



Bundesversicherungsamt

Tätigkeitsbericht 2003



Herausgeber:

Bundesversicherungsamt
Öffentlichkeitsarbeit
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn
Telefon (02 28) 6 19 - 0
Telefax (02 28) 6 19 - 18 80

Druckerei:

Graphischer Bereich im
Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung



Vorwort

Im Bereich des Risikostrukturausgleiches und beim Prüfdienst Krankenversicherung (PDK) mussten wir uns weiteren Herausforderungen stellen. Zwei neu eingeführte Zwischenausgleiche sollten Verwerfungen des monatlichen Verfahrens frühzeitig korrigieren. Das ist zum Nutzen der Kassen gelungen. Gleichzeitig wurden im Risikopool erstmals 0,58 Mrd. € zwischen den Kassen umverteilt. Der Rückgang der Klagen zum RSA macht daneben deutlich, dass sich die Situation hier allmählich befriedet.

Für den PDK stellten die Pilotprüfungen bei den Risikopool-Fällen sowohl von der notwendigen intensiven Vorbereitung als auch allein von ihrer Dimension her eine Grenzbelastung dar. Gleichzeitig nahm der PDK kurzfristige Finanzstatusprüfungen in

sein Programm auf, um zu verhindern, dass finanziell gefährdete Kassen auf dem Haftungswege weitere Kassen mit sich ziehen. In der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ist nunmehr ein eigener Prüfdienst eingerichtet worden, mit dem die bewährten Prüfungen des gesamten Geschäftsbetriebes der Krankenkassen auf diesen Bereich ausgedehnt werden.

Die Finanzlage in der Sozialversicherung blieb auch im Jahre 2003 aus der Sicht der Aufsichtsbehörde kritisch. Zwar stiegen in der Gesetzlichen Rentenversicherung die Einnahmen, doch wurde bei steigenden Leistungsausgaben die Mindestausstattung erneut unterschritten. Die vom Bundesversicherungsamt bewirtschafteten Bundeszuschüsse stiegen gegenüber dem Vorjahr noch einmal um 9 % an.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung hat vor dem Hintergrund der existenziellen Bedrohung mancher Kassen die Auseinandersetzung mit ihnen über deren kritische Finanz- und Vermögensentwicklung zugenommen. Trotz des Beitragssatzsicherungsgesetzes mussten über 100 Kassen ihre Beiträge anheben. Bei Fusionen und Sitzverlagerungen waren Wege zu finden, den Verlust von Haftungssubstanz in den Landesverbänden zu verhindern. Den Anstieg der Verwaltungskosten versuchten wir durch ständige Überwachung zu stoppen und begleiteten neue Vergütungsvereinbarungen bei Vorständen teilweise mit aufsichtsrechtlichen Mitteln. Schließlich galt es, die Anforderung des GKV-Modernisierungsgesetzes auf die künftige Beitragssatzgestaltung hin auszuloten und bei Selbstbehalt- und Bonusregelungen manchen Wildwuchs zu beschneiden.

Um den sich aus der Situation der Bauwirtschaft auf die acht Bau- Berufsgenossenschaften durchschlagenden Problemen begegnen zu können und alle Kräfte zu bündeln, hatten diese eine Fusion von allen beschlossen. Diesem Vorhaben standen wir mit Beratung zur Seite. Gegen Ende des Jahres wurden uns dabei erhebliche Moderationsanstrengungen abverlangt und waren verbindliche Interpretationen der zwischen den Berufsgenossenschaften geschlossenen Vereinbarungen durch uns gefordert, um nicht noch in letzter Minute ein Scheitern und damit den Wegfall der Hilfe der anderen Berufsgenossenschaften zu riskieren.

Als Vergabepflichtstelle und natürlich auch in seiner Aufsichtsführung eröffnete sich für das Bundesversicherungsamt durch das in immer größere Teile des Trägerhandels hineinreichende, stringent gestaltete Vergaberecht ein weites Feld. Krasse Verstöße gegen das Vergaberecht, die bei intensivierten Überprüfungen aufgedeckt werden konnten, zeugten von der Notwendigkeit, hierauf künftig ein besonderes Augenmerk zu richten.

Wie schon in den Vorjahren, war es immer wieder auch erforderlich, die Auslegung von Rechtsvorschriften im Sinne des Gesetzeszweckes anzumahnen und auf verständliche Begründungen bei Bescheiden zu dringen.

Dr. Rainer Daubenbüchel
Präsident des Bundesversicherungsamtes

I. FACHABTEILUNGEN	15
1. KRANKENVERSICHERUNG	15
1.1 Finanzen: Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung	15
1.2 Eingaben	16
Entwicklung der Eingaben in der Kranken- und Pflegeversicherung	16
1.3 Mitgliedschafts- und Beitragsrecht in der Krankenversicherung	17
Versichertenstatus und Beitragsbemessung von Wandergesellen	17
Anwendung der Jahresarbeitsentgeltgrenze des § 6 Abs. 7 SGB V	17
Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld	17
Versichertenstatus von Arbeitnehmern, die ein Studium aufnehmen	18
Kassenwechsel	19
Schadensersatz bei misslungenem Kassenwechsel	21
Kein Sonderkündigungsrecht bei Kassenfusionen	21
Sonderwahlrecht bei Errichtungsverfahren nach § 175 Abs. 5 SGB V	22
Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft	22
1.4 Leistungsrecht in der Krankenversicherung	23
Höhe des Krankengeldes bei Altersteilzeit	23
Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln	23
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	23
Wettbewerb der Krankenkassen	24
Sponsoring	24
Werbeprämien (Provisionen)	25
1.5 Satzungsrecht	25
Neue Satzungsregelungen zur Umsetzung des GMG	25
Kein „Probelauf“ für Modellvorhaben	27

Sitzverlagerung von Krankenkassen im Zusammenhang mit Vereinigungsverfahren	27
1.6 Organisationsrecht	28
Auswirkungen des GMG	28
1.7 Aufsichtsprüfungen bei Krankenkassen	29
Prüfung von Vergütungsvereinbarungen	29
Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge	30
Vollstreckung von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung	32
Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung	32
2. PFLEGEVERSICHERUNG	35
2.1 Finanzielle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Finanzausgleich	35
2.2 Leistungsrecht	37
Höherstufung bei vollstationärer Pflege nach § 43 SGB XI	37
Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI	38
Bearbeitungsdauer von Eingaben und Widersprüchen	39
Kostenträger für erforderliche Um- bzw. Nachrüstungen von elektrisch betriebebenen Pflegebetten im häuslichen Bereich	40
Bußgeldverfahren nach § 121 SGB XI	41
2.3 Aufsichtsprüfungen - Pflegeversicherung	42
Rückstufungen bei Abnahme des Hilfebedarfs	42
Hilfsmittelabrechnung - Auslagerung der Rechnungsprüfung auf private Dritte	42
Nahtloser Übergang vom Krankenhaus in die Pflege	43
Rentenversicherung der Pflegepersonen	43
3. UNFALLVERSICHERUNG	47
3.1 Eingaben	47

Statistik	47
Insolvenzgeldumlage	47
Problematik im Umgang mit § 200 Abs. 2 SGB VII	48
3.2 Satzungsrecht	49
Genehmigung von Satzungsänderungen	49
3.3 Aufsichtsprüfungen	50
Solidarität in der gesetzlichen Unfallversicherung - Neuregelung des Lastenausgleichs	50
Fusion in der Bauwirtschaft	53
Beschleunigungsgebot	55
Verzinsung von Leistungen	55
Abgrenzung Gutachter – beratender Arzt	55
Gutachternvorschlagsrecht der Versicherten	56
Gutachterausswahl	57
4. RENTENVERSICHERUNG	61
4.1 Finanzentwicklung der Rentenversicherung	61
Finanzentwicklung der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten	61
Finanzentwicklung in der knappschaftlichen Rentenversicherung	62
4.2 Eingaben	63
Überblick	63
Auslegung von Rechtsvorschriften	64
Freibetrag bei der Einkommensanrechnung auf eine Hinterbliebenenrente	65
Nachforderung von Beiträgen zur Rentenversicherung	65
Plausibilitätsprüfung von Entgeltmeldungen	66
Selbsthilfeversuch als Überbrückungstatbestand bei der Berücksichtigung von Anrechnungszeiten	66
Ausstellung von Rentnerausweisen	67
Fiktive Pflichtbeitragszeiten nach § 247 Abs. 2a SGB VI	67

Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch – Unterbliebener Hinweis auf § 99 Abs. 1 SGB VI	68
Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch Umdeutung eines Antrags auf Rehabilitationsleistung	69
Unzureichende Begründung von Ablehnungsbescheiden einer EU-Rente	70
Vertrauensschutz gemäß § 237 Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB VI	70
Berücksichtigungsfähiges Arbeitsentgelt von Reservisten der Nationalen Volksarmee der DDR	71
Der Begriff der Arbeitslosigkeit bei Beginn einer Altersrente wegen Arbeitslosigkeit	72
Versicherungsrechtliche Voraussetzungen bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.	72
4.3 Rehabilitation	73
Zügige Feststellung des Rehabilitationsbedarfs	73
Gestaltungsrecht des Versicherten im Begutachtungsverfahren	74
Änderung der Verfahrensweisen bei Weiterleitung von Rehabilitationsanträgen	74
Weiterzahlung von Übergangsgeld für Zeiten zwischen nicht bestandener Abschluss- und Wiederholungsprüfung	75
4.4 Auslandsberührungen	76
Konferenzen	76
Anerkennung von Ersatzzeiten	76
Rheinschiffer-Abkommen	77
Gezielte Krankenbehandlung in anderen Staaten der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraumes	77
Anpassung des nationalen Krankenversicherungsrechts	78
4.5 Aufsicht	79
Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse	79
Atypischer Fall bei geringfügiger Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze	79
Ratenzahlungsvereinbarungen im gerichtlichen Vergleich	80
Rücknahme von Verwaltungsakten für die Vergangenheit wegen Bösgläubigkeit	80
Einkommensgerechte Beitragszahlung	80

Darstellung von Ermessensentscheidungen	81
Anhörung vor Erteilung eines Aussparungsbescheides	81
Aufbewahrung von Überzahlungsakten	81
II. VERWALTUNG	85
5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN	85
5.1 Gerichtsverfahren	85
5.2 Personal-, Dienstrecht und Verwaltung	88
Kinderbetreuungskosten	88
Tarifverträge der Tariftgemeinschaft der Ersatzkassen und einer weiteren, nicht angeschlossenen Ersatzkasse	90
Verwaltungskostenbudgetierung	91
Vorstandshaftung	92
Vorstandsvergütung (Bilanz der Überprüfung und Veröffentlichungspflicht)	92
Wahl von Personalräten bei Betriebskrankenkassen	93
IT-gestützte Therapieplanung	95
Kommission der Bundesrepublik Deutschland zum Versorgungsruhens- und Entschädigungsrentengesetz	96
5.3 Datenschutz	96
Datenschutzrechtliche Grenzen der Datenverarbeitung im Auftrag	96
5.4 Vergaberecht	97
Einrichtung einer Vergabepflichtstelle nach § 103 Abs. 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB)	97
Einrichtung einer Nachprüfungsstelle im Bundesversicherungsamt (§ 31 VOB/A)	98
Prüfung von Vergabeverfahren im Rahmen der Aufsicht nach § 88 Abs. 1 SGB IV	99
Einzelfälle	99
Aufsichtsprüfungen auf dem Gebiet des Vergaberechts	105

5.5 Vermögenswirtschaft	105
Genehmigungsbescheide	105
Vermögensverwaltung nach dem Gesetz zur Regelung von Vermögensfragen der Sozialversicherung im Beitrittsgebiet (Sozialversicherungs-Vermögensgesetz)	106
5.6 Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)	107
6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH	111
6.1 Allgemeines	111
Verfahren	111
6.2 Jahresausgleich 2002	112
Risikostrukturausgleich und Risikopool	112
Monatliches Verfahren	112
Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV	113
6.3 Risikopool	114
6.4 Prüfung nach § 15a RSAV	114
7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG	121
7.1 Allgemeines	121
7.2 Beiträge/Mitgliedschaft	121
Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft	121
Offene Mitgliedschaften nach § 192 SGB V	121
Doppelversicherungen	121
7.3 Leistungen	122
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V	122
Vollständige Befreiung nach § 61 SGB V	122
Kostenerstattung von außervertraglichen Leistungen	122

Chinesische Teemischung	123
7.4 Verwaltung	123
Dauervorschuss	123
Softwarekosten	123
Pflege der Hydrokulturen	123
Kosten für Stellenanzeigen/Insertionen	124
Finanzen	124
Die Vorbereitung der RSA-Prüfungen	125
7.5 Prüfdienst landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL)	128
8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBiG	135
8.1 Ausbildungsplatzsituation	135
8.2 Übernahme nach Beendigung der Ausbildung	136
8.3 Fortbildungsprüfungsordnung nach § 46 Absatz 1 BBiG zum/zur Sozialversicherungsfachwirt/in	136
8.4 Änderung der Ausbildereignungsverordnung	137
8.5 Organisation der Prüfungen	137
9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG	141
Nachdiplomierung	142

ANHANG

Tabellen

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

Organisationsplan

I. FACHABTEILUNGEN

1. KRANKENVERSICHERUNG

- 1.1 Finanzen: Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 1.2 Eingaben
- 1.3 Mitgliedschafts- und Beitragsrecht in der Krankenversicherung
- 1.4 Leistungsrecht in der Krankenversicherung
- 1.5 Satzungsrecht
- 1.6 Organisationsrecht
- 1.7 Aufsichtsprüfungen bei Krankenkassen

I. FACHABTEILUNGEN

1. KRANKENVERSICHERUNG

1.1 Finanzen: Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Auseinandersetzung mit den einzelnen bundesunmittelbaren Kassen über deren Finanz- und Vermögensentwicklung und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Beitragssatzgestaltung bildeten auch im vergangenen Jahr einen Schwerpunkt unserer Arbeit.

Marketinggesichtspunkte werden bedeutender für die Gestaltung des Beitragssatzes, je mehr das traditionelle System der Mitgliederzuweisung durch allgemeine Wahlrechte abgelöst wird. Besonders interessant sind dabei die sog. „Wachstums-kassen“; das sind Krankenkassen, die aufgrund ihrer weit unterdurchschnittlichen Beitragssätze innerhalb kürzester Zeit ihre Mitgliederzahlen vervielfacht haben.

Empirisch belegbar ist, dass sich aufgrund der Wechselwirkungen mit dem Risikostrukturausgleich die Ausgaben je Mitglied den Durchschnittsausgaben der GKV annähern und diese teilweise auch überschreiten. Das bedeutet, dass nur sehr kleine Krankenkassen einen extrem niedrigen Beitragssatz erheben können. Sobald aber die Krankenkasse wegen ihres niedrigen Beitragssatzes viele Neumitglieder gewinnt, verschwinden die Ursachen für niedrige Beitragssätze quasi „von selbst“ und die Beitragssätze müssen erhöht werden.

Die zeitlichen Verwerfungen dieses Prozesses und die Möglichkeit der Mitglieder, bei Beitragssatzanhebungen ihr Wahlrecht auszuüben, erhöhen die Neigung, Beitragssätze nicht unmittelbar dann anzuheben, wenn dies aus ökonomischer Sicht erforderlich ist. Mittels einer ausschließlich am Mitgliederwachstum orientierten Beitragssatzgestaltung haben sich einzelne Krankenkassen an den Rand der finanziellen Existenz gewirtschaftet.

Die bisherigen gesetzlichen Regelungen im SGB V zur Beitragssatzkalkulation wurden durch das Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung ergänzt (20. Dezember 2002). Da die im Gesetz enthaltenen Regelungen zu Einsparungen von etwa drei Milliarden € führen sollen, war den Krankenkassen im vergangenen Jahr grundsätzlich untersagt, die Beitragssätze anzuheben. Ausnahmen waren nur bei mangelnder Leistungsfähigkeit möglich, insbesondere dann, wenn ansonsten eine Kreditfinanzierung drohte.

Trotz der erhöhten Anforderungen haben Krankenkassen im vergangenen Jahr in 104 Fällen die Beitragssätze angehoben. Ohne Beitragssatzsicherungsgesetz wäre die Zahl bzw. der Umfang der Beitragssatzanhebungen höher ausgefallen. Wir haben in mehreren Fällen Krankenkassen darauf hingewiesen, dass die geplanten Beitragssatzanhebungen nicht mit den

Vorgaben dieses Gesetzes übereinstimmen. Demgegenüber konnte die beabsichtigte Beitragssatzsenkung einer Krankenkasse wegen der drohenden Verschuldung nicht genehmigt werden; die Rechtmäßigkeit unserer Entscheidung wurde im sozialgerichtlichen Verfahren bestätigt.

Der Konzentrationsprozess innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung spiegelte sich auch in der Zahl von 24 Fusionen allein in unserem Aufsichtsbereich wider, die teilweise ebenfalls zu Beitragssatzveränderungen geführt haben. Gleichzeitig wurden vier Krankenkassen neu errichtet.

1.2 Eingaben

Entwicklung der Eingaben in der Kranken- und Pflegeversicherung

In den vergangenen Jahren stiegen die Beschwerden auf dem Gebiet der Kranken- und Pflegeversicherung signifikant. Erreichten uns in den Jahren 1999 und 2000 jährlich etwa 2500 Eingaben, sind diese im Jahre 2001 auf mehr als 2700 und im Jahre 2002 auf über 4300 angestiegen. Dieser Eingabenzuwachs setzte sich auch im vergangenen Jahr unvermindert fort. Mit nunmehr 5243 Eingaben im Jahr 2003 hat sich die Anzahl der Beschwerden im Vergleich zum Jahr 2001 sogar verdoppelt.

Die Gründe hierfür sind vielgestaltig. Hatten noch vor wenigen Jahren die Versicherungsträger, um sich im Wettbewerb gut zu positionieren, ihren Versicherten mitunter Leistungen ohne Rechtsgrundlage gewährt - aus Sicht der Versicherten also weniger ein Anlass zur Beschwerde - hat sich diese Situation im Zuge der

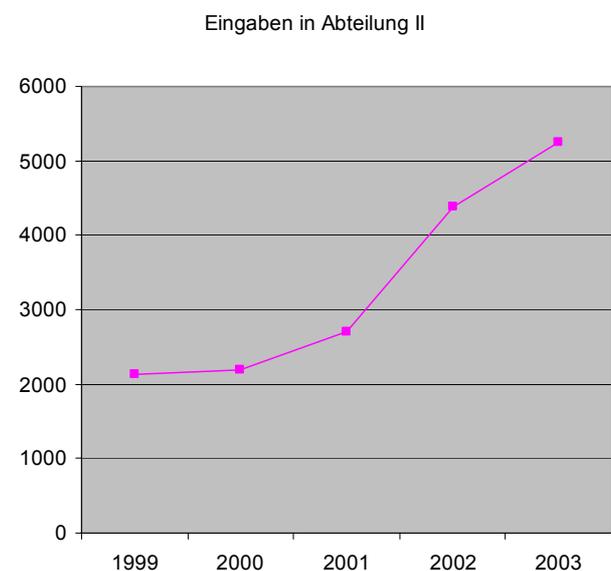
angespannten finanziellen Situation nach und nach geändert. Heute sind die Versicherungsträger wesentlich restriktiver in ihren Leistungsentscheidungen. Hinzu kommen – insbesondere in den letzten zwei Jahren - sog. Wachstumskassen, die den auf sie zukommenden Ansturm neuer Mitglieder manchmal nur mit erheblichen Verzögerungen bewältigen können. Beschwerden verärgerter und verunsicherter Versicherter in großer Zahl waren und sind die Folge. Schließlich führt auch ein kritischeres und mündigeres Verhalten der Versicherten gegenüber öffentlichen Institutionen zu einer wachsenden Beschwerdebereitschaft.

Einzeleingabenstatistik				
Mit Berichtspflicht			BVA allein	gesamt
PADB ¹⁾	BMGS ²⁾	zus.		
286	52	338	4905	5243

1) Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages
2) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Jahr	Eingaben in Abteilung II
1999	2136
2000	2182
2001	2701
2002	4383
2003	5243

1999 und 2000 je ohne PV



1.3 Mitgliedschafts- und Beitragsrecht in der Krankenversicherung

Versichertenstatus und Beitragsbemessung von Wandergesellen

Im Tätigkeitsbericht für das Jahr 2001 berichteten wir über ein Petitionsverfahren zur Beitragsbemessung von Wandergesellen. Wir hatten dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages seinerzeit mitgeteilt, dass Wandergesellen im Gegensatz zu Studenten und Praktikanten mangels gesetzlicher Regelung nicht versicherungspflichtig sind und daher lediglich freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sein können. Die Beitragsbemessung bestimme sich daher nach § 240 SGB V (in der Regel, unter Zugrundelegung der Mindesteinnahmen).

Aufgrund des Petitionsverfahrens hat der Gesetzgeber § 240 SGB V im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes (GMG) zum 1. Januar 2004 dahin gehend geändert, dass für freiwillige Mitglieder, die regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen), sowohl der gleiche Beitragssatz als auch die gleichen beitragspflichtigen Einnahmen gelten wie für Studenten und Praktikanten.

Anwendung der Jahresarbeitsentgeltgrenze des § 6 Abs. 7 SGB V

Schon vor dem Inkrafttreten des Beitragsatzsicherungsgesetzes zum 1. Januar 2003 warfen die mit dem Gesetz eingeführten Jahresarbeitsentgeltgrenzen zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Krankenkassen Fragen auf. Versicherungspflichtgrenze sollte für den Personenkreis, der neben der vor dem 31. De-

zember 2002 gekündigten Mitgliedschaft gleichzeitig bereits eine Krankenvollversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen begründet hatte, jeweils die niedrigere und nicht die höhere Jahresarbeitsentgeltgrenze (2003: 41.300 zu 45.900 €) sein. Obgleich die Kassen unseres Aufsichtsbereiches bereits 2002 ein entsprechendes Vorgehen zugesichert hatten, war zu Beginn des Jahres 2003 eine Vielzahl von Eingaben auf diesem Gebiet zu verzeichnen.

Teilweise betrafen sie Fallkonstellationen, bei denen die genaue Prüfung ergab, dass die Versicherten die Voraussetzungen für die Anwendung der niedrigeren Jahresarbeitsentgeltgrenze gerade nicht erfüllten. Sei es, weil sie im Jahre 2002 gar nicht wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze, sondern aus anderen Gründen versicherungsfrei waren, sei es, weil sie im Jahre 2002 noch gar keiner privaten Krankenversicherung angehörten. In diesen Fällen konnten wir für die Versicherten nichts bewirken.

Zum Teil hatten jedoch die Krankenkassen trotz der Erfüllung der Voraussetzungen die höhere Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde gelegt und eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse bejaht. In diesen Fällen konnten wir erreichen, dass die Krankenkassen ihre Entscheidungen korrigierten und die Betroffenen allein privat krankenversichert wurden.

Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld

Im Jahr 2003 beschwerten sich Betroffene, die bislang nicht Mitglied der gesetzlichen

Krankenversicherung waren, dann jedoch aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld versicherungspflichtig wurden, dass sie nach Ablauf dieses Anspruchs wegen fehlender Vorversicherungszeiten keine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung begründen konnten.

In dem zugrunde liegenden Sachverhalt hatte der Beschwerdeführer gemäß § 127 SGB III für die Dauer von zwölf Monaten einen Anspruch auf Arbeitslosengeld. Hieraus ergibt sich nach § 339 SGB III ein Leistungsbezug für die Dauer von 360 Tagen. Der Beschwerdeführer war ursprünglich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert gewesen. Mit Beginn des Anspruchs auf Arbeitslosengeld wurde er kraft Gesetzes nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherungspflichtiges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nach Ablauf des Anspruchs auf Arbeitslosengeld endete seine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beschwerdeführer begehrte daher den Beitritt zur freiwilligen Mitgliedschaft. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V können Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren, eine freiwillige Mitgliedschaft begründen.

Für die Berechnung des Zeitraumes von zwölf Monaten gelten nach § 26 Abs. 1 SGB X die §§ 187 Abs. 1, 188 Abs. 2 BGB. Danach beginnt der o.g. Zeitraum mit dem Tag des Vorjahres, der dem Tag des Ausscheidens entspricht.

Für die Vorversicherungszeit nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind daher 365 Tage Versicherungspflicht erforderlich. Diese konnten durch den Leistungsbezug nach dem SGB III nicht erfüllt werden, weshalb nach damaliger Rechtslage eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht begründet werden konnte.

In einer Stellungnahme gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat das Bundesversicherungsamt eine Gesetzesänderung dahingehend angeregt, dass zwölf Monate nach SGB III zwölf Monaten nach SGB V gleichgesetzt werden sollten.

Der Gesetzgeber hat diese Anregung im Rahmen des dritten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt berücksichtigt. Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2004 wurde § 9 SGB V dahingehend ergänzt, dass für die Berechnung der Vorversicherungszeit gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bei einem Bezug von Leistungen, deren Dauer nach § 339 SGB III bestimmt wird, die so ermittelte Dauer von 360 Tagen zwölf Monaten im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V entspricht.

Versichertenstatus von Arbeitnehmern, die ein Studium aufnehmen

Die Rechtsfrage, inwieweit ein Versicherter, der aus einem fortbestehenden Arbeitsverhältnis heraus ein Studium aufnimmt, weiterhin der Versicherungspflicht als Arbeitnehmer unterliegt oder im Rahmen der fortgeführten Erwerbstätigkeit versicherungsfrei und Mitglied in der Krankenversicherung der Studenten wird, ist nunmehr durch mehrere Urteile des Bundessozialgerichts (vgl. nur B 12 KR 24/03 R) geklärt. Nach Vorliegen dieses

Urteils wurde die Meinungsverschiedenheit zwischen den Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt in der Bewertung dieses Sachverhalts in unserem Sinne dahin gehend ausgeräumt, dass der Tatbestand der Versicherungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V (sog. Werkstudentenprivileg) auch dann eingreift, wenn ein Arbeitnehmer aus einem bestehenden Arbeitsverhältnis heraus ein Hochschulstudium aufnimmt und hierzu den Umfang des Arbeitsverhältnisses nach den Erfordernissen seines Studiums reduziert. Das Bundessozialgericht führt damit seine ständige Rechtsprechung fort, wonach eine neben dem Studium ausgeübte Beschäftigung dann versicherungsfrei ist, wenn ihr zeitlicher Umfang wöchentlich zwanzig Stunden nicht übersteigt.

Dies entspricht auch der Rechtsauslegung, wie sie das Bundesversicherungsamt gegenüber den Krankenkassen und insbesondere in der Diskussion mit den Spitzenverbänden der Sozialversicherung seit jeher vertritt. Die Spitzenverbände haben mittlerweile auf dieses Urteil reagiert und ihre frühere Haltung aufgegeben, wonach ein Arbeitsverhältnis, das neben dem Studium ausgeübt wird, ohne Rücksicht auf seinen Umfang immer dann als versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung angesehen wurde, wenn es bereits bei Aufnahme des Studiums ausgeübt wurde. Das bisher maßgebliche Rundschreiben der Spitzenverbände der Sozialversicherung wurde bereits entsprechend geändert.

Damit tragen die Spitzenverbände auch einer Absprache mit dem Bundesversicherungsamt Rechnung, wonach die oben genannten Urteile, mit denen das Bundessozialgericht mehrere Einzelfälle entschieden hat, als Grundsatzentscheidungen der

Auslegung der genannten Rechtsfrage zugrunde gelegt werden sollten. Auf diese Weise konnte unter Vermeidung umfangreicher aufsichtsrechtlicher Maßnahmen sichergestellt werden, dass den Krankenkassen in Zukunft die zutreffende Auslegung der Vorschrift des § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V an die Hand gegeben wird.

Auf die Umsetzung der nunmehr geklärten Rechtslage durch die Krankenkassen werden wir achten.

Kassenwechsel

Fragen im Zusammenhang mit dem Wechsel der Krankenkasse durch Kündigung des Mitgliedes spielten im Jahr 2003 eine große Rolle; gegenüber den Vorjahren ist die Zahl der Eingaben hierzu erheblich angestiegen. Insbesondere die sog. Wachstumskassen zogen durch ihre vergleichsweise niedrigen Beitragssätze so viele neue Mitglieder an, dass deren Verwaltung phasenweise mit der ordnungsgemäßen Bearbeitung der Aufnahmeanträge überfordert war. Unter anderem gelang es in vielen Fällen nicht, rechtzeitig Mitgliedschaftsbescheinigungen gemäß § 175 Abs. 2 SGB V auszustellen bzw. Versichertenkarten zuzusenden mit der Folge, dass der beabsichtigte Kassenwechsel nicht wirksam wurde. In diesem Zusammenhang ergaben sich insbesondere folgende Probleme:

„Abgebende“ Kassen verlangten vor diesem Hintergrund zum Teil die Rückgabe ihrer Versichertenkarte, bevor sie bereit waren, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Sie begründeten dies mit der Befürchtung, dass die Versicherten trotz Wechsels zu einer anderen Kasse weiter ihre alte Versichertenkarte nutzen würden, solange die neue Kasse ihrerseits eine

Karte nicht zur Verfügung stelle bzw. stellen könne. Tatsächlich ist dies in der Praxis vorgekommen. Gleichwohl war das Verhalten der alten Kasse zu beanstanden, weil gemäß § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V eine Kündigungsbestätigung „unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen“ auszustellen ist. Die Bestätigung darf nicht von Voraussetzungen oder Bedingungen abhängig gemacht werden.

Vielfach scheiterte ein Kassenwechsel durch Kündigung auch vollständig, weil die Mitgliedsbescheinigung der neuen Kasse nicht rechtzeitig vorlag und deshalb der Nachweis gegenüber der alten Kasse nicht geführt werden konnte. Ihre Mitwirkungsverpflichtung konnten die schnell gewachsenen Kassen aus organisatorischen Gründen zunächst häufig nicht einhalten.

Diese Versäumnisse eröffneten den Kassen keinen Ermessensspielraum. Die Versicherten blieben in diesen Fällen Mitglied ihrer bisherigen Krankenkasse, und zwar „ohne weiteres“, also ohne dass es einer ausdrücklichen „Wiederaufnahme“ oder eines anderen besonderen Aktes bedurfte.

Auch bei freiwillig versicherten Mitgliedern ist nach unserer Auffassung beim Wechsel von einer gesetzlichen Krankenkasse in eine andere die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung Voraussetzung für die Wirksamkeit der Kündigung. Demgegenüber waren Krankenkassen zum Teil der Ansicht, sie seien nicht verpflichtet, im Fall einer gescheiterten Aufnahme bei einer anderen Kasse für die (aus ihrer Sicht „ehemaligen“) freiwilligen Mitglieder weiterhin die Krankenversicherung durchzuführen. Zur Begründung

führten sie an, dass bei freiwilligen Mitgliedern ja nicht feststehe, ob die betreffenden Personen überhaupt im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bleiben oder etwa zur Privaten Krankenversicherung (PKV) wechseln wollten. Daher sei hier allein auf Grund der Kündigungserklärung die Mitgliedschaft beendet. Diese Auffassung teilt das Bundesversicherungsamt nicht und hat sie daher aufsichtsrechtlich beanstandet. Lediglich für die freiwillig versicherten Mitglieder, die mit ihrer Kündigung aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden wollen oder für die die Voraussetzungen einer Familienversicherung vorliegen, ist die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung zur Beendigung der Krankenkassenzugehörigkeit nicht erforderlich. Die Vorschrift des § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V soll verhindern, dass ein Mitglied anlässlich eines Kassenwechsels *unbeabsichtigt* aus dem System der GKV heraus fällt. Solange also keine anders lautende Erklärung vorliegt, etwa die, in die PKV wechseln zu wollen, gilt dies auch für freiwillig Versicherte. Dies ergibt sich zum einen daraus, dass § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V ausdrücklich auch von „Versicherungsberechtigten“ spricht und dass zum anderen gemäß Satz 6 dieser Vorschrift die Kündigungsregeln u. a. ausdrücklich nur dann keine Anwendung finden, wenn „keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll“.

Darauf haben wir alle Krankenkassen unseres Aufsichtsbereiches hingewiesen. Die Versicherungsträger haben zwischenzeitlich die Spitzenverbände mit der Problematik befasst. Deren Erörterungen mit dem Bundesversicherungsamt dauern noch an.

Schadensersatz bei misslungenem Kassenwechsel

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch Folgendes: Grund für den Wechsel zu einer „Wachstumskasse“ ist in der Regel deren gegenüber der bisherigen Kasse niedrigerer Beitragssatz. Wird die Kündigung nicht wirksam und verbleibt der Versicherte daher Mitglied seiner bisherigen Kasse, entsteht ihm insofern ein Schaden, als er weiterhin den höheren Beitrag zu zahlen hat. Sofern das Scheitern der Kündigung auf Umständen beruht, die die neu gewählte Kasse zu vertreten hat (weil z. B. die Mitgliedschaftsbescheinigung nicht rechtzeitig erteilt wurde), ergibt sich daraus eine Schadensersatzpflicht gemäß § 839 BGB in Verbindung mit Art. 34 GG (Staatshaftung). In Anerkennung dessen hat eine Kasse wechselwilligen Versicherten in zahlreichen Fällen die Beitragsdifferenz für zwei Monate (Frist einer möglichen erneuten Kündigung) erstattet. Das Bundesversicherungsamt hat dies ausdrücklich anerkannt.

Kein Sonderkündigungsrecht bei Kassenfusionen

Im vergangenen Jahr sind viele Versicherte mit höheren Beitragsforderungen belastet worden. Dies war zum einen durch Beitragssatzerhöhungen der Kassen, zum anderen durch die originäre Beitragsfestsetzung der aus Fusionen hervorgegangenen Krankenkassen bedingt. Während der Gesetzgeber in § 175 SGB V ein Sonderkündigungsrecht bei einer Beitragssatzerhöhung eingeräumt hat, besteht eine vergleichbare Regelung bei der Vereinigung von Kassen nicht.

Diese Rechtslage hat Mitglieder nachvollziehbarerweise irritiert, und sie zeigten wenig Verständnis.

Ein Sonderkündigungsrecht zur Beendigung der Mitgliedschaft setzt gemäß § 175 SGB V voraus, dass eine Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht. Im Falle einer Vereinigung von Krankenkassen sind die bisherigen Krankenkassen mit dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vereinigung geschlossen. Die bisherigen Beitragssätze werden demnach aus Anlass einer Fusion weder erhöht noch abgesenkt; sie treten vielmehr - wie die übrigen Satzungsbestimmungen der früheren Krankenkassen auch - mit der Schließung außer Kraft. Für die neue, durch die Vereinigung ins Leben gerufene Krankenkasse wird originär und erstmalig ein Beitragssatz festgesetzt, der keine Erhöhung darstellt – wenn er auch für den Versicherten de facto eine Mehrbelastung ist.

Sinn und Zweck der Vereinigungsregelungen des SGB V ist, den Kassen die Möglichkeit zu geben, sich zu leistungsfähigeren Solidargemeinschaften zu vereinigen, um so den wettbewerblichen Herausforderungen infolge des Kassenwahlrechts und des Risikostrukturausgleichs Rechnung tragen zu können. Ein Sonderkündigungsrecht würde dieser Absicht nicht entsprechen, da die Mitglieder der bislang beitragsgünstigeren Vorgängerkasse die gerade entstandene größere Solidargemeinschaft auf diese Weise sofort verlassen und damit schwächen könnten.

Diese Auffassung des Bundesversicherungsamtes ist bisher durch die Gerichte allerdings nicht bestätigt worden. So

haben einige erstinstanzliche Gerichte und auch ein Landessozialgericht (LSG) ein Sonderkündigungsrecht bejaht. Die Begründung des LSG überzeugt insbesondere deshalb nicht, weil sie sich nicht mit den Besonderheiten von Fusionen und den vom Gesetzgeber verfolgten Zielrichtungen auseinander gesetzt hat.

Im Interesse der einzelnen Versicherten werden wir aber trotz unserer abweichenden Rechtsauffassung künftig keine aufsichtsrechtlichen Einwände erheben, wenn Krankenkassen aufgrund dieser Entscheidung ihren Versicherten eine Sonderkündigung bei Kassenvereinigungen gestatten.

Sonderwahlrecht bei Errichtungsverfahren nach § 175 Abs. 5 SGB V

Zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Verbänden der Ersatzkassen ist weiterhin streitig, ob bei der Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse die Versicherungspflichtigen durch Ausübung ihres Wahlrechtes nach § 175 Abs. 5 SGB V Mitglieder der neuen Krankenkasse werden können, ohne dass es einer Kündigungserklärung gegenüber der bisherigen Krankenkasse bedarf.

Nachdem zunächst das Sozialgericht Düsseldorf im Rahmen einer einstweiligen Anordnung die Position der Spitzenverbände bestätigte, auch bei Ausübung des Sonderwahlrechts nach § 175 Abs. 5 SGB V sei eine Kündigung erforderlich, hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen in seiner Eilentscheidung die Erforderlichkeit einer Kündigung verneint

und damit die Ansicht des Bundesversicherungsamtes gestützt. Eine rechtskräftige Entscheidung im Hauptsacheverfahren liegt noch nicht vor.

Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft in einer Krankenkasse endet unter anderem gemäß § 191 Nr. 3 SGB V mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge *trotz Hinweises auf die Folgen* nicht entrichtet wurden. Das Bundesversicherungsamt vertritt insoweit die Auffassung, dass ein Hinweis auf *die Folgen* grundsätzlich *alle* Folgen der Beitragssäumnis umfassen muss. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass nach einer solchen Beendigung die Neubegründung einer freiwilligen Mitgliedschaft grundsätzlich bei *keiner* Kasse im System der GKV mehr möglich ist. Die Betroffenen erfüllen in diesen Fällen nämlich in der Regel *keine* der in § 9 Abs. 1 SGB V abschließend aufgeführten Beitrittsvoraussetzungen zur freiwilligen Versicherung. Fehlt ein solcher umfassender Hinweis, endet die Mitgliedschaft wegen Beitragssäumnis gemäß § 191 Nr. 3 SGB V *nicht*. In Einzelfällen haben Krankenkassen – was auch unsere Prüfungen bestätigt haben – sich bewusst geweigert, einen solchen umfassenden Hinweis zu geben, weil das Gesetz dies nicht ausdrücklich fordere. Diese Haltung haben wir aufsichtsrechtlich beanstandet, die Mitgliedschaft der säumigen Versicherten blieb erhalten. Unsere bereits im Jahre 2001 in einem Rundschreiben mitgeteilte Auffassung ist inzwischen durch die Rechtsprechung

bestätigt und mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) auch im Gesetzeswortlaut ausdrücklich klargestellt worden.

1.4 Leistungsrecht in der Krankenversicherung

Höhe des Krankengeldes bei Altersteilzeit

Umstritten war in einem Beschwerdefall die Höhe des Krankengeldes, wobei der Beginn der Arbeitsunfähigkeit (AU) mit dem Beginn einer Altersteilzeitregelung mit abgesenktem Altersteilzeit-Entgelt zusammenfiel. Die Krankenkasse hatte ursprünglich als maßgeblichen Bemessungszeitraum für die Höhe des Krankengeldes den ersten Monat der AU, der gleichzeitig der erste Monat mit abgesenktem Entgelt war, angenommen. Nur so würde nach ihrer Auffassung der Entgeltersatzfunktion des Krankengeldes Rechnung getragen, weil der Versicherte in Folge der AU auch nur einen Einkommensverlust in Höhe dieses Altersteilzeit-Entgelts erleide. Dabei hatte die Kasse allerdings die Vorschrift des § 47 Abs. 2 Satz 1 SGB V missachtet, die zwingend auf den letzten *vor* Beginn der AU abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum abstellt. Damit war auch im vorliegenden Fall der letzte Monat mit gewöhnlicher Arbeitszeit und damit ungekürztem Arbeitsentgelt als Bemessungszeitraum für das Krankengeld heranzuziehen. Wir weisen an dieser Stelle auch auf die Rechtsprechung des BSG hin – Urteil vom 25. 06. 1991, 1/3 RK 6/90 –, wonach vom letzten *vor* Beginn der AU abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum auch dann auszugehen ist, wenn nach Eintritt der AU eine vereinbarte Teilzeitarbeit mit einem entsprechend niedrigeren Entgelt wirksam wird.

Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln

Über Arzneimittelversandhandel bzw. „Internet-Apotheken“ hat das Bundesversicherungsamt im Jahre 2003 sowohl mit den Kassen, als auch mit Versicherten heftig und kontrovers diskutiert. Die Auseinandersetzung mit *einzelnen* Kassen wurde bis vor Sozial- und Landessozialgerichte getragen. Andere Krankenkassen haben nach entsprechendem Austausch von Argumenten ausdrücklich die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes anerkannt, ohne die Gerichte zu bemühen.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Weiterhin keine völlige Beruhigung ist im Streit um die Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch die Krankenkassen zu verzeichnen. Zuletzt hatte das Landessozialgericht Schleswig-Holstein mit Urteil vom 12. November 2002 die Berufung einer Krankenkasse im Rechtsstreit um die Gewährung solcher Leistungen zurückgewiesen. Die Kasse hatte Kostenerstattungen in erheblichem Umfang für diverse neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gewährt, wie z.B. Leistungen der Anthroposophie, Eigenblutbehandlungen, Colon-Hydro- oder Neuraltherapien. Das Bundesversicherungsamt hatte auf Grund der Rechtslage der Krankenkasse durch Verpflichtungsbescheid die Erbringung solcher Leistungen untersagt. In allen Erstattungsfällen lag das erforderliche positive Votum des zuständigen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V für die Behandlungsmethode nicht vor. Der Senat des Landessozialgerichts Schleswig-Holstein schloss sich in seiner

Entscheidung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts an und stellte fest, die Gesetzeslage beinhalte ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt und schließe es aus, Leistungen vor einer Anerkennung zu lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen oder abzurechnen.

Gegen diese Entscheidung hat die Krankenkasse inzwischen Revision vor dem Bundessozialgericht eingelegt. Sie zweifelt die Verfassungsmäßigkeit der Rechtsetzungsdelegation an den Bundesausschuss und sieht Klärungsbedarf bei der Verknüpfung des Systemversagens mit Gerichtsentscheidungen. Es bleibt zu hoffen, dass mit der Entscheidung des Bundessozialgerichts abschließend verbindlich über Kostenerstattungen der gesetzlichen Krankenkassen auf dem Gebiet der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entschieden werden wird.

Wettbewerb der Krankenkassen

Der Wettbewerb unter den Krankenkassen ist zwar nicht gleichzusetzen mit der Konkurrenz von Unternehmen auf den Güter- und Dienstleistungsmärkten der „freien Wirtschaft“. Nachdem jedoch die Versicherten zunehmend von ihrem Recht zur Wahl der Krankenkasse Gebrauch machen, gewinnt auch der Wettbewerb der Kassen um die Versicherten an Bedeutung. Diese Entwicklung findet Berücksichtigung in unserer Aufsichtspraxis, indem das *Recht* auf Wettbewerb in stärkerem Maße anerkannt und beim Wettbewerbsverhalten generell ein entsprechender Spielraum zugebilligt wird. Unstreitig ist daher, dass die Krankenkassen finanzielle Mittel für Werbung einsetzen dürfen.

Allerdings unterliegen sie dabei nach wie vor der generellen gesetzlichen Beschränkung auf die gesetzlich vorgeschriebenen und zugelassenen Aufgaben. Hinsichtlich der Höhe des Werbeetats ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Nach den *Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der Gesetzlichen Krankenversicherung* gilt insoweit als Richtwert ein Betrag in Höhe von 0,15 Prozent der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV je Mitglied. Auch die inhaltliche Ausgestaltung von Werbemaßnahmen hat weiterhin die besondere Stellung der Kassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts zu berücksichtigen.

Sponsoring

Dauerthema im Bereich des Wettbewerbs- bzw. Werbeverhaltens der Krankenkassen ist das Sponsoring. Ein aus der allgemeinen Aufsichtspraxis herausragender Fall war dabei die beabsichtigte Finanzierung eines kompletten Universitätslehrstuhls durch eine Ersatzkasse. Das Bundesversicherungsamt hat zwar dieses Projekt nicht grundsätzlich beanstandet, allerdings die Voraussetzung betont, dass die Forschungstätigkeit an einem solchen Lehrstuhl/Institut einen eindeutigen und dauerhaften Bezug zu den Aufgaben der Krankenkasse aufweist. Dazu reicht es nicht aus, dass beispielsweise nur Gutachten zu bestimmten Fragestellungen erstellt werden, die auch durch Einzelaufträge angefordert werden könnten. Vielmehr muss die *generelle* Ausrichtung der Institutsarbeit diesen Anforderungen entsprechen. Diese hohen Anforderungen wird sich das Bundesversicherungsamt nachweisen lassen.

Werbeprämien (Provisionen)

Im Rahmen der Mitgliedergewinnung zahlen Krankenkassen teilweise auch Geldprämien für die Vermittlung eines neuen Versicherten. Die Höhe solcher Zahlungen wurde in den *Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der Gesetzlichen Krankenversicherung* auf 0,7 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV begrenzt; im Jahr 2003 waren das 16,66 €. Wir hatten Anlass, darauf hinzuweisen, dass diese Wettbewerbsgrundsätze gemäß deren Ziffer 45 auch dann gelten, wenn Werbemaßnahmen durch *Dritte* durchgeführt werden. Zweck der Regelung ist es nämlich, Aufwandsentschädigungen für die aktive individuelle und persönliche Bewerbung von Versicherten generell zu begrenzen.

1.5 Satzungsrecht

Neue Satzungsregelungen zur Umsetzung des GMG

Nach der Verabschiedung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) haben wir mit zahlreichen Kassen und einem Bundesverband mögliche Satzungsregelungen erörtert. Das GMG soll u. a. finanzwirksame Entlastungen der Krankenkassen bewirken und zur Senkung des Beitragsniveaus der gesetzlichen Krankenversicherung führen. In diesem Zusammenhang hat der Gesetzgeber neue gesetzliche Regelungen geschaffen, die Versicherten Anreize zu kostenbewusstem Verhalten geben sollen. Die Krankenkassen haben nunmehr die Möglichkeit, in ihrer Satzung Selbstbehaltstarife, Beitragsrückzahlungen oder Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten vorzusehen.

Für freiwillige Mitglieder, die Kostenerstattung gewählt haben, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung gemäß § 53 SGB V vorsehen, dass diese jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Hierfür sind die Beiträge dieser Versicherten in einem bestimmten Rahmen entsprechend zu ermäßigen. Der Gesetzgeber hat den Kassen die Befugnis eingeräumt, die Höhe des Selbstbehaltes und der damit verbundenen Beitragsermäßigung - die aber nicht als Anwendung eines ermäßigten Beitragssatzes auf das Arbeitsentgelt durchgeführt werden darf - zu bestimmen.

Als problematisch hat sich bei dieser Vorschrift insbesondere die Höhe des Selbstbehaltes gezeigt. Begrifflich liegt ein derartiger Selbstbehalt nur dann vor, wenn ein Restrisiko beim Versicherten verbleibt. Hieraus ist zu folgern, dass Selbstbehalt und Beitragsermäßigung grundsätzlich nicht gleich hoch sein dürfen. Außerdem darf nach unserer Auffassung die Beitragsermäßigung maximal einen Monatsbeitrag betragen. Da nach § 53 Abs. 1 Satz 2 die Beiträge „entsprechend“ zu ermäßigen sind, muss die Gesamtkalkulation ergeben, dass weder ein erheblicher Gewinn noch ein erheblicher Verlust bei der Krankenkasse verbleibt. Die Kasse hat dem Bundesversicherungsamt daher die Berechnungsgrundlage nachzuweisen und Effekte zu dokumentieren.

Weiterhin kann die Krankenkasse in ihrer Satzung für freiwillige Mitglieder, die länger als drei Monate versichert waren, nach § 54 SGB V eine Beitragsrückzahlung vorsehen, wenn sie und ihre familienversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zulasten der

Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Der Gesetzgeber hat in dieser Vorschrift Leistungen, die beitragsrückzahlungsunschädlich sind, im Übrigen abschließend geregelt, wobei Leistungen für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht berücksichtigt werden. Zu bemerken ist in diesem Zusammenhang aber, dass etwa ein Zahnarztbesuch zur Prophylaxe für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, nach dem Wortlaut dieser Regelung dem Anspruch auf Beitragsrückzahlung entgegensteht.

Gemäß § 54 SGB V regelt die Satzung die Höhe des Rückzahlungsbetrages, bei Arbeitnehmern einschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsteile. Die Höhe des Rückzahlungsbetrages ist hierbei gesetzlich maximal auf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge begrenzt.

Darüber hinaus wurde mit der Einführung des § 65a in das SGB V die Möglichkeit geschaffen, Versicherten für gesundheitsbewusstes Verhalten einen Anspruch auf einen Bonus zu gewähren. Die Kassen haben von dieser Möglichkeit bisher auch regen Gebrauch gemacht. Noch im Dezember 2003 konnten wir zahlreiche Satzungen mit entsprechenden Regelungen genehmigen, sodass die Programme pünktlich zum 1. Januar 2004 anlaufen konnten. Voraussetzung für einen Bonus ist nach § 65a Abs. 1 SGB V, dass Versicherte regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen) oder qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention in Anspruch nehmen.

Dem Bundesversicherungsamt wurden in diesem Zusammenhang von den Kassen zahlreiche von ihnen als bonifizierungsfähig angesehene Maßnahmen zur Aufnahme in die Satzung vorgelegt und die entsprechenden Teilnahmebedingungen eingereicht. Problematisch war hier vielfach, dass die Krankenkassen ihr Bonus-system auch bei Maßnahmen anwenden wollten, die ein regelmäßiges gesundheitsbewusstes Verhalten gerade nicht erkennen ließen. Aus dem Begriff *regelmäßig* in § 65a Abs. 1 SGB V ist nach unserer Auffassung abzuleiten, dass mindestens zwei Aktivitäten innerhalb eines bestimmten Zeitraumes aus dem von den Krankenkassen aufzustellenden Maßnahmenkatalog für die Bonifizierung erforderlich sind. Es muss sich bei dem gesundheitsbewussten Verhalten um ein aktives Verhalten handeln, wobei die einzelnen Maßnahmen jeweils qualitätsgesichert sein müssen. Nicht genehmigt werden konnte daher die Bonifizierung einer Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Fitnessstudio ohne Nachweis einer aktiven sportlichen Betätigung, die Teilnahme an privaten Lauftreffs oder an singulären Sportereignissen wie Stadtlauf/Triathlon. Auch Blutspenden sowie das Abonnement von Gesundheitsliteratur entsprechen nicht dem Zweck des Gesetzes. Weiterhin ist Voraussetzung, dass die Kasse in ihrer Satzung eine Verfallzeit aufnimmt, d.h. Bonuspunkte sind nicht berücksichtigungsfähig, wenn der Mindestbonus erst nach einem definierten Verfallszeitraum erreicht wird, da anderenfalls keine Regelmäßigkeit i. S. des § 65a Abs. 1 SGB V vorliegt.

Für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V,

einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V oder an einer integrierten Versorgung nach § 140a SGB V können die Krankenkassen nunmehr Zuzahlungen, die nach dem SGB V zu leisten sind, oder Beiträge ermäßigen.

Gemäß § 65a SGB V müssen die Aufwendungen für die o. g. Maßnahmen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Das Bundesversicherungsamt fordert daher in diesem Zusammenhang von den Kassen, mit Programmstart die Bonusverteilung zu dokumentieren, nach zwei bis drei Monaten ein Berechnungskonzept und nach ca. neun Monaten einen ersten Tendenzbericht vorzulegen.

Nach § 65a Abs. 3 kann die Krankenkasse ferner vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten. Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes können nur für solche Maßnahmen des Arbeitgebers Boni gewährt werden, die nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus den Arbeitsschutzgesetzen sind. Das ist in der Satzung entsprechend zu berücksichtigen. Weiterhin darf die maximale Höhe des Bonus die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung nicht überschreiten.

Kein „Probelauf“ für Modellvorhaben

Die Krankenkassen können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung sog.

Modellvorhaben durchführen, um z.B. Leistungen der Früherkennung oder Behandlung von Krankheiten, die nach den Vorschriften des SGB V *keine* Leistungen der Krankenversicherung sind, zu erproben. Ziele, Dauer, Art und Ausgestaltung der Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme der Versicherten sind in der Satzung festzulegen. Damit bedürfen sie der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Bevor diese Genehmigung wirksam erteilt ist, kann die Kasse höchstens bestimmte Vorarbeiten in die Wege leiten, keinesfalls darf jedoch vor diesem Zeitpunkt die tatsächliche Durchführung beginnen. Das Bundesversicherungsamt hat in einem solchen Fall den vorzeitigen Start eines Modellvorhabens unterbunden bzw. den Stopp der Durchführung verfügt.

Sitzverlagerung von Krankenkassen im Zusammenhang mit Vereinigungsverfahren

Die Zuständigkeit zum jeweiligen Landesverband richtet sich nach dem Sitz der Krankenkasse. Fusionieren mehrere Krankenkassen, so müssen sie sich für einen Sitz der neu entstehenden Kasse entscheiden. Besonders problematisch sind Vereinigungen dann, wenn die beteiligten Kassen unterschiedlichen Landesverbänden angehören.

Im Zusammenhang mit fünf Vereinigungsverfahren von Betriebskrankenkassen musste das Bundesversicherungsamt deshalb die Frage prüfen, welche Auswirkungen dies auf betroffene Landesverbände unter dem Gesichtspunkt „Entzug von Haftungssubstanz“ hat.

Bei Schließung einer Betriebskrankenkasse sind deren Verbindlichkeiten nach

§ 155 Abs. 4 S. 4 SGB V vom zuständigen BKK-Landesverband und mittelbar von dessen Mitgliedskassen zu tragen. Jede Kasse, die den Landesverband wegen einer Sitzverlegung verlässt, verringert somit die Haftungssubstanz des Landesverbandes und erhöht die Belastung der verbleibenden Mitglieder. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Frage der Verlegung des Kassensitzes (Urteil vom 7. November 2000; Az.: B 1 A 4/99 R) räumt den Kassen zwar einen weiten Ermessensspielraum ein, das Recht der Kasse auf freie Sitznahme darf allerdings nach dieser Entscheidung nicht missbräuchlich ausgeübt werden. Das Problem der Schmälerung der Haftungssubstanz nach § 155 Abs. 4 SGB V wird vom BSG nicht angesprochen, da sich diese Problematik zum damaligen Zeitpunkt nicht stellte.

Bei ihrer Entscheidung über die Sitznahme hat die Krankenkasse auf die Interessen des Landesverbandes, dem sie angehört, Rücksicht zu nehmen. Das gilt jedenfalls dann, wenn in dem Landesverband, der verlassen werden soll, sich ein Haftungsfall in absehbarer Zeit schon deutlich konkretisiert. Nach § 211 Abs. 2 SGB V sind die Landesverbände verpflichtet, ihre Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen. Durch § 4 Abs. 3 SGB V werden die Krankenkassen und ihre Verbände im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenversicherung zur engen Zusammenarbeit verpflichtet (siehe auch § 86 SGB X).

In einem solchen Fall überlagert die Pflicht zur Rücksichtnahme auf die berechtigten Interessen des Landesverbandes das grundsätzlich vorhandene Recht der freien Sitzbestimmung. Die Kasse ist insoweit an der Ausübung ihres Ermessens

gehindert. Eine in dieser Situation dennoch getroffene Entscheidung, den Sitz außerhalb des Landesverbandes zu bestimmen, stellt wegen Verletzung der sich aus dem Mitgliedschaftsverhältnis i.V.m. § 155 Abs. 4, S. 4 ergebenden Pflicht zur Rücksichtnahme einen Ermessensmissbrauch dar und ist daher rechtswidrig.

1.6 Organisationsrecht

Auswirkungen des GMG

Bei einer Kassenerrichtung warf das GMG bereits vor seiner Verabschiedung seine Schatten voraus. Nach der durch das GMG erfolgten Änderung der §§ 147, 157 SGB V sind künftig Errichtungen von Betriebs- und Innungskrankenkassen für Betriebe, die Leistungserbringer sind, ausgeschlossen.

Darüber hinaus beinhaltet Art. 35 § 7 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ein Moratorium für die Öffnung neu errichteter Betriebs- und Innungskrankenkassen. Derartige Kassen, bei denen das Abstimmungsverfahren über die Errichtung der Kasse nach § 148 Abs. 2 und § 158 Abs. 2 SGB V bis zum Tag der ersten Lesung des GMG – dem 8. September 2003 - noch nicht durchgeführt worden war, können bis zum 1. Januar 2007 in ihren Satzungen keine Regelungen nach § 173 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V vorsehen, d.h. neu errichtete Betriebs- und Innungskrankenkassen dürfen keine Öffnung vornehmen.

Im fraglichen Fall war das Stichtagsdatum „Tag der ersten Lesung“ entscheidend für die Frage, ob diese Krankenkasse als geöffnete Kasse errichtet werden konnte. Da die zur Errichtung notwendige Abstimmung vor diesem Stichtag aber nicht mehr durchgeführt worden war, konnten wir die

Genehmigung zur Errichtung einer geöffneten Kasse nicht erteilen. In diesem Zusammenhang stellte sich sodann die Frage, ob die gesetzlichen Vorschriften auch der Errichtung einer geschlossenen Kasse entgegenstehen. Da Art. 35 § 7 GMG jedoch lediglich ein Öffnungsmoratorium für neu errichtete Betriebs- und Innungskrankenkassen enthält, war aus Rechtsgründen die Errichtung einer geschlossenen Krankenkasse zu genehmigen.

1.7 Aufsichtsprüfungen bei Krankenkassen

Prüfung von Vergütungsvereinbarungen

Seit 2001 haben wir eine Teilzuständigkeit für die Verbände der Ersatzkassen und prüfen die Vergütungsverträge (§ 71 Abs. 4 SGB V).

Der im SGB V normierte Grundsatz der Beitragssatzstabilität stellt eine rechtliche Obergrenze für Vergütungsvereinbarungen (einschließlich von Entscheidungen der Landesschiedsämter) dar, deren Einhaltung durch uns als Aufsichtsbehörde zu überprüfen ist. Die Beachtung der Schranke ist kein unverbindlicher Programmsatz, sondern absolut verbindlich.

Folglich hatten wir eine von dem Schiedsamt in Bayern festgesetzte Vergütungshöhe zur vertragszahnärztlichen Versorgung beanstandet, bei der die Anknüpfung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen nicht gewahrt war.

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 unterstützten wir ausdrücklich alle Vorschläge, 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 bestärken, den Konflikt durch Verhandlungen zu lösen. Dabei kam ihnen ein erheblicher Betrag zugute.

Ebenfalls durch konstruktive Verhandlungen konnte eine bundesunmittelbare Krankenkasse eine Änderung eines Vergütungsvertrages erreichen, weil das Bundesversicherungsamt diesen zuvor mit der Begründung beanstandet hatte, dass der ärztliche Notdienst nicht außerhalb der Gesamtvergütung honoriert werden dürfe.

Wir haben ferner einen Vergütungsvertrag mit der Begründung beanstandet, dass die Nullrunde des Artikels 5 Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) nicht nur auf das Jahr 2003 beschränkt ist, sondern auch in den Folgejahren basiswirksam ist. Hierzu steht die gerichtliche Klärung noch aus. Das BSSichG dient aus Sicht des Bundesversicherungsamtes jedoch nicht nur dazu, die Finanzlage der Krankenkassen für das Jahr 2003 zu stabilisieren, sondern beeinflusst auch die Honorarsteigerungen für die zentralen Leistungsbereiche (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser) ab 2004. Mithin ist eine Basiswirksamkeit der Nullrunde für die Folgejahre trotz fehlender gesetzlicher Klarstellung erforderlich.

Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

Bereits seit mehreren Jahren ist die Überwachung und Sicherstellung des ordnungsgemäßen Einzugs sowie die Weiterleitung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge ein Schwerpunkt unserer Aufsichtsprüfungen.

Um Probleme rechtzeitig zu erkennen und um zu entscheiden, ob und in welchem Umfang der Beitragseinzug einzelner Krankenkassen aufsichtsbehördlich zu überwachen ist, hat das Bundesversicherungsamt alleine im Verlauf des vergangenen Jahres für 46 bundesunmittelbare Krankenkassen die Prüfmitteilungen der für die Einzugsstellenprüfungen gemäß § 28 q SGB IV zuständigen Prüfdienste (Träger der Rentenversicherung und Bundesanstalt für Arbeit) ausgewertet und sechzehn Aufsichtsprüfungen durchgeführt.

Erfreulicherweise konnte im Berichtszeitraum bei allen Krankenkassen, bei denen diese Probleme bekannt geworden sind, positiv vermerkt werden, dass sie die erkannten Mängel planvoll zu beseitigen begonnen haben. Die besonders schwer wiegenden Mängel, die von den Trägern der Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit im Zuge von Einzugsstellenprüfungen gemäß § 28 q SGB IV festgestellt worden waren, konnten in einigen Fällen bereits beseitigt werden, sodass bei diesen Krankenkassen künftig mit einem ordnungsgemäßen Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge sowie deren Weiterleitung an die beteiligten Fremdversicherungsträger zu rechnen ist.

Wir führen die positive Entwicklung vor allem auf Personalgewinnung und IT-

Schulung bei den Kassen zurück. Zudem haben viele Krankenkassen ihre Aufbau- und Ablauforganisation geändert, externe Servicestellen in mehr oder weniger großem Umfang mit Kontenklärungsarbeiten und/oder der Bearbeitung von Vollstreckungs- und Insolvenzverfahren betraut oder aber eigene Mahn- und Vollstreckungsabteilungen aufgebaut.

Diese erfreulichen Entwicklungen gelten für einzelne Krankenkassen; sie dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass mehrere mitgliedsstarke Krankenkassen nach wie vor erhebliche Probleme haben, den ordnungsgemäßen Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge bei den Arbeitgebern sicherzustellen. Ursächlich dafür sind oftmals nicht geklärte Beitragskonten in großer Zahl sowie Probleme bei der Anwendung bzw. Umstellung auf modifizierte Datenverarbeitungsprogramme bzw. neue Versionen des Informationssystems Krankenversicherung (ISKV). Daneben wurde im Zuge örtlicher Erhebungen oftmals festgestellt, dass viele Krankenkassen die zwangsweise Beitreibung von Beitragsrückständen nicht oder nicht zeitnah 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 ansonsten die Realisierung des Beitragsanspruchs durch Vollstreckungsmaßnahmen anderer Gläubiger des Zahlungspflichtigen gefährdet sein könnte.

Der grundsätzlichen Verpflichtung zur rechtzeitigen und vollständigen Erhebung der Einnahmen kann sich eine Krankenkasse auch nicht dadurch entziehen, dass sie externe Servicestellen mit der Wahrnehmung bestimmter Aufgaben im Bereich des Einzugs der Gesamtsozialversicherungsbeiträge beauftragt. Die Einzugsstellen haben den Beitragseinzug so zu gestalten, dass auch unter Einbindung eines externen Dienstleisters keine Verzögerungen bei der Ermittlung und Durchsetzung von Beitragsforderungen eintreten.

Die ordnungsgemäße Stundung von Beitragsforderungen bereitet vielen Krankenkassen weiterhin Probleme. Dies haben Prüfungen bestätigt. Mehrmals war festzustellen, 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 pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Die Entscheidung über eine Stundung hat dann aber entweder durch Erlass eines (begünstigenden) Verwaltungsaktes, mit dem die Teilzahlungsmodalitäten im Form einer Nebenbestimmung verbunden werden, oder aber durch Abschluss eines schriftlich zu begründenden öffentlich-rechtlichen Vertrages (§ 53 SGB X) zu erfolgen, in dem alle Stundungsmodalitäten zu vereinbaren

sind. Dabei 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 erheben sein, wenn zweifelhaft ist, ob der zahlungspflichtige Arbeitgeber nach Ablauf der Stundungsfrist seine Verpflichtung nunmehr rechtzeitig und vollständig erfüllen wird.

Häufig haben Krankenkassen Schadensersatz- bzw. Zinsansprüche, die von den Trägern der Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit im Zuge von Einzugsstellenprüfungen geltend gemacht wurden, gemäß § 28 r Abs. 1 und 2 SGB IV zwar erfüllt, jedoch war kein Nachteilsausgleich zugunsten der Pflegekasse erfolgt. Die Höhe der bekannt gewordenen 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. Vorübergehende Mindereinnahmen in Höhe von mehreren hunderttausend Euro waren die Folge. Die betroffenen Krankenkassen haben wir aufgefordert, die konkrete Höhe der Schadensersatz- bzw. Zinsforderungen, zu ermitteln und zur Überprüfung vorzulegen. Ferner hat das Bundesversicherungsamt 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. Die Umbuchungen zugunsten der Pflegekassen erreichten im Berichtszeitraum einen Wert in Höhe von insgesamt 446.560 €.

Vollstreckung von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung

Örtliche Erhebungen ergaben außerdem, dass Krankenkassen vielfach keine Vollstreckungsmaßnahmen eingeleitet haben, um fällige Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung zwangsweise beizutreiben. Darüber hinaus haben es viele Krankenkassen unter Verstoß gegen § 191 Nr. 3 SGB V unterlassen, ihre freiwilligen Mitglieder auf die Folgen einer Nichtentrichtung von Beiträgen hinzuweisen, obwohl wir die Krankenkassen bereits im Jahre 2001 in einem Rundschreiben auf die Notwendigkeit solcher Informationen hingewiesen hatten. Die Mitgliedschaft der betroffenen säumigen Beitragszahler in der freiwilligen Krankenversicherung endete dementsprechend nicht zum gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt.

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 unsere Aufsichtsprüfungen im Bereich „Meldeverfahren – Familienversicherung“ verstärkt.

Nahezu bei allen geprüften Krankenkassen ergab die Kontrolle, dass sie das Meldeverfahren zur Familienversicherung grundsätzlich ordnungsgemäß durchführen, soweit sie als neue 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 fehlte bei einigen Krankenkassen, bei denen vormals familienversicherte Personen nunmehr eigene Mitgliedschaften begründet hatten, die Aufnahme der Änderung des Versichertenstatus in das Versichertenverzeichnis. Infolgedessen wurden Personen im Versichertenverzeichnis gleichzeitig als Mitglieder und als Familienversicherte geführt. In den meisten Fällen haben 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 anweisen mussten, ihren Familienversichertenbestand ab dem Jahre 1998 zu überprüfen und unverzüglich die erforderlichen Korrekturen im Familienversichertenverzeichnis vorzunehmen.

2. PFLEGEVERSICHERUNG

- 2.1 Finanzielle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Finanzausgleich
- 2.2 Leistungsrecht
- 2.3 Aufsichtsprüfungen - Pflegeversicherung

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2.1 Finanzielle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Finanzausgleich

Während es sich bei dem in der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten Finanzausgleichsverfahren grundsätzlich um einen einnahmeorientierten Finanzausgleich handelt (RSA), ist der Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung nach den §§ 66 ff. SGB XI ausgabeorientiert. Er ist somit ein reiner Liquiditätsausgleich und ermöglicht auf diese Weise den für alle Pflegekassen einheitlich geltenden, in § 55 Abs. 1 SGB XI festgelegten Beitragssatz in Höhe von 1,7 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Ein eigenständiger Wettbewerb existiert in der sozialen Pflegeversicherung nicht, vielmehr folgt er dem Wettbewerb der Krankenkassen streng akzessorisch („Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“).

Dieser Finanzausgleich wird ebenfalls vom Bundesversicherungsamt monatlich durchgeführt. Die zu bewegenden Geldströme von den Geberkassen hin zu den Empfängerkassen sind nicht größengleich. Um dennoch einen Ausgleich herbeiführen zu können, existiert der sog. Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI als kassenartenübergreifende Schwankungsreserve. Der Ausgleichsfonds verfügt über einen Mittelbestand, der im wesentlichen aus der Aufbauzeit der sozialen Pflegeversicherung herührt, in der zwar seit dem 1. Januar 1995 Beiträge zu zahlen waren, die Gewährung von Leistungen jedoch erst zum 1. April 1995 einsetzte. Auf diese Weise entstand ein Mittelvorrat, der von Anfang an dazu gedacht war, mögliche Defizite der sozialen Pflegeversicherung in späteren Jahren

ohne Beitragssatzanhebung auffangen zu können.

Zusammen mit den sog. Betriebsmitteln und Rücklagen, die die Pflegekassen dezentral vorhalten, bildet der Mittelbestand des Ausgleichsfonds die sog. Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung. Während in den ersten Jahren bis 1998 der Mittelbestand dieser Liquiditätsreserve aufgrund der Überschüsse in der sozialen Pflegeversicherung wuchs, sind seit dem Jahr 1999 jährlich zunehmende Defizite zu verzeichnen, die ein Abschmelzen des Ausgleichsfonds zur Folge haben.

Soziale Pflegeversicherung,
Entwicklung der Liquiditätsreserve

Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung	
Stichtag jeweils 31. Dezember	Betrag absolut
1996	4.017.580.810,92 €
1997	4.804.881.765,62 €
1998	4.928.463.681,48 €
1999	4.889.393.134,82 €
2000	4.769.918.526,42 €
2001	4.702.928.491,47 €
2002	4.864.980.736,27 €
2003	4.171.173.735,14 €

Die Liquiditätsreserve setzt sich zusammen aus dem Mittel-Ist der Pflegekassen und dem Mittelbestand des Ausgleichsfonds. Der Zuwachs im Jahr 2002 beruht ausschließlich auf der Rückzahlung des Darlehens nach Art. 52 Abs.4 PflegeVG.

So betrug im Jahre 2002 der Fehlbetrag in der Pflegeversicherung rund 389 Millionen €, im Jahre 2003 bereits 724 Millionen €. Eine Analyse der Einnahmen und Ausgaben zeigt, dass die Pflegeversicherung an einer eklatanten Einnahmenschwäche krankt.

Ergebnisse der sozialen Pflegeversicherung 2002 und 2003 im Vergleich (Veränderungen in Prozent)	
Einnahmen	Veränderungen in %
Beitragseinnahmen	-1,99 %
Summe der sonstigen Einnahmen	-12,10 %
Einnahmen insgesamt	-2,06 %
Ausgaben	Veränderungen in %
Leistungsausgaben	1,05 %
Verwaltungskosten	1,33 %
Hälfte der Kosten des medizinischen Dienstes	2,03 %
Summe der sonstigen Ausgaben	-69,73 %
Ausgaben insgesamt	0,85 %

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

Während die Leistungsausgaben um einen moderaten Wert von ca. 1,05 Prozent gestiegen sind (im Jahr zuvor waren es 2,74 Prozent), sind die Beitragseinnahmen um nahezu zwei Prozent gesunken (im Vorjahr war es noch ein Plus in Höhe von 1,22 Prozent).

Die wirtschaftlichen Prognosen für die nähere Zukunft lassen keine nachhaltige Steigerung bei den Beitragseinnahmen erwarten, und nach den demographischen Prognosen ist ein weiterer Anstieg der Leistungsausgaben zu befürchten.

Die beschriebenen Defizite haben zur Folge, dass die Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung weiter abnehmen wird. Der Mittelbestand des Ausgleichsfonds an der Liquiditätsreserve betrug am

Ende des Jahres 2003 rund 2,2 Milliarden €.

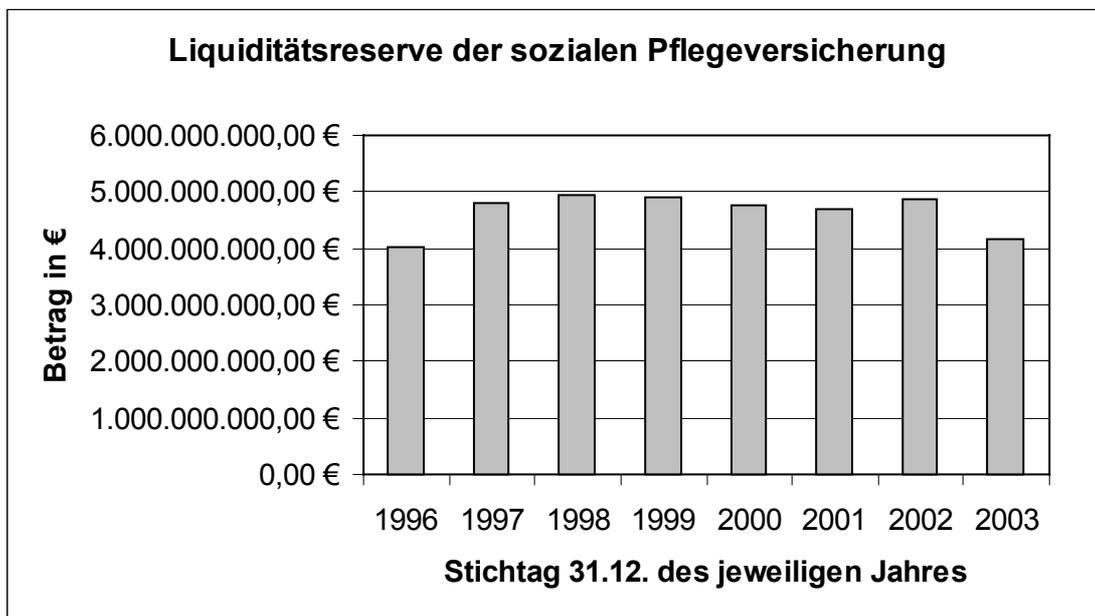
Soziale Pflegeversicherung: Jahresergebnis 2003	
Einnahmen	Beträge absolut
Beitragseinnahmen	16.608.719.696,90 €
Summe der sonstigen Einnahmen	177.311.878,48 €
Einnahmen insgesamt	16.786.031.575,38 €
Ausgaben	Beträge absolut
Leistungsausgaben	16.643.907.648,73 €
Verwaltungskosten	587.273.932,04 €
Hälfte der Kosten des medizinischen Dienstes	262.331.240,34 €
Summe der sonstigen Ausgaben	17.480.780,14 €
Ausgaben insgesamt	17.510.993.601,25 €
Jahresfehlbetrag	-724.962.025,87 €

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

Soziale Pflegeversicherung: Jahresergebnis 2002	
Einnahmen	Beträge absolut
Beitragseinnahmen	16.760.879.544,00 €
Summe der sonstigen Einnahmen	212.351.245,09 €
Einnahmen insgesamt	16.973.230.789,09 €
Ausgaben	Beträge absolut
Leistungsausgaben	16.469.913.883,53 €
Verwaltungskosten	579.583.452,36 €
Hälfte der Kosten des medizinischen Dienstes	257.119.203,40 €
Summe der sonstigen Ausgaben	56.398.726,49 €
Ausgaben insgesamt	17.363.015.265,78 €
Jahresfehlbetrag	-389.784.476,69 €

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

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 €
2003	7.866.942.947,75 €



2.2 Leistungsrecht

Höherstufung bei vollstationärer Pflege nach § 43 SGB XI

Zahlreiche Eingaben betrafen Fälle, in denen Pflegebedürftige, die sich in vollstationärer Pflege gemäß § 43 SGB XI befanden, aufgrund des Ergebnisses einer Wiederholungsbegutachtung in eine höhere Pflegestufe eingestuft wurden. Veranlasst waren die Wiederholungsbegutachtungen von den jeweils zuständigen Pflegekassen, die nach dem Wortlaut des § 18 Abs. 2 S. 5 SGB XI ausdrücklich verpflichtet sind, derartige Wiederholungsbegutachtungen (auch aufgrund einer entsprechenden

Empfehlung des Vorgutachters) in angemessenen Abständen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchführen zu lassen.

Bei Zuerkennung einer höheren Pflegestufe erhält der Pflegebedürftige zwar höhere Leistungen der Pflegekasse, gleichzeitig müsste er aber wegen der Koppelung des Heimentgeltes an die jeweilige Pflegestufe für ein höheres Heimentgelt aufkommen.

In die Kostenlast der Pflegekassen fällt nur der Bereich der pflegebedingten Aufwendungen. Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen (s. §§ 87 f. SGB XI) sind demgegenüber gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2

und § 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI dem Risikobereich und damit der Kostenlast des/der Pflegebedürftigen zuzuordnen.

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 einem Mehraufwand an Zuzahlungen belastet. Von dem betreffenden Personenkreis wird daher mit Blick auf die sich hieraus ergebenden finanziellen Konsequenzen oft die Beibehaltung der niedrigeren Pflegestufe gewünscht. 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 „von Amts wegen“ veranlassten Wiederholungsbegutachtungen schon per se nicht maßgeblich. Somit ist gemäß § 48 Abs. 1 SGB X allein der Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (hier insbesondere: Verschlechterung des Gesund-

heitszustandes mit dadurch bedingter Zunahme des Pflegebedarfs) für die Bewilligung entscheidend.

Die Pflegeeinrichtung hat 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.

Die betreffenden Gutachten des MDK waren im Übrigen schlüssig und plausibel. In keinem dieser Fälle haben wir ein Fehlverhalten der Pflegekassen festgestellt.

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI

Zahlreiche Eingaben betrafen Fälle, in denen der Beschwerdeführer nicht oder zu gering entrichtete Beiträge zur Rentenversicherung rügt.

Die Pflegekassen zahlen nach § 44 Abs. 1 SGB XI zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen Beiträge zur Rentenversicherung. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und die Pflege mindestens vierzehn Stunden pro Woche ausgeübt wird.

Bei der Frage, wie die vierzehn Stunden zu ermitteln sind, treten immer wieder Schwierigkeiten auf. Einerseits bestimmt § 44 Abs. 1 Satz 3 SGB XI, dass der MDK im Einzelfall feststellt, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch die Pflegeperson erforderlich ist. Diese

Feststellung erfolgt anhand der in den Beurteilungsrichtlinien (BRi) vom 21. März 1997 i. d. F. vom 22. März 2001 festgelegten Zeitrichtwerte, die sich nicht an einer professionellen, sondern an einer Laienpflege orientieren. Der Pflegebedürftige bzw. seine Pflegeperson haben dabei darzulegen und auf Verlangen glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in diesem zeitlichen Umfang tatsächlich erbracht werden.

Dabei weichen immer wieder gutachterlich festgestellte Pflegezeiten von den aufgrund einer Selbsteinschätzung gemäß Ziffer 1.4 des Gutachtens bestimmten Werten ab. Der Gutachter soll dann unter Ziffer 6.1 des Gutachtens angeben, ob der unter Ziffer 1.4 genannte Pflegeaufwand mit dem gutachterlich festgestellten Hilfebedarf übereinstimmt. Wenn die Selbsteinschätzung des Pflegebedürftigen bzw. seiner Pflegeperson einen höheren Zeitansatz ergibt – das ist in den meisten Gutachten der Fall –, kann der MDK diese Eigenangaben dennoch für plausibel erachten und dies in die Gutachtensbegründung mit aufnehmen.

Im Zusammenhang mit der Versicherungspflicht ist im Berichtsjahr darüber hinaus folgendes Problem aufgetreten: Nach dem Urteil des BSG vom 22. März 2001 (Az.: B 12 P 3/00 R) ist der Rentenversicherungsträger für die Beurteilung der Beitragspflicht gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1a SGB VI (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson) zuständig. Einige Pflegekassen gehen daher – wie sich in der Praxis zeigt – davon aus, dass sie keine Ermittlungspflichten mehr hätten. Diese Auffassung ist jedoch nicht zutreffend. Vorfragen sind nach wie vor von der Pflegekasse – unter Beteiligung des MDK – zu klären. Insbesondere ist der Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen durch die Pflegekassen und in

diesem Zusammenhang auch der zeitliche Umfang der von der jeweiligen Pflegeperson ausgeübten Pflegeleistung zu prüfen (§§ 19 S. 2, 44 Abs. 1 S. 3 SGB XI). Maßgeblich ist dabei, dass die Angaben des entsprechenden MDK-Gutachtens hierzu schlüssig sind. Sofern im Rahmen der Prüfung festgestellt wird, dass die Pflegeperson zugleich einer Beschäftigung bzw. selbstständigen Tätigkeit im Umfang von mehr als 30 Stunden wöchentlich nachgeht, tritt die Versicherungspflicht nach § 44 Abs. 1 S. 2 SGB XI i.V.m. § 3 S. 3 SGB VI nicht ein.

Dezidierte Ermittlungen seitens der Pflegekassen sind auch zu der korrekten Höhe der abgeführten Beiträge durchzuführen, da eine Korrektur und Rückforderung für die Vergangenheit in der Regel ausscheidet, weil das Vertrauen der Pflegeperson im Sinne des § 45 Abs. 2 SGB X schutzwürdig ist.

Bei einer Mehrfachpflege (im Sinne des § 44 Abs. 1 S. 2 SGB XI i.V.m. § 166 Abs. 2 S. 2 SGB VI), die sich aus den Angaben im Antrag auf Rentenversicherung bzw. dem MDK-Gutachten erschließen lässt, ist außerdem immer der Aspekt der erwerbsmäßigen Pflege zu prüfen.

Bearbeitungsdauer von Eingaben und Widersprüchen

Auch im Jahr 2003 ist die Zahl der Eingaben – wie schon im Vorjahr – angestiegen. Ein Hauptgrund für diese Zunahme ist die Bearbeitungsdauer bei den Pflegekassen im Erstantrags- und Widerspruchsverfahren. Im Rahmen unserer aufsichtsrechtlichen Überprüfung fiel auf, dass eine wesentliche Ursache für die Bearbeitungsdauer die Terminierung der Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenver-

sicherung (MDK) war. Außerdem ergaben sich in diversen Fällen weitere Verzögerungen dadurch, dass die vom MDK nach der Begutachtung zu erstellenden Gutachten den Pflegekassen erst mit erheblichem Verzug, lange nach dem eigentlichen Begutachtungstermin übersandt wurden. Wir haben die Pflegekassen in derartigen Fällen gebeten, soweit ihnen dies – aufgrund der rechtlichen Stellung des MDK als selbstständige Körperschaft des öffentlichen Rechts gemäß § 278 Abs. 1 SGB V – möglich ist, auf Beschleunigung der Begutachtung und der Übersendung der Gutachten hinzuwirken.

Kostenträger für erforderliche Um- bzw. Nachrüstungen von elektrisch betriebenen Pflegebetten im häuslichen Bereich

Im Jahre 1998 sind erstmals Unfälle im Zusammenhang mit der Verwendung elektrisch betriebener Pflegebetten im häuslichen Bereich bekannt geworden. Überprüfungen durch die Kriminaltechnik, den TÜV sowie das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) führen die Brände auf Kabelknickungen, Abnutzungen und eindringende Feuchtigkeit in die Elektronik der Betten zurück.

Um weitere Nachteile und Gefahren für ihre Versicherten abzuwenden, haben die der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Pflegekassen die sicherheitstechnisch notwendigen Um- bzw. Nachrüstungen der Pflegebetten übernommen. Diese Umrüstungen sind zwischenzeitlich abgeschlossen und waren mit erheblichen Kosten verbunden. In diesem Zusammenhang stellte sich die Frage, ob die Pflegekassen Schadensersatzansprüche gegen die Leistungserbringer und Hersteller der Pflegebetten hätten.

Hinsichtlich der Prüfung vertraglicher Ansprüche der Pflegekassen gegenüber ihren Leistungserbringern lagen dem Bundesversicherungsamt zwei Musterverträge vor, die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen erstellt wurden. Der erste - im Jahre 1995 ausgearbeitete - Mustervertrag, sah eine Eigentumsübertragung an dem technischen Hilfsmittel auf die Pflegekassen vor. Die Leistungserbringer haben sich darin zu den erforderlichen Wartungs- und Serviceleistungen werkvertraglich verpflichtet. Ungeachtet vertraglich vereinbarter Verjährungsregelungen, die in der Regel länger als die damalige gesetzliche sechsmonatige Verjährungsfrist waren, sind Ansprüche der Pflegekassen gegenüber den Leistungserbringern aufgrund des Zeitablaufs nicht mehr durchsetzbar. Ein Haftungsanspruch aus einer nebenvertraglichen Pflichtverletzung ist zwar juristisch ableitbar. Aufgrund der fehlenden allgemeinen Anerkennung in Literatur und Rechtsprechung ist jedoch die gerichtliche Durchsetzbarkeit zweifelhaft.

Der zweite Mustervertrag aus dem Jahr 2000 sollte ab 2001 in entsprechende Einzelverträge umgesetzt werden. Er sieht keine Übertragung des Eigentums an den technischen Hilfsmitteln auf die Pflegekassen vor. Vielmehr bleiben die jeweiligen Leistungserbringer Eigentümer und haben zudem die erforderlichen Wartungs- und Servicearbeiten auszuführen. Bei dieser Vertragsart handelt es sich um einen sog. gemischten Vertrag. Zum einen weist er Aspekte eines entgeltlichen Geschäftsbesorgungsvertrages gemäß der §§ 675 ff. BGB auf, da der Leistungserbringer sich zur Erfüllung der - nach § 40 Abs. 3 SGB XI - originär den Pflegekassen obliegenden gesetzlichen Aufgabe verpflichtet hat. Zum anderen enthält er hinsichtlich der

zu erbringenden Wartungsleistungen Regelungen des Werkvertragsrechts nach den §§ 631 ff. BGB. Die entgeltliche Geschäftsbesorgung beinhaltet die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten mit ordnungsgemäßen und technisch mangelfreien Hilfsmitteln. Daher haben die Leistungserbringer grundsätzlich die Kosten für erforderliche Nach- bzw. Umrüstungsmaßnahmen zu tragen, falls sie auf der Basis dieses Mustervertrages technisch mangelhafte Pflegebetten im häuslichen Bereich einsetzen.

Als Anspruchsgrundlage gegenüber den Herstellern kommen nur die deliktischen Schadenersatzansprüche nach §§ 823 ff. BGB in Betracht. Zum einen hatten nämlich die Hersteller durch entsprechende Presse- und Fernsehberichte seit 1998 Kenntnis über die Mangelhaftigkeit von Pflegebetten. Zum anderen hatte das BfArM Mitte 2001 in diesem Zusammenhang eine Empfehlung zur Einhaltung strengerer technischer Anforderungen herausgegeben. Indem die Hersteller keine Maßnahmen zur Gefährabwendung in diesem Zeitraum (1998 bis 2001) getroffen haben, könnten sie die ihnen obliegende Verkehrssicherungspflicht der aktiven Produktbeobachtung verletzt haben. Allerdings unterliegt auch dieser deliktische Schadenersatzanspruch der Pflegekassen einer relativ kurzen gesetzlichen Verjährungsfrist von drei Jahren. Die Frist beginnt dabei zu laufen, sobald die Pflegekassen – als Geschädigte – von dem schädigenden Ereignis sowie dem potentiellen Anspruchsgegner, Kenntnis erhalten haben.

Diese, bei den einzelnen Pflegekassen divergierenden, subjektiven Anspruchselemente konnten durch das Bundesversicherungsamt naturgemäß nicht im Einzelfall ermittelt werden. Daher haben wir die

Pflegekassen in einem umfassenden Rundschreiben grundsätzlich über die haftungsrechtlichen Fragen informiert und um weitere Prüfung bzw. Geltendmachung etwaiger Ansprüche gebeten.

Die Pflegekassen wurden in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass sie mögliche Schadenersatzansprüche nur im Wege der allgemeinen Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 SGG vor den Sozialgerichten geltend machen können. Sowohl die deliktischen Schadenersatzansprüche gegen die Herstellerfirmen als auch die vertraglichen Ansprüche gegen die jeweiligen Leistungserbringer sind – ungeachtet der Beteiligung eines öffentlich-rechtlichen Trägers - als privatrechtlich zu beurteilen. Dennoch haben gemäß § 51 Abs. 2 SGG die Sozialgerichte über Streitigkeiten aus den genannten Rechtsverhältnissen zwischen den Pflegeversicherungsträgern einerseits und den Herstellern sowie den Leistungserbringern andererseits zu entscheiden.

Bußgeldverfahren nach § 121 SGB XI

Die privaten Versicherungsunternehmen meldeten dem Bundesversicherungsamt im Jahr 2003 rund 42.500 Personen, die, obwohl versicherungspflichtig im Sinne der §§ 20 ff. SGB XI, eine Versicherung nicht nachgewiesen hatten und mit sechs Monatsprämien in Verzug waren. Zusätzlich wurden dem Bundesversicherungsamt etwa 507 entsprechende Meldungen von den Dienstherrn der Heilfürsorgeberechtigten übersandt. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl dieser Meldungen somit um 30 Prozent zurückgegangen. Wir nehmen an, dass die Notwendigkeit der Pflegeversicherung zwischenzeitlich von der genannten Personengruppe akzeptiert wurde, zumal auf die Folgen eines Beitragsrückstandes

bzw. einer fehlenden Versicherung, nämlich insbesondere ein drohendes Ordnungswidrigkeitsverfahren, sehr deutlich hingewiesen wird.

Bußgeldverfahren nach §121 SGB XI			
	2002	2003	Veränderung
Priv. Versich.	40955	42517	+3,8 %
Dienstherren	725	507	-30 %
Gesamt	41680	43024	+3,2 %

2.3 Aufsichtsprüfungen - Pflegeversicherung

Rückstufungen bei Abnahme des Hilfebedarfs

Vereinzelt stellen wir fest, dass bei Abnahme des Hilfebedarfs bereits rückwirkend zum Zeitpunkt der Begutachtung bzw. zum Zeitpunkt des Eingangs des MDK - Gutachtens zurückgestuft wird, ohne dass die Voraussetzungen des § 48 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 – 4 SGB X vorliegen. Regelmäßig kommt hier jedoch nur eine Rückstufung (nach Anhörung) für die Zukunft in Betracht, und wir haben die Kassen aufgefordert, entsprechend der Rechtslage zu verfahren. Andererseits war wiederum auch bei einer nachgewiesenen Täuschung auf eine Rückforderung nach § 50 SGB X verzichtet worden. Hier sind die Kassen aufgefordert zu prüfen, inwieweit die Rückforderung der Beträge möglich ist.

Hilfsmittelabrechnung - Auslagerung der Rechnungsprüfung auf private Dritte

Im Rahmen der Prüfung einer großen Kasse mussten wir feststellen, dass diese

ihr privates Abrechnungszentrum angewiesen hatte, bei allen Hilfsmitteln von Pflegebedürftigen des Pflegehilfsmittelverzeichnisses und allen Hilfsmitteln aus drei Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses der Krankenversicherung zunächst immer die Pflegeversicherung zu belasten. Die Geschäftsstellen sollten sodann anhand der Buchungslisten - eine Rückspeisung der Rechnungssätze war wegen der nicht mehr zeitgemäßen Datenverarbeitung der Kasse nicht möglich – eine Zuordnung im Einzelfall zur Kranken – oder Pflegeversicherung im nachhinein vornehmen. Diese Zuordnung war - soweit sie nachträglich überhaupt erfolgte - nicht am Grundsatz der Subsidiarität der Pflegeversicherung ausgerichtet und führte (wiederum) zu einer erheblichen Fehlbelastung der Pflegeversicherung. Wir haben der Kasse diese Verfahrensweise und die Inanspruchnahme des Abrechnungszentrums untersagt. Die zu Unrecht erfolgte Belastung der Pflegeversicherung hat der Träger zu stornieren.

In diesem Zusammenhang wurde uns vereinzelt entgegengehalten, aus einigen neueren Entscheidungen des BSG zur Hilfsmittelversorgung Pflegebedürftiger in Pflegeheimen lasse sich - wenn auch in allen Fällen eine Leistungspflicht der Krankenversicherung festgestellt wurde - eine Aufgabe der bisherigen Rechtsprechung zur Reichweite des Behinderungsausgleichs (auch) im ambulanten Bereich herleiten. Wir sind dem energisch auch unter Hinweis auf neueste Rechtsprechung der Sozialgerichte entgegengetreten. Eine Einschränkung der Leistungspflicht der Krankenversicherung beim Behinderungsausgleich würde dabei zu nicht vertretbaren Versorgungslücken bei den nicht erheblich Pflegebedürftigen führen (vgl. auch Vogel, Sozialgerichtsbarkeit 7/2003 S. 390 ff, 393).

Nahtloser Übergang vom Krankenhaus in die Pflege

Das Krankenhausüberleitungsverfahren nach den Verträgen nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V bereitet offenbar noch immer erhebliche Probleme. Dies gilt insbesondere, wenn nach dem Landesvertrag nur ein Kurzgutachten des MDK nach Aktenlage vorgesehen ist, wie z.B. in Niedersachsen oder Bayern. Eine nicht zu vernachlässigende Fehlerquote bei der Einstufung, teilweise erst sehr späte Nachuntersuchungen im häuslichen Bereich bzw. im Pflegeheim und zum Teil auch gravierende Qualitätsmängel der Krankenhausanträge und der Gutachten insbesondere eines MDK haben uns veranlasst, intensive Gespräche mit einer Großkasse, einem Spitzenverband und der Aufsicht über den betreffenden MDK zu führen. Die auf unser Betreiben nun eingeleiteten Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden wir bei weiteren Kontrollen auf ihre Effizienz hin überprüfen.

Wir weisen hierbei darauf hin, dass der Gesetzgeber durch die Einfügung des neuen Abs. 3 in § 18 SGB XI ausweislich der amtlichen Begründung zu Art. 10 Nr. 9 SGB IX vom 19.06.2001 (BT-Drs. 14/5786 S. 140) gerade der schon in den Begutachtungsrichtlinien normierten Pflicht zur Begutachtung im Krankenhaus mehr Geltung verschaffen wollte (vgl. hierzu Dalichau – Grüner – Müller – Alten, SGB XI, § 18 S. 2c und 6a).

Rentenversicherung der Pflegepersonen

Die Rentenversicherungsträger prüfen Beitragszahlungen zur Rentenversicherung von Pflegepersonen nach § 212 SGB VI auch noch für Zeiten bis zur Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995.

Dies beruht auf einer Vereinbarung aus dem Jahr 2000, in der die Spitzenverbände u. a. auf die Einrede der Verjährung verzichtet hatten. Dabei macht die Rentenversicherung auch durch Hochrechnung zum Teil ganz erhebliche Nachforderungen an Versicherungsbeiträgen und Säumniszuschlägen geltend. Da eine Überprüfung der Einzelfälle arbeitsaufwändig und die Nachforderungen – vermeintlich – über den Ausgleichsfonds von allen Pflegekassen zu tragen sind, sind viele Pflegekassen (zu) schnell bereit, sich mit den Rentenversicherungsträgern auch über hohe Nachforderungen zu vergleichen. Beispiele zeigen, dass sich die vermeintlichen Ansprüche der Rentenversicherungsträger bei einer Überprüfung auf einen Bruchteil reduzieren lassen. Die Haftung für Säumniszuschläge trifft unseres Erachtens regelmäßig die Krankenkasse, da sie Personal und Sachmittel für die Pflegekasse stellt und damit auch für die verschuldete Säumnis nach §§ 23 Abs. 1 S. 6, 24 Abs. 2 SGB IV einzustehen hat. Wir haben dies auch dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mitgeteilt.

Eine einzelne ganz erhebliche Nachforderung durch die Rentenversicherungsträger bei einer Kasse hat uns kurzfristig zu einer Überprüfung der Verfahrensweise der Kasse veranlasst. Dabei stellten wir fest, dass neben den von den Rentenversicherungsträgern (immer) geltend gemachten Unterzahlungen es in weit stärkerem Maße (42 Prozent gegenüber neun Prozent der geprüften Fälle) zu Überzahlungen (wegen zu hoch angenommener Pflegezeiten, Beitragszahlung trotz Bezug von Altersrente usw.) gekommen ist. Diese erschreckend hohe Fehlerquote von insgesamt über der Hälfte der geprüften Fälle offenbart einen erheblichen Schulungsbedarf sowohl bei den Mitarbeitern der Pflegekassen als auch bei den medizinischen Diensten.

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Eingaben

3.2 Satzungsrecht

3.3 Aufsichtsprüfungen

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Eingaben

Statistik

Eingaben UV 2003	mit Berichts- pflicht		allein BVA	Ge- sam
	PADB ¹⁾	BMGS ²⁾		
UV				
davon				
gewerbl. BG	153	59	474	686
landw. BG	3	5	18	26
Unfallkassen	22	12	29	63
UV gesamt	178	76	521	775
Alterssich. Landw.	6	0	11	17
Zusatzversorg.	5	0	0	5
insgesamt	189	76	532	797

¹⁾ Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages
²⁾ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Insolvenzgeldumlage

Die Höhe der von den Unternehmen zu leistenden Umlagebeiträge für das Insolvenzgeld, die die Berufsgenossenschaften im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeit einziehen, war zunehmend in die öffentliche Kritik geraten. Zahlreiche Unternehmen beanstandeten im Berichtsjahr beim Bundesversicherungsamt den drastischen Anstieg des Insolvenzgeldes im Vergleich zum Vorjahr. So betrug die Gesamtforderung der Bundesanstalt für Arbeit für das Umlagejahr 2002 für das Insolvenzgeld einschließlich Sozialversicherungsbeiträgen – abzüglich Erstattungen – 1.926,5 Millionen €. Dieser Betrag liegt um rund 40 Prozent über demjenigen des Vorjahres (2001: 1.370,2 Millionen €). Grund der deutlichen Mehrbelastung war die schwache konjunkturelle Entwicklung und der damit zusammenhängende Anstieg der Zahl der Insolvenzen.

Die Beitragsberechnung war in den vom Bundesversicherungsamt überprüften Fällen jedoch fehlerfrei. Soweit sich die Beschwerdeführer gegen die bestehenden Regelungen (§§ 358 ff SGB III) wandten, haben wir ihnen die Rechtslage erläutert. In einem hervorzuhebenden Einzelfall hatte allerdings eine Berufsgenossenschaft - über ihren tatsächlichen Anstieg der Ausgaben für das Insolvenzgeld um rund 38 Prozent vom Jahr 2001 auf das Jahr 2002 hinaus – eine rund 97 Prozent höhere Umlage für das Insolvenzgeld 2002 festgesetzt. Die Überprüfung ergab, dass das Zahlungsverfahren, das die Berufsgenossenschaft zur Verwaltungsvereinfachung gewählt hatte, für diese überproportionale Erhöhung der Umlage verantwortlich war. Zur Bedienung der vierteljährlich an die Bundesanstalt für Arbeit zu leistenden Abschlagszahlungen auf das Insolvenzgeld hat diese Berufsgenossenschaft einen Betriebsmittelstock gebildet. Es erspart ihr und den betroffenen Unternehmen vier zusätzliche Rechnungen und Zahlungsvorgänge, da sie die Insolvenzgeld-Umlage nur einmal jährlich im Rahmen der Beitragsrechnung erhebt.

Aus dieser Umlage werden die Abschlusszahlung für das Vorjahr, ferner drei Zahlungen für das laufende Jahr sowie bereits der erste Abschlag für das Folgejahr bedient. Für das Jahr 2002 war jedoch im Jahr 2001 die Umlage aufgrund der zunächst relativ günstigen Wirtschaftsprognosen zu gering veranschlagt worden, was zu einer zeitweiligen Finanzierungslücke Ende des Jahres 2002 geführt und aktuellen Nachforderungsbedarf ausgelöst hat. Die Berufsgenossenschaft nahm daher im Rahmen der Insolvenzgeldumlage für das

Jahr 2002 zugleich eine Betriebsmittelzuführung vor.

Außerdem wurde dabei die für das erste Quartal des Jahres 2004 voraussichtlich zu leistende Abschlagszahlung an die Bundesanstalt für Arbeit berücksichtigt. Aufgrund der Erkenntnisse aus dem vorangegangenen Jahr rechnet die Berufsgenossenschaft ferner bei der Festsetzung des Beitragsfußes für das Insolvenzgeld mit einer voraussichtlichen Steigerung der Abschlagszahlungen um rund zwanzig Prozent.

Die Entscheidung über die Aufstockung der Betriebsmittel innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens ist Teil der Selbstverwaltung der Berufsgenossenschaften. Aufsichtsrechtlich war sie nicht zu beanstanden. Die Berufsgenossenschaft hat das Prognoseverfahren mittlerweile verfeinert und schließt deshalb die Wiederholung einer solchen kalkulatorischen Unterdeckung des Betriebsmittelstocks für die Zukunft aus.

Zu beanstanden war jedoch, dass das Verfahren den Unternehmen nicht hinreichend transparent gemacht worden ist und deshalb verständlicherweise Kritik hervorgerufen hatte. Das Bundesversicherungsamt hat daher in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erwirkt, dass die betreffende Berufsgenossenschaft zukünftig in ihren Beitragsbescheiden an die Unternehmer die Zusammensetzung des Beitrags detailliert erläutern und insbesondere den Anteil, der für die jährlichen Insolvenzgeldausgaben bestimmt ist, eindeutig ausweisen wird.

Problematik im Umgang mit § 200 Abs. 2 SGB VII

Das Bundesversicherungsamt wurde im Berichtsjahr, in dem die Erörterungen zur Abgrenzung Gutachter/beratender Arzt zwischen dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfD) und dem Bundesversicherungsamt (BVA) abgeschlossen wurden, vom BfD auf besondere Fälle aufmerksam gemacht. Anhand eines Einzelfalles, in dem gleich drei Verstöße gegen § 200 Abs. 2 SGB VII festgestellt wurden, wird deutlich, dass die Handhabung dieser Vorschrift in der berufsgenossenschaftlichen Verwaltungspraxis immer noch nicht problemlos verläuft.

Ein Versicherter erlitt einen Wegeunfall. Die zuständige Berufsgenossenschaft (BG) hielt ein ärztliches Zusammenhanggutachten für erforderlich. Dazu nannte sie dem Versicherten drei Gutachter zur Auswahl. Der Versicherte erklärte sich mit der Begutachtung durch einen namentlich benannten Chefarzt eines Krankenhauses einverstanden. Der Gutachtenauftrag wurde jedoch seinem Amtsnachfolger im selben Krankenhaus erteilt.

Die Erteilung des Gutachtenauftrags an den Amtsnachfolger verletzte § 200 Abs. 2 SGB VII, da dem Versicherten vor Erteilung dieses Gutachtenauftrags nicht die in der Vorschrift genannten Rechte gewährt wurden. Es ist nicht möglich, die Erklärung des Versicherten, mit der Begutachtung durch einen bestimmten Arzt einverstanden zu sein, auf den Amtsnachfolger zu

übertragen. Ein solches Verfahren widerspricht eindeutig dem Gesetzeszweck. Die Gutachterausswahlregelung nach § 200 Abs. 2 SGB VII soll die Rechtsstellung des Versicherten im Verfahren stärken und die Transparenz des Verfahrens verbessern. Um diese Rechte gewährleisten zu können, muss das Auswahlrecht an die Person des gewählten Gutachters anknüpfen, da in die sachverständige Bewertung eines Gutachters stets auch eine subjektive Sichtweise einfließt.

Im späteren Widerspruchsverfahren gab die BG ohne erkennbaren weiteren Anlass ein Zusammenhanggutachten nach Aktenlage bei einem Arzt in Auftrag. Der Gutachtenauftrag wurde jedoch von diesem Arzt unbearbeitet zurückgesandt. Die Erteilung des Gutachtenauftrags war auch hier nicht zulässig, da dem Versicherten erneut die in § 200 Abs. 2 SGB VII genannten Rechte vorenthalten wurden: Es hätten vor Erteilung des Auftrags mehrere Gutachter zur Auswahl benannt werden müssen. Der Versicherte hätte außerdem vor der Übersendung seiner persönlichen Daten an den Gutachter auf sein Widerspruchsrecht nach § 200 Abs. 2 2. Hs. SGB VII i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X hingewiesen werden müssen. Schließlich beauftragte die BG einen Arzt, ein anonymisiertes Zusammenhanggutachten nach Aktenlage zu erstellen.

Diese Vorgehensweise widersprach ebenfalls der Regelung des § 200 Abs. 2 SGB VII. Gegen die Anwendbarkeit dieser Vorschrift sprach nicht, dass in dem Aktenauszug, der dem Gutachter zugesandt worden war, der Name des Versicherten geschwärzt war. Durch die Schwärzungen sind die Daten des Versicherten nicht von den datenschutzrechtlichen Schutzvorschriften des Sozialgesetzbuches ausgeschlossen.

Das Bundesversicherungsamt hat sich in der rechtlichen Beurteilung der Ansicht des BfD angeschlossen und die o.g. Verstöße gegenüber der BG ausdrücklich beanstandet. Die Berufsgenossenschaft wurde von uns aufgefordert, in Zukunft § 200 Abs. 2 SGB VII bei der Vergabe von Gutachtenaufträgen unbedingt zu beachten und entsprechend den Vorgaben der Vorschrift zu handeln. Auf die Folgen eines Verstoßes gegen § 200 Abs. 2 SGB VII haben wir die Berufsgenossenschaft ausdrücklich hingewiesen.

3.2 Satzungsrecht

Genehmigung von Satzungsänderungen

Die unterbliebene Beachtung von Formerfordernissen sowie fehlende Unterlagen haben auch im Berichtszeitraum zu vermeidbaren Verzögerungen bei der Genehmigung von Satzungsänderungen geführt

Obschon im Jahr 1999 in einem Schreiben an die bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger bereits über diese Problematik aufgeklärt wurde und die Anforderungen an einen ordnungsgemäßen Genehmigungsantrag ausführlich erläutert wurden, hielten sich einige Berufsgenossenschaften nicht an die Vorgaben. Um dadurch bedingte Verzögerungen in Zukunft zu vermeiden, weisen wir nochmals darauf hin, dass dem Genehmigungsantrag mit eingehender Begründung der Satzungsänderung ein beglaubigter Auszug aus der Niederschrift über die Sitzung der Vertreterversammlung (VV) einschließlich Anwesenheitsliste, die Tagungsunterlagen, die den Mitgliedern der VV für die Beschlussfassung vorgelegen haben, sowie bei umfangreichen oder schwer überschaubaren

Neuregelungen eine Synopse beizufügen ist.

Der Text des dreifach vorzulegenden Normexemplars trägt eine Überschrift und endet mit dem Hinweis auf den Beschluss der VV und das Beschlussdatum sowie mit der mindestens beglaubigten Unterschrift des Vorsitzenden der VV.

Nochmals weisen wir darauf hin, dass sich unsere Beteiligung an dem Verfahren zur Änderung einer Satzung im Wege einer rechtzeitigen Vorprüfung in der Praxis bewährt hat und deshalb empfohlen wird.

3.3 Aufsichtsprüfungen

Solidarität in der gesetzlichen Unfallversicherung - Neuregelung des Lastenausgleichs

In den vergangenen Jahren wurde bereits mehrfach von einzelnen Gewerbebranchen und Berufsgenossenschaften berichtet, die durch Strukturkrisen ihrer Branche in anhaltende Finanzierungsprobleme gerieten. Um Härten für Betriebe in strukturschwachen Branchen zu vermeiden, sah der seit 1968 gesetzlich geregelte Lastenausgleich unter den gewerblichen Berufsgenossenschaften vor, dass die von den Mitgliedsunternehmen einer Berufsgenossenschaft zu tragende finanzielle Last begrenzt ist. Damit konnte in den Bereichen Bergbau und Binnenschifffahrt vieles aufgefangen werden.

Allerdings hatte sich die schwierige Situation der Binnenschifffahrts-Berufsgenossenschaft in den letzten Jahren so weit verschärft, dass die bisherigen Maßnahmen allein keine dauerhafte Lösung mehr darstellten. In dieser Situation wurde im Jahre 2002 zwischen der Binnenschifffahrts-Berufsgenossenschaft und der Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen die erste Fusion im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften beschlossen.

Zugleich wurde die Vereinigung durch die einmalige Zahlung eines Betrages von 120 Millionen D-Mark von den übrigen Berufsgenossenschaften unterstützt (vgl. Bundesversicherungsamt, Aspekte aus 2000, Bundesarbeitsblatt 8/2001, S. 17 f.).

Im Bereich des Baugewerbes spitzte sich die Strukturkrise ebenfalls zu. Die schlechte Baukonjunktur und die Häufung von Insolvenzen führten zu einem Einbruch der Beschäftigtenzahlen und damit der Lohnsummen, dem Fundament der unternehmerfinanzierten gesetzlichen Unfallversicherung. Damit stieg zwangsläufig die Beitragsbelastung der Unternehmer weiter an. Die negative Entwicklung ließ sich nunmehr endgültig mit dem bisherigen Lastenausgleichsverfahren nicht mehr ausgleichen. Die Diskussion um die Frage nach einer gerechteren Lastenverteilung, in die auch das Bundesversicherungsamt einbezogen war, mündete schließlich in eine Gesetzesinitiative der Berufsgenossenschaften. Die Vorschläge zur Neuregelung des Lastenausgleichs in den §§ 176 ff SGB VII hatte die Mitgliederversammlung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften in ihrer November-sitzung 2002 beschlossen.

Vor allem durch eine Absenkung der bisherigen Belastungsgrenzen sollte eine Ausgleichsberechtigung früher einsetzen. Um die hierdurch möglichen steigenden Belastungen der ausgleichspflichtigen Berufsgenossenschaften abzumildern, war die Absenkung schrittweise und auf einen Zeitraum von zehn Jahren gestreckt vorgesehen. Zur Förderung der Selbsthilfe hoch

belasteter Berufsgenossenschaften durch frühzeitige und weitere Fusionen sollten für fusionierende Berufsgenossenschaften mit dem Umlagejahr, in dem sie sich vereinigen oder ihre Vereinigung mit Wirksamkeit im Lauf des Jahres 2005 beschließen, sofort die endgültigen Belastungsgrenzen gelten.

Grundgedanke hierbei war, dass die Solidarität der übrigen Berufsgenossenschaften erst eingefordert werden kann, wenn zunächst die zu entlastenden Berufsgenossenschaften selber alle Möglichkeiten der Kosteneinsparung genutzt haben. Im Blick hatte man dabei vor allem die acht Berufsgenossenschaften der Bauwirtschaft, deren Finanzprobleme rasch gelöst werden mussten.

Gleichzeitig mit der Gesetzesinitiative beschloss die Mitgliederversammlung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften in ihrer Sitzung vom 28./29. November 2002 eine Vereinbarung nach § 173 SGB VII zur Unterstützung der Vereinigung finanziell hoch belasteter Berufsgenossenschaften. Diese bezweckt ebenfalls, den Zeitraum bis zum Inkrafttreten einer reformierten gesetzlichen Lastenausgleichsregelung zu überbrücken. Auch nach der Unterstützungsvereinbarung kommen hoch belastete Berufsgenossenschaften, die bis spätestens 2005 mit anderen Berufsgenossenschaften fusionieren, unmittelbar in den Genuss des vorgesehenen neuen Lastenausgleichs. Allerdings lässt die in der Unterstützungsvereinbarung vorgesehene rückwirkende Geltung den neuen Lastenausgleich sogar noch ein Jahr früher als nach der Gesetzesinitiative vorgesehen einsetzen. Auch hierbei hatte man vor allem den kurzfristigen Bedarf der Bau-Berufsgenossenschaften im Blick. Mit der Vereinbarung einer Fusion spätestens

für das Jahr 2005 forderte man zunächst aber die Solidarität der Bau-Berufsgenossenschaften untereinander ein.

Die Unterstützungsvereinbarung bedurfte nach § 173 Abs. 1 SGB VII der Zustimmung der Vertreterversammlungen aller beteiligten Berufsgenossenschaften und der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörden. Für die bundesunmittelbaren gewerblichen Berufsgenossenschaften war dies das Bundesversicherungsamt und für die der Landesaufsicht unterliegenden drei Bau-Berufsgenossenschaften die jeweiligen Behörden in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern. Inhaltlich hatte das Bundesversicherungsamt die Vereinbarung vorgeprüft und dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften vor seiner Mitgliederversammlung sowie den zuständigen Landesaufsichtsbehörden die Genehmigungsfähigkeit der Vereinbarung bestätigt.

Parallel zum Gesetzgebungsverfahren zur Neuregelung des Lastenausgleichs wurde im Berichtsjahr das Genehmigungsverfahren zur Unterstützungsvereinbarung nach § 173 Abs. 1 SGB VII betrieben. Mit dem „Gesetz zur Änderung des Sozialgesetzbuches und anderer Gesetze“ vom 24. Juli 2003 (BGBl. I 2003, S. 1526) trat am 1. August 2003 die Neuregelung des Lastenausgleichs in Kraft. Die Änderungen der §§ 176 ff. SGB VII entsprechen dabei im Wesentlichen den genannten Vorschlägen der Mitgliederversammlung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Im neuen § 220 Abs. 1 – 3 SGB VII ist zum einen der zeitlich gestreckte Übergang der neuen Belastungsgrenzen beim Lastenausgleich geregelt. Zum anderen gilt nach § 220 Abs. 4 SGB VII der zeitlich gestreckte Übergang nicht für Berufsgenossenschaften, die bis

spätestens 31. Dezember 2005 fusionieren. Ihnen kommen die finanziellen Vorteile der neuen Regelung bereits ab dem Umlagejahr zugute, in dem die Vereinigung beschlossen und von den zuständigen Aufsichtsbehörden genehmigt wurde.

Die Vereinbarung nach § 173 Abs. 1 SGB VII zur Unterstützung der Vereinigung finanziell hoch belasteter Berufsgenossenschaften entspricht damit inhaltlich im Wesentlichen dieser am 1. August 2003 in Kraft getretenen Regelung des § 220 Abs. 4 SGB VII. Sie lässt die Wirkungen des neu geregelten Lastenausgleichs jedoch ein Jahr früher einsetzen als das Gesetz. Über die gesetzliche Regelung geht die Vereinbarung auch insoweit hinaus, als sie eine Rückzahlungsverpflichtung der Unterstützungsbeträge für den Fall enthält, dass die Fusion scheitert.

Im Verlauf des Berichtsjahres beschlossen die Vertreterversammlungen der einzelnen bundesunmittelbaren gewerblichen Berufsgenossenschaften - zum Teil im schriftlichen Verfahren - die Zustimmung zu der Unterstützungsvereinbarung und beantragten die Genehmigung nach § 173 Abs. 1 SGB VII beim Bundesversicherungsamt. Das Bundesversicherungsamt prüfte die Genehmigungsanträge und erteilte zunächst jeweils Zwischenmitteilungen, da wir die Vereinbarung erst genehmigen konnten, nachdem sämtliche bundesunmittelbaren gewerblichen Berufsgenossenschaften wirksam ihre Zustimmung erteilt hatten.

In einzelnen Fällen ergab sich hierbei erheblicher Beratungsbedarf. So konnten die Genehmigungsvoraussetzungen des § 173 Abs. 1 SGB VII nicht als erfüllt angesehen werden, wenn lediglich ein Beschluss des Vorstandes im Hinblick auf eine spätere

Zustimmung der Vertreterversammlung vorlag. In einen Genehmigungsbescheid darf keine Bedingung aufgenommen werden, nach der der Eintritt oder Wegfall der Wirkungen des Genehmigungsbescheids von dem ungewissen Eintritt eines zukünftigen Ereignisses abhängt. Dadurch würde ein aus rechtsstaatlicher Sicht unhaltbarer Schwebezustand hervorgerufen.

Ebenfalls nicht genehmigungsfähig waren Beschlüsse von Vertreterversammlungen, die die Zustimmung zu der Unterstützungsvereinbarung unter einen Vorbehalt stellten. Der betreffende Vorbehalt war als Bedingung zu werten, deren Eintritt unmittelbaren Einfluss auf die Wirksamkeit der Zustimmung gehabt hätte. Auch hier würde ein Schwebezustand bis zum Eintritt oder endgültigen Ausfall der Bedingung entstehen, der mit der notwendigen Rechtssicherheit bei der Genehmigung nicht zu vereinbaren gewesen wäre. Wir haben den betroffenen Berufsgenossenschaften mitgeteilt, eine wirksame Zustimmung erfordere einen neuen vorbehaltlosen Beschluss der Vertreterversammlung.

Zudem haben wir in Bezug auf die Unterstützungsvereinbarung auf die Vorschrift des § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB X hingewiesen. Der Vertragspartei eines öffentlich-rechtlichen Vertrages wird darin das Recht eingeräumt, unter bestimmten Voraussetzungen die Anpassung des Vertragsinhalts an geänderte Verhältnisse zu verlangen oder - sofern dies nicht möglich ist - den Vertrag zu kündigen.

Am 17. Dezember 2003 lagen schließlich dem Bundesversicherungsamt alle Genehmigungsanträge der 32 bundesunmittelbaren gewerblichen Berufsgenossenschaften vor. Sämtliche Vertreterversammlungen hatten der Unterstützungsvereinbarung für

hoch belastete Berufsgenossenschaften nunmehr wirksam zugestimmt. Über die Genehmigungen der zuständigen Landesaufsichtsbehörden war das Bundesversicherungsamt ebenfalls informiert.

Durch die Genehmigung der Unterstützungsvereinbarung nach § 173 Abs. 1 SGB VII noch am 19. Dezember 2003 konnten wir sicherstellen, dass die hoch belasteten Bau-Berufsgenossenschaften schon für das Umlagejahr 2002 Unterstützungsbeträge erhalten konnten, da die von den Bau-Berufsgenossenschaften beschlossene Fusion für 2005 ebenfalls noch rechtzeitig vor Jahresende durch das Bundesversicherungsamt und die zuständigen Landesaufsichtsbehörden genehmigt werden konnte.

Fusion in der Bauwirtschaft

Die Berufsgenossenschaften der Bauwirtschaft strebten im Berichtsjahr vorrangig danach, den Ende des Jahres 2002 von den Vertreterversammlungen von sieben der insgesamt acht beteiligten Versicherungsträgern gefassten Beschluss umzusetzen, im Jahr 2005 zu einer bundesweiten Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft zu fusionieren.

Aufgrund der schwachen Baukonjunktur in den letzten Jahren und der dadurch bedingten erheblichen Einnahmeausfälle sind die Berufsgenossenschaften der Bauwirtschaft in eine zunehmend schwierige finanzielle Situation geraten. Um diese zu entschärfen, hatte die Mitgliederversammlung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften im November 2002 u. a. die Vereinbarung nach § 173 SGB VII zur Unterstützung der Vereinigung hoch belasteter Berufsgenossenschaften beschlossen. Für die Berufsgenos-

schaften der Bauwirtschaft war damit die Möglichkeit eröffnet, unter der Voraussetzung eines von allen gefassten rechtsverbindlichen Fusionsbeschlusses und dessen Genehmigung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden noch im Jahr 2003 eine durch die übrigen gewerblichen Berufsgenossenschaften finanzierte freiwillige Unterstützung in Höhe von insgesamt 70 Millionen € für das Umlagejahr 2002 zu erhalten.

Schon im Februar 2003 geriet der Fusionsprozess aber ins Stocken, weil die Vertreterversammlung einer Bau-Berufsgenossenschaft dem Fusionsbeschluss ihre Zustimmung verweigerte, da sie die unabdingbaren Voraussetzungen für eine Vereinigung zu einer einheitlichen Berufsgenossenschaft für die gesamte Bauwirtschaft als nicht gegeben ansah. Diese Entscheidung richtete sich nicht gegen die Vereinigung mit allen Bau-Berufsgenossenschaften. Vielmehr fand man die eigenen Interessen nicht hinreichend berücksichtigt, insbesondere im Hinblick auf eine Finanzierungsgarantie gemäß § 118 Abs. 1 SGB VII sowie verbindliche Zusagen bezüglich der Standorte und Selbstverwaltungsorgane.

Das Bundesversicherungsamt hat sich mit der Finanzierungsfrage, wie sie von der Bau-Berufsgenossenschaft problematisiert worden ist, auseinander gesetzt. Unter Berücksichtigung der besonderen Situation der Bau-Berufsgenossenschaften hielten wir für die neue Gesamt-Berufsgenossenschaft zunächst eine Rücklage in Höhe von mindestens 60 Prozent des Höchstbetrages für notwendig. Um ihre Interessen gewahrt zu sehen, nahm die eine Bau-Berufsgenossenschaft zum Maßstab, dass sich die Arbeitgebervertreter der Selbstverwaltungen der Bau-Berufsgenossenschaften ihrerseits darauf verständigt hätten, der Rücklage des

fusionierten Trägers seien lediglich 40 bis 45 Prozent des Höchstbetrages zuzuführen. Sie betonte, für sie komme es ausschließlich darauf an, dass sich alle Berufsgenossenschaften mit demselben Prozentsatz des Höchstbetrages an der Rücklage beteiligten. Im Interesse der Unternehmen und insbesondere um den Vereinigungsprozess zu fördern, hat das Bundesversicherungsamt unter Zurückstellung erheblicher Bedenken die einheitliche Zuführung von Rücklagemitteln in Höhe von 45 Prozent des gesetzlichen Höchstbetrages als absolutes Minimum letztlich akzeptiert. Daraufhin fasste die Vertreterversammlung der Bau-Berufsgenossenschaft dann einen unter dem Vorbehalt stehenden Fusionsbeschluss, dass eine Lastenausgleichsvereinbarung aller gewerblichen Berufsgenossenschaften zustande komme.

Nach langwierigen internen Beratungen der Fusionsbeteiligten und einem weiteren Gespräch mit Vertretern des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften und des Bundesversicherungsamtes ist uns dann Anfang November die endgültige Fassung des Vereinigungsvertrages (Stand 30. Oktober 2003), so wie sie in der Vorstandssitzung der Arbeitsgemeinschaft der Bau-Berufsgenossenschaften gemeinsam mit der Tiefbau-Berufsgenossenschaft beschlossen worden war, sowie ein Teilsatzungsentwurf zum Sektionsmodell zur Prüfung zugeleitet worden. Als nicht genehmigungsfähig in der vorgelegten Fassung und noch klärungsbedürftig erwies sich dabei aus Sicht der Aufsichtsbehörde insbesondere die Regelung des Übergangs der Betriebs- und Rücklagemittel i.S.d. § 9 Abs. 3 des Vereinigungsvertrages. Zudem wurden auch aus dem Kreis der Fusionsbeteiligten selbst Bedenken gegen diese Bestimmung geäußert, die bei Verhandlungen mit den übrigen Fusionsbeteiligten

nicht hatten ausgeräumt werden können.

Weder die Erläuterungen, die von der Arbeitsgemeinschaft der Bau-Berufsgenossenschaften zur Verbindlichkeit der Regelung über den Übergang der Betriebs- und Rücklagemittel i.S.d. § 9 Abs. 3 des Vereinigungsvertrages abgegeben worden waren, noch ein Gespräch zwischen den Fusionsbeteiligten und Vertretern des Bundesversicherungsamtes vermochten die unübersehbar vorhandenen Bedenken hinsichtlich dieser Regelung zu zerstreuen.

Auch eine Erklärung des Bundesversicherungsamtes über eine für das Amt verbindliche Interpretation des § 9 Abs. 3 des Vereinigungsvertrages, die gegenüber allen Fusionspartnern abgegeben wurde, blieb ohne den erhofften Erfolg. Die Vertreterversammlung der noch nicht überzeugten Bau-Berufsgenossenschaft stimmte in ihrer Sitzung vom 26. November 2003 dem Vereinigungsvertrag nicht zu.

Die Zustimmung zur Fusion mit allen Bau-Berufsgenossenschaften und der Tiefbau-Berufsgenossenschaften erfolgte dann erst in einer zum 10. Dezember 2003 einberufenen Sondersitzung der Vertreterversammlung der Berufsgenossenschaft, nachdem zuvor in der Sitzung der Vorsitzenden des Vorstandes und der Geschäftsführer sämtlicher Fusionsbeteiligter ein tragfähiger Kompromiss bezüglich aller noch strittigen Punkte gefunden worden war.

Das Bundesversicherungsamt konnte daraufhin am 19. Dezember 2003 die auf der Grundlage des Vereinigungsvertrages vom 30. Oktober 2003 gefassten Fusionsbeschlüsse der seiner Aufsicht unterstehenden Versicherungsträger gemäß § 118 Abs. 1 S. 2 SGB VII genehmigen; für die landesunmittelbaren Berufsgenossen-

schaften erteilten die zuständigen Behörden des Landes Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern die entsprechenden Genehmigungen. Ebenfalls am 19. Dezember 2003 genehmigte das Bundesversicherungsamt die Unterstützungsvereinbarung nach § 173 Abs. 1 SGB VII, so dass die hoch belasteten Bau-Berufsgenossenschaften schon für das Umlagejahr 2002 Unterstützungsleistungen erhalten.

Beschleunigungsgebot

Unsere Aufsichtsprüfungen bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung haben im Gegensatz zu den letzten Jahren im Jahre 2003 durchaus Verletzungen des Beschleunigungsgebotes ergeben. Insbesondere im Leistungsbereich und hier wiederum vornehmlich bei der Bearbeitung von Berufskrankheitsfällen kam es bei verschiedenen Trägern zu erheblichen Verzögerungen.

Schwachstellen in der Sachbearbeitung waren gelegentlich die Gründe für unzumutbare Bearbeitungsfristen - teilweise von mehreren Monaten. Häufiger jedoch mussten wir personelle Engpässe in den entsprechenden Leistungsabteilungen der Träger feststellen. Zwischenzeitlich sind Maßnahmen eingeleitet worden, die dieser Entwicklung entgegenwirken sollen. Das Ergebnis bleibt abzuwarten.

Fast durchgängig war ein signifikanter Teil der Verzögerungen auf die Bearbeitung des *technischen* Aufsichtsdienstes (TAD) zurückzuführen, der nicht unserer Aufsicht unterliegt. Aber auch hier sind die Träger, nicht zuletzt aufgrund unserer Aufsichtsprüfungen, bemüht, eine deutliche Verbesserung der Bearbeitungszeiten des TAD herbeizuführen.

Verzinsung von Leistungen

Auch im Jahre 2003 war - je nach verwendetem Zinsprogramm - auffällig, dass bei der Anrechnung bereits erbrachter Leistungen bei der Verzinsung Fehler auftraten (Absetzung von Vorschüssen bei der Verzinsung gemäß § 44 SGB I).

Dieses Problem tauchte vornehmlich bei der Berücksichtigung von Rentenvorschüssen auf. Diese wurden erst im Monat nach ihrer Auszahlung an die Versicherten von der zu verzinsenden Nachzahlung abgesetzt.

Die von uns geprüften Träger wollen dieses Problem jedoch bei der Einführung einer neuen Software für die Fallbearbeitung beheben. Für die kommenden Jahre erwarten wir, dass diese Fehler nicht mehr vorkommen.

Abgrenzung Gutachter – beratender Arzt

Im Rahmen des gesetzlich geregelten Gutachterausswahlrechts der Versicherten nach § 200 Abs. 2 SGB VII konnten im Berichtsjahr die Erörterungen über die Kriterien zur Abgrenzung der Tätigkeit eines beratenden Arztes von der eines Gutachters im Feststellungsverfahren abgeschlossen werden. Nach intensiven Gesprächen über diesen problematischen Bereich hat der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften schließlich in Abstimmung mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und uns ein Rundschreiben erarbeitet. Darin wird das Ergebnis der Erörterungen festgestellt und den Hauptverwaltungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie dem Bundesverband der

landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und dem Bundesverband der Unfallkassen bekannt gemacht.

In diesem Rundschreiben vom 28. August 2003 (HVBG, Datenschutz 006/2003) wird zunächst hervorgehoben, dass § 200 Abs. 2 SGB VII an den Gutachtauftrag anknüpft. Damit ist klargestellt, dass der Unfallversicherungsträger die Wertung, ob ein Gutachten in Auftrag gegeben werden soll oder lediglich eine beratungsärztliche Stellungnahme gewünscht wird, vor der Erteilung des Gutachtauftrages vornehmen muss. Damit die Ordnungsmäßigkeit des Verfahrens überprüft und belegt werden kann, ist es daher unbedingt erforderlich, den Gutachtauftrag oder die Bitte um eine Stellungnahme des beratenden Arztes in der Akte zu dokumentieren. Am Inhalt der Beauftragung entscheidet sich in erster Linie, ob dem Versicherten Gutachter zur Auswahl zu benennen und die weiteren Hinweise nach § 200 Abs. 2 SGB VII zu geben sind. Dies ist regelmäßig der Fall, wenn ausdrücklich ein Gutachten nach dem „Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger“ gemäß § 34 Abs. 3 SGB VII in Auftrag gegeben oder eine umfangreiche schriftliche Äußerung von entsprechender Art und Beurteilungstiefe gefordert wird. Auch die Höhe des Honorars gibt einen Hinweis, ob ein Gutachten in Auftrag gegeben wurde und § 200 Abs. 2 SGB VII damit zu beachten ist. Dies ist nach wie vor ebenso der Fall, wenn sich der Unfallversicherungsträger im Bescheid auf eine Stellungnahme des beratenden Arztes beruft, womit er diese zum Gutachten macht. Außerdem schließen sich die Tätigkeit als Gutachter und als beratender Arzt im selben Fall gegenseitig aus.

Gemessen an den genannten Kriterien kommt die Bitte nach beratungsärztlicher

Stellungnahme insbesondere in Betracht, um die Unfallversicherungsträger bei der Aufklärung medizinischer Sachverhalte wie der Diagnose zu beraten und zu unterstützen. Liegen bereits Gutachten vor, kann ein beratender Arzt um Überprüfung der Schlüssigkeit derselben gebeten werden. Auch hierbei ist entscheidend, wie komplex die Fragestellung ist. Werden ausführliche Zweitexpertisen verlangt, kann dies nicht mehr als eine lediglich beratende Stellungnahme gelten.

Schließlich ist der Versicherte auf die vertragliche Beziehung des Unfallversicherungsträgers mit dem Arzt ausdrücklich hinzuweisen, wenn dieser nach § 200 Abs. 2 SGB VII dem Versicherten zur Auswahl gestellt wird.

Die Abgrenzung von Gutachter und beratendem Arzt soll durch die in dem Rundschreiben erläuterten Kriterien erleichtert werden. Alle in der Praxis vorkommenden Fallkonstellationen können sie sicherlich nicht abdecken. Die Beurteilung einzelner Sachverhalte wird weiterhin Schwierigkeiten bereiten, wie wir auch im Berichtsjahr wieder festgestellt haben. Mit der einvernehmlichen Nennung bestimmter Sachverhalte und objektiver Merkmale wurde aber ein einheitlicher Ausgangspunkt geschaffen, von dem wir erwarten, dass er zukünftig für mehr Sicherheit in der Anwendung des § 200 Abs. 2 SGB VII sorgen wird.

Gutachternvorschlagsrecht der Versicherten

Das Recht des Versicherten, einen Gutachter selbst vorzuschlagen, ergibt sich aus § 20 Abs. 3 SGB X. Nach dieser Vorschrift sind die Unfallversicherungsträger verpflichtet, Erklärungen und Anträge – und

damit auch Beweisanträge – der Versicherten entgegenzunehmen und angemessen zu würdigen. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Versicherten einen Anspruch darauf haben, dass der von ihnen vorgeschlagene Gutachter mit der Gutachtererstellung auch beauftragt wird. § 20 Abs. 1 S. 2 SGB X stellt ausdrücklich klar, dass die Unfallversicherungsträger Art und Umfang der von ihnen durchzuführenden Ermittlungen bestimmen und an das Vorbringen und die Beweisanträge der am Verwaltungsverfahren Beteiligten nicht gebunden sind. Andernfalls könnten die Unfallversicherungsträger nicht die Gewähr und Verantwortung für eine dem Einzelfall angemessene, rechtlich zutreffende Bearbeitung und Entscheidung tragen.

Nichts anderes ergibt sich aus § 200 SGB VII. Der Versicherte hat nicht das Recht, einen anderen Gutachter zu verlangen, sondern nur einen Anspruch auf Begutachtung durch einen geeigneten Gutachter. Soweit Vorschläge seitens eines Versicherten hinsichtlich bestimmter Gutachter unterbreitet werden, muss der Versicherungsträger diese prüfen und in seine Überlegungen zur Gestaltung und Durchführung des Verwaltungsverfahrens einbeziehen. Falls er dem Gutachtervorschlag eines Versicherten nach pflichtgemäßem Ermessen nicht folgen will, so kann er ihn aber nicht willkürlich ablehnen, sondern muss hierfür eine qualifizierte und nachvollziehbare Begründung liefern. Keine angemessene Begründung einer Ablehnung ist der Hinweis darauf, dass der Vorgeschlagene dem Unfallversicherungsträger nicht bekannt sei oder er nicht auf einer bei den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften geführten Gutachterliste stehe.

Soweit ein Versicherungsträger seine Ablehnung auf die fehlende fachliche Eignung

eines Gutachters stützt, muss dies dargelegt werden. Zu besonderen Schwierigkeiten kann es bei Streit über die Geeignetheit des Vorschlags kommen. Wenn vom Versicherten die Gründe für die Ablehnung seines Vorschlags durch den Träger als inhaltlich unzutreffend betrachtet werden, so muss die Eignungsfrage diskutiert werden, notfalls in mehreren Schritten. Am Ende soll die endgültige Klärung der Geeignetheit des Vorschlags stehen. Wenn etwa der Träger den Vorschlag wegen Unerfahrenheit des Vorgeschlagenen mit der konkreten Aufgabenstellung ablehnt, so muss der Versicherte im Bedarfsfalle darlegen, inwiefern die erforderliche Erfahrung gleichwohl gegeben sei. Jedenfalls hat weder der Versicherte einen Anspruch auf einen bestimmten Gutachter, noch kann der Träger diesen Gutachter mit pauschalen oder unzutreffenden Argumenten ablehnen. In unproblematischen Fällen kann die Klärung sogar durch telefonische Nachfrage beim Versicherten erfolgen.

Gutachterausswahl

Leider mussten wir erneut Fehler bei der dem Versicherten zustehenden Gutachterausswahl nach § 200 Absatz 2 SGB VII feststellen. In der Regel handelte es sich jedoch um Einzelfälle. Nur ausnahmsweise wurden noch Institutionen und nicht Personen als Gutachter zur Auswahl gestellt. Insgesamt sind die Verwaltungsverfahren jedoch so ausgestaltet, dass dem Gebot des § 200 Absatz 2 SGB VII ausreichend Rechnung getragen werden wird. Fehler scheinen insbesondere dann aufzutreten, wenn etwa wegen der Besonderheiten des Einzelfalles nicht die üblichen Formulare verwendet werden. Durch ein entsprechendes Controlling können die letzten Fehlerquellen bereinigt werden.

4. RENTENVERSICHERUNG

- 4.1 Finanzentwicklung der Rentenversicherung
- 4.2 Eingaben
- 4.3 Rehabilitation
- 4.4 Auslandsberührungen
- 4.5 Aufsicht

4. RENTENVERSICHERUNG

4.1 Finanzentwicklung der Rentenversicherung

Finanzentwicklung der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten

Die negative Entwicklung der Finanzlage der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten hat sich fortgesetzt: Wies die Einnahmen-Ausgaben-Bilanz bereits im Jahr 2002 ein Defizit von mehr als vier Milliarden € auf, wurde das Jahr 2003 mit einem Defizit in Höhe von rund zwei Milliarden € abgeschlossen. Wesentliche Ursachen hierfür waren die anhaltend schlechte Konjunkturlage und die hohe Zahl an Arbeitslosen. Infolgedessen sank die Schwankungsreserve von rund 9,7 Milliarden € oder 0,65 Monatsausgaben zum Jahresende 2002 auf rund 7,4 Milliarden € oder 0,47 Monatsausgaben zum Jahresende 2003. Damit wurde die zum 1. Januar 2003 bereits auf 0,5 Monatsausgaben abgesenkte Mindestausstattung, die zur Begrenzung des Beitragssatzanstiegs auf 19,5 Prozent erforderlich war, noch einmal um fast 0,4 Milliarden € unterschritten. Um den Beitragssatz weiter bei 19,5 Prozent halten zu können, hat die Bundesregierung diese Mindestausstattung zum 1. Januar 2004 weiter auf 0,2 Monatsausgaben vermindert. Finanzausgleichszahlungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Höhe von sechs Milliarden € stellten in der Rentenversicherung der Arbeiter die vorgeschriebene Mindestausstattung in Höhe von 0,25 Monatsausgaben sicher.

Die gesamten Beitragseinnahmen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten stiegen im Jahr 2003 um 2,4 Prozent auf mehr als 168 Milliarden €.

Diese Zunahme war insbesondere bedingt durch die Anhebung des Beitragssatzes von 19,1 auf 19,5 Prozent ab dem 1. Januar 2003, die überproportionale Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenzen auf 61.200/51.000 € zum 1. Januar 2003 und die hohe Arbeitslosigkeit. Einen unterproportionalen Aufwuchs mit weniger als zwei Prozent wiesen hierbei die Pflichtbeitragseinnahmen für Erwerbstätige auf. Eine weiterhin überproportionale Zunahme war bei den Beitragseinnahmen für Leistungsempfänger der Bundesanstalt für Arbeit mit rund 9,4 Prozent zu verzeichnen; bereits 2002 wiesen sie einen Zuwachs um rund 9,8 Prozent auf. Für Zeiten der Kindererziehung hat der Bund 2003 fast 11,9 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, betragen im Jahr 2003 fast 54 Milliarden €; das sind über 4,6 Milliarden € oder neun Prozent mehr als im Vorjahr. Die Bundeszuschüsse machen damit mehr als 24 Prozent der gesamten Einnahmen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten aus (2002: 22,9 Prozent). Der Bund hat mit seinen Zuschüssen und seiner Beitragszahlung für Kindererziehungszeiten mehr als 29 Prozent der Gesamtausgaben der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten finanziert; im Vorjahr lag dieser Anteil noch bei unter 28 Prozent. Weitere fünf Milliarden € hat der Bund im Jahr 2003 der Rentenversicherung insbesondere für sog. einigungsbedingte

Leistungen (§ 291 c SGB VI) sowie für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) erstattet (2002: 5,5 Milliarden €).

Die Ausgaben für Rentenleistungen sind im Jahr 2003 auf fast 195 Milliarden € gestiegen; das ist gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme um rund 2,7 Prozent. Zum 1. Juli 2003 erfolgte entsprechend der sog. modifizierten Bruttolohnanpassungsformel eine Rentenanhebung um 1,04 Prozent im Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet und um 1,19 Prozent im Beitrittsgebiet. Von den Rentenleistungen sind Beiträge an die Krankenversicherung und an die Pflegeversicherung der Rentner abzuführen; 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 2003 rund 13,5 Milliarden € und zur Pflegeversicherung der Rentner rund 1,6 Milliarden €. Im Rahmen des Wanderversicherungsausgleichs und des Wanderungsausgleichs erstattete die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten zudem der knappschaftlichen Rentenversicherung per saldo mehr als 6,1 Milliarden €. Für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hat die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten fast 4,8 Milliarden € aufgewendet.

Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten Rechnungsergebnisse 2003		
	Beträge in Mio. €	Änderung gegenüber Vorjahr in Prozent
Einnahmen	223.885	3,89
Beitragseinnahmen	168.385	2,41
Bundeszuschüsse	53.869	9,35
Zahlungen von der KnRV	384	-3,76
Sonstige Einnahmen	1.247	- 11,87
Ausgaben	225.917	2,86
Rentenleistungen	194.861	2,69
KV / PV der Rentner	15.121	4,99
Zahlungen an die KnRV	6.517	6,98
Reha -Leistungen	4.766	0,80
Verwaltungskosten etc.	3.674	4,05
Sonstige Ausgaben	978	- 13,22
Jahresfehlbetrag	- 2.032	- 50,76
Finanzausgleich BfA ⇒ ArV	6.018	- 38,06
Schwankungsreserve	7.436 (= 0,47 Monats- ausgaben)	- 23,47
nachrichtlich: Erstattungen des Bundes	4.994	- 8,59

Finanzentwicklung in der knappschaftlichen Rentenversicherung

Die Rentenausgaben in der knappschaftlichen Rentenversicherung beliefen sich im Jahr 2003 auf rund 13,4 Milliarden €. Für die Krankenversicherung der Rentner zahlte die knappschaftliche Rentenversicherung 869 Millionen €, für die Pflegeversicherung der Rentner 113 Millionen €.

Zur Finanzierung der Rentenausgaben standen der Bundesknappschaft im Jahr 2003 Beitragseinnahmen in Höhe von 1,039 Milliarden € zur Verfügung. Die Einnahmen aus dem Wanderversicherungsausgleich betragen 4,820 Milliarden €. Diese Einnahmen beziehen sich auf Erstattungen für Rentenauszahlungen durch die Bundesknappschaft für Versicherungszeiten in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten. Der Wanderungsausgleich orientiert sich an den Veränderungen der Anzahl der in der knappschaftlichen Rentenversicherung Versicherten und wird von der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten gezahlt. Für das Jahr 2003 bezog die Bundesknappschaft aus dem Wanderungsausgleich Einnahmen in Höhe von knapp 1,7 Milliarden €.

Den Unterschied zwischen den Einnahmen und den Ausgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung trägt nach § 215 SGB VI der Bund. Wegen dieser Defizithaftung des Bundes ist in der knappschaftlichen Rentenversicherung keine Schwankungsreserve erforderlich. Der Bund zahlte der Bundesknappschaft im Jahr 2003 einen Zuschuss von 7,3 Milliarden €.

4.2 Eingaben

Überblick

Anlass für zahlreiche Beschwerden waren in diesem Jahr Fehlerquellen bei der Berücksichtigung von Zeiten nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz, Verzögerungen bei der Bearbeitung und – wie schon in den Vorjahren – die Versicherungspflicht von Selbstständigen.

Einzeleingaben Rentenversicherung Neueingänge vom 01.01.03 bis 31.12.03				
	Berichtspflicht		BVA allein	gesamt
	PADB ¹	BMGS ²		
RV	503	72	1329	1904

1) Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages
2) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Im Bereich des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes haben wir zahlreiche Fälle beanstandet, in denen die Einbeziehung in ein Zusatzversorgungssystem zu Unrecht unterblieben war oder in denen Fehler bei der Anwendung der Entgeltbegrenzungen auf die verschiedenen Bezugszeiträume der Renten unterlaufen sind. Unsere Erörterungen mit dem Rentenversicherungs- und dem Zusatzversorgungsträger führten meist zu Nachzahlungen für die Betroffenen.

Beschwerden über eine verzögerte Bearbeitung haben sich durch unsere Überprüfung der Eingaben in vielen Fällen bestätigt. Meist konnten wir den Betroffenen helfen, indem wir auf einen raschen Abschluss des Verwaltungsverfahrens hinwirkten.

Nach wie vor ist die Versicherungspflicht von Selbstständigen ein häufig auftretendes Beschwerdethema. Betroffene wenden sich nicht nur gegen das Bestehen der Versicherungspflicht, sondern oftmals auch gegen die Berechnung der Beiträge. Unsere Überprüfung führte in mehreren Fällen zu einer Reduzierung der Beitragsbelastung, z.B. durch Umstellung vom vollen auf den halben Regelbeitrag oder durch Korrektur fehlerhafter Beitragsberechnungen.

Auch die Beschwerden über ablehnende Entscheidungen von Erwerbsminderungsrenten durch die Rentenversicherungsträger binden weiterhin viel Arbeitskapazität. Die Beschwerdeführer halten sich selbst für berufs- oder erwerbsunfähig und werden darin durch das Urteil ihres behandelnden Arztes bestärkt. Wir regen hier weitere Begutachtungen an, doch führen diese nur in Einzelfällen zu einem anderen Ergebnis.

Ein weiterer Schwerpunkt betraf die Anerkennung und Bewertung rentenrechtlicher Zeiten und – ganz allgemein – die Rentenhöhe. Dabei berufen sich die Beschwerdeführer häufig auf Rentenauskünfte, die ihnen vor Jahren erteilt worden sind und die Erwartung ausgelöst hatten, ihre Rente werde höher ausfallen.

Die Eingaben halfen oft, Schwachstellen in den Arbeitsabläufen aufzudecken, Arbeitsanweisungen und Textbausteine zu korrigieren und Änderungen der Rechtsauffassungen der Rentenversicherungsträger herbeizuführen.

Auslegung von Rechtsvorschriften

In besonders gelagerten Einzelfällen kann es vorkommen, dass die Anwendung einer Vorschrift nach ihrem Wortlaut zu einem Ergebnis führt, das dem Sinn und Zweck der Vorschrift widerspricht und für den Versicherten nachteilig ist.

In diesen Fällen ist es nicht akzeptabel, wenn die Rentenversicherungsträger zwar erklären, dass auch sie das Ergebnis für unbefriedigend halten, ihre Entscheidung aber ohne eine Gesetzesänderung nicht revidieren können. Denn durch eine einschränkende oder erweiternde Auslegung des Wortlauts kann oft ein für alle Seiten

befriedigendes Ergebnis gefunden werden, das dem Sinn und Zweck der Vorschrift entspricht.

Dem Bundesversicherungsamt lag folgender Beschwerdefall vor: Ein Versicherter hatte neben einer versicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigung von 48 Stunden in der Woche noch ein Studium absolviert, das ca. 57 Stunden wöchentlich in Anspruch nahm. Da damit der Zeitaufwand für das Studium den Aufwand für die gleichzeitig ausgeübte Beschäftigung überwog, war nach dem Wortlaut des § 58 Abs. 4a SGB VI die Hochschulausbildung bei der Rentenberechnung als Anrechnungszeit zu berücksichtigen. Für den Versicherten führte dies zu einer niedrigeren Rente, als wenn die Hochschulzeit bei der Rentenberechnung nicht berücksichtigt worden wäre.

Dieses Ergebnis entspricht nicht dem Sinn und Zweck des § 58 Abs. 4a SGB VI, Anrechnungszeiten auf Versicherte mit einem Vorsorgedefizit zu konzentrieren und zu verhindern, dass die Anerkennung von Anrechnungszeiten zu einer Minderung der Rentenhöhe führt. Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes war daher für den außergewöhnlichen Fall, dass für ein Studium mehr Zeit aufgewendet wird als für die gleichzeitig ausgeübte Vollzeitbeschäftigung, der Anwendungsbereich der Vorschrift einzuschränken und die Zeit der Hochschulausbildung nicht als Anrechnungszeit zu berücksichtigen.

Nach intensiven Erörterungen war der zuständige Rentenversicherungsträger bereit, in diesem besonders gelagerten Einzelfall auf die Anrechnung der Zeit der Hochschulausbildung zu verzichten und die höhere Rente zu gewähren.

Freibetrag bei der Einkommensanrechnung auf eine Hinterbliebenenrente

Immer noch hat die Unterscheidung zwischen aktuellem Rentenwert (West) und aktuellem Rentenwert (Ost), die auf die unterschiedlichen Lebensverhältnisse in den alten und neuen Bundesländern zurückzuführen ist, Bedeutung. So bestimmt bei der Einkommensanrechnung auf eine Hinterbliebenenrente der Wohnort des Berechtigten die Höhe des von der Anrechnung ausgenommenen Freibetrages. Wohnt der Berechtigte in den alten Bundesländern, wird für den Freibetrag der aktuelle Rentenwert (West) berücksichtigt, bei einem Wohnsitz in den neuen Bundesländern hingegen der (geringere) aktuelle Rentenwert (Ost). In Zahlen ausgedrückt, bedeutet dies z.B. für eine Witwenrente im ersten Halbjahr 2003, dass der Freibetrag einer Berechtigten, die in den alten Bundesländern wohnt, monatlich um 83,42 € höher ist, als der einer Berechtigten, deren Wohnsitz sich in den neuen Bundesländern befindet.

Damit ein Wohnortwechsel bemerkt und bei der Rentenberechnung der richtige Freibetrag berücksichtigt wird, hat das Bundesversicherungsamt eine maschinelle Plausibilitätskontrolle angeregt. Der von der Problematik am meisten betroffene Rentenversicherungsträger hat den Vorschlag aufgegriffen. Er setzt ein Prüfprogramm ein, das den Wohnort mit dem in der Rentenberechnung zugrunde gelegten Freibetrag abgleicht. Wird z.B. ein Freibetrag auf der Basis des aktuellen Rentenwerts (Ost) ermittelt, obwohl sich der Wohnort in den alten Bundesländern befindet, erhält die Sachbearbeitung einen Hinweis und überprüft den Sachverhalt.

Nachforderung von Beiträgen zur Rentenversicherung

In einem Einzelfall haben wir für den Beschwerdeführer erreicht, dass die Einzugsstelle noch im Jahre 2003 Rentenversicherungsbeiträge für die Zeit ab 1. Dezember 1994 vom ehemaligen Arbeitgeber nachforderte. Nach § 198 SGB VI unterbricht nämlich ein Beitragsverfahren die Verjährung des Anspruchs auf Zahlung von Beiträgen. Diese Regelung kam dem Beschwerdeführer zugute.

Dem Fall lag wegen mangelhafter Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Rentenversicherungsträger ein besonders verworrener Sachverhalt zugrunde. Der Beschwerdeführer war von 1980 bis August 1999 als Kraftfahrer für eine Firma tätig, die ihn als Selbstständigen behandelte. Anfang 1999 beantragte er bei seiner Krankenkasse die Überprüfung seines versicherungsrechtlichen Status. Auch beim Rentenversicherungsträger war eine Überprüfung der Rentenversicherungspflicht als Selbstständiger anhängig. Beide Träger stellten fest, dass der Beschwerdeführer bei der Firma abhängig beschäftigt war. Sie erteilten Statusfeststellungsbescheide, führten Widerspruchsverfahren durch und hoben getroffene Entscheidungen auf, ohne sich gegenseitig zu informieren oder zusammenzuarbeiten. Die Verfahren zogen sich über Jahre hin.

Die Statusklärungen und die nachfolgenden Verwaltungsverfahren unterbrachen allerdings als Beitragsverfahren die Verjährung des Anspruchs auf Zahlung von Beiträgen zur Rentenversicherung. Hiervon konnten wir die beteiligte Krankenkasse in ihrer Funktion als Einzugsstelle überzeugen.

Plausibilitätsprüfung von Entgeltmeldungen

Für eine über 80-jährige Pflegeperson zahlte eine Pflegekasse mehrere Jahre Pflichtbeiträge an einen Rentenversicherungsträger. Ihr wurde für 60 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen eine Rentenleistung in Aussicht gestellt. Allerdings war die Betroffene bis zum 65. Lebensjahr nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert und daher versicherungsfrei. Erst Jahre später bemerkte der Rentenversicherungsträger dies im Rahmen der Rentenantragstellung und lehnte, da die Beiträge zu Unrecht entrichtet waren, den Rentenantrag ab. Für die Betroffene war dies eine unangenehme Überraschung.

Um solche Fälle künftig zu verhindern, haben wir den Rentenversicherungsträger aufgefordert, ein Prüfprogramm einzurichten. Der Träger hat diese Anregung aufgegriffen. Gehen für einen Versicherten, für den bisher keine Versicherungszeiten im Versicherungskonto vorhanden sind, maschinelle Entgeltmeldungen für Zeiten nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu, erhält die Sachbearbeitung einen entsprechenden Hinweis.

So wird vermieden, dass unbemerkt jahrelang zu Unrecht Rentenversicherungsbeiträge entrichtet werden.

Selbsthilfeversuch als Überbrückungstatbestand bei der Berücksichtigung von Anrechnungszeiten

Ein Beschwerdeführer wandte sich mit Existenzängsten an das Bundesversicherungsamt. Eine zum 60. Lebensjahr fest eingeplante Altersrente war abgelehnt worden. Der Versicherte hatte sich im Jahre 1996 mit Unterstützung des Arbeitsamtes

selbstständig gemacht, um seine Arbeitslosigkeit zu beenden. Dieser Selbsthilfeversuch endete allerdings bereits nach neun Monaten. Damals ahnte der Versicherte noch nicht, dass diese kurzfristige Unterbrechung der Arbeitslosigkeit Jahre später zu Problemen bei der Rentenbewilligung führen würde. Der Rentenversicherungsträger lehnte die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit ab, weil in den letzten zehn Jahren vor Rentenbeginn nur 63 – statt der erforderlichen mindestens 96 Pflichtbeiträge – vorhanden waren und eine Verlängerung des Zehnjahreszeitraums nach Auffassung des Trägers nicht in Betracht kam.

Der Zehnjahreszeitraum kann um Anrechnungszeiten verlängert werden. Zeiten der Arbeitslosigkeit sind Anrechnungszeiten, wenn sie eine versicherungspflichtige Tätigkeit oder Beschäftigung unterbrechen. Dabei berücksichtigen die Rentenversicherungsträger bestimmte Sachverhalte – z.B. die Eigeninitiative Versicherter zur Überwindung von Arbeitslosigkeit – als Überbrückungstatbestände. Im Fall des Beschwerdeführers lehnte der Träger dies ab, da die Zeit der Selbstständigkeit mehr als sechs Monate umfasste.

Wir haben den Versicherungsträger darauf hingewiesen, dass nach Auffassung der Rechtsprechung (LSG Baden-Württemberg vom 25. Juni 1999 – L 1 An 2234/94 – m.w.N.) ein Selbsthilfeversuch nicht immer den Charakter einer Überbrückungszeit verliert, wenn er länger als etwa sechs Monate dauert. Der Träger hat sich der Auffassung angeschlossen, dass es sich bei der Grenze von sechs Monaten nicht um eine starre Zeitgrenze handelt und dass auch die Besonderheiten des Einzelfalles zu beachten sind. Er hat seine grundsätzliche Rechtsauslegung entsprechend geändert.

Im Fall des Beschwerdeführers ergab die Überprüfung, dass der neun Monate andauernde Selbsthilfefersuch als Überbrückungstatbestand zu werten war. Der Träger gab im Sozialgerichtsverfahren ein Anerkenntnis ab und bewilligte die Rente ab Vollendung des 60. Lebensjahres.

Ausstellung von Rentnerausweisen

Rentner erhalten oft finanzielle Vergünstigungen. So gewähren zahlreiche Kommunen Preisermäßigungen beim Besuch von kulturellen und sportlichen Veranstaltungen, von Museen, zoologischen Gärten oder dergleichen. Auch bieten einige Nahverkehrsbetriebe für bestimmte Tageszeiten Sondervergünstigungen für Rentner an.

Damit die Rentner nicht ständig ihren Rentenbescheid bei sich tragen müssen, stellt ihnen der zuständige Rentenversicherungsträger Rentnerausweise zur Verfügung.

Eine Versicherte, deren zwischenzeitlich eingestellte befristete Erwerbsunfähigkeitsrente durch manuellen Rentenbescheid weiter bewilligt worden war, hatte sich bei uns darüber beschwert, von ihrem Rentenversicherungsträger keinen Rentnerausweis erhalten zu haben.

Unsere Überprüfung ergab, dass der betreffende Träger Rentnerausweise bislang nur mit maschinell erstelltem Rentenbescheid, mit jeder Renten Anpassungsmitteilung sowie auf schriftlichen oder mündlichen Antrag des Rentners, wenn dessen bisheriger Ausweis verloren gegangen oder unbrauchbar geworden war, ausgestellt hatte.

Auf unsere Anregung hin erweiterte der Rentenversicherungsträger seinen Service. Aus Gründen der „Kundenorientierung“

erhalten nunmehr auch Rentner in Fällen einer durch manuellen Bescheid erfolgenden Weiterbewilligung einer – auch zwischenzeitlich eingestellten – befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von Amts wegen einen Rentnerausweis.

Fiktive Pflichtbeitragszeiten nach § 247 Abs. 2a SGB VI

Im Rahmen eines Petitionsverfahrens beim Deutschen Bundestag hatten wir aufsichtsrechtlich zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin berechtigt war, freiwillige Beiträge wegen Heiratsersatzung nach § 282 SGB VI i.d.F. bis 31. Dezember 1997 für den Zeitraum vom 1. Januar 1945 bis zum 31. Mai 1946 nachzuzahlen.

Nach dem Ergebnis der aufsichtsrechtlichen Prüfung hatte der Rentenversicherungsträger eine Nachentrichtung zu Recht abgelehnt, weil weder nachgewiesen noch glaubhaft gemacht werden konnte, dass im maßgeblichen Zeitraum überhaupt eine Beitragsentrichtung und dem nachfolgend eine Beitragserstattung stattgefunden hatte.

Die Ausübung einer Beschäftigung im Rahmen einer Ausbildung war zwar aufgrund einer Vielzahl von eingesandten Unterlagen glaubhaft; nicht jedoch eine Beitragszahlung.

Übersehen hatte der Rentenversicherungsträger aber die Möglichkeit, die o.a. Zeit als fiktive Pflichtbeitragszeit nach § 247 Abs. 2a SGB VI anzuerkennen.

Mit der Regelung des § 247 Abs. 2a SGB VI verfolgt der Gesetzgeber gerade das Ziel, die zu Zeiten uneinheitlicher Rechtsanwendung und ungeklärter Versicherungspflicht verschiedenster Berufsausbildungsverhältnisse entstandenen Bei-

tragslücken aller betroffenen Versicherten ohne Rücksicht auf die Gründe ihres jeweiligen Zustandekommens zu schließen. Die Anerkennung als fiktive Pflichtbeitragszeit wirkte sich für die Petentin rentensteigernd aus und führte zu einer Nachzahlung für die Zeit vom 1. Januar 1998 bis zum 31. August 2003.

Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch – Unterbliebener Hinweis auf § 99

Abs. 1 SGB VI

Ebenfalls im Rahmen eines Petitionsverfahrens hatten wir aufsichtsrechtlich zu klären, ob der Rentenbeginn einer Altersrente für schwerbehinderte Menschen aufgrund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs vorzuverlegen war.

Der am 6. Mai 1937 geborene Petent hatte sich Ende Juni 1999 in seiner Gemeinde beim Versichertensprechtag seines Rentenversicherungsträgers beraten lassen. Die Durchführung der Beratung ist auf einer Terminliste dokumentiert.

Am 23. Juli 1999 stellte der Petent beim zuständigen Versorgungsamt einen Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). Ende November 1999 wurde ihm daraufhin ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt, der rückwirkend ab 23. Juli 1999 gültig war.

Am 11. Januar 2000 beantragte der Petent beim Rentenversicherungsträger eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen nach § 37 SGB VI i.d.F. bis zum 31. Dezember 2000. Auf eine solche Rente besteht Anspruch, wenn der Versicherte das 60. Lebensjahr vollendet hat, bei Beginn der Rente als schwerbehinderter Mensch anerkannt war und die Wartezeit

von 35 Jahren erfüllt ist. Im Fall des Petenten waren die Voraussetzungen für eine Altersrente wegen Schwerbehinderung mit Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft ab 23. Juli 1999 gegeben.

Mit Bescheid vom 23. März 2000 gewährte der Rentenversicherungsträger dem Petenten die beantragte Rente ab dem 1. Januar 2000 unter Hinweis auf § 99 Abs. 1 Satz 2 SGB VI. Nach dieser Vorschrift ist eine Rente vom Antragsmonat an zu leisten, wenn der Rentenantrag erst nach Ende des dritten Kalendermonats nach Ablauf des Monats gestellt worden ist, in dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Eine Rente kann gemäß § 99 Abs. 1 Satz 1 SGB VI nur dann von dem Kalendermonat an geleistet werden, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen für die Rente erfüllt sind, wenn die Beantragung bis zum Ende des dritten Kalendermonats erfolgt ist.

Der Petent wandte sich gegen den Zeitpunkt des Rentenbeginns. Er war der Ansicht, dass ihm die Rente früher zustehe. Da der Rentenversicherungsträger ihn während des Versichertensprechtages nicht auf die Regelung des § 99 SGB VI hingewiesen und auf eine Frist wahrende Antragstellung hingewirkt habe, sei er so zu stellen, als habe er innerhalb von drei Monaten nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen einen Rentenantrag gestellt.

Während die vom Petenten erhobene sozialgerichtliche Klage keinen Erfolg hatte, konnte das Bundesversicherungsamt nach eingehenden und langwierigen Erörterungen mit dem Rentenversicherungsträger zugunsten des Petenten eine Vorverlegung des Rentenbeginns auf den 1. August 1999 erreichen.

Nach dem Ergebnis der aufsichtsrechtlichen Prüfung waren die Voraussetzungen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs erfüllt: Nach dem Akteninhalt gab es – in Anbetracht des damaligen Lebensalters des Petenten – keinen anderen erkennbaren Grund für den Beratungstermin während des Versichertensprechtages als den, sich über einen möglichen Rentenanspruch beraten zu lassen. Die anschließende Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft beim zuständigen Versorgungsamt diente offensichtlich dem Ziel, die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch als Schwerbehinderter zu erfüllen. Während des Versichertensprechtages hatte der Berater Zugriff auf das Versicherungskonto des Versicherten. Da aus dem Konto ersichtlich war, dass der Versicherte, mit Ausnahme der Anerkennung der Schwerbehinderung, bereits alle versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen erfüllte, war der Berater gemäß § 14 SGB I verpflichtet, den Petenten über die Auswirkungen einer früheren oder späteren Beantragung einer Altersrente wegen Schwerbehinderung zu beraten. Darüber hinaus bestand nach § 16 Abs. 3 SGB I die Verpflichtung, auf eine unverzügliche, vorsorgliche Renten Antragstellung hinzuwirken, um so mögliche Nachteile für den Petenten zu vermeiden. Eine Antragsrücknahme durch den Petenten, z.B. bei einer ablehnenden Entscheidung des Versorgungsamtes, hätte jederzeit erfolgen können.

Selbst in dem unwahrscheinlichen, aber vom Rentenversicherungsträger für möglich gehaltenen Fall, dass sich der Petent während des Sprechtages lediglich über die Anerkennung als Schwerbehinderter hatte informieren lassen wollen, bestand für den Berater eine sog. Spontanberatungspflicht

nach § 14 SGB I. Aufgrund des Lebensalters und der zur Verfügung stehenden versicherungsrechtlichen Daten war ein Zusammenhang zwischen der begehrten Anerkennung als Schwerbehinderter und dem rentenversicherungsrechtlichen Anspruch auf Altersrente für Schwerbehinderte derart augenscheinlich, dass auch ohne ausdrückliches Vorbringen des Petenten zur Fristwahrung auf eine frühzeitige Beantragung der Rente hätte hingewirkt werden müssen.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch Umdeutung eines Antrags auf Rehabilitationsleistung

Eine Versicherte bat um Überprüfung, ob die Ablehnung ihres im Januar 2001 gestellten Antrags auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit rechtmäßig war.

Der Rentenversicherungsträger war nach Auswertung sämtlicher medizinischer Unterlagen zu dem Ergebnis gelangt, dass bei der Versicherten zwar ein aufgehobenes Leistungsvermögen in ihrer zuletzt ausgeübten Beschäftigung bestehe, sie jedoch in der Lage sei, Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mehr als sechs Stunden täglich zu verrichten.

Aufgrund des festgestellten Leistungsvermögens ergab sich nach Maßgabe des zum 1. Januar 2001 in Kraft getretenen Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für die Versicherte kein Anspruch auf eine solche Rente.

Mit der Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde anstelle der bisherigen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente eine zweistufige Erwerbsminderungsrente (Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung) eingeführt. Danach bemisst sich die Minderung der Er-

werbsfähigkeit grundsätzlich nicht mehr an dem ausgeübten Beruf, sondern an der Fähigkeit, jede denkbare Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben zu können.

Als Ausnahme zu diesem Grundsatz wurde mit § 240 SGB VI eine Vertrauensschutzregelung für Versicherte geschaffen, die bei der Neuregelung des Erwerbsminderungsrechts bereits das 40. Lebensjahr vollendet hatten, also vor dem 2. Januar 1961 geboren sind. Für diesen Personenkreis besteht ein Anspruch auf teilweise Erwerbsminderung, wenn weder der bisherige Beruf noch ein zumutbarer Verweiserberuf mit mindestens sechs Stunden täglich ausgeübt werden kann. Da die Versicherte aber nach dem 1. Januar 1961 geboren ist, fand diese Vertrauensschutzregelung auf sie keine Anwendung.

Bei seiner Entscheidung hatte der Träger allerdings die Möglichkeit übersehen, einen der jeweils in den Jahren 1995, 1999 und 2000 gestellten Anträge auf Rehabilitation nach § 116 Abs. 2 Nummer 2 SGB VI in einen Rentenanspruch umzudeuten, sodass der geltend gemachte Rentenanspruch auch nach der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Rechtslage zu beurteilen war.

Wir haben den Träger zu einer Überprüfung veranlasst. Er kam zu dem Ergebnis, dass die Versicherte in ihrer bisherigen Tätigkeit berufsunfähig ist und folglich einen Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit nach § 43 SGB VI i.d.F. bis zum 31. Dezember 2000 hat. Zur Entscheidungsfindung, welcher der Anträge auf Rehabilitation in einen Rentenanspruch umzudeuten ist, wurden der Versicherten verschiedene Proberechnungen – abgestellt

auf den jeweiligen Rentenbeginn – unterbreitet.

Unzureichende Begründung von Ablehnungsbescheiden einer EU-Rente

Im Rahmen unserer aufsichtsrechtlichen Tätigkeit fällt immer wieder auf, dass die Rentenversicherungsträger die Ablehnung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nur unzureichend begründen. Dies betrifft sowohl den Ausgangs- als auch den Widerspruchsbescheid.

Die Bescheide geben im Wesentlichen nur schematisch die gesetzlichen Voraussetzungen einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wieder, lassen aber eine auf den Einzelfall bezogene ausführliche Begründung vermissen. Die Begründung erschöpft sich nicht selten in einem apodiktischen Satz.

Es verwundert daher nicht, dass die Entscheidungen der Träger für die Versicherten vielfach weder nachvollziehbar noch akzeptabel sind. Das Bundesversicherungsamt hat die Rentenversicherungsträger im Berichtszeitraum mehrfach angehalten, ihrer Begründungspflicht umfassend nachzukommen. Auch in Zukunft werden wir auf deren strikte Einhaltung achten.

Vertrauensschutz gemäß § 237 Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB VI

Vertrauensschutz - und damit eine ungekürzte Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen – steht gemäß § 237 Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB VI auch demjenigen zu, der bis zum 14. Februar 1944 geboren ist und aufgrund einer Maßnahme nach Art. 56 § 2b des Vertrages über die Gründung der Europä-

ischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl (EGKS-V), die vor dem 14. Februar 1996 genehmigt worden ist, aus dem Betrieb der Montanunion ausgeschieden ist.

Bei einer Maßnahme nach Art. 56 § 2b EGKSV handelt es sich um eine von der Bundesregierung beantragte und von der europäischen Kommission bewilligte, nicht zurückzahlungspflichtige Beihilfe für den Fall, dass einzelne Unternehmen der Kohle- und Stahlindustrie gezwungen sind, ihre Tätigkeit endgültig einzustellen, einzuschränken oder zu verändern.

Versicherte konnten vielfach die notwendigen Nachweise, ob seinerzeit eine Kündigung aufgrund einer Maßnahme nach Art. 56 § 2b EGKS-V ergangen war und damit ein Vertrauensschutztatbestand vorliegt, nicht selbst erbringen. Sie rügten die nicht ausreichende Prüfung und Ermittlung durch einen Rentenversicherungsträger.

Für den Rentenversicherungsträger stellten die notwendigen Nachforschungen bisher einen hohen Arbeitsaufwand dar, da aufwändige Ermittlungen bei früheren – teilweise nicht mehr existenten – Betrieben und auch Arbeitsämtern geführt werden mussten.

Unsere Erkundungen haben ergeben, dass das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit über eine Liste aller Betriebe verfügt, für die eine Maßnahme nach Art. 56 § 2b EGKS-V genehmigt worden ist. Wir haben den Rentenversicherungsträger aufgefordert, in Fällen des § 237 Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB VI zukünftig die beim Bundesministerium für Wirtschaft und Ar

beit vorliegenden Unterlagen in die Ermittlungen einzubeziehen.

Berücksichtigungsfähiges Arbeitsentgelt von Reservisten der Nationalen Volksarmee der DDR

Mehrere Eingaben, die uns im Berichtsjahr erreichten, betrafen die Rentenberechnung von Angehörigen der ehemaligen Nationalen Volksarmee (NVA) der DDR. So hat im Rahmen einer Rentenauskunft ein Versicherter aus den neuen Bundesländern beanstandet, dass seine Bezüge während der Reservistenzeit bei der NVA vom Versorgungsträger für die Zusatzversorgungssysteme nicht in voller Höhe als berücksichtigungsfähiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) berücksichtigt worden seien.

Im Rahmen unserer Prüfung haben wir festgestellt, dass Reservisten der NVA neben dem Wehrsold für die Dauer der Einberufung „auf der Grundlage der bestehenden Arbeitsverhältnisse“ ihren bisherigen Tariflohn weiter erhielten, wobei der errechnete Nettolohn gemäß § 11 der Besoldungsverordnung um zwanzig Prozent zu kürzen war. Nach § 10 der ersten Durchführungsbestimmung zur Besoldungsverordnung vom 24. Mai 1962 waren die Beiträge zur Sozialversicherung jedoch aufgrund des ungekürzten Brutto-Tariflohnes zu berechnen und abzuführen.

Der Versorgungsträger hat sich nach erneuter Prüfung des Sachverhaltes unserer Rechtsauffassung angeschlossen und einen neuen Feststellungsbescheid erteilt, der die erzielten Arbeitsentgelte in ungekürzter Höhe enthält.

Der Begriff der Arbeitslosigkeit bei Beginn einer Altersrente wegen Arbeitslosigkeit

Der an zahlreichen Stellen des Sozialgesetzbuches verwendete Begriff der Arbeitslosigkeit war auch im Bereich des Rentenversicherungsrechts mehrfach Gegenstand aufsichtsrechtlicher Prüfungen.

Ein Petent hat bei uns beanstandet, dass ihm seine Altersrente wegen Arbeitslosigkeit trotz rechtzeitig gestellten Antrages erst sieben Monate nach Vollendung des 60. Lebensjahres bewilligt wurde, weil nach Angaben des Arbeitsamtes zum Zeitpunkt der Vollendung des 60. Lebensjahres keine Arbeitslosigkeit vorgelegen habe.

Nach § 237 SGB VI haben Anspruch auf Altersrente wegen Arbeitslosigkeit Versicherte, die vor dem 1. Januar 1952 geboren sind, das 60. Lebensjahr vollendet haben, bei Rentenbeginn arbeitslos sind und nach Vollendung eines Lebensalters von 58 Jahren und sechs Monaten insgesamt 52 Wochen arbeitslos waren und in den letzten zehn Jahren vor Rentenbeginn acht Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit aufweisen sowie die Wartezeit von fünfzehn Jahren erfüllt haben. Voraussetzung für die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit ist somit – neben der 52-wöchigen Arbeitslosigkeit – auch, dass der Versicherte bei Beginn der Rente arbeitslos ist.

Der Rentenversicherungsträger war zunächst davon ausgegangen, dass auch bei Beginn der Rente ausnahmslos objektive und subjektive Arbeitslosigkeit vorliegen müsse. Objektive Arbeitslosigkeit lag im Fall des Petenten bei Vollendung des 60. Lebensjahres unstreitig vor, da der Petent beschäftigungslos war. Subjektive Ar-

beitslosigkeit hat der Versicherungsträger jedoch verneint, da der Petent nur bis vierzehn Tage vor Vollendung seines 60. Lebensjahres arbeitslos gemeldet war und eine weitere Meldung beim Arbeitsamt erst sieben Monate später wieder erfolgt sei. Eigene aktive Bemühungen um eine Beschäftigung habe der Petent ebenfalls nicht nachweisen können.

Wir haben gegenüber dem Rentenversicherungsträger die Auffassung vertreten, dass es nicht Sinn und Zweck des § 237 SGB VI sein könne, dass ein älterer Arbeitsloser, der Rente beantragt hat, bis unmittelbar vor Rentenbeginn arbeitslos gemeldet war und praktisch auf dem Arbeitsmarkt nicht vermittelbar ist, auch am Tag des Rentenbeginns noch dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen muss.

Der Rentenversicherungsträger bewertet diesen besonderen Sachverhalt nunmehr ebenso und hat die Rente des Petenten ab dem Zeitpunkt der Vollendung des 60. Lebensjahres bewilligt.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Bei der Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (bis 31. Dezember 2000: Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit) nach § 43 SGB VI haben wir mehrmals die Entscheidungen von Rentenversicherungsträgern beanstandet.

Eine Petentin konnte innerhalb der letzten fünf Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung nicht die erforderlichen drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit nachweisen,

weil sie längere Zeit arbeitsunfähig krank geschrieben war. Eine Verlängerung des Fünf-Jahres-Zeitraumes nach § 43 Abs. 4 Nummer 1 i.V.m. § 58 Abs. 1 SGB VI aufgrund von Anrechnungszeiten wegen Arbeitsunfähigkeit hat der Rentenversicherungsträger zunächst abgelehnt, da wegen eines in der fraglichen Zeit angetretenen Erholungsurlaubs weder eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen werden konnte, noch die Unterbrechung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung vorgelegen habe.

Nach eingehenden Erörterungen hat der Versicherungsträger eingeräumt, dass ein mit ärztlicher Erlaubnis angetretener Urlaub nicht zu einer Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit führt und dass zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit kein medizinisches Gutachten erforderlich ist, sondern durchgehende ärztliche Atteste (ohne Diagnose) ausreichen. Weiter konnten wir den Versicherungsträger davon überzeugen, dass im Falle der Petentin auch die Voraussetzung der Unterbrechung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit gegeben war, weil zwischen dem Ende der Beschäftigung und dem Beginn der Anrechnungszeit wegen Arbeitsunfähigkeit mehrere weitere Anrechnungszeiten bzw. Überbrückungstatbestände lagen.

Im Ergebnis waren somit im Fall der Petentin nicht nur die (unstreitigen) medizinischen Voraussetzungen, sondern auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt und die Erwerbsminderungsrente konnte bewilligt werden.

4.3 Rehabilitation

Zügige Feststellung des Rehabilitationsbedarfs

Im Verfahren zur Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit ist vom Rentenversicherungsträger nach Antragseingang zunächst zu prüfen, ob die dem Antrag beigelegten Unterlagen einen Rehabilitationsbedarf erkennen lassen. Die bei den Rentenversicherungsträgern vorhandenen ärztlichen Dienste haben diese Prüfung als Sachverständige durchzuführen.

Sie beraten den Leistungsträger in medizinischen Sachfragen und stellen fest, ob darüber hinaus im Einzelfall noch eine weitere Begutachtung erforderlich ist. Ergibt sich hierfür eine Notwendigkeit, verlängert sich nach § 14 Abs. 2 Satz 4 SGB IX die gesetzliche Entscheidungsfrist von drei Wochen um weitere zwei Wochen.

Mit ihrer Auffassung, dass die bloße Beteiligung interner Sachverständiger einer solchen Begutachtung gleichstehe und sich damit die Entscheidungsfrist generell verlängere, haben einige Rentenversicherungsträger der beabsichtigten möglichst schnellen Leistungsgewährung jedoch zuwider gehandelt.

Das Bundesversicherungsamt stellte daher gegenüber den Rentenversicherungsträgern klar, dass die erweiterte Frist ausschließlich in Fällen gilt, in denen der Antragsteller durch einen Gutachter persönlich untersucht und befragt wird. Im Übrigen hat der

Rentenversicherungsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang über den Rehabilitationsbedarf zu entscheiden (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Bei Vorliegen vollständiger Leistungsanträge ergab sich hierbei die Frage, bis zu welchem Zeitpunkt der Rentenversicherungsträger dann seine Entscheidung getroffen haben muss, um der gesetzlichen Vorgabe des § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX zu entsprechen. In den rechtlichen Erörterungen mit den Rentenversicherungsträgern kamen wir überein, dass der Zeitpunkt der endgültigen verwaltungsinternen Entscheidung als Fristende zu gelten hat. Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes ist die gesetzliche Frist von drei Wochen somit als reine Entscheidungsfrist zu verstehen.

Gestaltungsrecht des Versicherten im Begutachtungsverfahren

Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, hat der Rentenversicherungsträger unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen zu beauftragen. Hierfür sind dem Leistungsbeerber gemäß § 14 Abs. 5 Satz 3 SGB IX in der Regel drei möglichst wohnortnahe Sachverständige anzubieten, unter denen er eine für den Rentenversicherungsträger verbindliche Auswahl trifft.

Unabhängig davon, ob eigene sozialmedizinische Dienste vom Rentenversicherungsträger unterhalten oder freie Gutachter für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs hinzugezogen werden, muss sich für den Rehabilitanden aus dem Einladungsschreiben des Rentenversicherungsträgers die Möglichkeit ergeben, unter drei Gutachtern eine Auswahl treffen zu können.

Im Rahmen unserer Erörterungen hat ein Rentenversicherungsträger seine Verfahrensweisen zwischenzeitlich dergestalt angepasst, dass er allen Versicherten das Recht einräumt, sich entsprechend der Regelung des § 14 Abs. 5 SGB IX für einen von drei vorgeschlagenen Gutachtern zu entscheiden.

Änderung der Verfahrensweisen bei Weiterleitung von Rehabilitationsanträgen

Die Vorschrift des § 14 Abs. 1 SGB IX verfolgt das Ziel, dass grundsätzlich der zuerst angesprochene Rehabilitationsträger die erforderlichen Leistungen erbringen soll, ausnahmslos jedoch der Rehabilitationsträger, dem der Leistungsantrag unter Berücksichtigung vorrangiger Leistungszuständigkeit zugeleitet wurde. Mit § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX hat der Gesetzgeber eine klare Aussage getroffen, dass auch ein anderer zur Leistung verpflichteter Rehabilitationsträger an die im Zuständigkeitsverfahren getroffene Entscheidung gebunden ist.

Aufgrund der Antragsweiterverweisung entsteht für den zweitangegangenen Rehabilitationsträger die Verpflichtung, die beantragte Leistung zur Teilhabe nach Maßgabe aller Leistungsgesetze trägerübergreifend zu prüfen und einen entsprechenden Bescheid zu erstellen sowie gegebenenfalls anstelle des ansonsten zuständigen Rehabilitationsträgers zu leisten.

Die Ablehnung der Leistungsgewährung kommt daher ausschließlich dann in Frage, wenn nach dem Ergebnis einer umfassenden und trägerübergreifenden Prüfung überhaupt kein Rehabilitationsträger die beantragte Leistung erbringen kann.

Die Umsetzung dieser Regelung hat in der Praxis für den zweitangegangenen Rehabilitationsträger zu Schwierigkeiten geführt, da vielfach eine Beschränkung der Leistungspflicht auf sein eigenes Leistungsrecht angenommen wurde.

Der Gesetzgeber hat sich dieser Frage zwischenzeitlich angenommen und beschlossen, den zweitangegangenen Rehabilitationsträger in Ausnahmefällen zur nochmaligen Antragsweiterleitung zu ermächtigen, nämlich dann, wenn dieser für die beantragte Leistung unter keinem Gesichtspunkt Rehabilitationsträger sein kann. Der Gesetzgeber erhofft sich hierdurch sachgerechtere Leistungsentscheidungen aus Sicht der Betroffenen.

Vor einer nochmaligen Antragsweiterleitung muss jedoch der nunmehr handelnde Träger verbindlich und kurzfristig mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Dritten die endgültige Zuständigkeit klären. Die Fristen des § 14 Abs. 2 Satz 2 und 4 SGB IX bleiben hiervon unberührt. Auch ist der Antragsteller über die nochmalige Weiterleitung zu unterrichten.

Weiterzahlung von Übergangsgeld für Zeiten zwischen nicht bestandener Abschluss- und Wiederholungsprüfung

Die Zahlung von Übergangsgeld sichert die wirtschaftliche Versorgung im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sofern nicht anderweitige Ansprüche bestehen.

Über den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages erreichte uns das Anliegen eines Versicherten, der das Ziel der Abschlussprüfung im Rahmen einer vom Rehabilitationsträger geförderten Weiterbildungsmaßnahme verfehlt, aber die Wie-

derholungsprüfung drei Monate später bestanden hatte. Während der Nachprüfungszeit hat der Bildungsträger keinen prüfungsvorbereitenden Unterricht angeboten, weshalb der Rehabilitationsträger unter Hinweis auf die Praxis der Arbeitsverwaltung einen weiteren Anspruch auf Übergangsgeld zwischen den beiden Prüfungen verneinte.

Bei unseren Erörterungen stellte sich der Träger auf den Standpunkt, dass für den Rehabilitanden nur dann ein Anspruch auf Übergangsgeld bestehe, wenn er an einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben auch tatsächlich teilnehme. Ohne prüfungsvorbereitenden Unterricht gelte das nur für die Tage, an denen die Prüfung nochmals abgenommen werde. Der Träger räumte schließlich jedoch ein, dass in den Fällen, in denen neben der Prüfungsvorbereitung ohne begleitenden Unterricht eine häusliche Facharbeit zu schreiben sei, ein Anspruch auf Zahlung von Übergangsgeld nach § 20 Abs. 1 SGB VI i.V.m. § 45 Abs. 2 Nummer 2 SGB IX bestehe.

Von diesen Ausnahmefällen abgesehen vertrat der Träger – unterstützt durch die zuständigen Gremien des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) – jedoch auch weiterhin die Ansicht, dass kein Anspruch auf Zahlung von Übergangsgeld bestehe.

Bei einem Festhalten an dieser Rechtsauffassung sahen wir die Gefahr der Benachteiligung einzelner Versicherter. Nach unserer Auffassung durfte kein Unterschied zu denjenigen Teilnehmern gemacht werden, die nur deswegen Übergangsgeld erhalten, weil der Bildungsträger zwischen den Prüfungen weitere Lehrveranstaltungen zur Vorbereitung anbietet. Es entzieht sich dem Einfluss des einzelnen Versi-

cherten, ob er im Zuge einer beruflichen Weiterbildung als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in eine Bildungseinrichtung verwiesen wird, die ausnahmsweise keine weiteren Lehrveranstaltungen bis zur Wiederholungsprüfung anbietet.

Aus Sicht des Bundesversicherungsamtes war die Rechtsauffassung des Trägers insbesondere nicht mit § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX zu vereinbaren. Durch diese Vorschrift wurde dem Rentenversicherungsträger in seiner Eigenschaft als Rehabilitationsträger eine Gesamtverantwortlichkeit für die Betreuung des Rehabilitanden übertragen, die bis zum endgültigen Erreichen des Rehabilitationszieles – der dauerhaften Wiedereingliederung – anhält und auch seine finanzielle Sicherung umfasst.

Nach unserer Auffassung müssen sich Versicherte, die eine Prüfung zunächst nicht bestanden haben, auch ohne weitere Bildungsangebote aktiv auf eine Nachprüfung vorbereiten. In dieser Zeit sind die Versicherten gehindert, sich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen, sodass für sie Leistungen der Bundesagentur für Arbeit nicht in Betracht kommen.

Wir haben daher den Träger aufgefordert, die Problematik unter Zugrundelegung unserer mit dem BMGS abgestimmten Rechtsauffassung in den zuständigen Gremien des VDR nochmals zu erörtern, um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen.

4.4 Auslandsberührungen

Konferenzen

Das Bundesversicherungsamt nimmt regelmäßig an Verhandlungen und Besprechungen im internationalen Bereich teil. So

wurden wir im Berichtsjahr vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu den Sachverständigengesprächen zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit Rumänien hinzugezogen, ebenso wie zu den deutsch-polnischen Regierungsverhandlungen. Bei den Gesprächen mit den Kollegen der polnischen Delegation wurden Fragen, die sich bei der Anwendung der beiden Sozialversicherungsabkommen und des Entsendeabkommens stellen, sowie Konsequenzen behandelt, die aus dem Beitritt Polens zur Europäischen Union am 1. Mai 2004 resultieren.

Im Mittelpunkt der deutsch-italienischen, der deutsch-griechischen und deutsch-dänischen Verbindungsstellenbesprechung stand die Erörterung von Fragen im Zusammenhang mit der Anwendung der Verordnungen (EWG) 1408/71 und 574/72. Bei den Besprechungen mit den Verbindungsstellen Japans, Israels, Koreas und der Slowakei ging es neben der Klärung von materiellrechtlichen Fragen, die aus Rechtsänderungen in den jeweiligen Abkommensstaaten folgen, auch um Verfahrensfragen, die sich bei der Umsetzung der Sozialversicherungsabkommen ergeben.

Anerkennung von Ersatzzeiten

Wir konnten einem in Argentinien wohnhaften ungarischen Staatsangehörigen helfen, den von ihm im II. Weltkrieg in den ungarischen Heeresverbänden geleisteten Kriegsdienst als Ersatzzeit anerkannt zu bekommen und damit die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Zahlung einer Regelaltersrente zu erfüllen.

Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und eine Altersrente beziehen wollen, müssen 60 Monate (allgemeine Warte-

zeit) mit Beitrags- und Ersatzzeiten zurückgelegt haben. Um diese allgemeine Wartezeit zu erfüllen, musste für den Beschwerdeführer der von ihm geleistete Kriegsdienst in den ungarischen Heeresverbänden als Ersatzzeit berücksichtigt werden. Der zuständige Rentenversicherungsträger weigerte sich aber, den in der ungarischen Armee geleisteten Kriegsdienst als Zeit des militärischen Dienstes anzuerkennen. Der Versicherungsträger hatte jedoch übersehen, dass dieser Dienst nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 18. März 1982, Az. 11 RA 20/81) ab dem 21. Oktober 1944 militärähnlicher Dienst im Sinne von § 3 Abs. 1 Buchstabe b Bundesversorgungsgesetz und als solcher Ersatzzeittatbestand gemäß § 28 Abs. 1 Nummer 1 Angestelltenversicherungsgesetz bzw. § 250 Abs. 1 Nummer 1 SGB VI ist.

Unsere Hinweise haben den Versicherungsträger bewogen, seine ablehnende Entscheidung zu überprüfen und nunmehr die Zeit des Kriegsdienstes in der ungarischen Armee ab dem 21. Oktober 1944 als Ersatzzeit wegen militärähnlichen Dienstes sowie die anschließende Zeit der Arbeitslosigkeit des Beschwerdeführers als sog. Anschlussersatzzeit anzuerkennen. Da der Versicherte unter Berücksichtigung dieser Ersatzzeiten nunmehr die für die Gewährung der Regelaltersrente erforderliche Wartezeit erfüllt, leistet der Rentenversicherungsträger die begehrte Rente und zahlte diese im Rahmen des § 44 Abs. 4 SGB X rückwirkend für vier Kalenderjahre nach.

Rheinschiffer-Abkommen

Wir konnten einem Versicherten, der eine Rente nach dem Rheinschifferabkommen vom 30. November 1979 bezog, zur Be-

rücksichtigung weiterer Beitragszeiten und damit zu einer höheren Rentenzahlung verhelfen.

Die Rentenberechnung nach dem Rheinschifferabkommen erfolgt unter Einbeziehung aller in den Vertragsstaaten nachgewiesenen rentenrechtlichen Zeiten. Eine Einschränkung dahin gehend, dass für die Berechnung der Rente nur Versicherungszeiten aus Beschäftigungen in der Rheinschiffahrt zu berücksichtigen sind, sieht das Rheinschifferabkommen nicht vor. Im vorliegenden Fall war der Versicherte zeitweise als Rheinschiffer beschäftigt. Er hat Beiträge zur Rentenversicherung in Deutschland, Belgien, den Niederlanden und in der Schweiz gezahlt, die jedoch nur zum Teil auf seiner Beschäftigung als Rheinschiffer beruhen. Für die Ermittlung der Höhe der nach dem Rheinschifferabkommen zu leistenden deutschen Rente hat der bearbeitende Versicherungsträger allein die als Rheinschiffer zurückgelegten Versicherungszeiten berücksichtigt.

Der Versicherungsträger hat nach unseren Hinweisen die Rente des Versicherten neu festgestellt, und zwar unter Einbeziehung sämtlicher in Deutschland, in Belgien, in den Niederlanden und in der Schweiz zurückgelegten Versicherungszeiten, was den Rentenbetrag erhöht hat.

Gezielte Krankenbehandlung in anderen Staaten der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraumes

Versicherte, die bereits im Inland erkrankt sind, konnten sich bisher in einem anderen Staat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraumes nur mit vorheriger Genehmigung ihrer Krankenkasse behandeln lassen.

Am 13. Mai 2003 brachte der Europäische Gerichtshof in seinem Urteil (Rechtssache Müller-Fauré/van Riet – C-385/99 –) deutlich zum Ausdruck, dass die Nachfrage der Versicherten nach Leistungen der Krankenversicherung nicht auf das Inland beschränkt ist. Das Gericht stützte seine Entscheidung auf den in der Europäischen Union geltenden Grundsatz des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs. Versicherte können – unabhängig von ihrem Versichertenstatus und von der Organisation des Krankenversicherungssystems, dem sie angehören – ambulante (zahn-)ärztliche Leistungen in einem anderen Staat der Europäischen Union auch ohne vorherige Genehmigung ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen. Handelt es sich dabei um eine Behandlung, die auch die Krankenkasse in Deutschland erbringen müsste, steht den Versicherten – selbst in einem Sachleistungssystem, d.h. in dem die Krankenkassen die Leistungserbringer bezahlen – ein Anspruch auf Erstattung der Kosten zu, allerdings beschränkt auf die Höhe der Aufwendungen, die der Versicherungsträger zu tragen hätte.

Vor diesem Hintergrund konnten wir mehrere Versicherungsträger dazu bewegen, ihre ablehnende Entscheidung zu ändern und sich an den Kosten der in anderen Staaten der Europäischen Union erbrachten ambulanten (zahn-)ärztlichen Leistung zu beteiligen.

Anpassung des nationalen Krankenversicherungsrechts

Die oben genannte Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs wurde im Rahmen der Gesundheitsreform ab dem 1. Januar 2004 ins nationale Krankenversicherungsrecht umgesetzt. Die Regelungen des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V sehen vor, dass Versi-

cherte grundsätzlich auch Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft sowie in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in Anspruch nehmen können und die Kosten zu erstatten sind.

Durch den Gesetzgeber wurden die Krankenversicherungsträger aufgefordert, in ihren Satzungen das Verfahren der Kostenerstattung für die Inanspruchnahme von Leistungserbringern in anderen Staaten der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraumes zu regeln. Wir hatten die Satzungsänderungen zu genehmigen, wobei ein Schwerpunkt unserer Arbeit war, die Angemessenheit der vorgesehenen Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kontrollieren.

Hierbei haben wir festgestellt, dass einige Krankenkassen in ihren Satzungen Abschläge in derselben Höhe wie bei Durchführung der innerstaatlichen Kostenerstattung vorsehen wollten. Unberücksichtigt hatten sie jedoch gelassen, dass sich in der Regel ein erhöhter Verwaltungsaufwand bei der Bearbeitung von Kostenerstattungsanträgen mit Auslandsbezug ergibt. Dieser resultiert aus dem eventuellen Bedarf, ausländische Rechnungen übersetzen zu müssen oder auch aus der – ggf. mit Rückfragen bei den Versicherten verbundenen – Feststellung der nach deutschem Recht erstattungsfähigen Leistungen und der Zuordnung der den ausländischen Leistungen entsprechenden deutschen Vertragsätze. Schwierigkeiten ergeben sich insbesondere daraus, dass die ausländischen Gebührenordnungen in der Regel mit dem für die Krankenkassen geltenden Bewertungsmaßstab nicht vergleichbar sind. Auch erstellen die in anderen Staaten praktizierenden

Ärzte ihre Rechnungen nur so, wie sie in ihrem Staat bei privatärztlicher Behandlung üblich sind. Ferner können die Versicherten häufig auch aufgrund von Sprachproblemen nicht erkennen, ob die Rechnungen ausreichend spezifiziert und die einzelnen erbrachten Leistungen ersichtlich sind. Diesen in der Regel entstehenden erhöhten Verwaltungsaufwand müssen die Krankenkassen bei der Höhe der von ihnen in den Satzungen vorgesehenen Abschläge berücksichtigen, sodass grundsätzlich nur höhere Abschläge als bei einer innerstaatlichen Kostenerstattung angemessen sind.

4.5 Aufsicht

Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse

Der Versicherungsträger darf Ansprüche auf Geldleistungen stunden, wenn die sofortige Einziehung mit erheblichen Härten für den Anspruchsgegner verbunden wäre (§ 76 Abs. 2 Nummer 1 SGB IV). Eine erhebliche Härte liegt insbesondere dann vor, wenn der Anspruchsgegner sich aufgrund ungünstiger wirtschaftlicher Verhältnisse vorübergehend in ernsthaften Zahlungsschwierigkeiten befindet oder im Falle der sofortigen Einziehung in diese geraten würde.

Bei einer Aufsichtsprüfung zum Thema Überzahlungen hat das Bundesversicherungsamt Ratenzahlungsvereinbarungen beanstandet, die in großer Zahl getroffen worden waren, obwohl zuvor keine oder nur eine unzureichende Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Schuldners durchgeführt wurde. Zur Verbesserung des Verfahrens bei Stundungen, Niederschlagungen oder Erlassen haben wir angeregt, die Ermittlung der wirtschaftlichen Verhältnisse anhand eines Vordrucks vorzu-

nehmen, da dies zu einer Vereinfachung und Vereinheitlichung der Bearbeitung beitragen würde.

Der Rentenversicherungsträger wird nunmehr unserem Vorschlag folgen. In der Geschäftsanweisung des Trägers wurde außerdem geregelt, dass vor einer Entscheidung über eine Stundung, eine Niederschlagung oder einen Erlass stets die wirtschaftlichen Verhältnisse des Schuldners zu klären sind.

Atypischer Fall bei geringfügiger Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze

Ein Anspruch auf eine Rente wegen Alters besteht vor Vollendung des 65. Lebensjahres nur, wenn die Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten wird. Die Hinzuverdienstgrenze ist abhängig davon, ob es sich um eine Vollrente oder um eine Teilrente von einem Drittel, zwei Dritteln oder der Hälfte der Vollrente handelt.

Bei einer Aufsichtsprüfung stießen wir auf die Auffassung eines Rentenversicherungsträgers, dass eine geringfügige Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze im Verhältnis zur Höhe der zu Unrecht erhaltenen Rentenleistung einen atypischen Fall im Sinne des § 48 SGB X darstelle. Dieser Rentenversicherungsträger forderte in diesen Fällen nur die Differenz zur zulässigen Hinzuverdienstgrenze zurück.

Das Bundesversicherungsamt hat diese Rechtsauffassung beanstandet. Mit Hinweis auf ein Urteil des Bundessozialgerichtes vom 23. März 1995 (Az.: 13 RJ 39/94 m.w.N.) haben wir deutlich gemacht, dass Festbetragsregelungen typischerweise auch bei geringfügigen Überschreitungen zum Fortfall einer Rente führen und die Annahme eines atypischen

Falles zu einer dem Gesetz widersprechenden Anrechnungsregelung führen würde. Der Träger hat nunmehr zugesagt, seine Arbeitsanweisung entsprechend zu ändern.

Ratenzahlungsvereinbarungen im gerichtlichen Vergleich

Vor dem Sozialgericht werden oft Vergleiche abgeschlossen, in denen der Kläger sich verpflichtet, eine Rückforderung des Rentenversicherungsträgers in Raten zu begleichen. Diese Vergleiche werden abgeschlossen, obwohl die wirtschaftliche Situation des Klägers nicht überprüft worden ist. Außerdem enthielten die Vergleiche oft auch keine Klauseln zur Anpassung an sich in der Zukunft möglicherweise ändernde wirtschaftliche Verhältnisse. Die Anmerkungen des Bundesversicherungsamtes waren für den betroffenen Träger Anlass, seine Mitarbeiter für dieses Thema zu sensibilisieren und zu schulen.

Rücknahme von Verwaltungsakten für die Vergangenheit wegen Bösgläubigkeit

Eine Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes für die Vergangenheit nach § 45 Abs. 2 Satz 3 SGB X setzt voraus, dass der Adressat des Verwaltungsaktes die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes zum Zeitpunkt der Bekanntgabe des Verwaltungsaktes kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte, also „bösgläubig“ war. Im Gegensatz dazu regelte ein Versicherungsträger in seiner Arbeitsanweisung, dass es möglich sei, den Adressaten durch eine einseitige Mitteilung über die Rechtswidrigkeit eines Verwaltungsaktes (z.B. im Rahmen einer Anhörung nach § 24 SGB X) in eine ungünstige Rechtsposition zu bringen und ab dem Zeitpunkt der Anhörung zu Unrecht erbrachte Leistungen zurückzufor-

dern. Dies bedeutete eine Möglichkeit der Rücknahme des Bescheids nicht nur für die Zukunft, sondern auch für die Vergangenheit.

Das Bundesversicherungsamt hat in seiner Argumentation gegenüber dem Träger u.a. darauf hingewiesen, dass der Vertrauensschutz des Adressaten eines begünstigenden Verwaltungsaktes in die Bestandskraft des Bescheides nach § 45 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB X nicht durch ein Schreiben eingeschränkt werden kann. Bösgläubigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 Satz 3 SGB X als Voraussetzung für eine Aufhebung des Bescheides für die Vergangenheit muss bereits zum Zeitpunkt der Bekanntgabe des zurückzunehmenden Bescheides vorliegen. Andernfalls kommt nur eine Aufhebung für die Zukunft in Betracht. Der Träger hat aufgrund unserer Beratung seine Rechtsauffassung aufgegeben und zugesagt, seine Arbeitsanweisung zu § 45 SGB X entsprechend zu ändern.

Einkommensgerechte Beitragszahlung

Bei versicherungspflichtigen Selbstständigen kann auf Antrag und bei entsprechendem Nachweis als beitragspflichtige Einnahme das Arbeitseinkommen zugrunde gelegt werden (sog. einkommensgerechte Beitragszahlung). Die Rechtsauffassung eines Trägers zur Ermittlung der Beitragshöhe für Selbstständige haben wir in den Fällen beanstandet, in denen die versicherungspflichtige selbstständige Tätigkeit nur während eines Teils eines Kalenderjahres ausgeübt wurde.

Der Träger verfuhr in vorgenannten Fällen bisher so, dass das Arbeitseinkommen des entsprechenden Kalenderjahres aus dem vorgelegten Einkommensteuerbescheid unverändert übernommen wurde, d.h. ein z.B.

in lediglich drei Monaten erzielt Einkommen auf das gesamte Jahr verteilt wurde. Dies hatte regelmäßig zur Folge, dass lediglich Mindestbeiträge zu fordern waren.

Daraus ergeben sich Beitragsmindereinnahmen nicht nur für das erste Beitragsjahr, sondern auch für die bis zur Vorlage des nächsten Einkommensteuerbescheids folgenden Jahre. Das Bundesversicherungsamt vertritt die Auffassung, dass entsprechend der Zielsetzung der gesetzlichen Vorschrift in den o.g. Fällen entweder das nachgewiesene Einkommen auf ein Jahreseinkommen hochzurechnen oder das erzielte Einkommen nur für den Zeitraum der tatsächlichen Ausübung der selbstständigen Tätigkeit zugrunde zu legen sei.

Der Träger hat unserer Rechtsauffassung inzwischen zugestimmt. Er wird seine Arbeitsanweisung entsprechend korrigieren und prüfen, inwieweit Klarstellungen auch in anderen Arbeitsmitteln erforderlich sind.

Darstellung von Ermessensentscheidungen

Ein Bescheid ist so zu formulieren, dass die getroffene Entscheidung für den Adressaten eindeutig erkennbar und nachvollziehbar ist.

Bei einer Prüfung zum Thema Überzahlungen hat das Bundesversicherungsamt festgestellt, dass ein Versicherungsträger bei Rücknahmebescheiden nach den §§ 45 und 48 SGB X die getroffenen Ermessensentscheidungen unterschiedlich darstellte. Entscheidungen über die Höhe der Rückforderung wurden z.B. teilweise erst aus der Anlage zehn des Bescheides erkennbar.

Der Versicherungsträger hat eingeräumt, dass die Regelungen der Geschäftsanwei-

sung von der Sachbearbeitung nur ungenügend umgesetzt wurden. Um eine höhere Akzeptanz bei den Sachbearbeitern zu erzielen, wird der Träger die Verfahrensbeschreibung entsprechend überarbeiten. Parallel wird den Sachbearbeitern ein Vordruck zur Verfügung gestellt, der die Berechnung der manuell vorzugebenden Werte vereinfacht.

Anhörung vor Erteilung eines Aussparungsbescheides

Bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in Rechte eines Beteiligten eingreift, ist diesem grundsätzlich die Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern (§ 24 Abs. 1 SGB X).

Wir mussten feststellen, dass vor dem Erlass eines Aussparungsbescheides oft keine Anhörung veranlasst wurde. Als Ursache konnten wir einen fehlenden Hinweis in einem Bearbeitungsvordruck nachweisen. Der Träger hat aufgrund unserer Beanstandung den Vordruck um einen entsprechenden Bearbeitungshinweis ergänzt.

Aufbewahrung von Überzahlungsakten

Jeder Versicherungsträger ist verpflichtet, Unterlagen, die für die Verwaltungstätigkeit erforderlich sind, ordnungsgemäß aufzubewahren (§ 110a Abs. 1 SGB IV). Unterlagen, die für eine Verwaltungstätigkeit nicht mehr erforderlich sind, können zurückgegeben oder vernichtet werden (§ 110b Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Nicht nur die Nichteinhaltung der bestehenden Aufbewahrungsfristen von Akten in Überzahlungsfällen, sondern auch die Aufbewahrungsfristen selbst waren bei einem Versicherungsträger zu bemängeln. In

Überzahlungsfällen sind nach unserer Auffassung lange Aufbewahrungsfristen erforderlich und einzuhalten, um spätere Prüfungen vornehmen zu können. Dies gilt insbesondere für Fälle, in denen ein Verschulden eines Bediensteten oder eines anderen Versicherungsträgers vorliegt.

Der Träger hat aufgrund unserer Beanstan-

dungen umfangreiche Verfahrensänderungen vorgenommen, um zukünftig auszuschließen, dass eine Rentenakte vor Aufnahme oder während eines offenen Rückforderungsverfahrens vernichtet wird. Außerdem wurde für die Fallgruppe Stundung/Niederschlagung und Vermögensschaden eine neue Regelung in die Geschäftsanweisung aufgenommen.

II. VERWALTUNG

5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

- 5.1 Gerichtsverfahren
- 5.2 Personal-, Dienstrecht und Verwaltung
- 5.3 Datenschutz
- 5.4 Vergaberecht
- 5.5 Vermögenswirtschaft
- 5.6 Strukturelle Behandlungsprogramme (DMP)

II. VERWALTUNG

5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

5.1 Gerichtsverfahren

Die Statistik weist für das Jahr 2003 die Beteiligung des Bundesversicherungsamtes an insgesamt 92 neuen gerichtlichen Verfahren aus - darunter vierzehn Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz. In 90 Fällen wurde Klage gegen Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes erhoben bzw. ein Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gestellt. In einem Verfahren erfolgte die Beiladung des Bundesversicherungsamtes. In einem Fall verfolgte das Amt selbst Schadensersatzansprüche vor den Zivilgerichten.

Ein Novum in der Geschichte des Bundesversicherungsamtes und zugleich ein Zeichen der zunehmenden Relevanz europarechtlicher Bezüge im Bereich des Sozialversicherungsrechts ist ein seit dem Sommer 2003 vor dem EuGH anhängiges Vorabentscheidungsverfahren. Durch Beschluss hatte ein Sozialgericht den zwischen einer Krankenkasse und dem Bundesversicherungsamt geführten Rechtsstreit ausgesetzt und dem EuGH die Frage vorgelegt, ob Artikel 34 der Verordnung (EWG) 574/72 bei der Durchführung von § 13 Abs. 3 SGB V eine pauschalierende Erstattungspraxis durch den Versicherungsträger in Anlehnung an ähnliche Kleinbetragsvorschriften für Fälle der Kostenerstattung aufgrund ärztlicher Heilbehandlung in einem anderen Gemeinschaftsland ausschließt. Eine Entscheidung des EuGH ist noch nicht ergangen.

Im Vergleich zum Jahr 2002 (160 Verfahren) hat sich die Anzahl der neuen Rechtsstreitigkeiten im Jahr 2003 verringert, und dies in allen Teilbereichen.

Einen Schwerpunkt bildeten erneut die Klagen gegen Bescheide des Bundesversicherungsamtes zum Risikostrukturausgleich (RSA), die aber mit 44 Verfahren gegenüber den Vorjahren (2002: 70 Verfahren) deutlich zurückgegangen sind. Auch bei den Rechtsstreitigkeiten im Aufsichts- und sonstigen Tätigkeitsbereich ist eine fallende Tendenz von 81 Verfahren im Jahre 2002 auf 44 Verfahren im Jahre 2003 erkennbar. Die Anzahl neuer gerichtlicher Verfahren im Bereich des Entschädigungsrentenrechts (ERG) ist mit vier Verfahren im Jahr 2003 ebenfalls geringer als im Jahr 2002; damals waren es neun Verfahren.

	Gerichtsverfahren					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
RSA	19	184	68	54	70	44
ERG	38	17	4	3	9	4
Aufsicht u.a.	25	25	22	18	81	44
Summe	82	226	94	75	160	92

Im Verlaufe des Jahres 2003 ergingen 54 Urteile oder Beschlüsse, 42 davon zu unseren Gunsten. In einem Revisionsverfahren (zum Risikostrukturausgleich) obsiegte das Bundesversicherungsamt teilweise. Rechtskräftig wurden 33 der 54 Entscheidungen, einschließlich dreizehn Entscheidungen des Bundessozialgerichts, das in acht Fällen

unsere Rechtsauffassung in vollem Umfang bestätigte. Hinzu kamen 39 Erledigungen von Gerichtsverfahren auf sonstige Weise, etwa durch Klagerücknahme oder Vergleich. Da die Erledigungen wiederum die Anzahl neuer Rechtsstreitigkeiten nicht kompensieren konnten, erhöhte sich der Bestand anhängiger Gerichtsverfahren zum Ende des Jahres 2003 auf 627 gegenüber annähernd 600 zum Ende des Vorjahres.

Aus der großen Zahl der im Jahr 2003 entschiedenen Fälle verdienen folgende Entscheidungen besondere Beachtung: Bereits zu Beginn des Berichtszeitraums, am 23. Januar 2003, hatte das BSG mehrere Grundsatzurteile zum Risikostrukturausgleich für die Jahre 1994 bis 1997 verkündet, die allesamt - bis auf *ein* Randproblem - die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes bestätigten.

Mehrere Zahlerkassen hatten sich gegen die ihnen erteilten Ausgleichsbescheide des Bundesversicherungsamtes gewandt. Das BSG stellte in seinen eingehend begründeten Entscheidungen klar, dass die angefochtenen Bescheide sowohl in formeller als auch in materieller Hinsicht rechtmäßig waren. So seien etwaige Einwendungen wegen der Familienversicherten ohne Belang. Die Bescheide basierten auch auf einer ausreichenden Datengrundlage. Gegen die Rechtmäßigkeit der Korrekturen für die Vorjahre bestünden keine Bedenken. Das Gericht teilte ferner nicht die verfassungsrechtlichen Zweifel der Krankenkassen am Risikostrukturausgleich. Es sah, anders als die Versicherungsträger, schließlich keinen Verstoß gegen Bestimmungen des europäischen Gemeinschaftsrechts.

Lediglich in einem Verfahren, das die Erhebung von Säumniszuschlägen zum Inhalt hatte, konnte das Bundesversicherungsamt

seine Auffassung nicht durchsetzen. Das BSG sah in § 266 Abs. 8 SGB V allein keine ausreichende Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Zuschläge Ende 1996 bzw. in der ersten Jahreshälfte 1997.

Den höchstrichterlichen Urteilen kommt erhebliche Bedeutung zu. Sie haben viele bis dahin strittige Fragen beantwortet. Die klärende Wirkung geht über die Zeiträume 1994 bis 1997 hinaus; es zeichnet sich ab, und hierfür ist der Rückgang der Klagen gegen den Risikostrukturausgleich im Berichtszeitraum ein recht aussagefähiges Indiz, dass die Situation im Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung sich allmählich befriedet.

Definitive Klarheit über die verfassungsrechtlichen Elemente des Risikostrukturausgleichs wird allerdings erst die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts über Verfassungsbeschwerden wegen des Risikostrukturausgleichs bringen.

In drei Verfahren, die dem Bundesversicherungsamt im Frühjahr des Berichtsjahres zugestellt worden sind und die das Entschädigungsrentengesetz (ERG) betrafen, hat das Bundessozialgericht (BSG) seine ständige Rechtsprechung zu den Anforderungen an eine Anwendung der Ermächtigungsnorm zur Kürzung der Entschädigungsrente - § 5 Abs. 1 ERG - bestätigt. Es müsse mindestens eine konkrete Handlung nachgewiesen werden, durch welche in Ausübung staatlicher oder staatlich verliehener Macht unmittelbar oder mittelbar in den Kerngehalt eines die Menschenwürde schützenden Menschenrechts eingegriffen werde oder durch die elementare Rechtsstaatsprinzipien verletzt worden seien.

Auf dem Boden dieser gefestigten Rechtsprechung waren das Bundesversiche-

rungsamt und überwiegend die Tatsacheninstanzen davon ausgegangen, aus der (Hilfs-)Tatsache, dass jemand ein Amt nicht nur ganz kurzzeitig inne gehabt habe, könne auf die Haupttatsache geschlossen werden, er habe die mit dem Amt verbundenen Aufgaben wahrgenommen; durch den Inhalt der jeweiligen Amtsgeschäfte wiederum werde ein Verstoß gegen die in § 5 Abs. 1 ERG genannten Grundsätze hilfstatsächlich indiziert, wenn die mit dem Amt verliehene Macht solche Verstöße gerade zum Inhalt hatte, es gleichsam zur Amtsausübung zählte, gegen die Grundsätze der Rechtsstaatlichkeit und Menschlichkeit zu verstoßen.

Das BSG machte nun deutlich, dass mit seiner Entscheidungspraxis ein solches Verständnis der hilfstatsächlichen Indizierung nicht zu vereinbaren sei. Das Ereignis, das als „Verstoß“ i.S.d. § 5 Abs. 1 ERG qualifiziert werde, müsse vielmehr so exakt bestimmt werden, dass ein „Entlastungsbeweis“ nicht von vornherein ausgeschlossen sei.

Diese Hürde erweist sich in einer Reihe von Verfahren, die die Aberkennung oder Kürzung der Entschädigungsrente betreffen, als zu hoch. Die Rechtsprechung selbst ist in der Literatur nicht ohne Kritik geblieben (vgl. Patermann, SGB 2003, 601).

In einer weiteren Entscheidung hat sich das BSG ein wenig konzilianter gegeben. Bei Abstellen auf die konkreten Umstände des Einzelfalls sei auch das Maß der Teilhabe an der objektiven Verantwortlichkeit für das Systemunrecht in der DDR zu berücksichtigen. Gestaffelt nach Verantwortungsebenen, nämlich einer unteren, mittleren, gehobenen, höheren und höchsten Ebene,

wie sie in der SED und anderen Parteien der DDR, dem MfS, der Armee sowie den gesellschaftlichen Organisationen anzutreffen seien, komme eine prozentuale Kürzung der Entschädigungsrente in Betracht.

Das BSG hat damit der Praxis wichtige Hilfen an die Hand gegeben. Zugleich ist es von seiner bisher strikten Linie des Verbots der geltungserhaltenden Reduktion abgerückt, indem es im o.g. Urteil nicht zurückverwiesen, sondern selbst entschieden hat.

Im Tätigkeitsbericht des Jahres 2002 hatten unter der Rubrik „Gerichtsverfahren“ Rechtstreitigkeiten wegen des (Internet) Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln einen verhältnismäßig großen Raum eingenommen. Auch im Berichtszeitraum waren diese Verstöße gegen § 43 Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG) sowie gegen § 73 Abs. 1 AMG Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Krankenkassen. Die Kassen hatten die Verpflichtungsbescheide der Aufsicht, die mit der Anordnung der sofortigen Vollziehung versehen waren, angefochten. In den Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ergingen Entscheidungen, die im Grunde die regionalspezifische Tendenz jener Gerichtsentscheidungen bestätigten, die bezogen auf aufsichtsrechtliche Maßnahmen zur Durchsetzung des Versandhandelsverbotes bereits im letzten Tätigkeitsbericht dokumentiert worden ist. Letztendlich hatte das Bundesversicherungsamt vor den Landessozialgerichten der Länder Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Hamburg obsiegt, wohingegen die Landessozialgerichte in Niedersachsen und Bayern den Kassen einstweiligen Rechtsschutz gewährten.

Am 11. Dezember 2003 verkündete der EuGH seine mit Spannung erwartete Entscheidung zum Verkauf von Arzneimitteln über das Internet. Danach ist das deutsche Versandhandelsverbot mit dem Gemeinschaftsrecht insoweit vereinbar, als es den Versand verschreibungspflichtiger Arzneimittel betrifft. Das sich auf nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel beziehende Versandhandelsverbot hingegen wurde als nicht europarechtskonform bewertet.

Im Zuge der Gesundheitsreform hat der Gesetzgeber sich vom generellen Verbot des Versandhandels verabschiedet. Mit Wirkung vom 1. Januar 2004 ist mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) der Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln von einer behördlichen Erlaubnis abhängig.

Das hat zur Folge, dass die Rechtsgrundlagen unserer Verpflichtungsbescheide entfallen sind, mit dem Resultat, dass die aufsichtsrechtlichen Anordnungen seit Jahresbeginn 2004 gegenstandslos geworden sind. Damit haben sich sämtliche noch anhängigen gerichtlichen Verfahren zum Internet-Versandhandel erledigt.

Mit Rücksicht auf die zu erwartenden Gesetzesänderungen und/oder das Urteil des EuGH im Vorabentscheidungsverfahren hatten die Gerichte ihre Entscheidungen im Berichtszeitraum überwiegend zurückgestellt. Diese Verfahren dürften im Jahr 2004 - vor dem Hintergrund des in Kraft getretenen GMG und der EuGH-Entscheidung - alle beendet werden.

5.2 Personal-, Dienstrecht und Verwaltung

Kinderbetreuungskosten

Gleich in zwei Fällen mussten wir uns mit der Frage der Übernahme von Kinderbetreuungskosten bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften auseinander setzen.

Im Rahmen einer Aufsichtsprüfung hatten wir festgestellt, dass der Vorstand und der Gesamtpersonalrat einer Berufsgenossenschaft (BG) im Jahre 1994 eine Dienstvereinbarung über eine Zuschussgewährung zu Kinderbetreuungskosten für Beschäftigte bei einer Unterbringung von nicht schulpflichtigen Kindern außerhalb des eigenen Haushalts abgeschlossen hatten und Beschäftigten aufgrund dieser Vereinbarung für den Besuch eines Kindergartens generell monatliche Zuschüsse bis zu 300 DM gezahlt wurden. War wegen des Fehlens eines geeigneten Kindergartenplatzes die Unterbringung bei einer Tagesmutter erforderlich, erhöhte sich der Zuschuss auf bis zu 600 DM monatlich.

Dieser Zuschuss konnte allen Beschäftigten (bei Teilzeitbeschäftigten anteilig) gewährt werden, sofern sie mindestens drei Jahre bei der Berufsgenossenschaft tätig waren und ein nicht schulpflichtiges Kind wegen der Ausübung der beruflichen Tätigkeit außerhalb des eigenen Haushalts untergebracht war.

Wir haben der Berufsgenossenschaft im Wege der aufsichtsrechtlichen Beratung gemäß § 89 Abs. 1 Satz 1 SGB IV mitgeteilt, dass eine Rechtsgrundlage für die Gewährung der in der Dienstvereinbarung vorgesehenen Zuschüsse nicht vorhanden

ist. Die BG hat die Vereinbarung mit dem Gesamtpersonalrat daraufhin mit Schreiben vom 29. April 2003 gekündigt. Die bis zum Ende des Jahres 2003 andauernde Zuschussgewährung haben wir aufsichtsrechtlich toleriert.

In der Absicht, Kosten für die Kinderbetreuung in bestimmten Fällen zu übernehmen, hatte uns eine andere Berufsgenossenschaft um Beratung gebeten. Zur Förderung der Teilnahme teilzeitbeschäftigter und beurlaubter Mitarbeiter/-innen sei konkret vorgesehen, die Kinderbetreuungskosten für beurlaubte Mitarbeiter/-innen während der Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung generell zu übernehmen. Für teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter/-innen sei eine Kostenübernahme nur für den Fall geplant, dass dies kostengünstiger sei, als eine auf die Interessen der Betroffenen abgestimmte zeitliche oder räumliche Umorganisation der Fortbildungsmaßnahme. Schließlich bestand die Absicht, zusätzlich anfallende Kinderbetreuungskosten wegen aus wichtigen dienstlichen Gründen angeordneter Mehr- und Samstagsarbeit zu tragen.

Wir haben der BG mitgeteilt, dass eine Kostenübernahme während der Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen grundsätzlich, bei angeordneter Mehr- und Samstagsarbeit unter bestimmten Voraussetzungen zulässig ist.

Unsere Rechtsauffassung zu der gesamten Thematik Übernahme von Kinderbetreuungskosten durch den Träger als Arbeitgeber lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Leistungen des Arbeitgebers im Zusammenhang mit Kinderbetreuung, die der Personalgewinnung und -erhaltung dienen, sind Verwaltungsausgaben im Sinne von

§ 30 Abs. 1 SGB IV. Sie bedürfen insofern keiner besonderen gesetzlichen Ermächtigung. Die Entscheidung, welche Leistungen im Einzelfall erbracht werden, unterliegt der Einschätzungsprärogative der Sozialversicherungsträger, die allerdings durch das Wirtschaftlichkeitsgebot beschränkt ist.

So ist nach unserer Auffassung die Erstattung von Kinderbetreuungskosten zum Beispiel in Fällen dienstlich veranlasster Fortbildungsmaßnahmen zulässig. Zwar sieht § 10 Abs. 2 Satz 3 Bundesgleichstellungsgesetz in den dort genannten Fällen nur vor, dass Möglichkeiten der Kinderbetreuung im Bedarfsfall angeboten werden sollen. Insoweit kommt die Erstattung nachgewiesener Kinderbetreuungskosten aus den oben genannten Gründen jedoch in den Fällen in Betracht, in denen diese gegenüber dem Angebot der Kinderbetreuung durch den Arbeitgeber die wirtschaftlichere Alternative darstellt.

Gleiches gilt, wenn eine Kinderbetreuung aufgrund kurzfristig angeordneter und dienstlich unbedingt notwendiger Mehrarbeit bei bestimmten Beschäftigten erforderlich wird. Auch hier ist es in der Regel wirtschaftlicher, Kinderbetreuungskosten von eingearbeiteten Beschäftigten zu übernehmen, als auf ihre Arbeit zu verzichten und erforderlichenfalls kurzfristig auf teureres Aushilfspersonal zurückgreifen zu müssen.

Regelungen, die eine Zuschussgewährung zu den Kinderbetreuungskosten vorsehen, sind aber dann unzulässig, wenn es sich – wie im oben geschilderten Fall – um Geldleistungen handelt, die als Teil des Gehalts abstrakt und generell gezahlt werden, ohne dass ein im Einzelfall bestehender, konkreter Betreuungsbedarf, der im

Zusammenhang mit dem jeweiligen Arbeitsplatz steht, nachgewiesen werden muss.

Ein konkreter Bezug ist demgegenüber zum Beispiel dann gegeben, wenn vom Arbeitgeber eine Kindertageseinrichtung eingerichtet wird, weil für die Beschäftigten keine Betreuungseinrichtung in zumutbarer Nähe vorhanden ist und der Träger anderenfalls auf diese Mitarbeiter verzichten müsste (Personalerhaltung). Im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Maßnahme ist darauf zu achten, dass die finanzierte Kindertagesstätte ausgelastet ist, mögliche Zuschüsse durch den Arbeitgeber beantragt werden und die Eltern (=Beschäftigten) selber den üblichen Kindergartengebühr zu zahlen haben, der auch für Einrichtungen in kommunaler oder kirchlicher Trägerschaft aufzubringen ist.

Tarifverträge der Tarifgemeinschaft der Ersatzkassen und einer weiteren, nicht angeschlossenen Ersatzkasse

Wegen Zahlung eines vollen vierzehnten Monatsgehalts hatte das Bundesversicherungsamt die Tarifverträge der Tarifgemeinschaft der Ersatzkassen (EKT) und einer weiteren Kasse aufsichtsrechtlich beanstandet.

Darüber hinaus war festzustellen, dass das Gehaltsniveau der Ersatzkassen (monatliche Vergütung für vergleichbare Funktionen) insgesamt jedenfalls nicht unter dem Niveau des übrigen öffentlichen Dienstes liegt. Dies gilt sowohl im Vergleich mit dem Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) als auch im Vergleich zu dem Bundesangestelltentarifvertrag Ortskrankenkassen (BAT/OKK) und dem Tarifvertrag der Innungskrankenkassen (IKKTV). Für den ge-

samten Krankenkassenbereich hatte das Statistische Bundesamt im August 2003 festgestellt, dass das Vergütungsniveau dort zwölf Prozent über dem des übrigen öffentlichen Dienstes liegt.

Die tarifvertraglichen Regelungen der Ersatzkassen verstießen daher, soweit sie über ein dreizehntes Monatsgehalt hinausgingen, gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit gemäß § 69 Abs. 2 SGB IV. Nach der vom Bundessozialgericht geforderten Anwendung des Minimalprinzips dürfen die Mittel der Sozialversicherungsträger nur insoweit eingesetzt werden, als sie zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der Träger notwendig sind.

Der Vergleich mit der Vergütung im übrigen öffentlichen Dienst und insbesondere bei anderen gesetzlichen Krankenkassen entspricht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Auslegung des § 69 Abs. 2 SGB IV, das in dem Tatbestandsmerkmal der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit eine Mittel-Zweck-Relation mit dem Ziel gesehen hat, bei der Verwendung von Haushaltsmitteln das Notwendige (Minimalprinzip) nicht zu überschreiten (26. August 1983 Az. 9 K 29/82).

„Notwendig“ ist auch bei Krankenkassen eine Vergütung, welche nach den Bedingungen des Marktes angeboten werden muss, um qualifiziertes Personal anzuwerben bzw. zu erhalten. Zur Personalgewinnung und Personalerhaltung ist die Gewährung eines vierzehnten Monatsgehaltes bei der gegenwärtigen Arbeitsmarktlage nicht erforderlich.

Sowohl die Mitglieder der Tarifgemeinschaft der Ersatzkassen als auch die weitere Ersatzkasse wurden daher von uns dahin gehend beraten, in einem neuen Tarif-

vertrag auf die Gewährung eines vierzehnten Monatsgehalts zu verzichten.

Die nach den Kündigungen der bestehenden Tarifverträge der Ersatzkassen neu abgeschlossenen Tarifverträge können das Bundesversicherungsamt nicht befriedigen. Es sieht darin nur einen „Einstieg in den Ausstieg“ aus dem vollen vierzehnten Monatsgehalt und kann eine Annäherung an das Vergütungsniveau des übrigen öffentlichen Dienstes darin kaum erkennen. Es wird die Angelegenheit aufsichtsrechtlich weiterverfolgen. Die derzeitige Wirksamkeit der Tarifverträge kann das Amt jedoch nicht bestreiten.

Verwaltungskostenbudgetierung

Die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind in den vergangenen Jahren erheblich stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einnahmen. In den letzten fünf Jahren – und auch im Berichtsjahr - lag der durchschnittliche Zuwachs bei gut drei Prozent. Ein Teil des starken Ausgabenwachstums der gesetzlichen Krankenversicherung ist also auf den überproportionalen Zuwachs bei den Verwaltungskosten zurückzuführen.

Der Gesetzgeber hat auf diese Entwicklung durch das Zwölfte SGB V-Änderungsgesetz reagiert und in § 4 SGB V eine Obergrenze für die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen für das Jahr 2003 festgeschrieben. Danach dürfen die Verwaltungsausgaben die entsprechenden Ausgaben des Jahres 2002 nicht überschreiten. Die Regelung ist rückwirkend zum 1. Januar 2003 in Kraft getreten.

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) wurde diese Regelung noch modifiziert und bis in das Jahr 2007 fortge-

schrieben. Danach dürfen sich bei der einzelnen Krankenkasse die Verwaltungsausgaben - im Verhältnis zu den Gesamtausgaben - gegenüber dem Jahr 2002 nicht erhöhen; Veränderungen der jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten im Jahr 2003 können berücksichtigt werden.

Das Bundesversicherungsamt bekräftigt in Übereinstimmung mit den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder, dass weder im Jahr 2003 noch in den Jahren 2004 bis 2007 Ausnahmetatbestände, die zu einer Überschreitung der Verwaltungskostenobergrenze führen, bis auf die im Gesetz für 2003 genannten Kosten für strukturierte Behandlungsprogramme, anerkannt werden können. Die Aufsichtsbehörden haben ausdrücklich festgehalten, dass trotz des für sie geltenden Opportunitätsprinzips entsprechend den Beschlüssen des Bundesrates vom 11. April 2003 (BR-Drs. 252/03) und des Deutschen Bundestages vom 11. April 2003 (BT-Drs. 15/850) sowie wegen des von § 4 Abs. 4 SGB V unberührt bleibenden Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit eine Einheitlichkeit des Verwaltungshandelns der Aufsichtsbehörden gewahrt wird.

Wir werden daher jeweils die Verwaltungskosten der Krankenkassen mit denen des Jahres 2002 vergleichen und in den Fällen, in denen es entgegen der gesetzlichen Vorgabe zu einer Steigerung der Verwaltungskosten gekommen ist, zunächst die vorgelegten Haushaltspläne beanstanden und ggf. unter Einsatz von aufsichtsrechtlichen Mitteln darauf hinwirken, dass die entstandenen Mehrausgaben wieder eingespart werden.

Kassen, die die Obergrenze zu überschreiten drohen oder bereits überschritten haben, haben auch personalwirtschaftliche

Maßnahmen (z.B. Limits bei Einstellungen, Beförderungen- bzw. Höhergruppierungen) bis hin zur Kündigung von Tarifverträgen zu ergreifen. Ein entsprechendes aufsichtsrechtliches Verlangen kollidiert auch nicht mit der Koalitionsfreiheit (Art. 9 Abs. 3 GG), da sich die Aufforderung nicht gegen den Tarifvertrag als solchen wendet, sondern Rechtswirkung nur gegenüber einer Krankenkasse entfaltet. Gleichwohl sollte die Aufforderung zur Kündigung von Tarifverträgen nur die "ultima ratio" sein.

Vorstandshaftung

Das Bundesversicherungsamt hat wiederholt Krankenkassen veranlasst, gegenüber ihren Vorständen bzw. ehemaligen Vorständen Regressverfahren einzuleiten.

Rechtsgrundlage für eine Haftung des Vorstandes war bis zum 31. Dezember 2001 das ungeschriebene Rechtsinstitut der positiven Vertragsverletzung (pVV). Mit dem Inkrafttreten des Schuldrechtsmodernisierungsgesetzes am 1. Januar 2002 ist dieses Institut durch die Neufassung des § 280 Abs. 1 BGB kodifiziert worden. Voraussetzung ist immer die vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der sich aus dem Dienstvertrag ergebenden Pflichten.

So hat beispielsweise das Landgericht Schweinfurt mit Urteil vom 27. März 2003 dem Grunde nach die Haftung des Vorstandes einer Krankenkasse bestätigt, auf dessen Veranlassung hin die Kasse zu Unrecht zu niedrige Beiträge erhoben hat.

In einem weiteren Fall hatte das Bundesversicherungsamt bei einer Prüfung durch den Prüfdienst Krankenversicherung (PDK) einen übertriebenen Aufwand für Repräsentation bei einem Vorstand festgestellt. Nach Beratung der Kasse erklärte

sich der Vorstand bereit, den so entstandenen Schaden zu begleichen.

Bestimmte Fallkonstellationen und Schadensverursachungen geben dem Bundesversicherungsamt jedoch auch Anlass, auf die besondere Haftung des Verwaltungsrates gemäß § 42 Abs. 2 SGB IV hinzuweisen. Diese wird immer dann zu prüfen sein, wenn es Anhaltspunkte dafür gibt, dass der Verwaltungsrat seine Kontrollbefugnisse und Kontrollpflichten nicht ausreichend wahrgenommen hat. Dies gilt insbesondere für seine generelle Verpflichtung zur Überwachung des Vorstandes nach § 197 Abs. 1 Nr. 1a SGB V, nicht zuletzt aber auch bei der Beitragssatzgestaltung im Rahmen der Satzung (§ 197 Abs. 1 Nr. 1).

Vorstandsvergütung (Bilanz der Überprüfung und Veröffentlichungspflicht)

Die Vergütungen der Vorstände der Gesetzlichen Krankenkassen sind ganz überwiegend angemessen und nicht zu hoch. Das ist das Ergebnis einer Überprüfung, in deren Verlauf sich das Bundesversicherungsamt die Vorstandsverträge aller bundesunmittelbaren Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen hat vorlegen lassen. Lediglich eine Kasse hatte sich geweigert, den Vorstandsvertrag vorzulegen, obwohl sie gemäß § 88 Abs. 2 SGB IV hierzu verpflichtet ist; der daraufhin ergangene Verpflichtungsbescheid wird derzeit von der Kasse beklagt.

Als zu hoch hat das Bundesversicherungsamt die Vergütungen der Vorstände bei insgesamt neun Kassen bewertet und zunächst in acht Fällen das aufsichtsrechtliche Verfahren mit der vorgeschriebenen Beratung eingeleitet. In fünf Fällen haben die Kassen zwischenzeitlich erklärt, die von uns für die jeweilige Kassengröße be-

stimmte Obergrenze bei der Vergütung in künftigen Verträgen zu beachten. In drei Fällen sind Verfahren bei den Sozialgerichten anhängig.

Beispiele für zu hohe Vergütungen sind 100.000,- bis 120.000,- € p. a. für Vorstände kleiner Kassen von 4000 bis 20.000 Mitgliedern. Die gesetzlichen Kassen sind öffentlich-rechtliche Körperschaften und finanzieren sich aus Pflichtbeiträgen der gesetzlich Versicherten. Die Vorstandsvergütungen werden nicht aus erwirtschafteten Gewinnen wie in einem Unternehmen bezahlt, sondern aus öffentlichen Mitteln.

Als Aufsichtsbehörde haben wir uns daher bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Vorstandsvergütungen weder an Vorstandsgehältern in der Privatwirtschaft noch allein an der Besoldungsstruktur des übrigen öffentlichen Dienstes orientiert. Beides wird den Besonderheiten der Vorstandsstellung bei Krankenkassen mit einer weitgehend fehlenden Produkt- und Preisverantwortung, aber hoher Unternehmens-, Finanz- und Personalverantwortung nicht gerecht. Wir richten den Maßstab für die Wirtschaftlichkeit einer Vorstandsvergütung am Durchschnitt des Marktes aus. Das heißt, die Spannbreite der Vergütungen, die Kassen vergleichbarer Größe für ihre Vorstände ausgeben oder ausgeben müssen, um Bewerber mit den notwendigen Kenntnissen und Fähigkeiten verpflichten zu können, entscheidet wesentlich über die Wirtschaftlichkeit einer in Frage stehenden Vergütung. Wenn sich dabei herausstellt, dass bestimmte Kassen die von anderen Kassen gezahlte „marktübliche“ Durchschnittsvergütung deutlich überschreiten, so ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verletzt.

Das Bundesversicherungsamt begrüßt in diesem Zusammenhang auch eine Neuregelung aufgrund des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Nach § 35a Abs. 6 SGB IV sind die Krankenkassen künftig verpflichtet, regelmäßig im Bundesanzeiger und in ihren Mitgliederzeitschriften die Vorstandsvergütungen einschließlich etwaiger Nebenleistungen und wesentlicher Versorgungsregelungen zu veröffentlichen.

Wir werden die Einhaltung dieser auf Transparenz zielenden Vorschriften in unserem Zuständigkeitsbereich überwachen und bei Nichtbeachtung einschreiten.

Wahl von Personalräten bei Betriebskrankenkassen

Im Rahmen von Prüfungen durch den Prüfdienst Krankenversicherung (PDK) des Bundesversicherungsamtes wurde bei zwei Betriebskrankenkassen festgestellt, dass kein Personalrat im Sinne des Bundespersonalvertretungsgesetzes (BPersVG) bestand. In einem Fall nahm lediglich ein Obmann einer Gewerkschaft bzw. im anderen der Betriebsrat des ehemaligen Trägerunternehmens die Interessen der Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse wahr. Das Bundesversicherungsamt hat daraufhin die betroffenen Krankenkassen über die Rechtslage unterrichtet und hinsichtlich der Wahl eines Personalrates beraten.

Gemäß Artikel 87 Abs. 2 GG i.V.m. § 29 Abs. 1 SGB IV handelt es sich bei einer Krankenkasse um eine bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts. Mit dem Übergang des Personals der Betriebskrankenkasse vom Trägerunternehmen auf die Körperschaft hat die Betriebskrankenkasse auch insofern eine eigenständige

Verwaltung. In den Verwaltungen der bundesunmittelbaren Körperschaften des öffentlichen Rechts sind gemäß § 1 BPersVG Personalvertretungen zu bilden. Das Betriebsverfassungsgesetz findet keine Anwendung.

Das Personal der Betriebskrankenkasse ist deshalb weder berechtigt, sich an den Wahlen zum Betriebsrat des Trägerunternehmens zu beteiligen, noch ist dieser befugt, die im BPersVG geregelten Mitbestimmungsrechte der Personalvertretung wirksam wahrzunehmen. Selbst der Wunsch der Personalversammlung, sich durch den Betriebsrat des Trägerunternehmens vertreten zu lassen, ist formell- und materiell-rechtlich ohne Wirkung.

Nach § 12 Abs. 1 BPersVG werden in allen Dienststellen, die in der Regel mindestens fünf Wahlberechtigte beschäftigen, von denen drei wählbar sind, Personalräte gebildet. Nach § 21 BPersVG hat der Dienststellenleiter die Pflicht, eine Personalversammlung zur Wahl eines Wahlvorstandes zu berufen. Dies gilt auch, wenn mangels Interesses der Beschäftigten noch keine Personalvertretung gewählt wurde.

Eine unbedingte Pflicht im Sinne eines Zwanges zur Errichtung von Personalvertretungen wird aber nicht gesehen. Verzichtet das Personal im o.g. Verfahren allerdings auf die Wahl eines Personalrates, so verzichtet es auch bewusst auf seine ihm durch das Bundespersonalvertretungsgesetz eingeräumten Möglichkeiten des Zusammenwirkens von Personalvertretung und Dienststelle. Von der Dienststelle getroffene mitbestimmungs- bzw. mitwirkungspflichtige Personalentscheidungen sind

deshalb trotz fehlender Beteiligung des Personalrates rechtlich nicht angreifbar.

Will das Personal sich aber personalrechtlich beteiligen und geht es fälschlicherweise davon aus, dass diesem Wunsch durch die Beteiligung des Betriebsrates des Trägerunternehmens Rechnung getragen wird, so kann dies Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit von Personalentscheidungen haben und diese im Rahmen von Arbeitsgerichtsprozessen angreifbar machen. Eine Kündigung ist unwirksam, wenn das Mitwirkungsverfahren nicht oder nicht ordnungsgemäß durchgeführt worden ist (§ 79 Abs. 4 BPersVG).

Damit die Beschäftigten von ihren durch das Bundespersonalvertretungsgesetz eingeräumten Rechten Gebrauch machen können, sind sie umfassend über die Rechtslage zu informieren. Die Beschäftigten müssen vor allem darauf hingewiesen werden, dass ohne Personalrat keine personalrechtlichen Beteiligungsrechte ausgeübt werden können und eine Vertretung der Beschäftigten durch den Betriebsrat des Trägerunternehmens unzulässig ist, da die Beschäftigten nicht von den gesetzlichen Vorschriften abweichende Vertretungsorgane schaffen können.

Wenn bei Personalentscheidungen der Betriebskrankenkasse der Betriebsrat des ehemaligen Trägerunternehmens beteiligt wird, so kann im Übrigen hierdurch auch in erheblichem Maße der Personaldatenschutz verletzt werden.

Nachdem wir sie entsprechend beraten haben, haben die betroffenen Kassen eine Erklärung hinsichtlich der Einrichtung eines Personalrats abgegeben bzw. dessen Wahl bereits durchgeführt.

IT-gestützte Therapieplanung

Der Bundesrechnungshof kritisierte im Jahre 1999, dass ein Rentenversicherungsträger erst 1998 das Terminplanungssystem *Time Table* in seinen Rehabilitationskliniken eingeführt hatte, das zudem bereits damals veraltet war. Bei einer Prüfung im Jahre 2001 haben wir dann festgestellt, dass der Zeitanteil für manuelle Planungstätigkeiten der Therapeuten viel zu hoch war. Unser Hinweis auf die weiterentwickelte Software *Time Base*, mit der eine höhere Auslastung des therapeutischen Personals hätte erzielt werden können, veranlasste den Träger, *Time Base* nach einer Pilotphase ab Sommer 2002 in sämtlichen Rehabilitationskliniken einzuführen. Die regelmäßigen Prüfungen des Bundesversicherungsamtes in den Jahren 2002 und 2003 bestätigten, dass *Time Base* flexibler und nachfrageorientierter arbeitet. Es ist jedoch unwirtschaftlich, wenn die Terminplanungstätigkeiten weiterhin vom therapeutischen Fachpersonal und nicht von Schreib- oder Bürokräften erledigt werden.

Später als zunächst geplant, hat der Rentenversicherungsträger im Sommer 2003 das Terminplanungssystem um ein Statistikmodul erweitert. Es soll für „Benchmarks“ zwischen den Kliniken bis auf die Ebene von einzelnen Therapieleistungen genutzt werden und den Vergleich der Kapazitätsauslastung der einzelnen Kliniken ermöglichen.

Bei einer weiteren Prüfung in drei Rehabilitationskliniken im Jahre 2003 mussten wir feststellen, dass das implementierte Statistikmodul für die nachfrageorientierte Planung der Behandlungskapazitäten der Kliniken nur unzureichend nutzbar ist. Es bietet keine Grundlage für die Anpassung der Personalkapazitäten und für die daraus

resultierenden personalwirtschaftlichen Maßnahmen. Die erstellten Statistiken reichen nicht aus, ein Planungs-Controlling innerhalb der Klinikgruppe auf der Basis der einzelnen Therapieleistungen zu realisieren. Der Träger hat zugesagt, das Statistikmodul im zweiten Quartal des Jahres 2004 zu optimieren.

Das *Order Entry-Modul* wird seit Herbst 2003 in einer Rehabilitationsklinik im Routinebetrieb erprobt. Dabei zeigen sich nachweisbare Vorteile. Dieses Modul organisiert und beschleunigt die Kommunikation zwischen Arzt und Planer oder Therapeuten. Der Arzt kann an seinem PC eine medizinische Behandlung verordnen oder Therapien absetzen und den Auftrag per E-Mail an das Terminplanungsbüro unbürokratisch übermitteln. Der Zeitaufwand für manuelle Terminplanungstätigkeiten hat sich dadurch bedeutend verringert.

Die Einführung des *Bar Code-Moduls* im Rahmen eines Pilotverfahrens wird voraussichtlich im dritten Quartal des Jahres 2004 erfolgen. Unter Einsatz dieses Moduls werden über einen Scanner beliebige Therapie- oder diagnostische Leistungen erfasst und vorgeplante Therapietermine quittiert. Die Terminnummer wird dabei direkt von dem ausgedruckten Therapieplan eingescannt. Durch die Einführung des *Bar Code-Moduls* wird unseres Erachtens eine noch flexiblere Terminplanung und zielorientierte Optimierung der Planungstätigkeit ermöglicht und damit die Datenbasis für die Durchführung tief gehender wirtschaftlicher Vergleichsanalysen innerhalb der Klinikgruppe geschaffen werden.

In weiteren Prüfungen werden wir kontrollieren, ob sich die Module bewähren.

Kommission der Bundesrepublik Deutschland zum Versorgungsruhen- und Entschädigungsrentengesetz

Die im Jahre 1992 von der Bundesregierung nach dem Versorgungsruhen-gesetz berufene Kommission muss auch gegenwärtig noch Entscheidungen nach dem Entschädigungsrentengesetz (ERG) treffen.

Dabei geht es zum einen darum, dem Bundesversicherungsamt nach § 3 Abs. 3 ERG Vorschläge über die Bewilligung von Entschädigungsrenten von NS-Opfern zu unterbreiten, denen in der ehemaligen DDR in rechtsstaatswidriger Weise Wiedergutmachungsleistungen vorenthalten oder entzogen wurden (§ 3 Abs. 1 ERG). Die endgültige Entscheidung trifft dann das Bundesversicherungsamt durch rechtsbehelfsfähigen Bescheid nach § 3 Abs. 3 ERG.

Die Anzahl dieser Neuanträge ist aber stark rückläufig. Im Jahre 2003 wurden lediglich noch vier Anträge gestellt, die wegen der engen Bewilligungsvoraussetzungen des § 3 Abs. 1 ERG alle abgelehnt werden mussten.

Neben den Bewilligungsvorschlägen hat die Kommission nach § 5 Abs. 2 ERG dem Bundesversicherungsamt auch Vorschläge über die Aberkennung oder Kürzung von Entschädigungsrenten zu machen, wenn das NS-Opfer im Rahmen seiner Funktion in der DDR gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit im Sinne von § 5 Abs. 1 ERG verstoßen hat.

Die Kommission musste im Jahre 2003 aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) einen Fall nochmals aufrollen. Der Betroffene hatte als Vorsitzender Richter an Urteilen gegen Flücht-

willige und Regimekritiker der DDR mitgewirkt.

Das BSG hatte den Bescheid des Bundesversicherungsamtes über die Aberkennung der Entschädigungsrente aus formalen Gründen aufgehoben. Es ist der Auffassung, dass die Anhörung der Kommission nach § 24 SGB X allein nicht ausreichend sei. Auch das den Bescheid erlassende Bundesversicherungsamt habe zu denselben Vorwürfen aufgrund eines nicht bestrittenen Sachverhalts nochmals eine weitere Anhörung des Betroffenen nach § 24 SGB X durchzuführen.

5.3 Datenschutz

Datenschutzrechtliche Grenzen der Datenverarbeitung im Auftrag

In den letzten Jahren haben die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung aus Zweckmäßigkeits- und Wirtschaftlichkeitsgründen vermehrt Dritte mit der Erhebung oder Verarbeitung ihrer Sozialdaten beauftragt. Hierbei müssen aber u.a. die engen datenschutzrechtlichen Grenzen aus § 80 SGB X beachtet werden.

Eine effektive aufsichtsrechtliche Begleitung derartiger Vorhaben ist nur gewährleistet, wenn die Träger gemäß § 80 Abs. 3 SGB X ihrer Aufsichtsbehörde rechtzeitig schriftlich den Auftragnehmer, die Art der zu verarbeitenden Daten, die zu erfüllende Aufgabe sowie den Abschluss etwaiger Unterauftragsverhältnisse anzeigen. Unabdingbar ist in diesem Zusammenhang auch die Beifügung der zwischen Auftragnehmer und Auftraggeber abgeschlossenen Datenschutzvereinbarung, aus der die zum Schutz der Sozialdaten getroffenen Maßnahmen ersichtlich sein müssen.

Mit dem Beginn der Disease-Management-Programme verzeichnen wir ab dem Jahr 2002 einen starken Anstieg der eingereichten Anzeigen gemäß § 80 Abs. 3 SGB X. Für unsere Aufsichtstätigkeit ist in diesem Zusammenhang die konstruktive und koordinierte Zuarbeit der Landesverbände und des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen eine wirksame Unterstützung.

Im Rahmen von Wirtschaftlichkeitserwägungen haben einzelne Träger Überlegungen angestellt, ihre gesamte Datenverarbeitung – entgegen der häufigen und datenschutzrechtlich grundsätzlich unproblematischen Praxis einer Vergabe an andere Träger oder Arbeitsgemeinschaften – nunmehr auf einen nicht-öffentlichen Auftragnehmer zu übertragen. Dem steht § 80 Abs. 5 Nr. 2 Satz 2 SGB X entgegen, wonach in einem solchen Falle der überwiegende Teil der Speicherung des gesamten Datenbestandes beim Auftraggeber verbleiben muss. Derzeit konnten alle dem Bundesversicherungsamt in Vorgesprächen dargelegten technischen und organisatorischen Konzepte einer umfassenden Verlagerung der Datenverarbeitung auf private Anbieter nicht die gesetzliche Hürde aus § 80 Abs. 5 Nr. 2 Satz 2 SGB X überwinden. Dies hat bei Trägern und Verbänden die Frage aufgeworfen, ob die dieser Vorschrift zugrunde liegende Annahme einer abstrakten Gefährdungslage durch Vergabe der Datenverarbeitung an private Dienstleister aus heutiger Sicht noch aufrechterhalten werden sollte. Diese Fragestellung hat in erster Linie der Gesetzgeber zu beantworten.

5.4 Vergaberecht

Einrichtung einer Vergabeprüfstelle nach § 103 Abs. 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB)

Das Bundesversicherungsamt war nach den einschlägigen Bestimmungen des Haushaltsgrundsätzegesetzes (HGrG) und der Nachprüfungsverordnung (NpV) als zuständige Aufsichtsbehörde bis zum 31. Dezember 1998 Vergabeprüfstelle für die bundesunmittelbaren Träger der Unfallversicherung und der Rentenversicherung. Mit dem zum 1. Januar 1999 in Kraft getretenen Vergaberechtsänderungsgesetz (VgRÄG) wurden die Bestimmungen für die Vergabe von öffentlichen Aufträgen, deren Auftragswerte die EG-Schwellenwerte erreichen oder überschreiten, in einem vierten Teil des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (§§ 97 ff. GWB) neu geregelt. Die zuvor genannten Vorschriften wurden aufgehoben.

Während nach alter Rechtslage die Vergabeprüfstellen eine obligatorische Nachprüfungsinstanz bildeten, ist deren Einrichtung nach § 103 Abs. 1 GWB nur noch fakultativ vorgesehen. Deshalb bedurfte es einer Klarstellung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) als zuständigem Ministerium, dass das Bundesversicherungsamt auch weiterhin die Funktion einer Vergabeprüfstelle über die seiner Aufsicht unterliegenden bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger innehat.

Während nach alter Rechtslage das Bundesversicherungsamt als Vergabeprüfstelle

grundsätzlich nur für die Unfall- und Rentenversicherungsträger zuständig war, ist es nunmehr für alle bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger (§ 98 Nr. 2 GWB) zuständig, wenn bei Auftragsvergabe die aufgrund von § 127 Abs. 1 GWB durch Rechtsverordnung festgelegten Schwellenwerte erreicht oder überschritten werden (§ 100 Abs. 1 GWB) und damit grundsätzlich ein EU-weites Vergabeverfahren durchzuführen ist.

Bei Liefer- und Dienstleistungsaufträgen im Sinne von § 99 Abs. 2 und 4 GWB beträgt der zu schätzende Auftragswert (Schwellenwert) 200.000 € ohne Umsatzsteuer (§ 3 Vergabeverordnung (VgV) vom 9. Januar 2001 und § 2 Nr. 3 VgV). Bei Bauaufträgen liegt der Schwellenwert bei fünf Millionen € ohne Umsatzsteuer (§ 2 Nr. 4 VgV). Bei der Vergabe freiberuflicher Leistungen beträgt er für die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger nach § 2 Abs. 2 der Verdingungsordnung für freiberufliche Leistungen (VOF) ebenfalls 200.000 € ohne Umsatzsteuer. Die VOF ist aber nur dann anwendbar, wenn die Leistung nicht eindeutig und erschöpfend beschreibbar ist. Anderenfalls ist ab dem genannten Schwellenwert die Leistung nach Maßgabe des Abschnitts 2 der Verdingungsordnung für Leistungen – Teil A – (VOL/A) zu vergeben. Erreicht oder überschreitet der geschätzte Auftragswert bei Bauleistungen den genannten Schwellenwert, haben öffentliche Auftraggeber den Abschnitt 2 der Verdingungsordnung für Bauleistungen – Teil A – (VOB/A) anzuwenden.

Mit der Umsetzung des europäischen Gemeinschaftsrechts ist in § 97 Abs. 7 GWB nunmehr auch verankert, dass bei Erreichen der Schwellenwerte Unternehmen einen Anspruch darauf haben, dass der öf-

fentliche Auftraggeber die Bestimmungen des Vergaberechts einhält. Unternehmen haben danach ein subjektives Recht auf Überprüfung des Vergabeverfahrens.

Sie können hierzu das Bundesversicherungsamt als Vergabeprüfstelle bei Auftragsvergabe der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger im Sinne von § 98 Nr. 2 GWB anrufen (§ 103 Abs. 2 GWB). Darüber hinaus kann die Vergabeprüfstelle auch von Amts wegen tätig werden. Im Rahmen ihrer Befugnisse kann sie die das Vergabeverfahren durchführende Stelle auch verpflichten, rechtswidrige Maßnahmen aufzuheben und rechtmäßige Maßnahmen zu treffen. Sie kann zudem diese Stelle und die beteiligten Unternehmen bei der Anwendung der Vergabevorschriften beraten und schlichtend tätig werden.

Hat die Vergabeprüfstelle des Bundesversicherungsamtes zur Wahrung von Rechten nach § 97 Abs. 7 GWB entschieden, kann nach § 103 Abs. 3 GWB nur die Vergabekammer des Bundes beim Bundeskartellamt angerufen werden (§ 106 Abs. 1 GWB). Nicht berücksichtigte Unternehmen können sich aber auch direkt an die Vergabekammer wenden (§ 107 Abs. 1 GWB). Darum ist von den bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern bereits in der Vergabebekanntmachung und den Vergabeunterlagen die Anschrift der Vergabekammer des Bundes anzugeben. Die Vergabeprüfstelle beim Bundesversicherungsamt kann zusätzlich genannt werden (§ 17 VgV).

Einrichtung einer Nachprüfungsstelle im Bundesversicherungsamt (§ 31 VOB/A)

Bei der Vergabe von Bauaufträgen greift die Sonderregelung des § 31 VOB/A. Während die Vergabeprüfstelle bei Bauleistun-

gen nur ab Erreichen des Schwellenwertes von fünf Millionen € ohne Umsatzsteuer angerufen werden kann, wird die Nachprüfungsstelle bei Bauaufträgen auch unterhalb dieser Wertgrenze auf Antrag von Unternehmen tätig. Dementsprechend haben bundesunmittelbare Sozialversicherungsträger als öffentliche Auftraggeber unterhalb der genannten Wertgrenze nach § 31 VOB/A in der Vergabebekanntmachung und den Vergabeunterlagen die Nachprüfungsstelle des Bundesversicherungsamtes mit Anschrift anzugeben, an die sich Bewerber oder Bieter zur Nachprüfung behaupteter Verstöße gegen die Vergabebestimmungen wenden können. Die Befugnisse der Nachprüfungsstelle sind mit denen der Aufsicht identisch. Anders als im Aufsichtsbereich haben Antragsteller aber ein subjektives Recht auf Nachprüfung.

Um der Bedeutung des Vergaberechts – einem in sich geschlossenen, komplexen Rechtsgebiet – hinreichend Rechnung zu tragen, wird das Bundesversicherungsamt eine gesonderte Organisationseinheit einrichten, dem die Funktion der Vergabeprüfstelle (und Nachprüfungsstelle) übertragen wird. Die organisatorischen Umstrukturierungsmaßnahmen werden im Jahre 2004 abgeschlossen sein.

Prüfung von Vergabeverfahren im Rahmen der Aufsicht nach § 88 Abs. 1 SGB IV

Unbeschadet seiner Befugnisse als Vergabeprüfstelle kann das Bundesversicherungsamt auch als Aufsichtsbehörde überprüfen, ob bei Erreichen der genannten Schwellenwerte die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger ein ordnungsgemäßes Vergabeverfahren durchgeführt

haben (§ 102 GWB). Nach § 88 SGB IV gilt dies selbstverständlich auch bei Durchführung eines nationalen Vergabeverfahrens unterhalb der Schwellenwerte nach Abschnitt 1 der VOL/A und Abschnitt 1 der VOB/A (insoweit neben den Befugnissen nach § 31 VOB/A).

Im Berichtszeitraum haben wir zwei Sonderprüfungen auf dem Gebiet des Vergaberechts durchgeführt. Darüber hinaus wurde die Einhaltung der Bestimmungen des Vergaberechts auch bei Turnus- bzw. Schwerpunktprüfungen überprüft. Im Jahr 2004 werden wir ebenfalls Schwerpunktprüfungen im Vergaberecht durchführen, wobei wir mit den großen Trägern beginnen werden.

Einzelfälle

Ausschreibung von Empfangs- und Bewachungsdienstleistungen durch eine Berufsgenossenschaft

Das Verfahren wurde aufgrund eines Nachprüfungsantrages nach § 103 Abs. 2 GWB einer nicht berücksichtigten Bieterin überprüft.

Das Angebot der Antragstellerin wurde wegen fehlender Eignung nach § 25 Nr. 2 Abs. 1 VOL/A ausgeschlossen. In den Vergabeunterlagen war als Zuschlagskriterium genannt, dass für den Überwachungsdienst nur durch die Industrie- und Handelskammer geprüfte Werkschutzbeauftragte einzusetzen sind, die Sicherheitsleistungen nach einer bestimmten DIN-Norm erbringen. Nach ihrer Konzeption war diese DIN-Norm nur anwendbar, wenn der Zuschlag auf das wirtschaftlichste Angebot (was nicht gleichbedeutend mit dem niedrigsten Preis ist) erfolgen soll. Hingegen war in der Vergabebekanntmachung

als Zuschlagskriterium der niedrigste Preis genannt.

Die Auftraggeberin hatte hier vergaberechtswidrig gehandelt. Es war unzulässig, in der Leistungsbeschreibung der Vergabeunterlagen als Zuschlagskriterium erhöhte Qualitätsanforderungen anzuführen, als in der Vergabebekanntmachung genannt wurden. Danach hätte die Antragstellerin nicht auf dieser Wertungsebene (§ 25 Nr. 2 Abs. 1 VOL/A) ausgeschlossen werden dürfen. Trotz des Verstoßes gegen Bieter schützende Vorschriften hat die Vergabeprüfstelle im Rahmen ihres Entschließungsermessens nach § 103 Abs. 2 GWB davon abgesehen, die Vergabestelle der Berufsgenossenschaft zu verpflichten, die Ausschreibung aufzuheben. Ausschlaggebend dafür war, dass sich die Antragstellerin wegen ihrer Angebotspreise, die weit oberhalb eines anderen Bieters lagen, auf der letzten Wertungsebene gegenüber dem günstigsten Bieter ohnehin nicht hätte durchsetzen können. Die Antragstellerin hatte damit überhaupt keine Chance auf Erteilung des Zuschlags, sodass ihr durch den Vergabeverstoß weder ein Schaden entstanden ist noch ein solcher drohte.

Auftragsvergabe zur Errichtung eines „Externen Rechenzentrums“ durch eine gesetzliche Krankenkasse

Auch hier erfolgte eine Überprüfung des Verfahrens auf Antrag einer nicht berücksichtigten Bieterin. Die Kasse hatte zunächst ein EU-weites offenes Verfahren nach § 3a Nr. 1 Abs. 1 VOL/A durchgeführt. Ein Angebot wurde nach § 25 Nr. 1 Abs. 1 lit. a VOL/A wegen Fehlens wichtiger Preisangaben ausgeschlossen. Die Angebote von drei weiteren Bietern, u.a. das der Antragstellerin, wurden wegen Nichterfüllung der technischen Anforderungen

gemäß der Leistungsbeschreibung ausgeschlossen. Ein weiteres Angebot wurde nach § 25 Nr. 2 Abs. 3 VOL/A wegen eines offenbaren Missverhältnisses der Preise zum Angebot ausgeschlossen.

Die Kasse beabsichtigte daher, die Ausschreibung nach § 26 Nr. 1 lit. c VOL/A (kein wirtschaftliches Angebot) aufzuheben und den Auftrag nach § 3a Nr. 2 lit. a VOL/A im Wege des Verhandlungsverfahrens zu vergeben.

Im Nachprüfungsverfahren hat die Vergabeprüfstelle festgestellt, dass der Ausschluss des Angebots der Antragstellerin im Ergebnis vergaberechtskonform war. Zwar war er entgegen der Auffassung der Auftraggeberin nicht von § 25 Nr. 1 Abs. 1 lit. d VOL/A gedeckt (Angebote, bei denen Änderungen oder Ergänzungen an den Verdingungsunterlagen vorgenommen wurden). Das Angebot hätte aber nach § 23 Nr. 2 VOL/A ausgeschlossen werden können, da es wegen mangelnder fachlicher Richtigkeit die vom Auftraggeber gestellten Funktionsbedingungen nicht erfüllte.

Die Antragstellerin hat daraufhin ihren Nachprüfungsantrag zurückgenommen. Die Kasse hat dann die Ausschreibung nach § 26 Nr. 1 lit. c VOL/A aufgehoben und den Auftrag nach § 3a Nr. 2 lit. a VOL/A im Verhandlungsverfahren vergeben.

Die Vergabeprüfstelle des Bundesversicherungsamtes weist in diesem Zusammenhang auf Folgendes hin: Der Bundesgerichtshof hat entschieden, dass auch die Aufhebung einer Ausschreibung der Nachprüfung durch die Vergabekammern (und Vergabeprüfstellen) unterliegt und zur Aufhebung der Aufhebung mit der Verpflichtung führen kann, einem Bieter den

Zuschlag zu erteilen. Dies gilt allerdings nur für den Fall, dass der Antragsteller zu Unrecht im Vergabeverfahren ausgeschlossen wurde und der Auftraggeber weiterhin beabsichtigt, den Auftrag in unveränderter Form zu vergeben. Hält der Auftraggeber hingegen nicht mehr oder nicht mehr unverändert an der Auftragsvergabe fest, kann er nach dem Grundsatz der Vertragsfreiheit nicht zur Zuschlagserteilung verpflichtet werden. Dann kommt nur der Ersatz der Aufwendungen, die einem Bewerber entstanden sind, als Schadensersatz in Betracht.

Ausschreibungsverfahren eines bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgers über die Anmietung und Wartung von Kopiergeräten

Eine nicht berücksichtigte Bieterin trug uns den folgenden Fall zur Prüfung vor.

In den Verdingungsunterlagen war u.a. angegeben, dass die grob geschätzten Kopiermengen (danach waren die Angebotspreise zu berechnen) sowohl deutlich über als auch unterschritten werden können, ohne dass der Auftragnehmer während der Vertragslaufzeit hieraus weitere Ansprüche geltend machen kann.

Die Antragstellerin hat zu Recht gerügt, dass dies keine Kalkulation des geforderten Klickpreises ermöglicht, weil das Kopiervolumen, auf das naturgemäß nur der Auftraggeber Einfluss hat, nicht ausreichend bekannt war.

Auf die Beanstandung der Vergabeprüfstelle hat der Auftraggeber dann die Vergabeunterlagen neu gefasst und eine Mindestabnahmemenge garantiert. Daraufhin nahm die Antragstellerin ihren Antrag bei der Vergabeprüfstelle zurück.

Da aufgrund der Neufassung der Verdingungsunterlagen die ursprünglich festgelegte Zuschlagsfrist (§ 19 Nr. 1 VOL/A) nicht eingehalten werden konnte, musste sie – was das Einvernehmen der in Frage kommenden Bieter voraussetzt – verlängert werden (§ 28 Nr. 2 Abs. 2 VOL/A).

Außerdem war – wie auch in einer Reihe weiterer Ausschreibungsverfahren – zu beanstanden, dass in den ursprünglichen Verdingungsunterlagen die Bindefrist über die Zuschlagsfrist hinausging. Hintergrund dafür mag die Absicht von Auftraggebern sein, bei zeitlicher Verzögerung des Zuschlags die Bieter weiter an ihr Angebot zu binden. Rechtlich entfaltet diese Vorgehensweise aber keine Wirkung, da im Vergabeverfahren die §§ 146 ff. BGB Anwendung finden. Danach entfällt die Bindungswirkung des Angebots des Bieters, wenn es nicht bis zum Ablauf der Zuschlagsfrist (Annahmefrist im Sinne von § 148 BGB) angenommen wird. Der Regelung des § 19 Nr. 3 VOL/A kommt danach keine eigenständige Bedeutung zu. Sie bestätigt nur die nach BGB bestehende Rechtslage.

Vergabeverfahren als Zulassungskriterium von Disease-Management-Programmen

Nach § 137f Abs. 5 SGB V können die Krankenkassen ihre Aufgaben zur Durchführung von Programmen, die sie nach Abs. 1 der Vorschrift mit zugelassenen Leistungserbringern vertraglich vereinbart haben, auf Dritte übertragen. Wählen sie diesen Weg, ist bei der Auftragsvergabe das Vergaberecht zu beachten.

Ein in diesem Zusammenhang besonders hervorzuhebender Fall betraf den Auftrag im Bereich Datenverarbeitung, den die

„Nordrheinische Disease-Management-Programme Gesellschaft“ (fortan GbR Nordrhein) dem Zentralinstitut der kassenärztlichen Vereinigung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) erteilt hatte.

Wie bereits im Vorjahresbericht ausgeführt, musste das Bundesversicherungsamt bereits im Jahre 2002 gegen die beabsichtigte Auftragsvergabe ohne eine förmliche EU-weite Ausschreibung an das ZI einschreiten. Die Gesellschafter der GbR Nordrhein verpflichteten sich daraufhin auf ihrer Gesellschafterversammlung im Dezember 2002, die Beauftragung des „Dritten“ öffentlich auszuschreiben.

Entgegen ihrer Beschlussfassung und der Versicherung gegenüber dem Bundesversicherungsamt schloss die GbR Nordrhein im Jahre 2003 dennoch einen Vertrag über die Datenverarbeitung mit dem ZI, ohne ein förmliches Ausschreibungsverfahren durchzuführen. Es wurden nicht einmal Verhandlungen mit anderen interessierten Unternehmen geführt. Dies war nicht hinnehmbar.

Die GbR Nordrhein ist öffentlicher Auftraggeber im Sinne von § 98 Nr. 2 GWB. Die Auftragsvergabe auf dem Gebiet der Datenverarbeitung gegen Entgelt ist eine Dienstleistung im Sinne von § 99 Abs. 1 und 4 GWB. Da der geschätzte Auftragswert weit über dem Schwellenwert von 200.000 € ohne Umsatzsteuer (§ 2 Nr. 3 VgV) liegt, war der Auftrag EU-weit zu vergeben.

Das Verhalten der GbR Nordrhein stellte den denkbar schwersten Verstoß gegen die Bestimmungen des Vergaberechts dar. Es hatte nach Auffassung der Vergabepflichtstelle zur Folge, dass der Vertrag nichtig war.

Eine ausdrückliche Regelung der Nichtigkeit bei Verletzung von Informationspflichten gegenüber nicht berücksichtigten Bieterinnen enthält § 13 VgV. Die Regelung setzt von ihrem Wortlaut aber voraus, dass es zumindest zwei Bieter und zwei Angebote geben muss. Allerdings hatte die Erste Vergabekammer beim Bundeskartellamt entschieden, dass die Nichtigkeitsfolge des § 13 VgV auch dann durchgreift, wenn mit nur einem Unternehmen verhandelt worden ist, mit dem dann auch der Vertrag geschlossen wurde, aber einem weiteren interessierten Unternehmen der Bieterstatus hätte vermittelt werden müssen. Wäre dies geschehen, hätte das antragstellende Unternehmen auch ein Angebot abgegeben. Dann hätte es auch vorab nach § 13 VgV informiert werden müssen (Beschluss vom 20. Mai 2003 – VK 1 35/03).

Zwar war das Verhalten der GbR Nordrhein nicht gänzlich vergleichbar mit dem von der Vergabekammer entschiedenen Fall, weil kein Unternehmen einen Nachprüfungsantrag bei der Vergabepflichtstelle nach § 103 Abs. 1 GWB oder der Vergabekammer nach § 107 Abs. 2 GWB gestellt hat. Deshalb ließ sich kein potentieller Bieterstatus im Sinne von § 13 VgV konstruieren. Andererseits war zu berücksichtigen, dass die GbR Nordrhein praktisch im „Geheimverfahren“ den Vertrag geschlossen hat. Es kann aber nicht zur Disposition des öffentlichen Auftraggebers stehen, mit dem krassen Verstoß gegen das Vergaberecht sein Verhalten sanktionslos zu gestalten.

In der Literatur wird bei sog. de facto-Vergabe die Auffassung vertreten, die Nichtigkeit ergebe sich direkt aus § 134 BGB. Gestützt wird diese Auffassung auf folgende Überlegungen: § 97 Abs. 1 i.V.m. § 101 Abs. 1 GWB spreche eine Missbilli-

gung der de facto-Vergabe aus. Dies ergebe sich aus der Systematik sowie der gesetz- und verordnungsgeberischen Wertung: Sowohl § 115 Abs. 1 GWB wie auch § 13 VgV enthalten im Falle der Verletzung einer wesentlichen Verfahrensvorschrift ein Zuschlagsverbot, das die Nichtigkeitsfolge des § 134 BGB auslöse. Im Rahmen dieser Betrachtungsweise kann sich die Nichtigkeit in Einzelfällen auch aus der sittenwidrigen Gesetzesumgehung nach § 138 Abs. 1 BGB ergeben. Die Umgehung liege in dem Verstoß gegen wettbewerbsrechtliche Grundsätze.

Das Bundesversicherungsamt teilt diese Auffassung. Der Vertrag war deshalb von Anfang an nichtig, weil er aufgrund einer sittenwidrigen Gesetzesumgehung im Sinne von § 138 BGB zustande kam. Diese Auffassung steht im Ergebnis im Einklang mit der Entscheidung des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 3. Dezember 2003 (VII-Verg 37/03). Danach tritt die Nichtigkeitsfolge bei sog. de-facto-Vergabe nach § 138 BGB ein, wenn der öffentliche Auftraggeber unter bewusster Umgehung des Vergaberechts handelt und dabei kollusiv mit dem Auftragnehmer zusammenwirkt.

Ein kollusives Zusammenwirken beider Seiten lag hier deshalb vor, weil den Vertragspartnern seit der Geschäftsanbahnung im Jahre 2002 bekannt war, dass die Vergabe des Auftrages ohne Ausschreibungsverfahren eine Umgehung des Vergaberechts darstellt.

Die GbR Nordrhein beabsichtigte dann, den Auftrag nach § 3a Nr. 1 Abs. 4 lit. c VOL/A im Wege eines Verhandlungsverfahrens mit vorheriger Vergabebekanntmachung zu vergeben. Dieser Ausnahmetatbestand setzt voraus, dass es sich bei den zu erbringenden Dienstleistungen um

geistig schöpferische Leistungen handelt, die in den vertraglichen Spezifikationen (Leistungsbeschreibung) nicht hinreichend genau festgelegt werden können, um den Auftrag durch ein förmliches Verfahren (offenes oder nicht offenes Verfahren) zu vergeben.

Wir konnten uns nicht davon überzeugen, dass dieser Ausnahmetatbestand erfüllt war. Auf Intervention des Bundesversicherungsamtes wurde der Auftrag dann schließlich in einem offenen Verfahren ausgeschrieben.

Beauftragung des Abrechnungszentrums Essen-Emmendingen (ZAS) und der Medical Contact AG durch den BKK-Bundesverband

Aus Sicht der Vergabeprüfstelle ist es vertretbar, dass bei gesetzlich gewünschter Kooperation mit Leistungserbringern keine Ausschreibungspflicht besteht.

Das ZAS ist eine Arbeitsgemeinschaft (ARGE) im Sinne von § 219 SGB V zwischen dem BKK-Landesverband Baden-Württemberg und dem BKK-Landesverband Nordrhein-Westfalen. Nach der bestehenden Vertragskonstruktion beauftragt der BKK-Bundesverband das ZAS mit Datenverarbeitungsaufgaben im Rahmen von Disease-Management-Programmen. Dabei wird der BKK-Bundesverband seinerseits von einzelnen Betriebskrankenkassen mit der Wahrnehmung der genannten Aufgaben beauftragt. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bedient sich der BKK-Bundesverband des ZAS als Unterauftragnehmer. Das ZAS erhält für die erbrachten Leistungen eine Aufwandsentschädigung.

Die Medical Contact AG ist ebenfalls eine nach § 219 Abs. 2 SGB V errichtete Arbeitsgemeinschaft in Form einer Aktienge-

sellschaft. Aktionäre sind neben dem BKK-Bundesverband ausschließlich Betriebskrankenkassen. Der Auftrag besteht in der Entwicklung und Durchführung von Serviceleistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen in Verbindung mit der integrierten Versorgung und anderen Vertragsformen. Die für die Aufgabenerfüllung erforderlichen Daten erhält die Medical Contact AG vom ZAS.

Grundsätzlich haben öffentliche Auftraggeber – dazu gehören gesetzliche Krankenkassen als juristische Personen des öffentlichen Rechts nach § 98 Nr. 2 und deren Verbände nach § 98 Nr. 3 GWB - entgeltliche Dienstleistungsaufträge im Sinne von § 99 Abs. 1 und 4 GWB auch dann auszuschreiben, wenn sich die Anteile des beauftragten Unternehmens ausschließlich in öffentlicher Hand befinden (sog. gemischt-öffentliche Unternehmen). Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (Urteil vom 18. November 1999 – Rs – 107/98) ist die Beauftragung eines gemischt-öffentlichen Unternehmens aber dann nicht ausschreibungspflichtig, wenn der Auftraggeber das Unternehmen „wie eine eigene Dienststelle“ beherrscht und das Unternehmen im Wesentlichen für den Auftraggeber tätig wird (sog. In-house-Geschäft).

Bezogen auf den Auftrag an die Medical Contact AG ist wegen der Anteilsverhältnisse an der Aktiengesellschaft weder von einer Beherrschung durch den BKK-Bundesverband noch durch einzelne Betriebskrankenkassen auszugehen. Eine Beherrschung des ZAS war ebenfalls nicht gegeben.

Nach einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Koblenz (Beschluss vom 20.

Dezember 2001 - 1 Verg 4/01) besteht aber auch dann keine Ausschreibungspflicht, wenn die Kooperation zwischen Auftraggebern und Leistungserbringern gesetzlich gewünscht ist. Der BKK-Bundesverband hat nachvollziehbar dargelegt, dass die Tätigkeit der Medical Contact AG auf der des ZAS aufbaut.

Vor diesem Hintergrund halten wir die Ansicht, es handele sich bei der Beauftragung des ZAS um eine Unterstützung bzw. Kooperation der Leistungen auf dem Gebiet der Datenverarbeitung für vertretbar. Die Beauftragung einer öffentlichen Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten wird durch § 80 Abs. 5 SGB X privilegiert. § 217 Abs. 2 Nr. 9 SGB V regelt die Unterstützung durch die Bundesverbände u.a. bei der Abstimmung über die wirtschaftliche Nutzung von Rechenzentren zur Erfüllung von Aufgaben der Mitglieder und Krankenkassen. Betrachtet man die Tätigkeit der Medical Contact AG und des Abrechnungszentrums als Gesamtvorgang in dem Sinne, dass die Medical Contact AG die von der Datenstelle erfassten Daten weiter verwertet, und berücksichtigt man zudem die besondere rechtliche Ausgestaltung beider Stellen als Arbeitsgemeinschaft im Sinne von § 219 SGB V, konnte in Anlehnung an o.g. Beschluss des OLG Koblenz eine Ausnahme von der Ausschreibungspflicht aufsichtsrechtlich toleriert werden.

Ausdrücklich haben wir allerdings den BKK-Bundesverband darauf hingewiesen, dass es zur Befreiung von der Ausschreibungspflicht bei „gesetzlich gewünschter Kooperation“ bislang keine gefestigte Rechtsprechung gibt.

Aufsichtsprüfungen auf dem Gebiet des Vergaberechts

Bei Aufsichtsprüfungen muss – wie in früheren Tätigkeitsberichten wiederholt dargelegt - immer wieder beanstandet werden, dass Aufträge unter Verstoß gegen das Vergaberecht freihändig vergeben werden.

Das Vergaberecht verfolgt zwei Ziele: Das förmliche Verfahren stellt sicher, dass das wirtschaftlichste Angebot ermittelt wird, und es garantiert fairen Wettbewerb. Diese Grundsätze gelten für öffentliche Auftraggeber sowohl oberhalb als auch unterhalb der Schwellenwerte.

Die Problematik wird anschaulich am Beispiel eines Telekommunikationsauftrages. Für die Hauptverwaltung einer Betriebskrankenkasse und eine Außenstelle wurde eine Telekommunikationsanlage freihändig in Auftrag gegeben. Allein für die Hauptverwaltung betrug das Auftragsvolumen insgesamt 179.516 €. Rechnet man den Auftragswert für die Beschaffung der Telekommunikationsanlage für die Außenstelle hinzu, wäre der Schwellenwert von 200.000 € ohne Umsatzsteuer (§ 2 Nr. 3 VgV) überschritten, sodass ein supranationales Verfahren durchzuführen gewesen wäre. Im Ergebnis schien es aber noch vertretbar, nicht den Gesamtwert zugrunde zu legen.

Der Auftrag für die Hauptverwaltung wurde Anfang Mai 2003 erteilt. Der Auftrag für die Außenstelle erfolgte nach der Fusion mit einer anderen Kasse Anfang August 2003. Zwar wäre es angebracht gewesen, wegen der sich abzeichnenden Fusion im Rahmen der Erstbeauftragung eine Optionsvereinbarung über einen Folgeauftrag zu treffen (dann wäre der Schwellenwert überschritten gewesen, §§ 2

Nr. 3 und 3 Abs. 6 VgV). Hierzu bestand aber keine Verpflichtung. Es lässt sich auch nicht definitiv sagen, dass der Auftrag in der Absicht geteilt wurde, den Schwellenwert zu unterschreiten (§ 3 Abs. 2 VgV).

Zu beanstanden war aber, dass die Aufträge freihändig vergeben wurden. Es ist nicht einmal ansatzweise erkennbar, dass einer der in § 3 Nr. 4 VOL/A genannten Ausnahmetatbestände erfüllt war. Die Aufträge hätten nach einer öffentlichen Ausschreibung (§ 3 Nr. 2 VOL/A) vergeben werden müssen.

5.5 Vermögenswirtschaft

Genehmigungsbescheide

Aufgrund der in § 85 SGB IV vorgeschriebenen Genehmigungspflicht bestimmter Vermögensanlagen ergingen im vergangenen Jahr Genehmigungsbescheide in Höhe von insgesamt 187,8 Millionen €, die sich - im Vergleich zum Vorjahr - wie folgt verteilen:

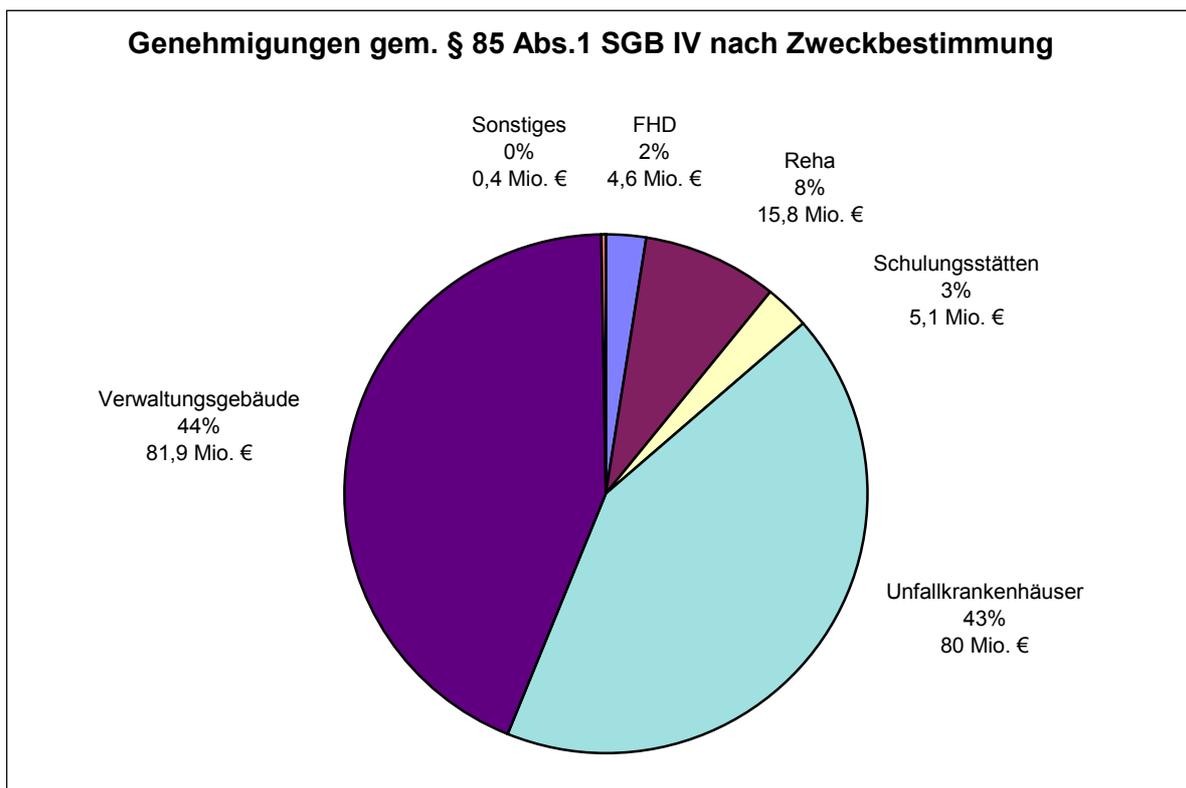
Genehmigungsgegenstand	Genehmigungsvolumen in Millionen €	
	2002	2003
Darlehen	4,6	16,9
Beteiligungen	65,2	52,4
Erwerb von Grundstücken	3,7	44,1
Errichten und Erweitern von Gebäuden	71,9	74,4
Summe	145,4	187,8

Auf die Durchführung von Baumaßnahmen entfielen achtzehn Genehmigungen, auf Darlehensanträge 46, auf Beteiligungen 60 und auf den Erwerb von Grundstücken insgesamt sechs Genehmigungen.

Das anhaltend schlechte gesamtwirtschaftliche Konjunkturklima wirkte sich gegenüber dem Rückgang im Vorjahr nicht weiter negativ auf das Investitionsverhalten der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger in diesem Jahr aus. Die Bau nachfrage zog im Vergleich zu 2002 sogar wieder deutlich an. Das Investitionsvolumen stieg im Jahr 2003 um insgesamt fast

30 Prozent. Für das kommende Jahr besteht die begründete Hoffnung, dass sich das Gesamtgenehmigungsvolumen auf diesem Niveau stabilisiert.

Nach ihrer Zweckbestimmung lassen sich die Genehmigungen folgendermaßen zuordnen:



Im Jahr 2003 beaufsichtigte das Bundesversicherungsamt 77 laufende Baumaßnahmen, davon wurden uns fünfzehn Abschlußberichte vorgelegt. Die Aufsichtsbehörde prüfte in diesem Zusammenhang Baukostenabrechnungen in Höhe von insgesamt 127 Millionen €. Das Fachreferat hat im Geschäftsjahr 2003 somit an Investitionen von insgesamt 314,8 Millionen € mitgewirkt.

Sozialversicherung im Beitrittsgebiet (Sozialversicherungs-Vermögensgesetz)

Auch im vierzehnten Jahr der deutschen Einheit ist der Präsident des Bundesversicherungsamtes mit der Abwicklung der nicht erledigten Aufgaben der Überleitungsanstalt Sozialversicherung nach § 14 Sozialversicherungs-Vermögensgesetz befasst.

Vermögensverwaltung nach dem Gesetz zur Regelung von Vermögensfragen der

In dieser Funktion obliegt es dem Präsidenten, als Treuhänder das unbewegliche

Vermögen der Sozialversicherung der ehemaligen DDR zuzuordnen. Zudem obliegt es ihm als Treuhänder, auch das sonstige Vermögen der Sozialversicherung der ehemaligen DDR abzuwickeln. Dazu gehört auch die Kündigung und Einziehung von hypothekarisch gesicherten Forderungen der Sozialversicherung der ehemaligen DDR.

Weitere Zuordnungen von Immobilienvermögen erfolgten im Jahre 2003 nicht mehr. Über die im Vorjahresbericht genannten Rechtsstreitigkeiten wegen Erlösauskehr nach Weiterveräußerung eines Objekts durch den Freistaat Sachsen in Höhe von ca. acht Millionen € und wegen Verzugschadens in Höhe von ca. 250.000 € ist aber noch nicht entschieden worden.

Bei hypothekarisch gesicherten Forderungen konnten im Jahre 2003 zwölf Fälle abgeschlossen werden. Insgesamt wurden rund 34.000 € vereinnahmt. Es sind weitere 24 Fälle offen. Dies liegt daran, dass sich in Einzelfällen die Kündigung der Darlehen als sehr schwierig gestaltet. Wegen der gesamtschuldnerischen Haftung ist das Darlehen gegenüber sämtlichen Erben zu kündigen. Diese alle zu ermitteln, verzögert die Abwicklung.

5.6 Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) verfolgen das Ziel, die Behandlungs- und Betreuungsprozesse chronisch Kranker über die Grenzen der einzelnen Versorgungsebenen hinweg zu koordinieren und auf der Grundlage medizinischer Evidenz zu optimieren. Dadurch soll eine effektivere und wirtschaftlichere Versorgung gewährleistet

werden, und es sollen insbesondere Folgeerkrankungen reduziert werden.

Die Einführung der Disease-Management-Programme erfolgte mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“, das am 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist. Mit der Vierten Verordnung zur Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung vom 27. Juni 2002 wurden die Anforderungen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für die Indikationen *Diabetes mellitus Typ 2* und *Brustkrebs* festgelegt. Die Dokumentation der Daten und Befunde von Patienten mit *Diabetes mellitus Typ 2* wurde am 27. Dezember 2002 mit der Sechsten Verordnung zur Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung modifiziert.

Schließlich wurden für das Krankheitsbild Koronare Herzkrankheit im April 2003 die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme festgesetzt (Siebente Verordnung zur Änderung der RSAV vom 28. April 2003).

Das Bundesversicherungsamt ist die zuständige Behörde für die Zulassung von Disease-Management-Programmen. Es prüft in medizinischer und rechtlicher Hinsicht, ob die eingereichten Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge mit den Anforderungen in der Risikostrukturausgleichsverordnung übereinstimmen. Dadurch wird eine bundesweit einheitliche Verfahrensweise und die neutrale Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen sichergestellt. Da mit der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme ein ganzer neuer Verwaltungszweig geschaffen wurde, mussten zunächst in enger Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung wesentliche Grundsatzfragen geklärt werden. Zur Verfahrensvereinfachung wurden Musterprogramme und –verträge abgestimmt. Auch bei der Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen im Hinblick auf neue Indikationen wirkt das Bundesversicherungsamt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung beratend mit. Nach der Risikostrukturausgleichsverordnung hat das Bundesversicherungsamt durch Vorgaben methodischer Kriterien darauf hinzuwirken, dass die Evaluationen unterschiedlicher Programme diagnosebezogen vergleichbar sind. Zu diesem Zweck hat es einen wissenschaftlichen Beirat gegründet und methodische Kriterien erarbeitet.

Der Stand des Zulassungsverfahrens für die drei DMP sieht zum 31. Dezember 2003 folgendermaßen aus:

Zulassungsverfahren DMP zum 31. 12. 2003		
Indikation	Anträge	Bescheide
DM II	2406	255
Brustkrebs	380	168
KHK	3	0
Insgesamt	2789	423

Zu fast allen Anträgen waren bereits Rückmeldungen an die Krankenkassen erfolgt, die Ihre Verträge und/oder Programme der RSAV gemäß anpassen müssen.

6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

- 6.1 Allgemeines
- 6.2 Jahresausgleich 2002
- 6.3 Risikopool
- 6.4 Prüfung nach § 15a RSAV

6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

6.1 Allgemeines

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das umfassendste Finanzausgleichsverfahren, das je unter den Sozialversicherungsträgern eingerichtet wurde. Die Durchführung des seit 1994 normierten RSA obliegt dem Bundesversicherungsamt. Mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen sind alle gesetzlichen Krankenversicherungsträger am RSA beteiligt.

Grundgedanke bei der Einführung des Risikostrukturausgleiches war es, die Ungleichverteilung der Morbiditätsrisiken, der Familienlasten und der Grundlohnsummen zwischen den Krankenkassen, die zu erheblichen Beitragsdifferenzen geführt haben, aufzuheben. Zur Erfassung der Morbiditätsrisiken werden die Risiko- bzw. Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht der Versicherten, die Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, die Zahl der versicherten Erwerbsminderungsrentner, die Art des Krankengeldanspruchs sowie die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder herangezogen. Seit 2002 gilt die Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch Kranke als zusätzliches Morbiditätsmerkmal.

Unterschiede in den Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen, die nicht aus diesen Risikomerkmale resultieren, sondern aufgrund unterschiedlicher Morbiditäten der Versicherten entstehen, wurden bislang nicht ausgeglichen. Seit dem Jahr 2002 wird der RSA durch ein neues Ausgleichsverfahren - den Risikopool (RP) - ergänzt. Er gleicht die finanziellen Belastungen für aufwändige Leistungsfälle

teilweise aus. Verwaltungskosten sowie Ermessens- und Erprobungsleistungen der Krankenkassen werden weiterhin nicht in den Ausgleich einbezogen.

Verfahren

Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der kassenindividuellen Versichertenstrukturen in Verbindung mit dem für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung West bzw. Ost gültigen Risikoprofil für die einzelnen Versicherten Gruppen (sog. „Verhältniswerte“) für jede Krankenkasse einen individuellen Beitragsbedarf. Diesem Beitragsbedarf wird die Finanzkraft der einzelnen Krankenkasse gegenübergestellt, die das 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.

Die Umsetzung erfolgt in zwei Stufen: Im monatlichen Verfahren werden voraussichtliche Werte für den Beitragsbedarf und die Finanzkraft angesetzt. Jeweils im September – auf Grundlage der vorläufigen Halbjahres-Rechnungsergebnisse der Kran-

kenkassen - und im März des Folgejahres – auf Grundlage der vorläufigen Jahresrechnungsergebnisse - werden die Abschlagszahlungen neu berechnet (Zwischenausgleich). Nach Ablauf des Kalenderjahres werden Beitragsbedarf und die Finanzkraft aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Krankenkassen sowie der detaillierten Datenmeldungen für den RSA endgültig ermittelt.

6.2 Jahresausgleich 2002

Risikostrukturausgleich und Risikopool

Die Jahresausgleiche für 2002 wurden im November 2003 durchgeführt. Das RSA-Umverteilungsvolumen betrug wie im Vorjahr rund 14,3 Milliarden €. Im Risikopool, für den erstmals ein Jahresausgleich durchgeführt wurde, sind erstmalig rund 0,58 Milliarden € zwischen den Krankenkassen umverteilt worden. Insgesamt ergibt sich ein Umverteilungsvolumen für das Jahr 2002 von rund 14,84 Milliarden €. – Die Umverteilungsvolumina aus Risikostrukturausgleich und Risikopool können nicht schlicht addiert werden, da Zahler- und Empfängerstellen in den beiden Finanzausgleichsverfahren nicht deckungsgleich sind. Das tatsächliche Zahlungsvolumen in den Jahresausgleichen belief sich nach Berücksichtigung der geleisteten Abschlagszahlungen nur noch auf 287 Millionen €.

Zur Deckung der gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im RSA (rund 124,5 Milliarden €) wurde ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz für das gesamte Bundesgebiet von 12,85 Prozent ermittelt, für den Risikopool ein Ausgleichsbedarfssatz von rund 0,42 Prozent.

Seit dem Jahr 2000 wird der Ausgleichsbedarfssatz bundeseinheitlich ermittelt. Im Jahr 2002 ist die unterschiedliche Finanzkraft der gesetzlichen Krankenversicherung in West und Ost mit rund 1.773 Millionen € über den Risikostrukturausgleich und mit rund 37 Millionen € über den Risikopool zu Gunsten der neuen Länder ausgeglichen worden.

Die durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben pro Tag beliefen sich im Jahr 2002 bundeseinheitlich auf rund 4,85 €. Die entsprechenden jährlichen Durchschnittsausgaben für einen Versicherten betragen somit im Bundesdurchschnitt 1.771 €.

Seit dem Jahr 2001 wird stufenweise ein gesamtdeutscher Risikostrukturausgleich auch für den Beitragsbedarf eingeführt. Die endgültige Rechtsangleichung wird im Jahre 2007 erreicht werden. Im Jahre 2002 war die Rechtskreisangleichung Ost und West mit einem Gewichtungsfaktor von 37,5 Prozent zu berücksichtigen. Für 2002 bedeutete dies einen zusätzlichen Transfer von den West-Krankenkassen zu den Ost-Krankenkassen in Höhe von rund 604 Millionen €.

Monatliches Verfahren

Im monatlichen Abschlagsverfahren für 2003 wurden zwischen den Kassen rund 15,4 Milliarden € im RSA umverteilt; hinzu kamen ca. 606 Millionen € im monatlichen Abschlagsverfahren für den Risikopool (Einzelheiten dazu in den beigefügten Tabellen). Der Risikopool war mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches vom 10. Dezember 2001 zum 1. Januar 2002 eingeführt worden und war seit August 2002 finanzwirksam.

Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV

Die Erfahrungen mit dem monatlichen Abschlagsverfahren haben gezeigt, dass durch die Berücksichtigung vergangenheitsbezogener Werte die tatsächlichen Ergebnisse von den von der jeweiligen Krankenkasse im Jahresausgleich erwarteten häufig abweichen. Im Einzelfall kann dies zwar unter den vom Bundesversicherungsamt vorgegebenen Bedingungen (teilweise) ausgeglichen werden, ist aber mit einer großen Kalkulationsunsicherheit verbunden. 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 abzubilden ist, wie sich die besondere Berücksichtigung von Versicherten auswirkt, die in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschrieben sind. Auch die Auswirkungen des Risikopools im Risikostrukturausgleichsverfahren müssen dargestellt werden. Für die Krankenkassen führt die neue Vorschrift zu einer höheren Kalkulationssicherheit.

Der Zwischenausgleich für das Kalenderjahr 2002 unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Januar bis Dezember 2002 nach § 17 Abs. 3a RSAV wurde auf der Grundlage der Vierteljahresrechnung - KV 45 1. bis 4. Quartal 2002 - zum 31. März 2003 durchgeführt.

Im Vergleich mit dem Jahresausgleich für das Jahr 2002 hat sich dabei gezeigt, dass das Ziel des Zwischenausgleichs, Verwerfungen des monatlichen Verfahrens frühzeitig auszugleichen, erreicht wurde. Beim Jahresausgleich 2001 umfassten die festgestellten Salden gegenüber dem monatlichen Verfahren ein Umverteilungsvolumen von 918,7 Millionen €, beim Jahresausgleich 2002 lag das tatsächliche Zahlungsvolumen bei 287 Millionen €.

Dass auch das andere Ziel des Zwischenausgleichs, Verwerfungen aus Einzelfallanträgen zu beseitigen, erreicht wurde, lässt sich zwar noch nicht an der Zahl der Anträge erkennen, die im Jahr 2003 noch sehr groß gewesen ist, wohl aber an der Verringerung des bewilligten Gesamtvolumens von fast einer Milliarde € im Jahr 2002 auf knapp 250 Millionen € 2003.

Der Zwischenausgleich für das erste Halbjahr 2003 unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Januar bis Juni 2003 nach § 17 Abs. 3a RSAV wurde zum 2. Oktober 2003 durchgeführt. Die Auswertung des Zwischenausgleichs hat ergeben, dass für den Bereich des Risikostrukturausgleiches Zahlungsverpflichtungen von insgesamt 644,68 Millionen € bestehen. Dem stehen Zahlungsansprüche von 711,25 Millionen € gegenüber. Die Differenz (66,56 Millionen €) entspricht

dem Überschuss, der bei der BfA im monatlichen Abschlagsverfahren im ersten Halbjahr 2003 unter Berücksichtigung der für das erste Halbjahr 2003 beschiedenen Einzelfallanträge aufgelaufen ist und somit ausgeglichen wird.

Beim Risikopool ergeben sich Zahlungsverpflichtungen in Höhe von 128,42 Millionen €, denen 123,57 Millionen € Zahlungsansprüche gegenüberstehen. Hier ist die Differenz (- 4,85 Millionen €) identisch mit dem bei der BfA im monatlichen Abschlagsverfahren für das erste Halbjahr 2003 aufgelaufenen Defizit.

Auch hier wurde das Hauptziel des Zwischenausgleiches erreicht, ergänzend zum monatlichen Abschlagsverfahren Abweichungen zwischen dem monatlichen Abschlagsverfahren und dem Jahresausgleich frühzeitig auszugleichen.

6.3 Risikopool

Mit 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 die durch die indirekte Morbiditätszuordnung des Risikostrukturausgleichs bisher nicht hinreichend berücksichtigt werden konnten.

Im Risikopool werden die finanziellen Belastungen für aufwändige 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 (pauschale Berücksichtigung), soweit diese den Schwellenwert von 20.450 € pro Jahr übersteigen.

Die beim erstmals durchgeführten Jahresausgleich für den Risikopool (siehe auch dort) ermittelten Zahlen zeigen, dass für 0,72 Prozent aller Versicherten 14,14 Prozent der Gesamtausgaben im Risikostrukturausgleich 2002 angefallen sind. Im Risikopool ausgeglichen wurden jedoch nur 3,31 Prozent. Gemessen an der Gesamtsumme der gemeldeten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben im Risikopool wurden durch das Bundesversicherungsamt 23,42 Prozent erstattet. Weitere wichtige Kennzahlen sind der entsprechenden Tabelle zu entnehmen.

6.4 Prüfung nach § 15a RSAV

Die Prüfung der von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool mitzuteilenden Daten und der Umgang mit den Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten werden in der 5. Änderungsverordnung zur RSAV vom 4. Dezember 2002 und in der 8. Änderungsverordnung zur RSAV vom 19. Dezember 2003 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 Risiko-

strukturausgleich 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.

Durch Stichproben und Hochrechnungen im Bereich der Prüfung der Versicherungszeiten und des Risikopools soll erreicht werden, dass alle Fehler in den Datenmeldungen vom Bundesversicherungsamt erfasst werden können. Das Bundesversicherungsamt 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, eine festgestellte Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle hochzurechnen, mit dem Ziel, den auf Grund dieser Hochrechnung ermittelten Korrekturbetrag gegenüber der betroffenen Krankenkasse durch Bescheid geltend zu machen.

In einem ersten Prüfturnus werden die Versicherungszeiten 2001 sowie die Meldungen zum Risikopool für das Jahr 2002 überprüft. Mit den ersten Prüfungen wurde im Januar 2004 begonnen, im August des Jahres sollen sie abgeschlossen sein. Ab dem Jahr 2005 werden zusätzlich die Meldungen der Versicherten in den Disease-Management-Programmen geprüft werden.

RSA - Jahresausgleich für 2002

Kassenart	GKV-West Ausgleichs- beträge ³⁾ in Mio. Euro	Anzahl der Kassen ¹⁾	GKV-Ost Ausgleichs- beträge ³⁾ in Mio. Euro	Anzahl der Kassen ¹⁾	GKV-Bund Ausgleichs- beträge ³⁾ in Mio. Euro	Anzahl der Kassen ¹⁾
Zahlerkassen						
Ortskrankenkassen	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Betriebskrankenkassen	-6.962,15	222	-1.056,24	119	-8.018,39	341
Bundesknappschaft	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Angestellten Ersatzkassen	-4.073,13	6	-831,95	6	-4.905,08	12
Arbeiter Ersatzkassen	-652,78	4	-90,08	4	-742,86	8
Innungskrankenkassen	-388,06	12	-237,96	8	-626,02	20
Seekrankenkasse	0,00	0	-2,72	1	-2,72	1
Summe Ausgleichsver- pflichtung	-12.076,12	244	-2.218,95	138	-14.295,07	382
Empfängerkassen						
Ortskrankenkassen	7.760,74	12	4.152,88	5	11.913,62	17
Betriebskrankenkassen	600,10	58	87,00	8	687,10	66
Bundesknappschaft	1.174,73	1	358,80	1	1.533,53	2
Angestellten Ersatzkassen	18,58	1	0,00	0	18,58	1
Arbeiter Ersatzkassen	46,11	1	0,00	0	46,11	1
Innungskrankenkassen	96,85	7	0,00	0	96,85	7
Seekrankenkasse	6,73	1	0,00	0	6,73	1
Summe Ausgleichs- anspruch²⁾	9.703,84	81	4.598,68	14	14.302,52	95

Quelle: Bundesversicherungsamt

¹⁾ Krankenkassen, die rechtskreisübergreifend tätig sind (Erstreckungskassen), sind doppelt erfasst

²⁾ Der um 7,45 Mio. Euro höhere Ausgleichsanspruch ergibt sich aus der Auszahlung von KVdR-Beiträgen nach altem Recht und Säumniszuschlägen

³⁾ Beitragsbedarfskorrekturen für Vorjahre i.H.v. 5,56 Mio. € sind mit berücksichtigt

RP - Jahresausgleich für 2002

Kassenart	GKV-West Ausgleichs- beträge in Mio. Euro	Anzahl der Kassen ¹⁾	GKV-Ost Ausgleichs- beträge in Mio. Euro	Anzahl der Kassen ¹⁾	GKV-Bund Ausgleichs- beträge in Mio. Euro	Anzahl der Kassen ¹⁾
Zahlerkassen						
Ortskrankenkassen	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Betriebskrankenkassen	-334,20	237	-52,49	114	-386,70	351
Bundesknappschaft	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Angestellten Ersatzkassen	-101,98	4	-34,63	6	-136,61	10
Arbeiter Ersatzkassen	-18,68	3	-3,54	3	-22,22	6
Innungskrankenkassen	-20,64	12	-11,32	7	-31,95	19
Seekrankenkasse	0,00	0	-0,20	1	-0,20	1
Summe Ausgleichs- verpflichtung	-475,50	256	-102,18	131	-577,68	387
Empfängerkassen						
Ortskrankenkassen	320,33	12	126,13	5	446,46	17
Betriebskrankenkassen	44,52	42	3,94	10	48,45	52
Bundesknappschaft	23,58	1	8,39	1	31,98	2
Angestellten Ersatzkassen	31,78	3	0,00	0	31,78	3
Arbeiter Ersatzkassen	2,15	2	0,00	0	2,15	2
Innungskrankenkassen	15,45	8	1,02	1	16,47	9
Seekrankenkasse	0,39	1	0,00	0	0,39	1
Summe Ausgleichs- anspruch	438,20	69	139,48	17	577,68	86
Quelle: Bundesversicherungsamt						
¹⁾ Krankenkassen, die rechtskreisübergreifend tätig sind (Erstreckungskassen), sind doppelt erfasst						

7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

7.1 Allgemeines

7.2 Beiträge/Mitgliedschaft

7.3 Leistungen

7.4 Verwaltung

7.5 Prüfdienst landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL)

7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

7.1 Allgemeines

Der gesetzliche Auftrag des Prüfdienstes Krankenversicherung (PDK) ist im § 274 SGB V geregelt. Mindestens alle fünf Jahre hat der PDK die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der bundesunmittelbaren Krankenkassen zu prüfen. Die Prüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb und umfasst die Überprüfung seiner Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Nach Abschluss der Prüfung erhält die Krankenkasse einen Prüfbericht.

Im Nachfolgenden werden besonders interessante Ergebnisse der Prüfungen des Jahres 2003 dargestellt.

7.2 Beiträge/Mitgliedschaft

Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft

Bei Beitragsrückständen freiwillig versicherter Selbstzahler haben einige Kassen bisher § 191 Satz 1 Nr. 3 SGB V nicht konsequent beachtet. Sie führten Versicherungsverhältnisse weiter, obwohl die Mitglieder über Monate hinweg keine Beiträge gezahlt hatten und die Mitgliedschaft daher zwingend hätte beendet werden müssen. In einem besonders krassen Fall beliefen sich die Beitragsschulden eines freiwilligen Mitglieds auf 15.842,64 €. In einem anderen Fall stellten die Prüfer fest, dass eine Krankenkasse einem freiwilligen Mitglied eine Ratenzahlung einräumte, obwohl der Versicherte nach Aktenlage die komplette Begleichung der Beitragsschuld angeboten hatte. Die Saldenliste einer „kleinen“ Krankenkasse vom 23. Januar 2003 wies eine Gesamtforderung bei freiwilligen

Mitgliedern von 251.135,77 € auf. Die Prüfer ermittelten anhand der Saldenliste ein freiwilliges Mitglied, das seit Beginn der Mitgliedschaft *keine* Beiträge gezahlt hatte. Die Beitragsschuld belief sich in diesem Fall auf 12.549,03 €.

Offene Mitgliedschaften nach § 192 SGB V

Eine Kasse führte ihr Versichertenverzeichnis nicht vollständig und pflegte dessen Bestand nicht regelmäßig. Eine systematische Überwachung fand nicht statt. Bei der Prüfung der bereitgestellten Datei haben die Prüfer viele zeitgleiche Doppelerfassungen gefunden. Darüber hinaus wurden Meldungen nach § 203 SGB V (Bezug von Erziehungsgeld) nicht regelmäßig hinterfragt oder eingefordert, fehlten aktuelle Bescheinigungen für den Fortbestandstatbestand, wurden Versicherte nicht angeschrieben, deren Versicherungen längst hätten beendet sein müssen, und es wurden diese dennoch weitergeführt, obwohl der nachgewiesene Bezugszeitraum von Erziehungsgeld bzw. die Elternzeit längst abgelaufen war (hier besteht die latente Gefahr unberechtigter Versicherung bzw. Leistungsanspruchnahme).

Doppelversicherungen

Im Bereich Mitgliedschaft überprüft der PDK routinemäßig mit Hilfe edv-technischer Abgleiche die Versichertenbestände der Krankenkassen auf Doppelmitgliedschaften. Vereinzelt werden hierbei Überschneidungen festgestellt. Den betroffenen Kassen wurde dringend geraten, die aufgedeckten Doppelversicherungen zu berichtigen, den Bestand zu bereinigen und im

Rahmen der Innenrevision den Versichertenbestand in regelmäßigen Abständen nach Doppelversicherungen zu durchsuchen.

7.3 Leistungen

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V

Eine Kasse erstattete einigen Versicherten auf der Basis von Wiederholungsverordnungen mehrere Jahre lang die Kosten für die Teilnahme am Rehabilitationssport und Funktionstraining. Die Notwendigkeit solcher Trainingsmaßnahmen sowie der Wiederholungsverordnungen prüfte die Kasse nicht. Zwar kann eine Kasse als ergänzende Leistung zur Rehabilitation (§ 43 Nr. 1 SGB V) den Rehabilitationssport und das Funktionstraining fördern, sofern dies ärztlich verordnet und in Gruppen unter ärztlicher Betreuung ausgeübt wird. Nach §§ 13 Abs. 2 und 14 Abs. 3 Gesamtvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (RehaSpGVb) erstreckt sich die einzelne Verordnung für Rehabilitationssport und Funktionstraining jedoch im allgemeinen auf einen Zeitraum von längstens sechs Monaten. Rehabilitationssport und Funktionstraining kann wiederholt verordnet werden, sofern dies zur Erreichung oder Sicherung des Rehabilitationszieles erforderlich ist. Fortlaufende Wiederholungsverordnungen, die eine ununterbrochene Leistungserbringung über mehrere Jahre zur Folge haben, sieht die Vereinbarung nicht vor. Wir haben der Kasse empfohlen, künftig die Kosten für Rehabilitationssport und Funktionstraining aufgrund ununterbrochener Wiederholungsverordnungen nur im Rahmen der RehaSpGVb zu übernehmen.

Vollständige Befreiung nach § 61 SGB V

Die Prüfungen des PDK haben auch im Jahr 2003 aufgezeigt, dass einige Kassen Härtefallbefreiungen aussprechen, obwohl die Voraussetzungen des § 61 SGB V wegen Überschreitung der jeweiligen Einkommensgrenzen nicht erfüllt sind. Der Härtefallbeurteilung sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zugrunde zu legen. Dazu gehören alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind, und zwar ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung, soweit sie gegenwärtig zur Verfügung stehen. Eine Kasse sprach grundsätzlich bei Studenten die vollständige Befreiung unaufgefordert aus. Eine Ermittlung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt wurde generell nicht vorgenommen. Wir haben die Kasse aufgefordert, hier der Gesetzeslage entsprechend zu verfahren.

Kostenerstattung von außervertraglichen Leistungen

Trotz der im Jahr 2000 bundesweit von allen Prüfdiensten durchgeführten Schwerpunktprüfung zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) verstoßen einige Kassen noch immer gegen die einschlägigen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BÄKK). Eine Kasse erstattete Kosten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zum Zeitpunkt der Erstattung entweder der BÄKK bereits ausdrücklich nicht anerkannt oder für die er in seinen Richtlinien noch keine Empfehlung abgegeben hatte. Es handelte sich hierbei insbesondere um folgende Methoden:

- *Magnetfeldresonanztomographie /Kernspintomographie der Mamma*

- *Offene Magnetfeldresonanztomographie /Kernspintomographie Akupunktur außerhalb des Modellvorhabens*
- *Synchrone Balneo-Phototherapie*
- *Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie*

Wir haben die Kasse darauf hingewiesen, dass diese Kostenerstattungen gegen die §§ 13, 135 i.V.m. § 92 Abs. 1 Nr. 5 SGB V verstießen.

Chinesische Teemischung

Eine Kasse übernahm im Rahmen der Arzneimittelersatzung Kosten für Chinesische Teemischungen. Allein in einem Versicherungsfall betrug der Kostenaufwand im Jahr 2002 insgesamt 2.082,89 €. Weitere Fälle mit einem Gesamtvolumen von 5606,94 € wurden aufgedeckt.

Für Teemischungen kommt eine Einstufung als Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG) nur dann in Betracht, wenn ihnen eine Zweckbestimmung im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 1 AMG (Heilung, Linderung von Krankheiten, Leiden, krankhaften Beschwerden) zugeschrieben wird. Entscheidend ist dabei das Erscheinungsbild des Produktes gegenüber dem Verbraucher. Die Zweckbestimmung ist u.a. aus der stofflichen Zusammensetzung und der Aufmachung des Produktes und den beigelegten Informationen ersichtlich. Unabhängig davon sind die Kriterien für die Verkehrsfähigkeit des einzelnen Produktes (Verordnung als Rezeptur, ggf. Zulassungspflicht, Qualität) zu beurteilen. Dies ist bei den erstatteten Chinesischen Teemischungen nicht ersichtlich.

7.4 Verwaltung

Dauervorschuss

Eine Kasse stellte einem Dienstleister einen Liquiditätsvorschuss von derzeit 1.065.000 € zur Verfügung. Die Unwirtschaftlichkeit von niedrig verzinsten Dauervorschüssen wird dann offenbar, wenn die Kasse – wie im vorliegenden Fall – teure Kassenverstärkungskredite zur Liquiditätssicherung aufnehmen musste. Das Verfahren ist deshalb mit § 80 Abs. 1 SGB IV nicht vereinbar. Der betroffenen Kasse wurde dringend geraten, den Dauervorschuss durch alternative Mittelbereitstellung zum Fälligkeitstermin zu ersetzen.

Softwarekosten

Eine Krankenkasse hatte drei Lizenzen für die Nutzung einer Kassen-Software erworben, die jährliche Lizenzkosten in Höhe von 23.992 € verursachten. Der PDK kritisierte, dass lediglich ein Mitarbeiter die Software nutzte - und dies auch nur in geringem Umfang, da er über keine umfassenden Kenntnisse in der erforderlichen Datenbank-Abfragesprache verfügte.

Pflege der Hydrokulturen

Bei einer Krankenkasse wurde im Jahr 2000 jeder Büroraum zur Verbesserung des Raumklimas mit einer Hydrokulturpflanze ausgestattet. Mit der Pflege dieser Hydrokulturen wurde eine Firma beauftragt, die neben dem Auffüllen des Wassers auch das Ausputzen, Zurückschneiden und Aufbinden der Pflanzen bis zur Höhe von zwei Metern inklusive aller Materialien übernahm. Auf eine Ausschreibung der

Leistung wurde zum damaligen Zeitpunkt verzichtet. Kostenvergleiche entfielen mit der Begründung, dass die Kasse mit der Dienstleistung sehr zufrieden sei und es angeblich keine vergleichbaren Pflegedienste gäbe. Für das Buchungsjahr 2002 sind für die Pflege der Hydrokulturen Kosten in Höhe von 2.096,99 € entstanden. Angesichts der derzeitigen Haushaltslage der Kasse sollte die Pflege der Hydrokulturen den Mitarbeitern übertragen und der Vertrag gekündigt werden.

Kosten für Stellenanzeigen/Insertionen

Für Inserate zur Personalgewinnung hat eine Kasse im Jahr 2002 insgesamt 56.869 € investiert. Die Kosten pro Buchung betragen im Durchschnitt 2.472 €. Dies ist ein Aufwand, der selbst dann nicht gerechtfertigt ist, wenn man berücksichtigt, dass die Kasse auch Führungskräfte ansprechen wollte und überregional annonciert hat.

Finanzen

Nicht bezahlte Rechnungen durch die Kasse

Eine Kasse, die sich in finanziellen Schwierigkeiten befand, beglich fällige Rechnungen – überwiegend von Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen – nicht mehr termingerecht. Zum Zeitpunkt der örtlichen Erhebungen lagen nach Aussage der Kasse ca. 1.500 unbezahlte Rechnungen mit einem Finanzvolumen von ca. 6.367.624 € vor, welche im DV-System nicht zum Soll gestellt waren. Verzugszinsen verbuchte die Kasse lediglich in Höhe von 328 €. Allein ein Krankenhaus hatte mittlerweile jedoch Verzugszinsen in Höhe von 28.814 € für das Jahr 2002 geltend gemacht, gebucht hatte die Kasse den Be-

trag jedoch noch nicht. Der PDK drängte die Kasse, eingehende Rechnungen entsprechend den Grundsätzen der ordnungsgemäßen Buchführung (GoB) zu buchen und termingerecht zu bezahlen. Zwischenzeitlich hat die Kasse nach ihren Angaben alle Rechnungen überwiesen. Sie achte nunmehr darauf, dass Rechnungen termingerecht angewiesen und Verzugszinsen rechtzeitig gebucht werden.

Begründung der Ausgaben nach § 73 SGB IV

Der Vorstand einer Krankenkasse hat die überplanmäßigen Ausgaben für das Haushaltsjahr 2000 nicht begründet und nur in Form einer Aufstellung summierter Mehrausgaben einer Kontengruppe der Aufsichtsbehörde vorgelegt. Für das Haushaltsjahr 2001 erfolgte die Vorlage der überplanmäßigen Ausgaben an die Aufsichtsbehörde in Form einer Übersicht der jeweils betroffenen Konten ohne Zuordnung zu einzelnen Haushaltsstellen. Dies verstieß gegen den Grundsatz der Einzelveranschlagung nach § 13 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung (SVHV). Dementsprechend wurde auch nicht jede einzelne außer-/überplanmäßigen Ausgabe genehmigt, sondern alle über- und außerplanmäßigen Ausgaben wurden in Form einer Übersicht durch den Vorstand genehmigt. Wir haben der Kasse empfohlen, über- und außerplanmäßige Ausgaben künftig für jedes Haushaltskonto separat zu genehmigen und zu begründen.

Finanzstatusprüfungen/Sonderprüfungen

Die Stagnation der beitragspflichtigen Einnahmen, der gleichzeitige kontinuierliche moderate Anstieg der Leistungsausgaben, das Festhalten an zu niedrigen, nicht

kostendeckenden Beitragssätzen aus Wettbewerbsgründen sowie Managementfehler haben in ihrem Zusammenwirken einige Krankenkassen in eine prekäre Finanzsituation manövriert. Zwar haben die skizzierten Entwicklungen bisher noch nicht zur Schließung einer Kasse geführt. Sollte jedoch eine Kasse wegen andauernder Leistungsunfähigkeit von Amts wegen geschlossen werden müssen, so haftet - sofern es sich nicht um eine geschlossene BKK handelt - der jeweilige Verband für die entstandenen Verpflichtungen, was gravierende Konsequenzen für die übrigen Mitgliedskassen des Verbandes und damit für die gesamte Kassenart nach sich ziehen kann. Mit der Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) ist eine weitere Verschärfung der Haftungsregelungen einhergegangen.

Den geänderten Rahmenbedingungen wird der bisherige fünfjährige, starre Prüfturnus gemäß § 274 Abs. 1 SGB V nicht mehr gerecht. Erforderlich sind flexiblere Vorgehensweisen mit dem Ziel, finanzielle Gefährdungspotentiale möglichst frühzeitig zu identifizieren. Der PDK setzt dies durch die Intensivierung von sog. Finanzstatusprüfungen um, die zeitnah bei auffälligen Kassen durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Finanzstatusprüfungen basieren auf einer stichtagsbezogenen Beurteilung der Finanz- und Vermögenssituation unter Berücksichtigung von Forderungen und Verpflichtungen im RSA. Sie werden sowohl der Kasse als auch der Rechtsaufsicht in Form eines komprimierten Berichts zur Verfügung gestellt. Selbstverwaltung und Rechtsaufsicht haben somit die Möglichkeit, zeitnah zielführende Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzlage einzuleiten.

Außerhalb des fünfjährigen Turnus des § 274 Abs. 1 SGB V sind im Jahr 2003

zwölf Finanzstatusprüfungen durchgeführt worden. Es ist geplant, die Kontrollen des PDK in diesem Bereich anlassbezogen deutlich auszuweiten.

Die Vorbereitung der RSA-Prüfungen

Mit der zum 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Reform hat der Gesetzgeber den Risikostrukturausgleich (RSA) grundlegend weiterentwickelt. Durch die Einführung weiterer morbiditätsorientierter Elemente wie die Einführung eines Risikopools und „strukturierter Behandlungsprogramme“ (Disease-Management-Programme) sollen die Umverteilungsmechanismen zielgenauer werden.

Im Rahmen dieser Weiterentwicklung sind dem Prüfdienst der Krankenkassen (PDK) durch die Einführung des § 15a Risikostrukturverordnung (RSAV) neue Aufgaben zugefallen. Eine Ausdehnung der Umverteilungsmechanismen hat auch einen höheren Prüfbedarf zur Folge, da im gleichen Maße die Fehleranfälligkeiten steigen. Aus diesem Grunde sieht § 15a RSAV vier verschiedene Prüfungen mit je unterschiedlichem Turnus vor.

Jährlich sind mindestens zwei Prozent der sog. „Risikopoolfälle“ der Krankenkassen zu prüfen. Im Risikopool sollen die finanziellen Belastungen für aufwändige Leistungsfälle zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen werden. 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, soweit diese eine Grenze von 20.450 € pro Jahr übersteigen.

In § 15 a RSAV ist festgelegt, dass die Prüfdienste nach § 274 SGB V mindestens alle drei Jahre, bezogen auf eines der drei zuletzt durchgeführten Ausgleichsjahre, die nach § 267 SGB V zu meldenden Daten (insbesondere Versicherungszeiten, Beitragsfestsetzung) bei den Krankenkassen zu prüfen haben. Aus den zu meldenden Daten wird eine der Höhe nach vorgegebene Stichprobe gezogen und geprüft.

Die strukturierten Behandlungsprogramme nach den neuen §§ 137f und 137g SGB V konkretisieren das Ziel des Gesetzgebers, im Zusammenhang mit der Reform des Risikostrukturausgleichs zugleich die Versorgung von chronisch Kranken zu verbessern. Diese als Disease-Management-Programme (DMP) bezeichnete medizinische Versorgungsform kann u. a. die Prävention und Behandlung einer Krankheit verbessern und die durch diese Krankheit bedingten Beeinträchtigungen reduzieren. Disease-Management erfordert anerkannte und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg, auf der Grundlage medizinischer Evidenz. Für chronisch Kranke, die in zugelassenen „strukturierten Behandlungsprogrammen“ eingeschrieben sind, werden besondere Versichertengruppen im RSA gebildet. Nach Implementierung der DMP hat der PDK jährlich das Vorliegen speziell definierter Voraussetzungen zu überprüfen. Zwei Prozent der eingeschriebenen Versicherten werden jeweils geprüft. Dabei wird unter anderem die Zugehörigkeit der eingeschriebenen Versicherten zu den in der RSAV genannten Versichertengruppen geprüft. Der Gesetzgeber sieht aber auch vor, dass die Ergebnisse der Berichte nach § 28g RSAV in die Prüfung einbezogen werden.

Zur Vorbereitung der RSA-Prüfungen hat der Prüfdienst Krankenversicherung in Zusammenarbeit mit den Prüfdiensten der Länder Aufbau und Ablauf organisiert. Ein aus verschiedenen Prüfdiensten gebildetes zentrales Gremium steuert alle maßgeblichen Aktivitäten im Bereich der RSA-Prüfungen auf der Bund-Länder-Ebene. Weiteren Arbeitskreisen obliegt die Erstellung und spätere Pflege des Prüfhandbuchs sowie die Stellungnahme zu Fachfragen.

Ziel der gesamten Prüfungen nach § 15a RSAV ist in erster Linie die Feststellung, ob die von der Krankenkasse abgegebene Meldung durch entsprechende Unterlagen belegt werden kann. Die Prüfung eines Risikopoolfalles erfordert in der Regel die Durchsicht zahlloser Rechnungsbelege aus den verschiedenen Leistungsbereichen. Nach ersten Erfahrungswerten aus Pilotprüfungen sind für einen einzigen Risikopoolfall im Durchschnitt rund 120 Rechnungen zu prüfen. Die quantitativen Dimensionen dieser Prüfungen sind gewaltig. Aus den gesetzlichen Vorgaben ergibt sich für den PDK im Jahr 2004 ein Prüfvolumen von rund 7.000 Risikopoolfällen. Daraus folgt nach unseren Erfahrungswerten die Prüfung von ca. 840.000 Rechnungen. Im Bereich der Versicherungszeiten sind rund 245.000 Fälle zu prüfen. Die Prüfung der Beitragsfestsetzung bei freiwillig Versicherten und Studenten umfasst weitere 32.000 Fälle.

Dieser Arbeitsaufwand ist ohne eine elektronische Prüfunterstützung nicht zu bewältigen. Aus diesem Grund hat der PDK eine EDV-Prüfhilfe („Unterstützungstool“) programmiert. Das Unterstützungstool erzeugt automatisch eine standardisierte Auswertung, die der Kasse zur Verfügung gestellt wird und die Grundlage der Datenmeldung an die RSA-Stelle bildet. Alle

Prüfer wurden im praktischen Umgang mit dem Unterstützungstool eingehend geschult.

Im Mai und Juni 2003 wurden Machbarkeitsstudien und Pilotprüfungen bei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt. Dieser erste Praxistest zeigte die zu bewältigenden Schwierigkeiten insbesondere auf dem Gebiet der Datenlieferung und Bereitstellung der prüfrelevanten Unterlagen. Die Prüfer machten erste wertvolle Erfahrungen auf einem neuen Terrain. Die Ergebnisse der Machbarkeitsstudien und Pilotprüfungen wurden systematisch ausgewertet und sofort bei der weiteren Planung berücksichtigt.

Seit März 2003 werden mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen Gespräche geführt, um zu einer gemeinsamen Vereinbarung über die Durchführung der Prüfung nach § 15 a RSAV zu kommen. In diesen Gesprächen werden die Anforderungen an die zu liefernden Daten und Unterlagen spezifiziert. Die Datenlieferungen bilden das Fundament dieser Prüfungen. *Conditio sine qua non* für eine termingerechte Durchführung der Prüfungen ist die schnelle Bereitstellung umfangreicher Datenvolumina in genormter und einheitlicher Form.

Allen Beteiligten ist klar, dass gerade die „technische Seite“ der RSA-Prüfungen komplexe Probleme aufwirft, die es zu lösen gilt. Dies hört sich zunächst trivial an. Man muss sich aber vergegenwärtigen, dass die GKV nach Kassenarten gegliedert ist und daher jeweils eine unterschiedliche edv-technische Infrastruktur aufweist. Auch zahlreiche Rechen- und Abrechnungszentren, die für die Kassen als Dienstleister tätig sind, müssen in diese Abstimmungsgespräche einbezogen wer-

den. In Einzelgesprächen mit den Beteiligten werden die Probleme im Datenverarbeitungsbereich aufgegriffen, analysiert und Lösungen gefunden. Zug um Zug werden die Hindernisse beseitigt.

Die neuen Prüfungen markieren einen Wendepunkt in der Geschichte des PDK, da sie im Gegensatz zu den bisherigen Prüfungen hohen Sanktionscharakter aufweisen.

Die als Sanktion für fehlerhafte RSA- und Risikopool-Meldungen geschaffene Hochrechnung stellt an die Qualität und Einheitlichkeit der Prüfergebnisse besondere Anforderungen. Während die Prüfergebnisse der bisherigen Prüfung nach § 274 SGB V auch auf der Basis divergierender Rechtsansichten von den Prüfdiensten und den Aufsichtsbehörden auf den Einzelfall bezogen gegenüber den Krankenkassen zu klären waren, bilden die Prüfergebnisse der Prüfung nach § 15 a RSAV die Grundlage für die die Krankenkassen unmittelbar belastenden Verwaltungsakte und gehen in ihrer Wirkung wegen der Hochrechnung weit über den Einzelfall hinaus. Eine unterschiedliche Prüfpraxis der Prüfdienste der Länder und des Bundes, die an sich wegen der föderalen Struktur und Autonomie der Prüfdienste auch nach der Rechtsprechung des BSG zum RSA vom 24. Januar 2003 hinzunehmen ist, hätte für die Akzeptanz des RSA fatale Folgen. Dem Normzweck des § 15 a RSAV, die Rechtssicherheit des Verfahrens zur Durchführung des RSA und des Risikopools zu erhöhen, würde ein solches Verfahren dann nicht mehr gerecht, sondern es würde im Gegenteil erneut Rechtsstreitigkeiten provozieren.

Diesen zumindest faktischen Zwang zur Einheitlichkeit der RSA-Prüfung haben alle Prüfdienste erkannt und sich daher auf

eine bundeseinheitliche Prüfung verständigt. Es ist uns gelungen, in einem aufwändigen und vom Bundesversicherungsamt koordinierten Abstimmungsverfahren mit Vorarbeiten in Facharbeitsgruppen und Beschlussfassungen auf den Bund-Länder-Tagungen der Prüfdienste ein einheitliches Prüfhandbuch für die RSA-Prüfung zu entwickeln. In manchmal schmerzvollen Kompromissen wurden gemeinsame Rechtspositionen bezogen. Um diese Leistung zu würdigen, ist zu beachten, dass die Prüfungen nach § 15a RSAV nahezu das gesamte materielle Recht der Krankenversicherung tangieren. Die Einheitlichkeit der RSA-Prüfungen wird durch die vorgegebenen Stichprobenfragen des Handbuchs, die zwingend zu beantworten sind, sichergestellt. Eine Verfahrensprüfung ist jedoch ins Ermessen des jeweiligen Prüfdienstes gestellt.

Die RSA-Prüfungen erfordern auch ein Umdenken der Prüfer. Das von der breit angelegten Prüfung nach § 274 SGB V her bekannte Prüferermessen bei der Auswahl der Prüft Themen, Methoden und Fälle und der Berichtsabfassung wird für die RSA-Prüfung weitgehend eingeschränkt zugunsten einer gesteigerten Effektivität und Effizienz der Prüfung. Zur Sicherung der Einheitlichkeit der Prüfung wurden gemeinsame Fortbildungsseminare für die RSA-Prüfer des Bundes und der Länder durchgeführt. Unsere Durchführungshinweise konkretisieren das Prüfhandbuch. Hierdurch werden eventuell noch verbliebene Interpretationsspielräume der bundesweit abgestimmten Prüffragen eliminiert. Flankierend zu den bereits genannten Maßnahmen greift der Problemerkatalog – ein Bestandteil des Handbuchs – Fragestellungen grundsätzlicher Art auf. Außerdem haben sich die Prüfdienste auf prüfungsbegleitende Qualitätssicherungsmaß-

nahmen verständigt. Schließlich ist geplant, nach Abschluss der Prüfungen gemeinsam einen anonymisierten Bericht über die Einhaltung des Prüfverfahrens und die festgestellten Mängel zu veröffentlichen. Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt eine internetbasierte „Hotline“ eingerichtet, an die sich die beteiligten Prüfdienste sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen jederzeit mit Anfragen, die sich aus den laufenden RSA-Prüfungen zwangsläufig ergeben werden, wenden können. Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung werden in einen Problemerkatalog aufgenommen. Für den Bereich der „Hotline“ ist der Aufbau einer Wissensdatenbank geplant, die den Beteiligten einen Überblick über bereits gelöste Fragestellungen geben wird.

Auch in personeller Hinsicht wird der PDK in besonderem Maße gefordert, da die Durchführung der RSA-Prüfungen für den Prüfzeitraum von Februar bis August 2004 die gesamten Mitarbeiterressourcen des PDK binden wird.

7.5 Prüfdienst landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL)

Die für die landwirtschaftliche Sozialversicherung (LSV) eingesetzten Bundesmittel sind im Vergleich zu anderen Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung außerordentlich hoch. Sie werden aus dem Haushalt des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) bereitgestellt. In der Alterssicherung der Landwirte trägt der Bund über seine Defizithaftung den Unterschied zwischen den Einnahmen und den Ausgaben: Rund 2,34 Milliarden € im Jahr 2002. Jede nicht oder zu spät erzielte Einnahme oder jede zu hohe Ausgabe geht in vollem Umfang zulasten des Bundes. Wegen der Defi-

zithaftung ist das Interesse des Bundes an einer wirtschaftlichen und sparsamen Haushalts- und Wirtschaftsführung naturgemäß in diesem Bereich besonders hoch.

Beträchtlich ist der Bundesmitteleinsatz auch in den übrigen Zweigen der LSV. In der Krankenversicherung der Landwirte trägt der Bund die durch deren Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für die Altenteiler: im Jahr 2002 rund 1,24 Milliarden €. Für die landwirtschaftliche Unfallversicherung leistet der Bund einen Zuschuss, der jährlich auf der Grundlage des jeweiligen Haushaltsgesetzes festgesetzt wird: 2002 waren es 255,6 Millionen €.

Der Einfluss des Bundes auf die Verwendung der Mittel war in der Vergangenheit sehr beschränkt. Seine Einwirkungsmöglichkeiten sind durch das Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVOrgG) wesentlich erhöht worden.

Mit dem LSVOrgG ist die Organisation der LSV neu gestaltet worden, weil allgemeine Übereinstimmung bestand, dass die bisherigen Organisationsstrukturen dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz und dem Strukturwandel in der Landwirtschaft nicht mehr gerecht wurden. Das LSVOrgG verfolgt insbesondere folgende Ziele:

- die gewachsenen Strukturen bei den einzelnen Trägern zu verschlanken und zukunftsichere Organisationseinheiten zu schaffen,
- Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und
- einen sparsamen Umgang mit den in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung eingesetzten Bundesmitteln zu gewährleisten.

Durch Artikel 5 Nr. 5 des LSVOrgG wurde dem Bundesversicherungsamt zum 1. August 2001 u.a. die Aufgabe übertragen, einen Prüfdienst für die landwirtschaftlichen Alterskassen und Berufsgenossenschaften und deren Verbände aufzubauen. Rechtsgrundlage hierfür ist § 88 Abs. 3 SGB IV. Danach gilt § 274 Abs. 1 Satz 1, 4 und 5 SGB V entsprechend für die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der landwirtschaftlichen Alterskassen und Berufsgenossenschaften sowie ihrer Verbände.

Dem gesetzlichen Auftrag gemäß hat das Bundesversicherungsamt den Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL) errichtet und mit zwei Dienstposten in der Außenstelle Fulda angesiedelt.

Mit Wirkung vom 15. November 2002 nahm der PDL offiziell seine Tätigkeit auf. Zunächst galt es, mit den beiden der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden LSV-Trägern (LSV für den Gartenbau und LSV Berlin) und ihren Verbänden, dem Bundesverband Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften (BLB) und dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA), die künftige Vorgehensweise abzustimmen.

Bereits ab Mitte März 2003 führte der PDL eine Schwerpunktprüfung zum Thema „Einhaltung der Verwaltungskostenobergrenze nach § 119a Gesetz zur Alterssicherung der Landwirte (ALG)“ bei der Alterskasse für den Gartenbau in Kassel durch. Es folgten zum gleichen Thema die Schwerpunktprüfungen beim Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA) in Kassel und bei der landwirtschaftlichen Alterskasse Berlin.

Im Rahmen der Schwerpunktprüfungen hat sich der PDL speziell mit den Ausgaben für den Verwaltungskosten- und Verfahrensbereich (Kontenklasse 7 des jeweiligen Haushaltsplans) bei den landwirtschaftlichen Alterskassen und dem Gesamtverband befasst. Gegenstand der Prüfungen war auch die Einhaltung der Planvorgaben des GLA zum Zwecke der Einhaltung des Gesamtbudgets nach § 119a ALG.

Personalkosten stellen den größten Ausgabeposten der Kontenklasse 7 bei den LSV-Trägern und ihren Verbänden dar; deshalb hat der PDL den Personalbereich besonders eingehend geprüft, insbesondere wenn es um gemeinsame Einrichtungen mehrerer Träger geht.

Gemäß § 18 Abs. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung in der Sozialversicherung (KVLG 1989) sind die Träger der LSV (Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, Landwirtschaftliche Alterskasse und Landwirtschaftliche Krankenkasse) sowie ihre Verbände verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Verwaltungsaufgaben und bei der Betreuung und Beratung der Versicherten eng zusammenzuarbeiten, soweit dies einer wirtschaftlichen und sparsamen Aufgabenerfüllung dient und gesetzliche Vorschriften nicht entgegenstehen. Werden hierzu gemeinsame Einrichtungen geschaffen oder unterhalten oder werden in sonstiger Weise Mittel und Kräfte eines Trägers oder Spitzenverbandes für die Erfüllung von Aufgaben anderer Träger oder Spitzenverbände eingesetzt, ist im Einvernehmen mit den jeweiligen Aufsichtsbehörden durch geeignete Verfahren eine sachgerechte Kostenaufteilung sicherzustellen.

Daraus ergibt sich bei den LSV-Trägern und ihren Verbänden die Besonderheit,

dass für die Erledigung klassischer gemeinsamer Aufgaben (z.B. Personalbereich, Finanzwesen, allgemeine Verwaltung, Datenverarbeitung) sog. trägerübergreifende Organisationseinheiten bestehen. Die Kosten dieser Organisationseinheiten werden nach einem mit dem Bundesversicherungsamt abgestimmten Verteilerschlüssel auf die jeweiligen Träger bzw. Verbände verteilt.

Nicht immer konnte der PDL die Kostenaufteilungen, so wie sie vorgenommen worden waren, nachvollziehen, zumal die den Haushaltsplänen der jeweiligen Träger und Verbände beigefügten Stellenpläne eine andere Personalstärke (Personal-Soll) als das vorgefundene Personal (Personal-Ist) auswiesen. Üblicherweise haben die LSV-Träger und ihre Verbände für das trägerübergreifend tätige Personal nicht die gesamte Kopfzahl in den Stellenplänen zum Ausdruck gebracht, sondern nur einen gewissen prozentualen Anteil. Dadurch entstand ein Personalüberhang, den die jeweiligen Anstellungskörperschaften über ihren genehmigten Stellenplan hinaus finanzieren.

Der PDL hat empfohlen, künftig in den Stellenplänen deutlich zum Ausdruck zu bringen, wie viele Stellen für das trägerübergreifend tätige Personal bei jedem einzelnen Träger angesetzt sind. Werden darüber hinaus weitere Personalkosten gezahlt, so sollten diese bei den entsprechenden Haushaltsstellen im jeweiligen Haushaltsplan besonders erläutert werden.

Mit den Pensionen ehemaliger Bediensteter der LSV-Träger und ihrer Verbände, die in ihrer aktiven Dienstzeit trägerübergreifend tätig waren, wird seit dem Jahre 2001 in voller Höhe die letzte Anstellungskörperschaft belastet. Eine Unterscheidung zwi-

schen aktivem und passivem Dienst sieht der § 18 Abs. 1 KVLG 1989 nicht vor. Der PDL hat empfohlen, künftig bei Pensionszahlungen für ehemalige Be-
dienstete mit trägerübergreifender Aufga-
benerledigung die gleiche Kostenverteilung zugrunde zu legen, wie sie für aktive Be-
dienstete gilt.

Auch wurden Beihilfeleistungen - sowohl für aktive als auch für sich im Ruhestand befindende trägerübergreifend tätige Be-
dienstete - nicht nach dem Verteiler-

schlussel gemäß § 18 Abs. 1 KVLG 1989 aufgeteilt, sondern die vollen Zahlungen wurden der jeweiligen Anstellungskörper-
schaft zugemutet. Der PDL hat hier ebenfalls eine Aufteilung der Beihilfe-
leistungen - analog der vorherigen Empfehlung - vorgeschlagen.

In den Abschlussgesprächen wurde uns zu-
gesagt, dass die LSV-Träger bzw. ihre Verbände künftig im Sinne der Empfeh-
lungen verfahren werden.

8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBiG

- 8.1 Ausbildungsplatzsituation
- 8.2 Übernahme nach Beendigung der Ausbildung
- 8.3 Fortbildungsprüfungsordnung nach § 46 Absatz 1 BBiG zum/zur Sozialversicherungsfachwirt/in
- 8.4 Änderung der Ausbildereignungsverordnung
- 8.5 Organisation der Prüfungen

8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBIG

8.1 Ausbildungsplatzsituation

In diesem Jahr haben wir zu diesem Thema leider nichts Erfreuliches zu berichten, denn die Anzahl der Ausbildungsplätze, die die Versicherungsträger im Jahr 2003 zur Verfügung stellten, ging drastisch zurück. Waren 2002 noch 1879 neue Ausbildungsverträge geschlossen worden, waren es 2003 nur 1469. Das ist ein Rückgang von 22 Prozent. Im Beruf des Sozialversicherungsfachangestellten wurden mit 1449 neuen Ausbildungsverträgen nicht nur deutlich weniger Verträge als im Jahr 2002 (1856) geschlossen, die Anzahl liegt sogar noch weit unter der des Jahres 1999, dem bisher mit Abstand schlechtesten Jahr. Damals waren 1574 neue Ausbildungsverhältnisse begründet worden.

Zu den Fachrichtungen im einzelnen: Während in den Fachrichtungen gesetzliche Unfallversicherung, landwirtschaftliche und knappschaftliche Sozialversicherung die Anzahl der zur Verfügung gestellten Ausbildungsplätze für Sozialversicherungsfachangestellte erfreulicherweise erneut leicht stieg, brach in der Fachrichtung allgemeine Rentenversicherung die in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegene Ausbildungskurve 2003 abrupt ab. Das Ausbildungsplatzangebot blieb um rund 35 Prozent hinter dem des Vorjahres zurück. Wir führen dies auch auf Unsicherheiten wegen der anstehenden und in ihren Auswirkungen noch nicht abschätzbaren Organisationsreform zurück.

Alarmierend sind aber auch die Zahlen in der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung. War das Ausbildungsplatzangebot im letzten Jahr nur leicht rückläufig

gewesen, gab es im Jahr 2003 mit rund 24 Prozent einen massiven Einbruch. Diese Entwicklung wurde ebenso wie in den Jahren zuvor wesentlich durch die Verhältnisse bei den Ersatzkassen geprägt. Diesmal stellten sie sogar rund 33 Prozent weniger Ausbildungsplätze zur Verfügung. Das war für uns Anlass anzufragen, wie dort die Planungen für die Einstellungsjahre 2004 bis 2006 aussehen. Das Ergebnis war ernüchternd. Zwar wollen Hanseatische Ersatzkasse (HEK) und Technikerkasse (TK) auch 2005 und 2006 im selben Umfang wie 2004 ausbilden. Alle anderen werden aber ihre Ausbildungsleistungen drastisch reduzieren. Ein Ende des Abwärtstrends ist also nicht in Sicht.

Unbefriedigend sind diesmal auch die Zahlen bei den Betriebs- und Innungskrankenkassen. War die Anzahl der Ausbildungsplätze bei ihnen im Jahr 2002 noch konstant geblieben, ist jetzt auch bei diesen Kassenarten ein Angebotsrückgang von rund siebzehn Prozent zu vermelden. Hier zeigen sich die Folgen der wirtschaftlichen Entwicklung im Gesundheitswesen auch bei Kassen, die als wettbewerbsstark gelten, die sich aber bereits nicht mehr in der Lage sehen, im gleichen Umfang wie bisher - oder gar überhaupt - auszubilden.

Zum Stichtag 31. Dezember 2003 betreuten wir 4.722 junge Leute und damit im Vergleich zu den landesunmittelbaren Trägern wieder etwas mehr als 50 Prozent aller Auszubildenden, die zu Sozialversicherungsfachangestellten ausgebildet werden. Obwohl im Jahr 2003 bei den bundesunmittelbaren Trägern 407 Ausbildungsverträge weniger geschlossen wurden, sind das 121 Auszubildende mehr als zum gleichen

Zeitpunkt im Jahr 2002, da wir infolge von Fusionen 197 Auszubildende bisher landesunmittelbarer Sozialversicherungsträger in unsere Zuständigkeit übernommen haben. Seltener als in früheren Jahren wurde die Ausbildung abgebrochen. Von den im Jahr 2003 geschlossenen Ausbildungsverhältnissen wurden „nur“ 44 (das sind drei Prozent; im Vorjahr waren es 71, also 3,82 Prozent) in der Probezeit wieder aufgelöst. Rückläufig war aber auch die Abbrecherquote für das zweite und dritte Ausbildungsjahr.

8.2 Übernahme nach Beendigung der Ausbildung

Noch bis vor kurzem mussten sich Auszubildende kaum Gedanken darüber machen, ob sie nach der Prüfung in ein Anstellungsverhältnis übernommen werden. Das hat sich geändert. Das gilt insbesondere für die Auszubildenden von großen Ersatzkassen. Die Veränderungen in der Kassenlandschaft, Kostendenken und damit zusammengehend eine bedarfsorientiertere Personalplanung wirkten sich bei diesen im Jahr 2003 nicht nur auf die Einstellung von Auszubildenden aus, sondern senkten auch die Bereitschaft zur Übernahme in ein Anstellungsverhältnis. Während mittelgroße Kassen wie die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) und die Gmündener Ersatzkasse (GEK) ihre examinierten Sozialversicherungsfachangestellten weitgehend übernahmen, sah das bei den großen Ersatzkassen völlig anders aus. Bei der Barmer Ersatzkasse (BEK) war es nur ein Drittel des Prüfungsjahrganges und nur befristet bis zum Jahresende. Die Deutsche Angestelltenkasse (DAK) konnte lediglich den Auszubildenden, die ihre Prüfung mit „sehr gut“ und „gut“ absolviert hatten, einen Halbjahresvertrag anbieten. Auch bei der TK wurden nur wenige übernommen.

Erfreulicherweise bekamen allerdings viele der gut ausgebildeten jungen Menschen bei wachstumsstarken Betriebskrankenkassen noch die Chance zum Berufsstart.

In den übrigen Fachrichtungen wurden die weitaus meisten Auszubildenden nach dem Examen dagegen noch übernommen, wenn auch z.T. ebenfalls nur befristet. Für die BfA steht allerdings schon jetzt fest, dass nur die Besten der Auszubildenden, die in den Jahren 2004 und 2005 ihre Ausbildung beenden werden, dort einen unbefristeten Vertrag erhalten werden.

Die Auszubildenden sind regelmäßig schockiert, wenn ihnen eröffnet wird, dass sie keinen oder nur einen befristeten Arbeitsplatz bei ihrem Versicherungsträger bekommen können. Das ist unabhängig davon, ob ihnen die geringen Chancen bereits bei der Bewerbung um den Ausbildungsplatz bekannt gegeben worden waren oder nicht. Unsere Ausbildungsberatung vor den Abschlussprüfungen ähnelt daher häufig mehr einer Berufsberatung bzw. unsere Berater müssen angesichts einer um sich greifenden gewissen Hoffnungslosigkeit versuchen, die jungen Leute für die noch verbleibende Zeit der Ausbildung zu motivieren. Immerhin haben sie alle einen Beruf erlernt, der ihnen – zumindest war das bisher so – auch außerhalb der Sozialversicherung Möglichkeiten eröffnet.

8.3 Fortbildungsprüfungsordnung nach § 46 Absatz 1 BBiG zum/zur Sozialversicherungsfachwirt/in

Im Vorjahr hatten wir berichtet, dass ein Unterausschuss des Berufsbildungsausschusses den Entwurf einer Fortbildungsprüfungsordnung zum/zur Sozialversicherungsfachwirt/-in erarbeitet hat. Dieser alle

Fachrichtungen erfassende Entwurf wurde dem Berufsbildungsausschuss in der Mai-Sitzung 2003 vorgelegt. Anders als die Vertreter der gesetzlichen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Sozialversicherung, die die Regelung als sinnvoll ansahen, lehnten es die Vertreter der Kranken-, Unfall- und landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger ab, für diese Prüfungsordnung zu stimmen. Während die Initiative aus Sicht der landwirtschaftlichen Sozialversicherung lediglich zur Unzeit kam, erklärten Kranken- und Unfallversicherung, für sie komme eine Fortbildungsprüfungsordnung generell nicht in Betracht: Die Krankenversicherer, insbesondere die Ersatzkassen, hätten eine auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene interne Fortbildung, die völlig genüge. Ähnlich argumentierten die Unfallversicherungsträger. Sie hatten sich gerade für ein Fachhochschulstudium mit Bachelor-Abschluß entschieden, das im Oktober 2003 mit dem ersten Jahrgang gestartet ist.

Ergebnis der konstruktiven Diskussion war ein Kompromiss: Am 26. Januar 2004 beschloss der Berufsbildungsausschuss eine Fortbildungsprüfungsordnung ausschließlich für die Fachrichtungen gesetzliche Renten- und knappschaftliche Sozialversicherung. In diese könnten bei Bedarf natürlich auch andere Fachrichtungen einbezogen werden.

8.4 Änderung der Ausbilder-eignungsverordnung

Die Regelung vom 28. Mai 2003 sieht vor, dass Ausbilder fünf Jahre lang keinen Nachweis ihrer berufs- und arbeitspädagogischen Qualifikation erbringen müssen. Damit will die Bundesregierung insbesondere kleinere Betriebe animieren, Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und

dadurch ihren Beitrag zur Entlastung der angespannten Lage auf dem Ausbildungsstellenmarkt zu leisten.

Der öffentliche Dienst, für den das Erfordernis des Ausbildereignungsnachweises nie ein Ausbildungshemmnis war, ist von dieser Neuregelung zwar nicht ausgenommen, war aber nicht gemeint. Er sollte daher der Versuchung widerstehen, unter Ausnutzung der formalen Rechtsposition den – wenn auch zeitlich begrenzten – Wegfall der Verpflichtung, berufs- und arbeitspädagogische Kenntnisse nachzuweisen, zu nutzen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass das berufs- und arbeitspädagogische Bildungsangebot reduziert oder nicht mehr in Anspruch genommen wird. Unser Berufsbildungsausschuss ist daher der Auffassung, dass alles getan werden müsse, dem entgegenzusteuern. Andernfalls wären negative Folgen für die Ausbildungsqualität und damit die Qualifikation der künftigen Nachwuchskräfte unvermeidbar.

Unser Berufsbildungsausschuss hat daher an die Versicherungsträger appelliert, nicht nur wie bisher Lehrgänge zum Erwerb berufs- und arbeitspädagogischer Kenntnisse anzubieten, sondern den als Ausbilder ausgewählten Beschäftigten auch weiterhin den abschließenden Qualifikationsnachweis zu ermöglichen. Die ersten Erfahrungen belegen, dass dieser Appell offenbar auf fruchtbaren Boden gefallen ist.

8.5 Organisation der Prüfungen

Im Jahr 2003 wurden 3.398 Auszubildende und somit 195 mehr als im Vorjahr geprüft. An den Zwischenprüfungen nahmen 1.607 angehende Sozialversicherungsfachangestellte, 28 Auszubildende zur/zum Fachangestellten für Bürokommunikation und drei angehende Verwaltungsfachangestellte teil.

Dabei wurden 86 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

In zwanzig Abschlussprüfungen, bei denen 102 Prüfungsausschüsse tätig waren, wurden 1.594 Auszubildende und weitere 166 Prüfungskandidaten, die wir nach § 40 Absatz 2 BBiG zur Prüfung zugelassen hatten, geprüft. Davon entfielen auf den Ausbildungsberuf der Sozialversicherungsfachangestellten 1.732 Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer, zwei auf den Ausbildungsberuf der Verwaltungsfachangestellten und 26 auf den Ausbildungsberuf der Fachangestellten für Bürokommunikation. 94 der Prüfungsteilnehmerinnen und -

teilnehmer wiederholten die Prüfung.

Im Jahr 2003 führten wir zudem siebzehn Ausbilder-Eignungsprüfungen durch, an denen 238 Ausbilderinnen und Ausbilder bundesunmittelbarer und landesunmittelbarer Sozialversicherungsträger – bei letzteren leisteten wir Amtshilfe – mit Erfolg teilnahmen.

Die Prüfungen liefen wie immer reibungslos ab. Auch in diesem Jahr möchten wir uns bei den Versicherungsträgern, Verbänden und den Prüfungsausschüssen für ihre wertvolle Hilfe und Unterstützung bei der Prüfungsorganisation bedanken.

9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG

Nachdiplomierung

9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG

Im Jahre 2003 fanden zwei Prüfungen für insgesamt 328 Verwaltungsinspektoranwärter statt. Von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) kamen 254 Prüfungskandidaten und 74 von der Bundesknappschaft, wobei hier die 23 Anwärter der Bahnversicherungsanstalt, die an den Lehrgängen der Bundesknappschaft teilnahmen, mitgezählt worden sind.

Die Prüfung im Frühjahr bestanden 89 der 92 Teilnehmer der BfA. Die Misserfolgsquote von 3,3 Prozent lag damit deutlich niedriger als die in der Frühjahrsprüfung 2002 (sieben Prozent). Bei der Bundesknappschaft bestanden drei von 23 Kandidaten (13,4 Prozent) die Prüfung nicht.

Deutlich schlechter als im Frühjahr fiel allerdings das Ergebnis der Prüfung im Sommer bei der BfA aus. Von 162 Prüfungskandidaten verfehlten zwölf (7,4 Prozent) das Ziel. Positiver war hingegen das Ergebnis bei der Bundesknappschaft: Von 51 Kandidaten bestanden nur fünf (9,8 Prozent) das Examen nicht. Vier davon waren Anwärter der Bahnversicherungsanstalt.

Fünf Anwärter legten Widerspruch gegen die Entscheidung des Prüfungsamtes ein, wobei es einigen nur um die Prüfungsnote ging. In drei Fällen wurde der Widerspruch nach Einsichtnahme in die Prüfungsarbeiten zurückgenommen. Ein Widerspruch wurde als unbegründet zurückgewiesen; ein Widerspruchsverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden.

In der Zeit vom 1. März bis zum 30. Juni 2003 schrieben die Prüfungskandidaten, die im Frühjahr 2004 den schriftlichen und mündlichen Teil der Laufbahnprüfung ablegen, ihre Diplomarbeit. Die Diplomarbeit ist für Prüfungsjahrgänge ab 2004 obligatorisch. Sie soll den wissenschaftlichen Charakter der Ausbildung stärker betonen. Entsprechend weit war das Spektrum der Themen. Bearbeitet wurden nicht nur Themen aus allen Büchern des Sozialgesetzbuches, sondern auch aus dem Dienstrecht, der Volks- und Betriebswirtschaftslehre, dem Arbeitsrecht und der Sozialpsychologie. Die Kandidaten hatten ihr Thema meist selbst gewählt. Das Prüfungsamt musste daher bei diesem ersten Durchgang nur zwölf Kandidaten ein Thema zuweisen. Auch das wird ein Grund dafür sein, dass das Ergebnis schon bei der „Premiere“ überzeugen konnte. Lediglich sieben der 156 Studenten erreichten nämlich bei der Diplomarbeit weniger als fünf Rangpunkte und bestanden damit die Prüfung nicht.

Die Versicherungsträger hatten im Jahr 2002 insgesamt über 587 Verwaltungsinspektoren-Anwärter(innen) eingestellt, die im Jahr 2005 zur Prüfung anstehen. Um dafür gewappnet zu sein, hat das Prüfungsamt 21 Prüfungskommissionen und damit deutlich mehr als bisher berufen; drei weitere sind geplant. Alle Kommissionen wurden in wissenschaftlich begleiteten Seminarveranstaltungen auf die Abnahme der mündlichen Prüfungen vorbereitet. Im Mittelpunkt stand dabei die Gruppendiskussion als neues Gestaltungselement der mündlichen Prüfung.

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 erfolgte oder wenn ihre Ausbildung nach bestimmten, eng begrenzten Kriterien gleichwertig ist. Auf dieser Rechtsgrundlage haben im Jahr 2003 sechs Mitarbeiter der BfA eine Nachdiplomierung beantragt. In allen Fällen wurde dem Antrag entsprochen.

ANHANG

TABELLEN

ÜBERSICHT DER BUNDESUNMITTELBAREN TRÄGER, VERBÄNDE UND EINRICHTUNGEN DER SOZIALVERSICHERUNG

ORGANISATIONSPLAN

Monatliches Verfahren 2003 - Risikopool

Angaben in gerundeten € - Beträgen

	AOK	BKK	IKK	See-KK	BKn	EAN	EAR	Gesamt	
Monatliches Abschlagsverfahren West									
	Empfängerkassen (Anzahl)	12	43	8	0	1	3	2	69
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool	323.776.666	35.429.594	15.913.182	60.618	14.520.286	67.786.755	2.208.110	459.695.211
	Zahlungspflichtige Kassen	0	212	11	1	0	4	3	231
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool	0	362.938.538	20.996.286	190.954	0	112.103.999	16.500.570	512.730.347
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	323.776.666	-327.508.944	-5.083.104	-130.336	14.520.286	-44.317.244	-14.292.460	-53.035.136
Monatliches Abschlagsverfahren Ost									
	Empfängerkassen (Anzahl)	5	21	2	0	1	2	0	31
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool	124.147.474	7.095.830	1.534.559	0	4.962.274	10.536.514	0	148.276.651
	Zahlungspflichtige Kassen	0	103	7	1	0	4	3	118
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool	0	58.287.304	12.246.847	129.729	0	20.819.603	2.374.069	93.857.552
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	124.147.474	-51.191.474	-10.712.288	-129.729	4.962.274	-10.283.089	-2.374.069	54.419.099
Monatliches Abschlagsverfahren Bund									
	Empfängerkassen (Anzahl)	17	64	10	0	2	5	2	100
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool	447.924.140	42.525.424	17.447.741	60.618	19.482.560	78.323.269	2.208.110	607.971.862
	Zahlungspflichtige Kassen	0	315	18	2	0	8	6	349
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool	0	421.225.842	33.243.133	320.683	0	132.923.602	18.874.639	606.587.899
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen Risikopool - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	447.924.140	-378.700.418	-15.795.392	-260.065	19.482.560	-54.600.333	-16.666.529	1.383.963

Wichtige Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2002

	Anzahl Versicherte	Ausgaben Apotheken	Ausgaben Krankenhaus	Sonstige <u>Leistungsaus-</u> <u>gaben [1]</u>	Ausgaben Krankengeld	Gesamtsumme
RSA gemeldet	70.405.071	23.078.135.781	46.915.675.787	16.127.828.339	7.539.584.616	<u>122.188.429.443 [2]</u>
RP gemeldet	<u>507.835 [3]</u>	2.671.280.743	12.775.889.602	69.485.065	1.763.219.487	17.279.874.896
Proz. Anteil RP an RSA pro HLB	0,72%	11,57%	27,23%	0,43%	23,39%	14,14%
RP-Beträge		737.950.217	3.030.265.055	12.666.628	266.431.896	4.047.313.797
Proz. Anteil RP-Betrag an RSA pro HLB		3,20%	6,46%	0,08%	3,53%	3,31%

[1] Die sonstigen Leistungsausgaben im Risikopool beinhalten nur Sterbegeld

[2] In der Gesamtsumme RSA sind auch Ausgaben der Ärzte und Zahnärzte enthalten, die im RP nicht ausgleichsfähig sind.

[3] Nicht alle Versicherte haben in jedem Hauptleistungsbereich Ausgaben verursacht.

Monatliches Verfahren 2003 RSA

Angaben in gerundeten € - Beträgen

		AOK	BKK	IKK	See-KK	BKn	EAN	EAR	Gesamt
Monatliches Abschlagsverfahren West									
	Empfängerkassen (Anzahl)	12	53	8	1	1	1	1	77
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	8.240.730.609	614.225.417	166.367.956	4.860.701	1.181.472.126	206.347.111	50.058.354	10.464.062.274
	Zahlungspflichtige Kassen	0	202	11	0	0	6	4	223
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	7.766.417.472	391.794.005	282.129	0	3.804.555.558	622.568.602	12.585.617.766
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	8.240.730.609	-7.152.192.055	-225.426.049	4.578.572	1.181.472.126	-3.598.208.447	-572.510.248	-2.121.555.492
Monatliches Abschlagsverfahren Ost									
	Empfängerkassen (Anzahl)	5	8	0	0	1	1	0	15
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	4.410.573.099	115.375.264	14.953	0	385.388.032	54.908.867	0	4.966.260.215
	Zahlungspflichtige Kassen	0	116	8	1	0	5	3	133
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	1.162.259.162	257.122.608	2.644.248	0	589.519.462	76.955.563	2.088.501.043
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	4.410.573.099	-1.046.883.898	-257.107.655	-2.644.248	385.388.032	-534.610.595	-76.955.563	2.877.759.172
Monatliches Abschlagsverfahren Bund									
	Empfängerkassen (Anzahl)	17	61	8	1	2	2	1	92
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	12.651.303.708	729.600.681	166.382.909	4.860.701	1.566.860.158	261.255.978	50.058.354	15.430.322.489
	Zahlungspflichtige Kassen	0	318	19	1	0	11	7	356
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	8.928.676.634	648.916.613	2.926.377	0	4.394.075.020	699.524.165	14.674.118.809
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	12.651.303.708	-8.199.075.953	-482.533.704	1.934.324	1.566.860.158	-4.132.819.042	-649.465.811	756.203.680

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.02	Anzahl 31.12.03
Träger der gesetzlichen Krankenversicherung*		
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	9	7
Innungskrankenkasse Sachsen-Anhalt / Bremen und Bremerhaven Innungskrankenkasse Hamburg Die nord- und mitteldeutsche Innungskrankenkasse Innungskrankenkasse Niedersachsen Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG) Innungskrankenkasse Westfalen DGT		

*) nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.02	Anzahl 31.12.03
Sonstige Krankenkassen	2	2
See-Krankenkasse Bundesknappschaft (knKV)		
Landwirtschaftliche Krankenkassen	2	2
Krankenkasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Krankenkasse Berlin		
Betriebskrankenkassen*	141	132
in Baden-Württemberg	22	21
in Bayern	11	13
in Berlin	1	1
in Brandenburg	-	-
in Bremen	1	1
in Hamburg	15	11
in Hessen	18	16
in Mecklenburg-Vorpommern	1	1
in Niedersachsen	14	14
in Nordrhein-Westfalen	46	40
in Rheinland-Pfalz	7	9
in Sachsen	2	2
in Sachsen-Anhalt	1	1
im Saarland	-	-
in Schleswig-Holstein	2	2
in Thüringen	-	-
Krankenversicherungsträger insgesamt	162	151

*) einschließlich Bundesverwaltungskassen

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.02	Anzahl 31.12.03
----------------------------	----------------------------	----------------------------

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 31.12.02	Anzahl 31.12.03
Übertrag	32	32
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	2	2
Gartenbau-Berufsgenossenschaft Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Berlin		
Sonstige Träger der Unfallversicherung	2	3
Eisenbahn-Unfallkasse Unfallkasse der Post und Telekom Unfallkasse des Bundes		
Unfallversicherungsträger insgesamt	36	37
Träger der gesetzlichen Rentenversicherung		
Träger der Arbeiterrentenversicherung	2	2
Bahnversicherungsanstalt Seekasse		
Träger der Angestelltenversicherung	1	1
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte		
Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung	1	1
Bundesknappschaft		
Rentenversicherungsträger insgesamt	4	4

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.02	Anzahl 31.12.03
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 Künstlersozialkasse Versorgungsträger Ernst-Abbé-Stiftung		
Weitere Einrichtungen insgesamt	4	4
Zusammenstellung		
Krankenversicherungsträger	162	151
Unfallversicherungsträger	36	37
Rentenversicherungsträger	4	4
Alterskassen	2	2
Verbände	2	2
Weitere Einrichtungen	4	4
insgesamt	210	200

Organisationsplan des Bundesversicherungsamtes

Dienststz: Bonn
 Postanschrift: Villemombler Straße 76, 53123 Bonn
 Fernruf: (0228) 619 - 0 Fax: (0228) 619 - 1870

Stand: Dezember 2003

Präsident
Dr. Daubenbüchel
 App. 1808
 Fax: 1876
 Vorzimmer App. 1807

Vizepräsident
Eitner
 App. 1810
 Fax: 1847
 Vorzimmer App. 1809

Gleichstellungsbeauftragte

Gesamtpersonalrat
 Vorsitzender

Örtlicher Personalrat
 Vorsitzender

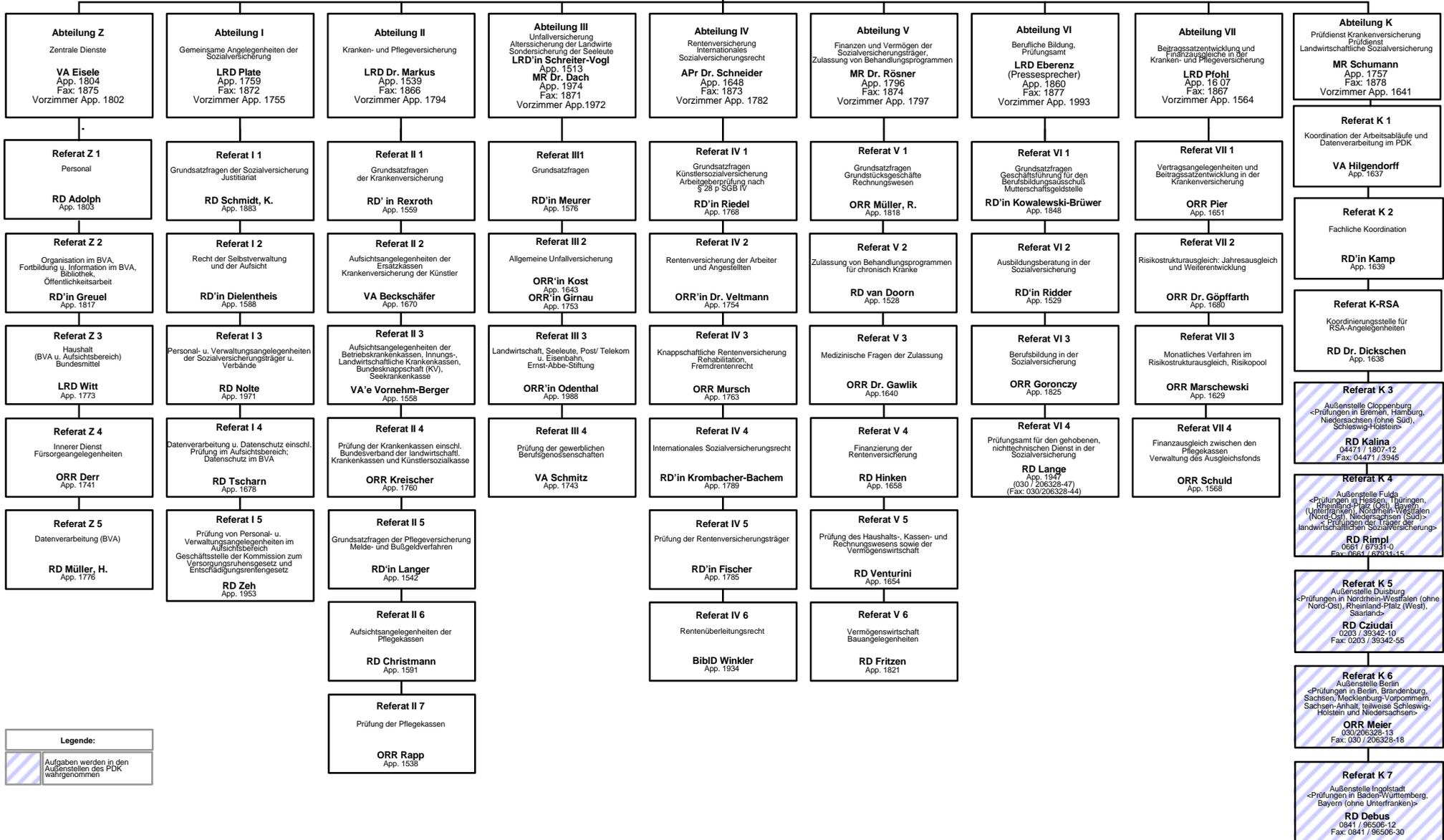
Vertrauensperson der
 schwerbehinderten Menschen

Frau Wermers
 App. 1550

Herr Upmann
 App. 1593
 Fax: 1823
 (04471 / 1807-18)

Herr Mursch
 App. 1763

Herr Lange
 App. 1997
 (030 / 206328-47)



Legende:

Aufgaben werden in den Außenstellen des PDK wahrgenommen