgebern Namen und Adressen von Auszubildenden und Berufsanfängern – und somit potentiellen Mitgliedern – erfragen durften.

Bereits 1993 hatte das Bundesversicherungsamt nach langwierigen erfolglosen Erörterungen diese damals bei den Ersatzkassen weit verbreitete Werbepaxis untersagt, soweit die Arbeitgeber nicht das ausdrückliche Einverständnis der Betroffenen zur Überlassung ihrer Daten an die Kassen hatten.

Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 28. November 2002 hat in einem Musterstreitverfahren die damalige Aufsichtsmaßnahme des Bundesversicherungsamtes nunmehr bestätigt. Nach den §§ 67a bis 67c SGB X ist das Erheben, Speichern, Verändern oder Nutzen von Sozialdaten durch Träger der gesetzlichen Sozialversicherung ohne Einverständnis des Betroffenen nur zulässig, wenn es zur Erfüllung der gesetzlich festgelegten Aufgaben erforderlich ist. Die Mitgliederwerbung gehört aber nicht zu den Aufgaben, für die die Krankenkassen Sozialdaten erheben oder verwenden dürfen. Personendaten, die ohne Einwilligung der Betroffenen erlangt worden sind, dürfen somit grundsätzlich nicht mehr verwendet werden bzw. sind zu löschen.

Dieses Urteil entfaltet seine rechtliche Bedeutung für alle Krankenkassen und unterstreicht das Recht auf informationelle Selbstbestimmung.

Nutzung von Dienstkraftfahrzeugen bei den bundesunmittelbaren Berufsgenossenschaften

Bereits 1997 hatte das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung das Bundesversicherungsamt angewiesen, die bundesunmittelbaren Berufsgenossenschaften im Rahmen der Aufsicht zu verpflichten, die Dienstkraftfahrzeugrichtlinie der Bundesverwaltung (DKfzR vom 29. Juni 1993) als unmittelbar geltende Vorschrift anzuwenden. Wir haben alle Berufsgenossenschaften dahingehend beraten und in 23 Fällen entsprechende Verpflichtungsbescheide erlassen, gegen die in allen Fällen geklagt wurde.

Im Berichtsjahr wurde einer der ausgewählten Musterprozesse vom Bundessozial-

gericht rechtskräftig entschieden. Nach Auffassung des Bundessozialgerichts war die vom Bundesversicherungsamt gegenüber den Trägern ausgesprochene Verpflichtung, die Dienstkraftfahrzeug-Richtlinien des Bundes als unmittelbar geltendes Recht anzuwenden, rechtswidrig.

In seiner Entscheidung machte das Bundessozialgericht deutlich, daß diese Richtlinien nicht zu dem für die Versicherungsträger maßgeblichen „Recht“ i.S.d. § 87 SGB IV zähle, welches die Aufsichtsbehörde durch Aufsichtsordnung durchsetzen könne. Zwar zählten hierzu grundsätzlich auch allgemeine Verwaltungsvorschriften, die die Bundesregierung nach Art. 86 Satz 1 Grundgesetz erlassen hat. Dies treffe jedoch lediglich für die gesetzesakzessorischen, zum jeweils anzuwendenden materiellen Recht erlassenen allgemeinen Verwaltungsvorschriften zu, nicht jedoch für „verwaltungsinterne Richtlinien“, die nicht unter dem Begriff des sonstigen Rechts subsumiert werden könnten und daher nicht Aufsichtsmaßstab seien. Dies folge aus Art. 86 Satz 1 Grundgesetz, der den Erlaß allgemeiner Verwaltungsvorschriften nur zulasse, soweit nicht durch Gesetz Besonderes vorgeschrieben sei. Auch wenn Art. 86 Satz 1 Grundgesetz als Befugnisnorm angesehen werde, die die Bundesregierung prinzipiell zum Erlaß allgemeiner Verwaltungsvorschriften auch gegenüber bundesunmittelbaren Körperschaften ermächtige, sei diese Befugnis jedenfalls insoweit begrenzt, als die Körperschaft als Selbstverwaltungskörperschaft ausgestaltet sei und aus dem die Selbstverwaltung statuierenden Gesetz hervorgehe, daß speziell auch der Erlaß von allgemeinen Verwaltungsvorschriften dem zuständigen Organ der Selbstverwaltungskörperschaft übertragen sei. Dies sei vorliegend der Fall gewesen,

wie sich aus den §§ 29 ff. SGB IV, insbesondere aus § 35 Abs. 2 SGB IV ergebe, wonach dem Vorstand als dem Hauptverwaltungsorgan der Sozialversicherungsträger eine umfassende Kompetenz zum Erlass von Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte eingeräumt sei.

Nach dieser Entscheidung hat das Bundesversicherungsamt die den anderen noch anhängigen Verfahren zugrundeliegenden Verpflichtungsbescheide zurückgenommen.

Mängel im Beschaffungswesen

Im Beschaffungswesen haben wir den Trägern auch im Berichtsjahr zahlreiche Hinweise geben können, um Mängel, die wir leider nach wie vor feststellen mußten, abzustellen.

Beispielsweise hat ein Träger bei der Durchführung der Sozialversicherungswahlen im Jahre 1999 die maßgeblichen Vergabevorschriften nicht hinreichend beachtet. Wir haben beanstandet, daß der Auftrag mit einem beträchtlichen Honorar freihändig an eine Werbeagentur vergeben worden war.

Nach der Verdingungsordnung für freiberufliche Leistungen (VOF) wäre es erforderlich gewesen, den Auftrag nach § 5 Abs. 1 VOF im Verhandlungsverfahren mit vorheriger Vergabebekanntmachung zu vergeben. Nach dieser Regelung sind Verhandlungsverfahren Verfahren, bei denen der Auftraggeber ausgewählte Personen anspricht, um über die Auftragsbedingungen zu verhandeln. Vergabebekanntmachungen sind nach § 9 Abs. 3 VOF im Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft zu veröffentlichen.

In einem weiteren Fall hat das Bundesversicherungsamt ein EU-weites Ausschreibungsverfahren über mehrere Monate aufsichtsrechtlich begleitet. Ausgeschrieben war ein Großauftrag über die Vergabe von Umzugs- und Transportleistungen. Der Auftrag wurde im Wege des offenen Verfahrens nach § 3 a Nr. 1 Abs. 1 der Verdingungsordnung für Leistungen – Teil A (VOL/A) – vergeben. Die Zuschlagserteilung wurde nicht beanstandet.

Bei einem großen Träger ist das Beschaffungswesen dezentral geregelt. Beschaffungen erfolgen entweder durch die Zentralabteilung (beispielsweise Büroinventar, Maschinen) oder durch die jeweiligen Fachabteilungen (beispielsweise EDV-Hard- und Software, Klinikbereich). Die einzelnen Beschaffungsbereiche werden durch einen Grundsatzbereich „Beschaffung“ unterstützt. Diesem obliegt es insbesondere, die Beachtung und einheitliche Anwendung der vergaberechtlichen Bestimmungen sicherzustellen. Dies geschieht durch Veröffentlichung von Arbeits- sowie Geschäftsanweisungen zu vergaberechtlichen Vorschriften und der aktuellen Rechtsentwicklung auf diesem Gebiet. Zur Information gehören auch Veranstaltungen und Einzelgespräche. Darüber hinaus nimmt der Grundsatzbereich gegenüber den Beschaffungsbereichen zu vergaberechtlich relevanten Einzelfragen verbindlich Stellung.

Das Bundesversicherungsamt wird im Jahre 2003 auf dem Gebiet des Beschaffungswesens verstärkt prüfen. Es wird sich danach zeigen, ob die organisatorischen Maßnahmen bei dem Träger mit dezentraler Beschaffung ausreichend sind oder ob – so wie von uns bereits empfohlen – es erforderlich ist, eine zentrale Beschaffungsstelle einzurichten.

Auftragsvergabe im Rahmen von Disease-Management-Programmen

Im letzten Quartal des Berichtszeitraums haben wir geprüft, ob Ausschreibungspflicht besteht, wenn beabsichtigt ist, Aufträge zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) zu vergeben. Die abschließenden Ergebnisse wird der nächste Tätigkeitsbericht umfassend darstellen.

Anwendung qualifizierter elektronischer Signaturen zur Dokumentenarchivierung durch Sozialversicherungsträger

Mit dem Gesetz über Rahmenbedingungen für elektronische Signaturen (SigG) vom 22.Mai.2001, der Signaturverordnung vom 22.11.2001 und den Gesetzen zur Anpassung der Formvorschriften, die eine Gleichstellung der qualifizierten elektronischen Signatur mit der eigenhändigen Unterschrift im Privatrecht und im öffentlichen Recht ermöglichen, hat der Gesetzgeber die grundsätzliche Möglichkeit für den breiten Einsatz elektronischer Signaturen geschaffen.

Das Signaturgesetz umfaßt drei unterschiedliche Signaturvarianten und definiert, was jeweils darunter zu verstehen ist (§ 2 SigG):

- Elektronische Signaturen
- Fortgeschrittene elektronische Signaturen
- qualifizierte elektronische Signaturen.

Als Signatur, die sowohl für die Finanzbuchhaltung als auch in der allgemeinen Verwaltung des Sozialversicherungsträgers eingesetzt werden kann, kommt nach derzeitiger Rechtslage ausschließlich die qualifizierte elektronische Signatur mit Anbieter-Akkreditierung in Frage.

Nur die qualifizierte elektronische Signatur erfüllt die rechtlichen Anforderungen an eine Unterschrift in gleicher Weise wie eine handschriftliche Unterschrift. Ohne qualifizierte elektronische Signatur hat ein elektronisches Dokument nicht die der Schriftform entsprechende Beweiskraft im Rechtsverkehr.

Die Anbieter-Akkreditierung bewirkt die regelmäßige Kontrolle des Zertifizierungsdiensteanbieters durch die Wurzelbehörde, die Regulierungsbehörde für Telekommunikation und Post. Der Zertifizierungsdiensteanbieter muß gewährleisten, daß das elektronische gespeicherte (gescannte) Dokument dem Originaldokument entspricht (Integrität) und vom Absender stammt (Authentizität, Identität). Durch die elektronische Wiederherstellung des ursprünglichen Dokumentes ermöglicht er im Bedarfsfall den Beweis im Rechtsverkehr.

Die Anwendung elektronischer Signaturen bei der täglichen Sachbearbeitung (workflow) wird noch diskutiert. Das Bundesversicherungsamt unterstützt bereits die Sozialversicherungsträger, die ihre Dokumentenarchivierung nach den Vorschriften der Finanzbuchhaltung elektronisch archivieren wollen.

Die Aufbewahrung von Papierbelegen fordert einen erheblichen Verwaltungs- und Kostenaufwand. Dieser kann durch den Einsatz qualifizierter elektronischer Signaturen bei der Archivierung von Belegen und Unterlagen der Finanzbuchhaltung gesenkt werden.

Ein sehr erfolgreiches Modellprojekt hat eine BKK mit dem Bundesversicherungsamt entwickelt, das im November 2002 erfolgreich abgeschlossen werden konnte.

Wir haben dabei durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik hervorragende Unterstützung erfahren.

Wir sind bemüht, die Erkenntnisse aus diesem Modellprojekt auch anderen Versicherungsträgern vermitteln. Hervorzuheben ist insbesondere die Musterdienstanweisung, die zur Zeit mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung abgestimmt wird.

Wiedergutmachung für NS-Opfer – Verfahren der Kommission der Bundesrepublik Deutschland zum Versorgungs- und Entschädigungsrentengesetz (ERG)

Auch im Jahr 2002 wurden vereinzelt Neuanträge auf Bewilligung einer Entschädigungsrente nach § 3 ERG gestellt.

Von den zwölf Neuanträgen aus dem Jahre 2002 konnte die Kommission der Bundesrepublik Deutschland zum Versorgungs- und Entschädigungsrentengesetz in einem Fall eine positive Vorentscheidung nach § 3 Abs. 3 Satz 1 ERG treffen und dem Bundesversicherungsamt die Bewilligung einer Entschädigungsrente nach § 3 Abs. 1 ERG vorschlagen. Die Kommission hat sich in diesem Fall davon überzeugt, daß der Antragsteller wegen angedrohter schwerster Repressalien, die in erster Linie seine Tochter betrafen, gegen seinen Willen aus der DDR herausgedrängt worden war. Wegen dieser rechtsstaatswidrigen und menschenverachtenden Praxis wurde ihm infolge des Verlassens der DDR die Ehrenpension als Verfolgter des Nationalsozialismus aberkannt. Auf den Vorschlag der Kommission hat das Bundesversicherungsamt dem Antragsteller nach § 3 Abs. 3 Satz 1 ERG die Ent-

schädigungsrente durch Bescheid bewilligt.

In drei weiteren Fällen hat die Kommission hingegen dem Bundesversicherungsamt vorgeschlagen, die Anträge auf Bewilligung einer Entschädigungsrente abzulehnen, weil die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 ERG nicht erfüllt waren. Auch hier ist das Bundesversicherungsamt den Vorschlägen der Kommission gefolgt.

In den restlichen Fällen lagen nach Auffassung der Kommission die Bewilligungsvoraussetzungen nach § 3 Abs. 1 ERG ebenfalls nicht vor. Die Unterlagen wurden zur Verfahrensbeschleunigung ohne förmliche Entscheidung im Einvernehmen mit den Antragstellern an das Bundesministerium der Finanzen zur Prüfung nach anderweitigen Entschädigungsregelungen weitergeleitet.

Entzug von Wiedergutmachungsleistungen aufgrund von Verstößen gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit

In den zwei Fällen, in denen das Bundessozialgericht (BSG) im Jahre 2001 die Bescheide wegen nicht erfolgter Anhörung durch das Bundesversicherungsamt nach § 24 Abs. 1 SGB X wegen formeller Rechtswidrigkeit aufgehoben hatte, mußten die Verfahren völlig neu aufgerollt werden. Auf Vorschlag der Kommission hat das Bundesversicherungsamt den Betroffenen, die der mittleren Führungsebene des Ministeriums für Staatssicherheit angehört hatten, die Entschädigungsrente nach § 5 Abs. 1 ERG wegen des Vorwurfs, an menschenverachtenden Maßnahmen gegen Bürger der DDR beteiligt gewesen zu sein, erneut aberkannt.

In vier weiteren Fällen wurden die Verfahren ebenfalls wieder neu aufgegriffen. Dies mußte deshalb geschehen, weil Untergerichte der Auffassung des BSG zu den formellen Voraussetzungen der Bescheide folgten. Auch insoweit ergingen nach erneuter Anhörung durch die Kommission und das Bundesversicherungsamt Bescheide über die Aberkennung oder Kürzung der Entschädigungsrente.

In zwei weiteren Fällen hat das Bundesversicherungsamt in anhängigen Gerichtsverfahren auf Vorschlag der Kommission die ursprünglichen Bescheide durch neue Bescheide nach § 96 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ersetzt. Dies war erforderlich geworden, weil nach der ursprünglichen Beschlußfassung und Bescheiderteilung der Kommission neue Tatsachen über weitere Verstrickungen der Betroffenen in Unrechtsmaßnahmen bekannt geworden waren. Da diese neuen Tatsachen nach der Rechtsprechung des BSG im Gerichtsverfahren durch sogenanntes Nachschieben von Gründen unbeachtlich sind (Urteil vom 30. Januar 1997; SozR 3-8850 § 5 Nr. 2 S. 31), bedurfte es auch insoweit einer erneuten Anhörung vor Erlaß eines ersetzenden Bescheides.

IT-gestützte Therapieplanung

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) hat im Jahre 1998 flächendeckend das Therapieplanungssystem Time Table in ihren Rehabilitationskliniken eingeführt. Eine spätere Prüfung des Bundesversicherungsamtes hat ergeben, daß die manuellen Nachbearbeitungszeiten der Therapeuten zu hoch waren. Die reinen Anwendungszeiten der Therapeuten entsprachen nicht vergleichbaren Werten in privaten Einrichtungen. Dies war insbesondere darauf zurückzuführen, daß Time

Table nicht modernsten Anforderungen entsprach. Es war bereits zum Zeitpunkt seiner Einführung veraltet. Wir haben darauf hingewiesen, daß durch das Nachfolgeprodukt Time Base bei den direkten Anwendungszeiten eine erhöhte Effizienz erreicht werden kann.

Die BfA hat daraufhin Time Base als Pilotprojekt bereits im Jahre 2000 in einer neu in Betrieb genommenen Rehabilitationsklinik eingeführt. Wir sind im Rahmen einer weiteren Prüfung im Jahre 2002 in dieser Klinik zu folgendem Ergebnis gekommen: der Einsatzbereich von Time Base reicht von einfachen Organisationsfunktionen bis zu dialogorientierter und vollautomatischer Terminplanung. Hierdurch kann Time Base flexibler und nachfrageorientierter bei der Therapieplanung der Patienten eingesetzt werden. Der Arbeitszeitanteil der Therapeuten für manuelle Terminplanungstätigkeiten hat sich durch den Einsatz von Time Base auf ein vertretbares Maß verringert. Time Base entlastet gegenüber Time Table die Therapeuten bei routinemäßigen Planungs- und Verwaltungsaufgaben und trägt dazu bei, daß diese sich mehr ihren therapeutischen Aufgaben widmen können.

Bis zum Sommer 2002 hatte die BfA in sämtlichen Kliniken aufgrund der erfolgreichen Pilotphase Time Base eingeführt. Das noch ausstehende Statistikmodul wird voraussichtlich im zweiten Quartal des Jahres 2003 eingeführt. Es soll zentrale statistische Auswertungen und Personalbedarfs- und Personalbestandsplanungen durchführen. Durch die Einführung des Statistikmoduls kann unseres Erachtens flexibler auf das Angebot-Nachfrage-Verhältnis von Leistungen reagiert und für alle Kliniken die einheitliche Auswertung - je nach Indikation - ermöglicht werden.

Dadurch und durch weitere Entlastungen der Therapeuten von Planungstätigkeiten erwarten wir für die Zukunft einen Anstieg der reinen Therapieleistung auf annähernd 80 Prozent der Gesamtleistung.

Die Wirksamkeit des Statistikmoduls werden wir durch weitere Prüfungen von Rehabilitationskliniken der BfA beobachten.

4.3 Vermögenswirtschaft

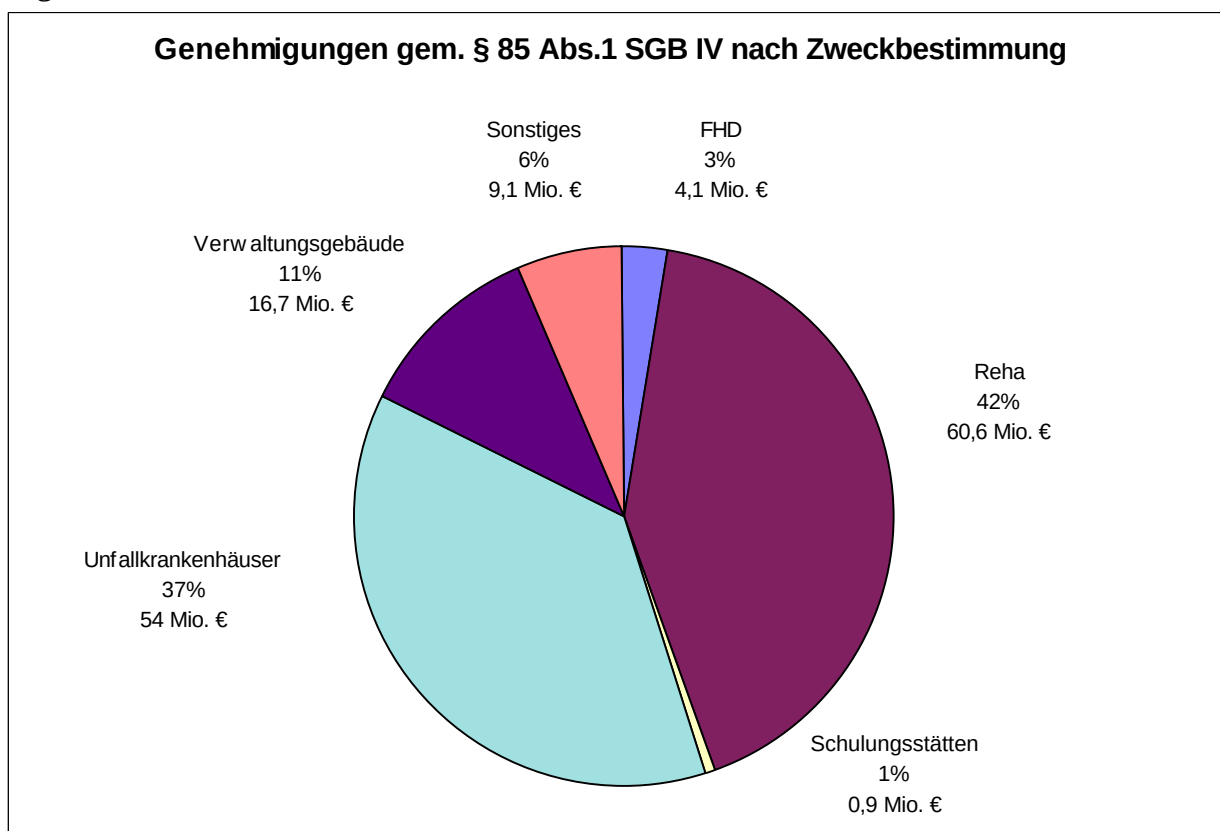
Genehmigungsbescheide

Aufgrund der in § 85 SGB IV vorgeschriebenen Genehmigungspflicht bestimmter Vermögensanlagen ergingen im vergangenen Jahr Genehmigungsbescheide in Höhe von insgesamt 145,4 Millionen €, die sich - im Vergleich zum Vorjahr - wie folgt verteilen:

Genehmigungs-gegenstand	Genehmigungsvolumen in Millionen €	
	2001	2002
Darlehen	12,3	4,6
Beteiligungen	49,2	65,2
Grunderwerb	23,7	3,7
Errichten und Erweit von Gebäuden	114,8	71,9
Summe	200	145,4

Es wurden dreizehn Baumaßnahmen genehmigt, 28 Darlehensanträge, 67 Beteiligungen und drei Grundstückskäufe.

Nach ihrer Zweckbestimmung lassen sich die Genehmigungen folgendermaßen zuordnen:



Wenn auch die Höhe der Beteiligungen und die Investitionen im Reha-Bereich ge-

genüber dem Vorjahr noch einmal zunah-
men, so spiegelt sich doch die anhaltende

Konjunkturschwäche im Rückgang des Gesamtgenehmigungsvolumens wider.

Bei den Bauinvestitionen im Verwaltungsbereich der Sozialversicherungsträger verläuft der Rückgang allerdings noch deutlich flacher als im bundesweiten Trend.

Im Jahr 2002 hat das Bundesversicherungsamt 82 laufende Baumaßnahmen beaufsichtigt; davon wurden uns dreizehn Abschlußberichte vorgelegt. Die Aufsichtsbehörde hat in diesem Zusammenhang Baukostenabrechnungen in Höhe von insgesamt 259,2 Millionen geprüft. Wie in § 88 SGB IV vorgeschrieben, haben wir dazu zahlreiche örtliche Erhebungen beim Versicherungsträger durchgeführt. Das Fachreferat hat im Geschäftsjahr 2002 somit an Investitionen von insgesamt 404,6 Millionen € mitgewirkt.

Vermögensverwaltung nach dem Gesetz zur Regelung von Vermögensfragen der Sozialversicherung im Beitrittsgebiet (Sozialversicherungs-Vermögensgesetz)

In seiner Funktion gemäß § 14 Sozialversicherungs-Vermögensgesetz ist der Präsident des Bundesversicherungsamtes zuständig für die Zuordnung des unbeweglichen Sozialversicherungsvermögens der ehemaligen DDR einschließlich der Aufbauten. Zudem obliegt ihm als Treuhänder des sonstigen Vermögens der Sozialversicherung der DDR die Kündigung von Darlehen und die Einziehung von hypothekarisch gesicherten Forderungen.

Immobilien

Strittig zwischen dem Präsidenten des Bundesversicherungsamtes und dem Frei-

staat Sachsen ist, ob der Präsident einen Anspruch auf Auskehr von rund acht Millionen € nebst Zinsen hat. Den Betrag von rund sechzehn Millionen DM hatte Sachsen durch Weiterveräußerung eines Objektes erzielt. Dieses Objekt, das noch am 1. Oktober 1989 durch das Gesundheitswesen Wismut als Bergarbeiter-Sanatorium genutzt wurde, wurde Sachsen im Jahre 1991 durch Bescheid der Überleitungsanstalt Sozialversicherung (ÜLA) mit der Maßgabe übertragen, das Objekt an einen Klinikbetreiber weiter zu veräußern und den Verkaufserlös an die ÜLA abzuführen.

Nachdem der Bescheid der ÜLA ergangen war, wurde die Liegenschaft dem Land Sachsen nochmals durch den Oberfinanzpräsidenten der Oberfinanzdirektion Chemnitz unentgeltlich zugeordnet. Aufgrund dieser Zuordnung wurde der Freistaat im Grundbuch als Eigentümer eingetragen. Im Anschluß daran erfolgte dann die Weiterveräußerung.

Dem Präsidenten des Bundesversicherungsamtes steht die Abführung des Verkaufserlöses zu, weil das Objekt zum Vermögen des Gesundheitswesens Wismut gehörte. Es hätte danach nicht durch die Oberfinanzdirektion nach dem Vermögenszuordnungsgesetz auf Sachsen übertragen werden dürfen. Es stand zwar zu DDR-Zeiten im Eigentum des Volkes. Dies ist aber entgegen der Auffassung des Freistaates nicht ausschlaggebend. Entscheidend für die Frage, wer nach der Wiedervereinigung Träger des Vermögens der ehemaligen DDR wird, ist nach Art. 21 Abs. 1 Einigungsvertrag vielmehr, wer das betreffende Vermögen am 1. Oktober 1989 tatsächlich nutzte. Dies war hier das Gesundheitswesen Wismut.

Sachsen ist nach Auffassung des Präsidenten des Bundesversicherungsamtes danach verpflichtet, den Verkaufserlös aufgrund der Auflage im bestandskräftigen Bescheid der ÜLA aus dem Jahre 1991 oder aufgrund ungerechtfertigter Bereicherung nach den Regelungen des BGB der Sozialversicherung zuzuführen. Darüber hat nun das Landessozialgericht Berlin zu entscheiden.

Hypothekarisch gesicherte Forderungen

Von den für das Gesamthandsvermögen der Sozialversicherung nach § 8 Abs. 4 Sozialversicherungs-Vermögensgesetz einzuziehenden hypothekarisch gesicherten Forderungen einschließlich derjenigen der ehemaligen Betriebs- und Pensionseinrichtungen, konnten im Berichtsjahr 41 Einzelverfahren erledigt werden. Es handelt sich um Einnahmen in Höhe von 70.021,15 €.

Noch nicht erledigt sind 37 weitere Fälle. Es erweist sich zum Teil als schwierig und zeitaufwendig, die Erben der früheren Schuldner zu ermitteln.

4.4 Gerichtsverfahren

Die Statistik weist für das Jahr 2002 die Beteiligung des Bundesversicherungsamtes an insgesamt 160 neuen gerichtlichen Verfahren aus, darunter 30 Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz. In 156 Fällen wurde Klage gegen Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes erhoben bzw. ein Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gestellt. In drei Verfahren erfolgte eine Beiladung des Bundesversicherungsamtes. Wie schon im Vorjahr mußte der Präsident des Bundesversicherungsamtes in seiner Eigenschaft als Abwickler der Überlei-

tungsanstalt Sozialversicherung eine Klage erheben.

Im Vergleich zum Jahr 2001 (75 Verfahren) hat sich die Anzahl der neuen Rechtsstreitigkeiten im Jahr 2002 damit mehr als verdoppelt, wobei in allen Teilbereichen eine Zunahme der gerichtlichen Verfahren festzustellen ist. Die deutlichste Steigerung betrifft den Rechtsschutz gegen Maßnahmen des Bundesversicherungsamtes im Aufsichts- und sonstigen Tätigkeitsbereich, welcher im Jahre 2002 mit insgesamt 81 Streitverfahren (Vorjahr: 18 Verfahren) in den Mittelpunkt gerückt ist. Einen weiteren Schwerpunkt bildeten erneut die Klagen gegen Bescheide des Bundesversicherungsamtes zum Risikostrukturausgleich (RSA), die mit 70 Verfahren (2001: 54 Verfahren) ebenfalls eine ansteigende Tendenz erkennen lassen. Dies gilt schließlich auch für den Bereich des Entschädigungsrentenrechts (ERG) mit neun Verfahren im Jahre 2002 nach nur drei Verfahren im Vorjahr.

	Gerichtsverfahren				
	1998	1999	2000	2001	2002
RSA	19	184	68	54	70
ERG	38	17	4	3	9
Aufsicht u. a.	25	25	22	18	81
Summe	82	226	94	75	160

Ein wichtiger Grund für die auffällige Zunahme der gerichtlichen Verfahren im Aufsichtsbereich ist das Einschreiten des Bundesversicherungsamtes gegen die Förderung des Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln durch die gesetzlichen Krankenkassen. Allein 42 Streitverfahren (22 Klagen, 20 Anträge auf einstweiligen Rechtsschutz) haben entsprechende Verpflichtungsbescheide, die mit der Anordnung des Sofortvollzuges

verbunden worden waren, zum Gegenstand. Weitere acht neue gerichtliche Verfahren resultieren aus Mitwirkungsentscheidungen des Bundesversicherungsamtes bei der Beitragssatzgestaltung von gesetzlichen Krankenkassen. Im Vergleich zum Aufsichtsbereich hielt sich die Anzahl der Verfahren zum RSA in einem eher normalen Rahmen, zumal berücksichtigt werden muß, daß der RSA im Jahre 2002 durch das sogenannte Risikopool-Ausgleichsverfahren (§ 269 SGB V) ergänzt wurde. So entfallen sechs der 70 für den Bereich des RSA angegebenen Gerichtsverfahren auf Klagen gegen die Bescheide des Bundesversicherungsamtes über die Festsetzung des vorläufigen monatlichen Risikopoolbetrages für 2002. Der signifikante Anstieg der Rechtsstreitigkeiten zum ERG ist schließlich als Folge der im Tätigkeitsbericht 2001 angesprochenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 24. Juli 2001 zum prozessualen Aufhebungsanspruch bei unterbliebener Anhörung zu werten. Soweit eine Ersetzung der bisherigen Bescheide während der laufenden Gerichtsverfahren nicht möglich war, wurden vom Bundesversicherungsamt auf Vorschlag der Kommission zum Versorgungsruhens- und Entschädigungsrentengesetz neue Aberkennungsbescheide unter vorheriger Anhörung der Betroffenen erlassen, die nun erneute gerichtliche Verfahren nach sich ziehen.

Im Verlaufe des Jahres 2002 ergingen in 42 Gerichtsverfahren mit Beteiligung des Bundesversicherungsamtes Urteile oder Beschlüsse, 35 davon zu unseren Gunsten. 15 der 42 Entscheidungen wurden rechtskräftig, einschließlich vier Entscheidungen des Bundessozialgerichts, von denen drei zu unseren Gunsten lauteten. Hinzu kamen 42 Erledigungen von Gerichtsverfahren

auf sonstige Weise, etwa durch Klagerücknahme oder Vergleich. Mehr als die Hälfte dieser sonstigen Erledigungen ist auf den Ausgang eines als Musterstreitverfahren geführten Rechtsstreits vor dem Bundessozialgericht zur Geltung der Richtlinien für die Nutzung von Dienstkraftfahrzeugen in der Bundesverwaltung (DKfzR) gegenüber den Berufsgenossenschaften zurückzuführen. Nachdem das Bundessozialgericht die Revision des Bundesversicherungsamtes mit Urteil vom 24. April 2002 zurückgewiesen hatte, wurden 23 andere Verfahren dadurch beendet, daß das Bundesversicherungsamt die zu Grunde liegenden Verpflichtungsbescheide zurückgenommen hat. Da die Erledigungen jedoch die hohe Anzahl neuer Rechtsstreitigkeiten nicht kompensieren konnten, erhöhte sich der Bestand anhängiger Gerichtsverfahren zum Ende des Jahres 2002 auf annähernd 600 gegenüber 489 zum Ende des Vorjahres.

Wie bereits angedeutet bildeten im Jahre 2002 die Rechtsstreitigkeiten zum (Internet-)Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln einen thematischen Schwerpunkt, wobei naturgemäß zunächst die zwanzig einstweiligen Rechtsschutzverfahren im Vordergrund standen. Nach einer flächendeckenden Abfrage im Aufsichtsbereich des Bundesversicherungsamtes war festgestellt worden, daß mehrere bundesunmittelbare Krankenkassen ihre Versicherten aus Kosteneinsparungs- und Wettbewerbsgründen zu Bestellungen bei einer niederländischen Versandhandelsapotheke animierten sowie die Kosten für dort bezogene apothekenpflichtige Arzneimittel trugen. Da jedoch § 43 Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG) ein ausdrückliches Verbot des Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln statuiert und das sogenannte Verbrin-

gungsverbot nach § 73 Abs. 1 AMG die grenzüberschreitende Belieferung von Einzelpersonen mit in Deutschland zugelassenen Arzneimitteln untersagt, verletzt dieses Verhalten das geltende Recht.

Soweit Verpflichtungsbescheide erlassen werden mußten, wurden diese mit der Anordnung der sofortigen Vollziehung versehen, da nach den Wertungen des Gesetzgebers der Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln eine Gefährdung der Rechtsgüter Leben und Gesundheit der Bevölkerung heraufbeschwört. In den einstweiligen Rechtsschutzverfahren machten die betroffenen Krankenkassen demgegenüber eine Europarechtswidrigkeit des deutschen Versandhandelsverbots sowie ihr Interesse an Kosteneinsparungen geltend.

Von bislang vierzehn erstinstanzlichen Beschlüssen der Sozialgerichte haben zwölf den vom Bundesversicherungsamt angeordneten Sofortvollzug als rechtmäßig bestätigt. Bei der Beschwerdeinstanz der

Landessozialgerichte ergibt sich allerdings ein geteiltes Bild. Hier haben die Landessozialgerichte Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen entsprechende Beschwerden der Krankenkassen als unbegründet zurückgewiesen, während die Landessozialgerichte Bayern und Niedersachsen-Bremen den Beschwerden stattgaben. Die letztgenannten Landessozialgerichte haben zur Begründung ihrer Entscheidungen rein formale Argumente ins Feld geführt, insbesondere sei ein besonderes öffentliches Vollzugsinteresse, das über das allgemeine Vollzugsinteresse hinausgehe, nicht ausreichend konkret dargetan. Aus Sicht des Bundesversicherungsamtes kann diese Auffassung nicht überzeugen. Angesichts der Hochrangigkeit der gefährdeten Rechtsgüter, erscheint es nicht vertretbar, zunächst erste, auf den (verbotenen) Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln zurückzuführende Gesundheitsschäden, die möglicherweise nicht reversibel sind, abzuwarten, bevor eine Anordnung des Sofortvollzuges ergehen kann.

5. ANDERE ARBEITSSCHWERPUNKTE

- 5.1 Risikostrukturausgleich
- 5.2 Zuständige Stelle nach dem BBiG
- 5.3 Prüfungsamt für den gehobenen nichttechnischen Dienst in der Sozialversicherung

5. ANDERE ARBEITSSCHWERPUNKTE

5.1 Risikostrukturausgleich

Allgemeines

Seit 1994 bewährt sich in der gesetzlichen Krankenversicherung der Ausgleich der finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Risikostrukturen der teilnehmenden Krankenkassen. 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. Nicht einbezogen werden Unterschiede in den Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen, die nicht aus diesen Risikomerkmale resultieren, sowie Ermessens- und Erprobungsleistungen der Krankenkassen und reine Verwaltungskosten.

Auf der Grundlage der kassenindividuellen Versichertenstrukturen in Verbindung mit dem für die gesamte Gesetzliche Krankenversicherung West bzw. Ost gültigen Risikoprofil für die einzelnen Versichertengruppen (sogenannte „Verhältniswerte“) wird für jede Krankenkasse ein individueller Beitragsbedarf berechnet. Diesem Beitragsbedarf wird die Finanzkraft der einzelnen Krankenkassen gegenübergestellt, die die Unterschiede in den Beitragsaufkommen aufgrund unterschiedlich hoher beitragspflichtiger Einnahmen der Mitglieder berücksichtigt. Die Finanzkraft errechnet sich für jede Krankenkasse 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 einzelnen Krankenkasse. Der Ausgleichsbedarfssatz wird so bestimmt, daß die Finanzkraft aller Krankenkassen insgesamt ausreicht, um sämtliche im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung zu decken.

Jahresausgleich 2001

Der Jahresausgleich für 2001 wurde im November 2002 durchgeführt. Gegenüber dem Vorjahr ist das Umverteilungsvolumen zwischen den einzelnen Kassenarten leicht gestiegen: Von 26 Milliarden DM auf nunmehr 14,3 Milliarden €, wovon rund 13,8 Milliarden € bereits im monatlichen Abschlagsverfahren im Jahr 2001 umverteilt worden waren.

Auch der Ausgleichsbedarfssatz zur Deckung der gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in Höhe von rund 103,5 Milliarden € (West) bzw. 21,2 Milliarden € (Ost), der einheitlich für das gesamte Bundesgebiet ermittelt wurde, stieg von rund 12,61 Prozent auf rund 12,94 Prozent leicht an. Die durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben pro Tag beliefen sich im Jahr 2001 bundeseinheitlich auf 4,85 €. Die entsprechenden jährlichen Durchschnittsausgaben für einen Versicherten betrugen somit im Bundesdurchschnitt 1.771 €.

Wie bereits in den Vorjahren dargelegt, werden die Daten zur Berechnung der Verhältniswerte in den Hauptleistungsbereichen Apotheke, Krankenhaus und Krankengeld durch Vollerhebung ermittelt,

während für die Hauptleistungsbereiche Ärzte, Zahnärzte und sonstige Leistungsausgaben weiterhin die Stichprobenerhebung

angewandt wurde. Die Vollerhebung für alle Hauptleistungsbereiche bleibt das Ziel.

Übersicht:

Jahresausgleich für 2001						
Kassenart	GKV-West Ausgleichs- beträge³⁾ in Mio. €	Anzahl der Kassen¹⁾	GKV-Ost Ausgleichs- Beträge³⁾ in Mio. €	Anzahl der Kassen¹⁾	GKV-Bund Ausgleichs- beträge³⁾ in Mio. €	Anzahl der Kassen¹⁾
Zahlerkassen						
Ortskrankenkassen	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Betriebskrankenkassen	-6.143,30	246	-947,42	118	-7.090,73	364
Bundesknappschaft	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Angestellten Ersatzkassen	-4.611,49	6	-1.151,64	6	-5.763,12	12
Arbeiter Ersatzkassen	-679,50	4	-99,69	4	-779,19	8
Innungskrankenkassen	-392,45	15	-285,38	8	-677,83	23
Seekrankenkasse	0,00	0	-3,16	1	-3,16	1
Summe Ausgleichsverpflichtung	-11.826,74	271	-2.487,29	137	-14.314,03	408
Empfängerkassen						
Ortskrankenkassen	7.868,75	12	4.080,31	5	11.949,06	17
Betriebskrankenkassen	625,62	63	85,28	7	710,90	70
Bundesknappschaft	1.213,36	1	351,30	1	1.564,66	2
Angestellten Ersatzkassen	14,14	1	0,00	0	14,14	1
Arbeiter Ersatzkassen	43,02	1	0,00	0	43,02	1
Innungskrankenkassen	58,57	7	0,00	0	58,57	7
Seekrankenkasse	6,19	1	0,00	0	6,19	1
Summe Ausgleichsanspruch²⁾	9.829,65	86	4.516,89	13	14.346,54	99
Quelle: Bundesversicherungsamt						
¹⁾ Krankenkassen, die rechtskreisübergreifend tätig sind (Erstreckungskassen), sind doppelt erfaßt						
²⁾ Der um 32,51 Mio. € höhere Ausgleichsanspruch ergibt sich aus der Auszahlung von KVdR-Beiträgen nach altem Recht und Säumniszuschlägen						
³⁾ Beitragsbedarfskorrekturen für Vorjahre i.H.v. 89,57 Mio. € sind mit berücksichtigt						

Aufgrund des Gesetzes zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse sind seit dem 1. April 1999 auch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung der Krankenversicherungspflicht unterworfen. Daraus resultierte für das Jahr 2001 ein zusätzliches Beitragsaufkommen für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von 1048 Millionen € im Westen sowie 98 Millionen € im Osten. Da der Anteil der geringfügig Beschäftigten bei

den einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich ist, hat der Gesetzgeber bestimmt, daß diese Beiträge mit dem Instrument 'Risikostrukturausgleich' gleichmäßig auf alle Krankenkassen verteilt werden: Die entsprechenden Beitragseinnahmen werden der einzelnen Krankenkasse vom Beitragsbedarf abgezogen und allen Kassen einheitlich über eine Herabsetzung des Ausgleichsbedarfssatzes wieder zur Verfügung gestellt.

Nach den Vorgaben des Gesetzes zur Stärkung der Finanzgrundlagen in den neuen Ländern (GKV-Finanzstärkungsgesetz) vom 24. März 1998 ist zur Berechnung der Finanzkraft seit dem Jahre 2000 ein gesamtdeutscher Ausgleichsbedarfssatz zu ermitteln. Zur Berechnung dieses Wertes wurde der gemeinsame Beitragsbedarf für West und Ost durch die Summe der bundesweiten beitragspflichtigen Einnahmen dividiert. Im Jahr 2001 ist die unterschiedliche Finanzkraft der gesetzlichen Krankenversicherung in West und Ost mit 1.528 Millionen € zu Gunsten der neuen Bundesländer ausgeglichen worden.

Durch das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 1999 wird seit dem Jahr 2001 stufenweise ein gesamtdeutscher Risikostrukturausgleich auch für den Beitragsbedarf eingeführt. Die endgültige Rechtsangleichung wird im Jahre 2007 erreicht. Einhergehend mit dieser Regelung gibt es seit 2001 einheitliche Bemessungsgrundlagen im gesamten Bundesgebiet. Dennoch sind bis zur endgültigen Rechtsangleichung die Verhältniswerte, die standardisierten Leistungsausgaben sowie der Beitragsbedarf nicht nur neu für den Bereich Bund, sondern gleichzeitig auch wie bisher getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu ermitteln. Durch die stufenweise Annäherung an den gesamtdeutschen RSA war die Rechtskreisangleichung Ost und West im Jahre 2001 mit einem Gewichtungsfaktor von 25 Prozent zu berücksichtigen. Der Gewichtungsfaktor erhöht sich jährlich um 12,5 Prozentpunkte. Für 2001 bedeutete dies einen zusätzlichen Transfer von den West-Krankenkassen zu den Ost-Krankenkassen in Höhe von 477 Millionen €.

Monatliches Abschlagsverfahren 2002

Im monatlichen Abschlagsverfahren für 2002 wurden zwischen den Kassen rund 14,4 Milliarden € im RSA umverteilt; hinzu kamen ca. 520 Millionen € im monatlichen Abschlagsverfahren für den Risikopool. Der Risikopool (s. u.) wurde mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches vom 10. Dezember 2001 zum 1. Januar 2002 eingeführt. Nach Vorliegen der Daten zur Berechnung des Abschlages im monatlichen Verfahren haben wir die Risikopool-Bescheide den Krankenkassen Ende Juli übersandt. Somit wurde der Risikopool ab August 2002 finanzwirksam.

Einzelfallentscheidungen

Das Bundesversicherungsamt kann in begründeten Einzelfällen auf Vorschlag des Spitzenverbandes der jeweiligen Krankenkassenart ein abweichendes Verfahren zur Berechnung des voraussichtlichen Beitragsbedarfs (§ 3 Abs. 6 Satz 4 RSAV) und der voraussichtlichen Finanzkraft (§ 9 Abs. 3 RSAV) bestimmen. Der Antrag ist wegen des Vorschlagsrechts an den Spitzenverband zu richten, der diesen mit seinem Votum an das Bundesversicherungsamt weiterreicht. Solange das Bundesversicherungsamt über den Antrag noch nicht entschieden hat, ist die Krankenkasse verpflichtet, die Berechnungen nach den Vorgaben der RSAV unter Beachtung der darin genannten Termine vorzunehmen.

Das Bundesversicherungsamt berechnet nach einheitlichem Verwaltungshandeln den Ausgleichsbedarf. Seit Juli 2002 muß ein Anpassungsbedarf von 0,15 Beitragsatzpunkten vorliegen. Bewilligt wird seitdem nur der diese Grenze übersteigende Betrag.

Jede positive Einzelfallentscheidung setzt zudem voraus, daß bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte finanzielle Mittel vorhanden sind. Die Anpassungsbeträge werden im Monat der Ausschüttung durch eine Anpassung des Ausgleichsbedarfssatzes berücksichtigt. Im Jahr 2002 wurden 81 Anträge auf Einzelfallentscheidung gestellt, davon mußten 39 Anträge als unbegründet abgelehnt werden. Mit einem Gesamtvolumen von 922.705.000 € wurden 42 Anträge bewilligt.

Berechnung des Abschlages für das Kalenderjahr 2002 unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Januar bis Dezember 2002 nach § 17 Abs. 3a RSAV

Die Ergebnisse des monatlichen Abschlagsverfahrens haben – gerade in der jüngeren Vergangenheit – gezeigt, daß die Berücksichtigung vergangenheitsbezogener Werte zu Verwerfungen bezüglich der von der jeweiligen Krankenkasse im Jahresausgleich zu erwartenden Ergebnisse führt, die im Einzelfallverfahren (s.o.) unter den vom Bundesversicherungsamt vorgegebenen Bedingungen zwar (teilweise) ausgeglichen werden können, was aber mit einer großen Kalkulationsunsicherheit verbunden ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn – wie im Jahr 2002 – die im Einzelfallverfahren transferierten Finanzvolumina nennenswerte Dimensionen annehmen und zu hohen Schwankungen der im monatlichen Abschlagsverfahren anzuwendenden Ausgleichsbedarfssätze führen. Hinzu kommt, daß Einzelfallanträge naturgemäß nur gestellt werden, wenn hiermit eine Entlastung der Krankenkasse verbunden ist. Aus diesem Grund wurde eine Vorschrift eingefügt, mit der die monatlichen Abschläge auf der Grundlage der Vierteljahresstatistik über Einnahme, Ausgabe und Vermögen

der gesetzlichen Krankenversicherung (KV 45) jeweils für ein Kalenderjahr bzw. Kalenderhalbjahr neu berechnet werden (§ 17 Abs. 3a der 5. Änderungsverordnung zur RSAV vom 4. Dezember 2002). Dies ist insbesondere deshalb erforderlich, weil künftig auch die zusätzlichen Auswirkungen der besonderen Berücksichtigung von Versicherten abzubilden sind, die in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschrieben sind, sowie die Auswirkungen des Risikopools im Risikostrukturausgleichsverfahren. Für die Krankenkassen führt dies zu einer höheren Kalkulations-sicherheit.

Die erste Berechnung des Abschlages für das Kalenderjahr 2002 unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Januar bis Dezember 2002 nach § 17 Abs. 3a RSAV wird auf der Grundlage der KV 45 4. Quartal 2002 zum 31. März 2003 durchgeführt.

Risikopool

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs ist der Risikopool zum 1. Januar 2002 in den § 269 SGB V, bzw. § 28a RSAV eingeführt worden. Damit existiert ein neues Ausgleichsverfahren zwischen den Krankenkassen, mit dem der Risikostrukturausgleich ergänzt wird. Ziel ist die solidarische Finanzierung besonderer Risikobelastungen von Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Morbiditäten ihrer Versicherten entstehen und durch die indirekte Morbiditätszuordnung des Risikostrukturausgleichs nicht hinreichend berücksichtigt werden konnten.

Im Risikopool werden die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle zwischen den Krankenkassen teilweise

ausgeglichen. Ausgleichsfähig sind dabei 60 Prozent der Aufwendungen für einzelne Versicherte in den Leistungsbereichen Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, Krankengeld, Sterbegeld und nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse (ab 2003), soweit diese eine Grenze von 20.450 € pro Jahr übersteigen. Der Schwellenwert ist als dynamische Größe festgesetzt, die ab 2004 an die Entwicklung der Durchschnittsentgelte angepasst werden wird. Dies wird insbesondere Krankenkassen entlasten, die in spürbarem Umfang Versicherte betreuen, deren Behandlung hohe Kosten erzeugt.

Aus der Datenmeldung für das monatliche Abschlagsverfahren 2002 geben folgende Kennzahlen einen Überblick über die Wirkung des Risikopools:

Im monatlichen Verfahren wurden 455.342 Risikopoolfälle berücksichtigt: Im Westen 409.248 - im Osten 46.094. Das Gesamtvolumen an ausgleichsfähigen Leistungsausgaben betrug rund 16,0 Milliarden € (West: 13,3 Milliarden € / Ost: 2,7 Milliarden €). Dies entspricht einem Anteil an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich von rund 12,8 Prozent.

Ausgleichsfähige Leistungsausgaben im Bereich zwischen 25.000 und 52.000 € machen den weitaus größten Teil der Risikopoolfälle aus (etwa 270.000 Fälle). Einige wenige bewegen sich aber sogar im Bereich über 1,022 Milliarden €.

Der mit gut 75 Prozent größte Ausgabenfaktor ist mit gemeldeten Brutto-Leistungsausgaben in Höhe von rund 12 Milliarden € GKV-weit der Hauptleistungsbereich (HLB) Krankenhaus; am niedrigsten liegen die Ausgaben mit 0,37 Prozent in einer

Höhe von 58,3 Millionen € im HLB Sterbegeld. Noch nicht ins monatliche Verfahren einbezogen wurden die Ausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse. Das Volumen für diese Ausgaben wird vom gemeinsamen Schätzerkreis GKV für 2003 auf rund 900 Millionen € geschätzt.

Im monatlichen Verfahren wurden GKV-weit Risikopoolbeträge in Höhe von 3,5 Milliarden € (im Westen: 2,9 Milliarden € / im Osten: 0,6 Milliarden Euro) beschieden. Die Bescheide in den Monaten August – Dezember 2002 enthielten dabei auch den auf diese fünf Monate verteilten Korrekturbetrag für die Monate Januar – Juli 2002. Das entspricht einem Anteil von ca. 21,8 Prozent an den ausgleichsfähigen Leistungsausgaben.

Prüfung nach § 15a RSAV

Die Prüfung der von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool mitzuteilenden Daten und die Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten werden in der 5. Änderungsverordnung zur RSAV vom 4. Dezember 2002 geregelt (§ 15a). Grundlage ist die Ermächtigung nach § 266 Abs. 7 Nr. 11, § 269 Abs. 4 Nr. 5 SGB V. Hierdurch soll die Rechtssicherheit des Verfahrens der Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools weiter erhöht werden. Die aufsichtsrechtlichen Prüfungen nach § 88 SGB IV werden davon nicht berührt.

Gegenstand der Prüfungen sollen insbesondere die Bereiche sein, die im Risikostrukturausgleich finanzwirksam sind, d. h. die gemeldeten Versicherungszeiten, die Beitragseinstufung der Versicherten, die im Risikopool gemeldeten Daten sowie die

Unterlagen der Versicherten, die in ein nach § 137g SGB V zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind. Fehlerhafte Datenmeldungen der Krankenkassen in diesen Bereichen führen unmittelbar zu Änderungen ihrer Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen.

Durch Stichproben und Hochrechnungen insbesondere im Bereich der Prüfung der Versichertenzeiten und des Risikopools soll erreicht werden, daß alle Fehler in den Datenmeldungen vom Bundesversicherungsamt erfaßt und korrigiert werden können. Das Amt erhält darüber hinaus in seiner Funktion als Durchführungsbehörde des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools die Befugnis, Vorgaben zu erlassen, die eine Vereinheitlichung der Prüfungen ermöglichen, wie zum Beispiel, einen Mindestumfang der zu prüfenden Fälle festzulegen, sowie die Berechnung und die inhaltlichen Anforderungen an die Erhebung der Stichproben vorzugeben.

Kernstück der Regelung ist die uns eingeräumte Möglichkeit, eine festgestellte

Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle hochzurechnen und den auf Grund dieser Hochrechnung ermittelten Korrekturbetrag gegenüber der betroffenen Krankenkasse durch Bescheid geltend zu machen.

Weitere Aufgaben

Das Bundesministerium für Gesundheit hat entsprechend seinem Auftrag nach § 268 Abs. 2 SGB V eine wissenschaftliche Untersuchung in Auftrag gegeben, die zur Vorbereitung der Einführung des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs dienen soll. Die Untersuchung, die insbesondere der Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmalen dient, muß bis zum 31. Dezember 2003 abgeschlossen sein. Hierfür wird eine umfangreiche Stichprobe mit spezifischen Morbiditätsmerkmalen erhoben. Das Bundesversicherungsamt war und ist intensiv in die Abwicklung der Datenflüsse eingebunden.

Monatliches Verfahren 2002 – Risikopool

Angaben in gerundeten € - Beträgen

		AOK	BKK	IKK	See-KK	BKn	EAN	EAR	Gesamt
Monatliches Abschlagsverfahren West									
Pos. 1	Empfängerkassen (Anzahl)	12	51	7	0	1	3	1	75
	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool	287.924.350	35.317.567	12.295.787	0	11.552.250	44.523.139	1.871.261	393.484.354
Pos. 2	Zahlungspflichtige Kassen	0	219	12	1	0	4	4	240
	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool	0	294.245.886	19.065.420	169.425	0	107.072.027	14.549.144	435.101.902
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool								
	- saldiert - (Pos. 1 – Pos. 2)	287.924.350	-258.928.319	-6.769.633	-169.425	11.552.250	-62.548.889	-12.677.883	-41.617.548
Monatliches Abschlagsverfahren Ost									
Pos. 1	Empfängerkassen (Anzahl)	5	22	2	0	1	2	0	31
	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool	113.017.003	6.479.021	450.841	0	4.164.928	4.527.010	0	128.638.803
Pos. 2	Zahlungspflichtige Kassen	0	101	6	1	0	5	2	116
	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool	0	46.339.633	10.315.368	77.619	0	26.251.211	2.026.946	85.010.777
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool								
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	113.017.003	-39.860.612	-9.864.527	-77.619	4.164.928	-21.724.201	-2.026.946	43.628.026
Monatliches Abschlagsverfahren Bund									
Pos. 1	Empfängerkassen (Anzahl)	17	73	9	0	2	5	1	106
	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool	400.941.352	41.796.588	12.746.628	0	15.717.178	49.050.149	1.871.261	522.123.156
Pos. 2	Zahlungspflichtige Kassen	0	321	18	2	0	9	6	356
	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool	0	340.585.519	29.380.788	247.043	0	133.323.238	16.576.090	520.112.678
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool								
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	400.941.352	-298.788.931	-16.634.160	-247.043	15.717.178	-84.273.090	-14.704.829	2.010.478

Monatliches Verfahren 2002

Angaben in gerundeten € - Beträgen

		AOK	BKK	IKK	See-KK	BKn	EAN	EAR	Gesamt
Monatliches Abschlagsverfahren West									
	Empfängerkassen (Anzahl)	12	62	5	1	1	1	1	83
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	7.696.772.427	662.039.914	78.974.171	4.201.680	1.184.583.083	288.918.513	41.924.938	9.957.414.725
	Zahlungspflichtige Kassen	0	211	14	0	0	6	4	235
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	669.913	6.561.668.028	411.089.438	821.118	0	4.526.341.990	658.072.169	12.158.662.655
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA								
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	7.696.102.514	-5.899.628.114	-332.115.267	3.380.561	1.184.583.083	-4.237.423.476	-616.147.231	-2.201.247.930
Monatliches Abschlagsverfahren Ost									
	Empfängerkassen (Anzahl)	5	8	0	0	1	0	0	14
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	4.043.773.201	94.196.093	14.953	0	353.542.913	13.502.361	16.833	4.505.046.353
	Zahlungspflichtige Kassen	0	115	8	1	0	7	2	133
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	988.149.096	257.122.608	3.429.488	0	920.985.161	85.937.873	2.255.624.225
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA								
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	4.043.773.201	-893.953.004	-257.107.655	-3.429.488	353.542.913	-907.482.800	-85.921.040	2.249.422.128
Monatliches Abschlagsverfahren Bund									
	Empfängerkassen (Anzahl)	17	70	5	1	2	1	1	97
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	11.740.545.628	756.236.006	78.989.123	4.201.680	1.538.125.996	302.420.874	41.941.770	14.462.461.078
	Zahlungspflichtige Kassen	0	326	22	1	0	13	6	368
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	669.913	7.549.817.124	668.212.046	4.250.606	0	5.447.327.150	744.010.041	14.414.286.880
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA								
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	11.739.875.715	-6.793.581.118	-589.222.922	-48.926	1.538.125.996	-5.144.906.276	-702.068.271	48.174.198

5.2 Zuständige Stelle nach dem BBiG

Ausbildungsplatzsituation

Auch dieses Mal haben wir eine vergleichsweise gute Nachricht: Die Versicherungsträger haben im Jahr 2002 fast ebenso viele Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt wie im Jahr davor. Zum Beruf des Sozialversicherungsfachangestellten:

Nachdem im Jahr 1999 mit 1.574 neuen Ausbildungsverhältnissen ein Tiefstand erreicht worden war, konnte im Jahr 2000 wieder eine geringfügige Steigerung um 1,5 Prozent verzeichnet werden. 2001 haben dann außergewöhnliche Steigerungsraten bei den Kranken- und Rentenversicherungsträgern zum Rekordanstieg von 17,2 Prozent auf 1.872 Ausbildungsplätze geführt. Auch in Anbetracht der Entwicklung auf dem Ausbildungsstellenmarkt insgesamt ist es deshalb erfreulich, daß die Anzahl der Neueinstellungen im Jahr 2002 mit 1.856 nur unwesentlich unter der des Vorjahres liegt. Soviel zur Situation insgesamt.

Entwicklung der Anzahl neubegründeter Ausbildungsverhältnisse mit Sozialversicherungsfachangestellten in den Fachrichtungen					
	KV	UV	RV	Knappschafts- Versicherung	Insgesamt
1996	1.389	114	175	143	1.821
1997	1.042	110	123	140	1.415
1998	1.175	89	137	149	1.550
1999	1.254	106	137	141	1.638
2000	1.131	78	219	162	1.590
2001	1.335	81	291	159	1.866
2002	1.263	89	353	145	1.850

Der Blick auf die Entwicklung in den einzelnen Fachrichtungen zeigt: Während die

Anzahl der Neueinstellungen in den Fachrichtungen gesetzliche Unfallversicherung, landwirtschaftliche und knappschaftliche Sozialversicherung minimal und in der Fachrichtung gesetzliche Rentenversicherung nochmals um rund vierzehn Prozent zunahm, ging die Anzahl der Ausbildungsplätze in der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung um sechs Prozent zurück. Betrachtet man die Kassenarten für sich, ergibt sich allerdings ein völlig unterschiedliches Bild. Anders als die meisten Ersatzkassen, die fünfzehn bis zwanzig Prozent weniger Auszubildende einstellten, haben die Betriebs- und Innungskrankenkassen und die GEK rund sechs Prozent mehr Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt. Diese Entwicklung überrascht kaum; sie spiegelt das aktuelle Geschehen in der Kassenlandschaft und die daraus resultierenden organisatorischen und personellen Folgen wider.

Zum Stichtag 31. Dezember 2002 bildeten die bundesunmittelbaren Träger der Sozialversicherung 4.601 junge Leute zu Sozialversicherungsfachangestellten aus. Das sind 112 Auszubildende weniger als zum gleichen Zeitpunkt im Jahr 2001 und erklärt sich aus der geringen Anzahl der Neuabschlüsse im Jahr 2000. Während wir Ende 2001 noch 50 Prozent aller Auszubildenden in diesem Beruf betreut hatten, waren es Ende 2002 nur noch rund 46 Prozent. Offenbar haben die landesunmittelbaren Versicherungsträger ab dem Jahr 2000 mehr Auszubildende eingestellt als die bundesunmittelbaren Träger.

Die Anzahl der neuen Ausbildungsverträge im Beruf Fachangestellter für Bürokommunikation ging leicht zurück: Von 28 neuen Ausbildungsverhältnissen im Jahr 2001 auf nur noch 23 im Berichtsjahr. Ende 2002 betreuten wir 75 Auszubildende

für diesen Beruf, fünf weniger als zum Vergleichszeitpunkt des Vorjahres, ferner elf Auszubildende zum/zur Verwaltungsfachangestellten (+ 3), die die Ausbildung beim Bundesversicherungsamt durchlaufen.

Vom Jahr 2001 hatten wir berichtet, daß der bis dahin lang anhaltende Trend, überwiegend studienberechtigte Auszubildende einzustellen, gestoppt worden war. Im Jahr 2002 lag der Anteil der neu eingestellten Auszubildenden mit Hochschulreife jetzt erstmals sogar deutlich unter 50 Prozent. Das führt dazu, daß sich die Anzahl der Auszubildenden mit Hochschulreife (2.657) und der mit Real- und Hauptschulabschluß (2.638) beinahe die Waage hält. In der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung überwiegen allerdings höhere Schulabschlüsse nach wie vor. Von 3.746 Auszubildenden in dieser Fachrichtung sind immer noch 2.313 studienberechtigt. Mit rund 62 Prozent sind das aber immerhin drei Prozent weniger als 2001.

Fortbildungsprüfungsordnung für die Renten- und knappschaftliche Sozialversicherung

Im Jahr 2001 entschlossen sich mehrere Landesversicherungsanstalten, die Fortbildung ihrer Mitarbeiter für Aufgaben des gehobenen Dienstes neu zu ordnen und bei ihren Zuständigen Stellen den Erlaß von Fortbildungsprüfungsordnungen nach § 46 BBiG zu initiieren. Die bisherige Fortbildung – so die Begründung – ermögliche keinen uneingeschränkten Einsatz der Absolventen im gehobenen Dienst, bleibe deutlich hinter den Anforderungen der Laufbahnausbildung zurück und sei gemessen an der Ausbildungsordnung für Sozialversicherungsfachangestellte auch inhalt-

lich überaltert. Nach Auffassung der Versicherungsträger ging es dabei eher um Auffrischungs- als um Aufbaulehrgänge.

Nachdem in der Folge mehrere Zuständige Stellen der Länder Prüfungsordnungen nach § 46 BBiG erlassen hatten, wandte sich die Seekasse mit dem gleichen Anliegen an uns. Ihre Mitarbeiter sollen wie bisher auch künftig an den Fortbildungsmaßnahmen der erwähnten Landesversicherungsanstalten teilnehmen. Ohne eine Prüfungsordnung des Bundesversicherungsamtes – die der Länder gelten für die bundesunmittelbare Seekasse nicht – könnten sie jedoch keine staatlich anerkannte Prüfung ablegen und dürften daher auch nicht die Berufsbezeichnung “Sozialversicherungsfachwirt” führen. Das sei – so die Seekasse – ihnen nicht zu vermitteln.

In unserem Berufsbildungsausschuß stieß der Wunsch der Seekasse grundsätzlich auf Verständnis. Ein Unterausschuß erhielt den Auftrag, nach Klärung der grundsätzlichen Aspekte einer Fortbildungsprüfungsordnung den Entwurf einer solchen Fortbildungsprüfungsordnung zu erarbeiten. Das ist gelungen, nachdem man sich bald einig darüber war, daß eine Fortbildungsprüfungsordnung bereits bestehende tarifvertragliche Regelungen unangetastet läßt. Inhaltlich orientiert sich der Entwurf an den von den Ländern erlassenen Prüfungsordnungen. Allerdings wurden Abstriche notwendig, weil neben den Interessen der Seekasse auch die der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Bundesknappschaft zu berücksichtigen waren.

Organisation der Prüfungen

Im Jahr 2002 wurden insgesamt 3.203 und somit 147 Teilnehmer mehr als im Vorjahr geprüft. An den sechzehn Zwischenprü-

fungen nahmen 1.501 angehende Sozialversicherungsfachangestellte, 24 angehende Fachangestellte für Bürokommunikation und zwei angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei kamen 76 Ausschüsse zum Einsatz.

In 23 Abschlußprüfungen, bei denen 89 Ausschüsse tätig waren, wurden 1.557 Auszubildende und 145 Prüfungskandidaten, die wir nach § 40 Absatz 2 BBiG zur Prüfung zugelassen hatten, geprüft. Davon entfielen 1.670 Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer auf den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r, zwei auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte/r, 27 auf den Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Bürokommunikation und drei auf den Ausbildungsberuf Fachangestellte für Medien und Informationsdienste. Für 41 Kandidaten war es die Wiederholungsprüfung.

Von den 117 Ausbilderinnen und Ausbildern bundesunmittelbarer Sozialversicherungsträger, die sich der Ausbilder-Eignungsprüfung gestellt haben, konnten sechs ihre Befähigung zur Ausbildung leider nicht nachweisen. Zwei von ihnen haben ausdrücklich auf die Wiederholung der Prüfung verzichtet; im Rahmen der Wiederholungsprüfung hat inzwischen ein weiterer Kandidat überzeugende Leistungen erbracht.

Die Organisation der Prüfungen gestaltet sich zunehmend aufwendiger. Das betrifft insbesondere die Abschlußprüfungen. Es gab im Jahr 2002 nicht nur sechs Prüfungstermine mehr als im Vorjahr. Auch die Anzahl der Prüfungsteilnehmer und damit die Anzahl der benötigten und eingesetzten Prüfungsausschüsse lag höher (+ acht gegenüber 2001). Wenn die Prüfungen gleichwohl wie immer reibungslos ablie-

fen, ist das nicht zuletzt auch ein Verdienst der Versicherungsträger, Verbände und Prüfungsausschüsse, die uns bei der Prüfungsorganisation wertvolle Hilfestellung gaben.

5.3 Prüfungsamt für den gehobenen nichttechnischen Dienst in der Sozialversicherung

Laufbahnprüfungen

Im Jahr 2002 fanden zwei Laufbahnprüfungen für insgesamt 192 Verwaltungsinpektorenanwärterinnen und -anwärter statt. 168 Prüfungskandidatinnen und -kandidaten kamen von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und 24 von der Bundesknappschaft.

In der Frühjahrsprüfung, an der nur Anwärterinnen und Anwärter der BfA teilnahmen, waren 79 von 85 erfolgreich. Die Mißerfolgsquote von sieben Prozent lag damit unter der bei der Frühjahrsprüfung 2001 (neun Prozent). Noch besser fiel das Ergebnis der BfA-Anwärterinnen und Anwärter bei der Sommerprüfung aus: Von 83 Teilnehmerinnen und Teilnehmern verfehlte nur eine Kandidatin das Ziel, das sind 1,2 Prozent.

Bei der Bundesknappschaft bestanden dagegen in der Sommerprüfung vier von 24 Kandidaten (16,7 Prozent) die Prüfung nicht.

Zehn der elf Anwärterinnen und Anwärter, die die Prüfung nicht bestanden hatten, legten Widerspruch ein. Zwei Widersprüche wurden nach Einsichtnahme in die Prüfungsarbeiten und die Bewertungsunterlage zurückgenommen. Die übrigen Widersprüche wurden als unbegründet zurückgewiesen.

Die Prüfungsjahrgänge ab 2004 müssen im Rahmen der Laufbahnprüfung bekanntermaßen eine Diplomarbeit anfertigen. In diesem Zusammenhang gab es – ausgelöst von einer Neuregelung in der Bundeslaufbahnverordnung – allerdings eine Änderung. Sah die Prüfungsordnung ursprünglich vor, daß Anwärterinnen oder Anwärter nur dann zur schriftlichen Prüfung zugelassen werden, wenn die Diplomarbeit mindestens mit „ausreichend“ bewertet war, spielt das Ergebnis der Diplomarbeit bei der Zulassung jetzt keine Rolle mehr. Das bedeutet: Auch die Anwärterinnen oder Anwärter, deren Diplomarbeit schlechter als „ausreichend“ bewertet wurde, können die Prüfung fortsetzen. Sie müssen allerdings die Diplomarbeit im Anschluß an die mündliche Prüfung wiederholen. Denn nach wie vor wird die Laufbahnprüfung nur bestanden, wenn in der Diplomarbeit mindestens die Note „ausreichend“ erzielt wurde.

Inzwischen hat eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der ausbildenden Versicherungsträger und des Fachbereichs Sozialversicherung unter unserer Beteiligung auch alle noch offenen Fragen zur Bewertung der Diplomarbeit und zur Schulung der Erst- und Zweitbewerber geklärt.

Der wissenschaftliche Anspruch dieses Teils der Laufbahnprüfung muß auch in den Themen der Diplomarbeit zum Ausdruck kommen. Bereits jetzt zeichnet sich ab, daß die Prüfung, ob dies tatsächlich der Fall ist, uns stärker fordern wird, als zunächst angenommen wurde. Mehrere Themen mußten aufgrund unseres Einspruchs modifiziert werden, zum Teil gegen starken Widerstand der Betroffenen.

Nachdiplomierung

Die Nachdiplomierungsordnung des Bundes vom 16. Januar 1991 (GMBI S. 124) sieht vor, daß bestimmte Beamte, die nicht durch ein Studium an der Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung den Diplomgrad „Diplom-Verwaltungswirt“ erworben haben, nachdiplomiert werden können, wenn ihre Ausbildung an einer Vorgängereinrichtung der Fachhochschule erfolgt ist oder ihre Ausbildung nach bestimmten, eng begrenzten Kriterien gleichwertig war. Auf dieser Rechtsgrundlage haben wir im Jahr 2002 sechzehn Mitarbeitern der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nachträglich das Diplom zuerkannt.

ANHANG

ÜBERSICHT DER BUNDESUNMITTELBAREN TRÄGER, VERBÄNDE UND EINRICHTUNGEN DER SOZIALVERSICHERUNG

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.01	Anzahl 31.12.02
Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ¹		
Ersatzkassen für Arbeiter	2	2
Hamburgische Zimmererkrankenkasse Gmünder Ersatzkasse		
Ersatzkassen für Angestellte	6	6
Barmer Ersatzkasse Deutsche Angestellten Krankenkasse Kaufmännische Krankenkasse Hamburg-Münchener Ersatzkasse Hanseatische Krankenkasse Techniker Krankenkasse		
Innungskrankenkassen	8	9
Innungskrankenkasse Bremen Innungskrankenkasse Hamburg Innungskrankenkasse Ostfalen Innungskrankenkasse Sachsen-Anhalt Innungskrankenkasse Braunschweig Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit Innungskrankenkasse Weser-Ems Innungskrankenkasse Celle und Harburg Land Innungskrankenkasse Westfalen-Lippe		

¹ nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.01	Anzahl 31.12.02
Sonstige Krankenkassen	2	2
See-Krankenkasse Bundesknappschaft (knKV)		
Landwirtschaftliche Krankenkassen	2	2
Krankenkasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Krankenkasse Berlin		
Betriebskrankenkassen²	145	141
in Baden-Württemberg	25	22
in Bayern	13	11
in Berlin	1	1
in Brandenburg	-	-
in Bremen	-	1
in Hamburg	13	15
in Hessen	16	18
in Mecklenburg-Vorpommern	1	1
in Niedersachsen	16	14
in Nordrhein-Westfalen	46	46
in Rheinland-Pfalz	8	7
in Sachsen	2	2
in Sachsen-Anhalt	1	1
im Saarland	-	-
in Schleswig-Holstein	3	2
in Thüringen	-	-
Krankenversicherungsträger insgesamt	165	162

² einschließlich Bundesverwaltungskassen

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.01	Anzahl 31.12.02
----------------------------	----------------------------	----------------------------

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Gewerbliche Berufsgenossenschaften

32

32

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-Bahnen u.
 Eisenbahnen
 Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen
 Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft
 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und
 Wohlfahrtspflege
 See-Berufsgenossenschaft

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.01	Anzahl 31.12.02
Übertrag	32	32
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	2	2
Gartenbau-Berufsgenossenschaft Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Berlin		
Sonstige Träger der Unfallversicherung	2	2
Eisenbahn-Unfallkasse Unfallkasse der Post und Telekom		
Unfallversicherungsträger insgesamt	36	36

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

Träger der Arbeiterrentenversicherung	2	2
Bahn-Versicherungsanstalt Seekasse		
Träger der Angestelltenversicherung	1	1
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte		
Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung	1	1
Bundeskknappschaft		
Rentenversicherungsträger insgesamt	4	4

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.01	Anzahl 31.12.02
Träger der Alterssicherung der Landwirte	2	2
Alterskasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Alterskasse Berlin		
Alterskassen insgesamt	2	2
Verbände	2	2
Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen		
Verbände insgesamt	2	2
Weitere Einrichtungen	4	4
Seemannskasse Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft Bundesausführungsbehörde für Unfallversicherung Künstlersozialkasse Versorgungsträger Ernst-Abbé-Stiftung		
Weitere Einrichtungen insgesamt	4	4
Zusammenstellung		
Krankenversicherungsträger	165	162
Unfallversicherungsträger	36	36
Rentenversicherungsträger	4	4
Alterskassen	2	2
Verbände	2	2
Weitere Einrichtungen	4	4
insgesamt	213	210