



Bundesversicherungsamt

Tätigkeitsbericht 2004



Herausgeber:

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



Vorwort

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hat zu einer spürbaren finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen geführt. Inwieweit Versicherte von Beitragssatzsenkungen durch das GMG profitieren, hängt vom Ausgangsbeitrag und der Schuldensituation der jeweiligen Kasse ab. Insgesamt kamen mehr als 57 Prozent aller Versicherten bundesunmittelbarer Krankenkassen in den Genuss von Beitragssatzsenkungen.

Im Jahre 2004 war es für das Bundesversicherungsamt – und die verschärfte Wettbewerbssituation hat daran sicher ihren Anteil - ungewöhnlich schwierig, einige bundesunmittelbare Krankenversicherungsträger zu einem recht- und gesetzesmäßigen Vorgehen anzuhalten. Die Zahl gerichtlicher Klageverfahren gegen die aufsichtsrechtlichen Entscheidungen des

Bundesversicherungsamtes stieg deutlich, und das Bundesversicherungsamt sah sich zu Beginn des Jahres 2004 sogar veranlasst, die Beitragserhebung einer gewerblichen Berufsgenossenschaft durch eine Ersatzvornahme sicherzustellen.

Das Festhalten an zu niedrigen, nicht kostendeckenden Beitragssätzen aus Wettbewerbsgründen hat einige Kassen in eine prekäre Finanzsituation manövriert. Liquiditätsengpässe wurden entweder mit Mitteln, die der Kasse nicht zustehen (verspätete Weiterleitung von Fremdversicherungsbeiträgen, verspätete Zahlungen aus RSA-Verpflichtungen) oder durch die – grundsätzlich verbotene - Aufnahme von Krediten überbrückt. Andere Kassen wiederum setzten ihre Rücklagen aus wirtschaftlichen Überlegungen für Vermögensanlagen ein und finanzierten ihre Ausgaben über Kredite. Mit dem Verweis auf die Beitragssatzstabilität verweigern Kassen sogar die Zahlung vereinbarter Vergütungen, so dass wir sie zur Zahlung verpflichten mussten.

Um die finanziellen Gefährdungen bei den Kassen rechtzeitig zu erkennen, hat der Prüfdienst Krankenversicherung Anfang 2004 damit begonnen, regelmäßig Finanzstatusprüfungen bei auffälligen Kassen durchzuführen.

Auf der anderen Seite stiegen die Vorstandsvergütungen bei einigen Kassen inklusive Prämien und Doppelgehältern in inakzeptable Höhen. Wir haben dies beanstandet und hoffen, dass hier bald eine für alle Seiten befriedigende Lösung gefunden werden kann.

Risikostrukturausgleich und Risikopool erwiesen sich erneut als funktionsfähige Steuerungsinstrumente. Die unterschiedliche Finanzkraft der gesetzlichen Krankenversicherungsträger konnte auf diesem Wege im Jahr 2003 mit fast 2,3 Milliarden € zu Gunsten der Krankenversicherungsträger der neuen Länder ausgeglichen werden. Der Rückgang der Antragszahl spricht für den Zwischenausgleich.

Dr. Rainer Daubenbüchel
Präsident des Bundesversicherungsamtes

I. FACHABTEILUNGEN	15
1. KRANKENVERSICHERUNG	15
1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung	15
Beitragsatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung	15
Kreditfinanzierte Vermögenspolitik	16
Prüfung von Vergütungsvereinbarungen	17
1.2 Eingaben	18
1.3 Mitgliedschafts- und Beitragsrecht in der Krankenversicherung	18
Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind	18
Beitragsbemessung bei Tagesmüttern	19
Beitragszahlung freiwillig Versicherter	20
Sonderkündigungsrechts bei Beitragsatzveränderungen in Folge des Zusammenschlusses von Krankenkassen	21
Gefälschte Kündigungsbestätigungen	22
Ende der freiwilligen Mitgliedschaft wegen Beitragsrückstandes	23
Familienversicherung für über 55-Jährige nach langjähriger Nichtmitgliedschaft in der GKV	23
1.4 Leistungsrecht in der Krankenversicherung	24
Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen	24
Erstattung der Kosten von Behandlungen im Ausland	25
Künstliche Befruchtung – „erfolgreicher“ Versuch	26
Zuständigkeitsklärung gemäß § 14 SGB IX	26
Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Nichtvertragsärzten	27
Werbung der Krankenkassen – Auslobung von Flugreisen	27
Fahrtkosten	28
Zuzahlungen	28

1.5	Künstlersozialversicherung	32
	Ausgleichsvereinigungen nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz	32
1.6	Satzungsrecht	33
1.7	Organisationsrecht	35
	Auflösungsverfahren der BKK Airbus	35
	Durchführung des Widerspruchsverfahrens	36
	Rechtswidrige Verfahrensweisen der bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen	37
1.8	Aufsichtsprüfungen bei Krankenkassen	37
	Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge und der Beiträge für freiwillig Versicherte	37
	Vollstreckung von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung	40
	Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung	40
2.	PFLEGEVERSICHERUNG	45
2.1	Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung	45
	Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung	46
	Entwicklung des Mittelbestandes	46
	Ausblick	46
2.2	Leistungsrecht	47
	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen gem. § 44 SGB XI	47
2.3	Aufsichtsprüfungen - Pflegeversicherung	47
	Pflegehilfsmittel und technische Hilfen gemäß § 40 SGB XI	47
	Leistungsausgaben zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen gemäß § 44 SGB XI	48

3. UNFALLVERSICHERUNG	53
3.1 Eingaben	53
Statistik	53
Problematik im Umgang mit § 200 Abs. 2 SGB VII	53
3.2 Satzungsrecht	54
Finanzierung der Abschlagszahlungen für das Insolvenzgeld	54
Gefahrtarifangelegenheiten	54
3.3 Aufsichtsprüfungen	56
Gesetzliche Regelung für die Rentenaltlasten aus dem Beitrittsgebiet (§ 215 Abs. 9 SGB VII)	56
Fusion der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Berlin (LBG Berlin) mit der Sächsischen Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft (Sächsische LBG)	56
Beitragsfestsetzung in der berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung durch Ersatzvornahme	57
Leistungen an Versicherte	58
4. RENTENVERSICHERUNG	61
4.1 Finanzentwicklung der Rentenversicherung	61
Finanzentwicklung der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten	61
Finanzentwicklung in der knappschaftlichen Rentenversicherung	64
4.2 Eingaben	64
Überblick	64
Altersrente für schwerbehinderte Menschen	65
Befreiung von der Versicherungspflicht für Selbstständige	66
Darstellung von Überbrückungstatbeständen im Versicherungsverlauf	66
Die Drittschuldnererklärung des Rentenversicherungsträgers bei Pfändung von Rentenansprüchen	67

Nachversicherung eines DO-Angestellten für die Zeit der Weiterbeschäftigung während eines Kündigungsschutzprozesses	67
Rentnerprivileg und Rückforderung von überzahlten Renten	68
Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	69
Eingeschränktes Gestaltungsrecht bei Rücknahme des Rentenantrages	70
Versicherungspflicht aufgrund nicht erwerbsmäßiger Pflegetätigkeit	71
Erfüllung der Voraussetzungen für eine Witwerrente nach dem bis zum 31. Dezember 1985 geltenden Hinterbliebenenrentenrecht (§ 303 SGB VI)	72
Neuberechnung umgewerteter Bestandsrenten bei nachträglicher Anerkennung von Zusatz- oder Sonderversorgungszeiten	73
Bestandskraft von Rentenbescheiden	74
Bessere Verständlichkeit der Neufeststellungsgründe in Rentenbescheiden	74
Anspruch auf Waisenrente über das 27. Lebensjahr hinaus aufgrund der Ableistung eines „Anderen Dienstes im Ausland“	75
Verzögerung der Rentenauszahlung bei Verzug in einen anderen Staat	76
Aufteilung einer Witwenrente auf mehrere Berechtigte	76
Verzögerungen beim Versicherungsträger aufgrund parallel laufender Rentenverfahren in mehreren Staaten	77
Polnisches Sondersystem für selbstständige Künstler	78
4.3 Rehabilitation	79
Verlängerungsanträge bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	79
Teilhabe am Arbeitsleben	79
Selbstständige Tätigkeit als dauerhafte Wiedereingliederung	79
Formerfordernisse für Entgeltbescheinigungen	80
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rentenverfahren	81
Teilhabeleistungen bei befristetem Rentenbezug	81
4.4 Auslandsberührungen	82
Internationale Kontakte/Konferenzen	82

4.5	Aufsichtsprüfungen	82
	Fristsetzung gegenüber Banken	82
	Meldeverfahren	83
	Abhebungen von EC-Geldautomaten von Unbekannten	83
	Geldeingangsmitteilungen	84
	Regressprüfung gegenüber Mitarbeitern	84
	Verzinsung	84
	Gesamtfälligkeit bei Zahlungsverzug	84
	Mahngebühren	85
	Nicht begründete Verwaltungsakte	85
	Aufrechnung statt Überweisung	85
	Ratenzahlungsvereinbarung	85
	Weitergewährung von befristeten Erwerbsminderungsrenten	85
II.	VERWALTUNG	89
5.	GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN	89
5.1	Gerichtsverfahren	89
	Statistik	89
	Pauschalierende Erstattung der Heilbehandlung in einem Gemeinschaftsland	90
	Berufskrankheitenverordnung	90
	Versandhandelsverbot	91
	Absenkung des Beitragssatzes	91
5.2	Selbstverwaltung	92
	Änderung in der Zusammensetzung des Verwaltungsrats bei den Arbeitgebervertretern in der GKV	92
	Bekanntmachungsregelung in der Satzung	93

5.3	Personal-, Dienstrecht und Verwaltung	94
	Verwaltungskostenbudgetierung	94
	Veröffentlichung von Vorstandsgehältern	95
	Einstufung der Dienstposten in den Geschäftsführungen bundesunmittelbarer Körperschaften (UV und LSV)	96
	Einrichtung von Stellen zur Bekämpfung des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen	97
	Entscheidungen der Kommission der Bundesrepublik Deutschland zum Versorgungsruhens- und Entschädigungsrentengesetz	97
5.4	Datenschutz	98
	Anzeigen nach § 85 Abs. 1 S. 2 bis S. 5 SGB IV	98
5.5	Vergaberecht	99
	Entscheidungen der Vergabeprüfstelle nach § 103 Abs. 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen	99
	Prüfung von Vergabeverfahren im Rahmen der Aufsicht nach §§ 88 ff. SGB IV	102
5.6	Vermögenswirtschaft	104
	Ausstieg aus der VBL	104
	Genehmigungsbescheide	105
5.7	Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)	106
6.	RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH	111
6.1	Allgemeines	111
	Verfahren	111
6.2	Jahresausgleich 2003	112
	DMP im Jahresausgleich 2003	113

6.3	Monatliches Verfahren	115
	Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV	115
	Abgeltung von Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen	116
6.4	Risikopool	117
6.5	Prüfung nach § 15a RSAV	117
7.	PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG	121
7.1	Allgemeines	121
7.2	Finanzstatusprüfungen	121
7.3	Datenverarbeitung/Informationstechnologie	123
	Elektronische Archivierung papiergebundener Belege unter Verwendung qualifizierter elektronischer Signaturen	123
7.4	RSA- Prüfungen 2004	124
	Hotline	124
	Prüfergebnisse	125
7.5	Vorbereitung der Prüfungen im Bereich DMP	127
7.6	PDL	128
8.	ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBIG	133
8.1	Ausbildungsplatzsituation	133
8.2	Ausbildung in der Krankenversicherung	134
8.3	Übernahme nach Beendigung der Ausbildung	136
8.4	Fortbildungsprüfungsordnung nach § 46 Abs. 1 BBiG zum/zur Sozialversicherungsfachwirt/in	137

9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG	141
---	------------

9.1 Laufbahnprüfungen	141
------------------------------	------------

9.2 Nachdiplomierung	142
-----------------------------	------------

ANHANG

Tabellen

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

Organisationsplan

I. FACHABTEILUNGEN

1. KRANKENVERSICHERUNG

- 1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung
- 1.2 Eingaben
- 1.3 Mitgliedschafts- und Beitragsrecht in der Krankenversicherung
- 1.4 Leistungsrecht in der Krankenversicherung
- 1.5 Künstlersozialversicherung
- 1.6 Satzungsrecht
- 1.7 Organisationsrecht
- 1.8 Aufsichtsprüfungen bei Krankenkassen

I. FACHABTEILUNGEN

1. KRANKENVERSICHERUNG

1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung

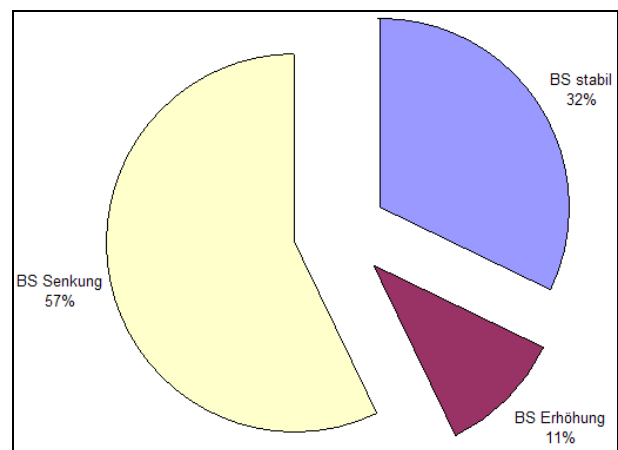
Die Finanz- und Vermögensentwicklung der bundesunmittelbaren Kassen beeinflusst direkt deren Beitragssatzgestaltung. Eine der wesentlichen Aufgaben des Bundesversicherungsamtes ist daher die Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zur Senkung der Beitragssätze und zur Entschuldung der Kassen.

Die bisherigen gesetzlichen Regelungen im SGB V zur Beitragssatzkalkulation wurden durch das Gesetz zur Modernisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) ergänzt. Danach ist ein Großteil der durch das GMG erzielten Entlastungen für Beitragssatzsenkungen zu verwenden. Zugleich wird verschuldeten Krankenkassen auferlegt, ihre Verschuldung bis Ende 2007 jährlich zu mindestens einem Viertel abzubauen.

Ausgangspunkt für die Frage von Beitragssatzsenkungen im Jahr 2004 war nicht der am 31. Dezember 2003 tatsächlich erhobene Beitragssatz, sondern der ausgabendeckende Beitragssatz. Dieser wird unter Berücksichtigung der sogenannten Basiseffekte für das Jahr 2004 fortgeschrieben, ggf. um den Anteil zur Schuldentilgung erhöht und um die GMG-bedingte Entlastungswirkung verringert. Je nach Ausgangsbeitragssatz, Schuldsituation und Höhe der Entlastung durch das GMG er-

gibt sich entweder kein oder ein unterschiedlich hoher Spielraum für Beitragssatzsenkungen.

Von den bundesunmittelbaren Krankenkassen konnten 35 Krankenkassen seit Ende 2003 die Beitragssätze senken. Dem standen 32 Krankenkassen gegenüber, die ihre Beitragssätze anheben mussten. Die übrigen Krankenkassen konnten die Beitragssätze stabil halten.



Ein gänzlich anderes Bild ergibt sich bei Betrachtung der Zahl der Versicherten, die von Beitragssatzveränderungen betroffen waren. Wie aus dem Schaubild ersichtlich wird, profitierten rund 57,1 Prozent aller Versicherten bundesunmittelbarer Krankenkassen von Beitragssatzsenkungen, während nur rund 10,8 Prozent im Vergleich zu 2003 einen höheren Beitragssatz entrichten mussten. Diese Entwicklung unterstreicht, dass die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführten Neuerungen zu einer spürbaren finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen geführt haben.

Das Bundesversicherungsamt hat in einigen Fällen die beantragte Beitragssatzsenkung nicht genehmigt, da ansonsten der gesetzlich vorgeschriebene Schuldenabbau nicht möglich gewesen wäre bzw. eine unzulässige Verschuldung gedroht hätte. Sofern es in diesen Fällen zu keiner außergerichtlichen Klärung kam, haben die klagenden Krankenkassen keinen Erfolg gehabt.

Der Abbau der Verschuldung in Jahresritten - wie ihn das GKV-Modernisierungsgesetz vorschreibt - verhindert, dass Krankenkassen die Entschuldung aus Wettbewerbsgründen bis zum Ende des Sanierungszeitraums hinauszögern, um bis dahin günstigere Beitragssätze ausweisen zu können. Die vorgesehene Streckung der Schuldentilgung bis zum Jahr 2007 setzt die Vorlage und Genehmigung eines mit dem jeweiligen Spitzenverband der Krankenkasse abgestimmten Konzepts über die Behebung der Ursachen der Verschuldung und über die Rückzahlung der aufgenommenen Darlehen voraus.

Zur Vorlage eines solchen Konzeptes sind ca. 100 bundesunmittelbare Krankenkassen nach § 222 SGB V verpflichtet. Das Bundesversicherungsamt hat die Kassen in einem Rundschreiben über die Verfahrensweise und den erforderlichen Inhalt der Konzepte unterrichtet. Da zum Zeitpunkt der Konzepterstellung Prognosen über die Finanzentwicklung einer Krankenkasse für den gesamten Sanierungszeitraum nicht möglich sind, wurde die Genehmigung der Konzepte u.a. mit der Auflage verbunden, jährlich einen mit dem jeweiligen Spitzenverband abgestimmten Bericht über die Umsetzung des Konzeptes vorzulegen.

Kreditfinanzierte Vermögenspolitik

Bei der Prüfung der Konzepte nach § 222 Abs. 5 SGB V und Auswertung der Haushaltspläne 2005 stellte das Bundesversicherungsamt fest, dass noch zahlreiche Kassen über liquide Vermögensanlagen (z. B. Termingelder oder Fondsvermögen) verfügen, die bei rechtzeitiger Auflösung in einigen Fällen eine Kreditaufnahme im Jahre 2003 vermieden oder auf wenige Tage begrenzt hätten. In den übrigen Fällen hätte die Darlehensaufnahme in der Höhe reduziert werden können.

Das hat uns veranlasst, die Kassen darauf hinzuweisen, dass § 222 Abs. 5 SGB V eine Regelung lediglich für die vor dem 31. Dezember 2003 aufgenommenen Darlehen zum Haushaltsausgleich trifft. Unter Darlehen zum Haushaltsausgleich sind Darlehen zu verstehen, die dazu dienen, fehlende Betriebsmittel und Rücklagen zu ersetzen. Darlehen, die dazu dienen, vorhandene Vermögensanlagen aufrechtzuerhalten, werden vom Schutzzweck der Norm nicht erfasst.

Eine „kreditfinanzierte Anlagepolitik“, das heißt, Vermögensanlagen zu erhalten und zur Erfüllung der Leistungsausgaben Kredite aufzunehmen, widerspricht den gesetzlichen Vorgaben zur Liquidität der Krankenkassen und dem grundsätzlichen Verbot der Darlehensaufnahme, das der Gesetzgeber zur Klarstellung in § 222 Abs. 5 SGB V ausdrücklich formuliert hat. Auch das Wirtschaftlichkeitsgebot rechtfertigt keine rechtswidrigen Maßnahmen.

Demzufolge sind zur Vermeidung von Darlehen die liquiden Vermögensbestände zügig aufzulösen.

In der aufsichtsrechtlichen Umsetzung ist das Bundesversicherungsamt durchaus bereit, für die Kassen eine dem jeweiligen Einzelfall angemessene Entscheidung zu treffen, ohne dass für die Kassen ein wirtschaftlicher Nachteil entsteht. Dazu muss uns die Kasse bestätigen, folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Unverzügliche Auflösung der Anlagen bei einem solchen Anstieg der Zinsen, der befürchten lässt, dass die Aufrechterhaltung des Darlehens unwirtschaftlich wird.
- Verwendung der frei werdenden Mittel zur Tilgung der Darlehen.
- Neuanlagen einschließlich einer Prolongation bestehender Vermögensanlagen nur, wenn im Anlagezeitraum eine Darlehensaufnahme ausgeschlossen erscheint.
- Hinzu kommt die Berücksichtigung der Vermögensanlagen bei der Bestimmung des Ausgangswertes 2003 zum Abbau der Darlehen. In Höhe der vorhandenen Mittel handelt es sich nicht, wie oben ausgeführt, um Darlehen zum Haushaltsausgleich, sondern um eine kreditfinanzierte Anlagepolitik. Entsprechend müssen sich die Kassen ihre Vermögensanlagen anrechnen lassen. Soweit dadurch die Sanierungsziele gefährdet werden, müssen sie die Vermögensanlagen auflösen.

Eine Kasse weigerte sich unter Berücksichtigung der gegenüber längerfristigen Anlagen niedrigeren Darlehenszinsen auf weitere kreditfinanzierte Neuanlagen zu verzichten, weil es sich um ein renditeoptimiertes Cash-Management-Verfahren handele. Nach unserer Auffassung ist in dieser ständigen Verwaltungspraxis der Kasse ein klarer Rechtsverstoß zu sehen, so dass wir die Kasse nach Beratung aufsichtsrechtlich

verpflichtet haben, eine Neuanlage aufzulösen und die durch die Neuanlage verursachte Darlehensaufnahme zu beenden.

Prüfung von Vergütungsvereinbarungen

Zu den Aufgaben des Bundesversicherungsamtes gehört die Prüfung von Vergütungsvereinbarungen im vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Bereich sowie in Bezug auf die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (§ 71 Abs. 4 SGB V). Ein wesentlicher Gesichtspunkt im Rahmen der Prüfung ist die Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Im Jahr 2003 wurde ein Vergütungsvertrag wegen Verletzung dieses Grundsatzes beanstandet, weil die vereinbarten Vergütungen für 2004 die sog. Nullrunde für 2003 (Art. 5 Beitragssatzsicherungsgesetz) nicht als Basis berücksichtigten. Die Beanstandung wurde mittlerweile in der ersten Instanz gerichtlich bestätigt, die Berufung ist anhängig.

Grund zur Beanstandung gaben 2004 auch Vergütungsvereinbarungen, in denen Leistungsvergütungen für in das GKV-System einbezogene Sozialhilfeempfänger (§ 264 SGB V) nicht den gesetzlichen Vergütungsbegrenzungen unterworfen wurden. Darin liegt ein Verstoß gegen § 85 Abs. 2 S. 3 SGB V, der unterschiedliche Vergütungen für verschiedene Gruppen von Versicherten untersagt. Zudem liegt § 264 Abs. 6 SGB V als solchem bereits der Zweck zugrunde, die Vergütung für Leistungen an Sozialhilfeempfänger an diejenige für Leistungen der übrigen GKV-Versicherten anzugleichen. Eine Beanstandung war hier letztlich nicht erforderlich, weil wir die Vertragspartner bereits im Rahmen der Anhörung von der Rechtswidrigkeit der Klauseln überzeugen konnten. Die Verträge wurden daraufhin angepasst.

Immer mehr Raum nimmt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Krankenkassen in Bezug auf den Vollzug der Vergütungsvereinbarungen ein. Hier ist oftmals streitig, wie hoch die Gesamtvergütungsforderungen der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind. Zudem machen Krankenkassen immer wieder geltend, dass die vereinbarten Vergütungen den Grundsatz der Beitragsatzstabilität oder sonstiges Recht verletzen und daher nicht zu leisten sind. In diesem Bereich haben wir mehrere Krankenkassen aufsichtsrechtlich beraten und ggf. zur Zahlung verpflichtet.

1.2 Eingaben

<u>Eingabenzahl in der Abteilung KV/PV im Jahr 2004</u>		
Referat	Gesamtzahl der Eingaben	davon Petitionen
Referat II 1	391	21
Referat II 2	2.028	274
Referat II 5	196	30
Referat II 6	2.088	123
insgesamt	4.703	448

1.3 Mitgliedschafts- und Beitragsrecht in der Krankenversicherung

Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind

Auch in diesem Berichtsjahr stand die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der Krankenkassen unter unserer besonderen Beobachtung. Dabei stellte sich insbesondere die Ermittlung der Bemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig erwerbstätige Mitglieder als problematisch heraus. Die Beitragsbemessung erfolgt gem. § 240 Abs. 1 S. 2 SGB V unter Be-

rücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des selbstständig erwerbstätigen Mitgliedes. Sie stützt sich dabei in aller Regel maßgeblich auf das Arbeitseinkommen im Sinne des § 15 SGB IV, dem nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelten Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit. Die ständige Rechtsprechung hält daher die Vorlage des jeweils aktuellsten Einkommensteuerbescheides für das beste Verfahren zur Ermittlung des Arbeitseinkommens, das mit vertretbarem Aufwand durchführbar ist. Dabei hält es das Bundessozialgericht ausdrücklich für hinnehmbar, dass sich für einzelne Versicherte gewisse Härten daraus ergeben können, dass die Beiträge für die Zukunft festzulegen sind (§ 240 Abs. 4 S. 3 SGB V), während als Grundlage die Geschäftszahlen vergangener Zeiträume dienen. So kann insbesondere in wirtschaftlich schwachen Zeiten die Beitragsbelastung für selbstständig erwerbstätige Mitglieder größer sein, als das der aktuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entspricht. Das Bundessozialgericht geht allerdings davon aus, dass solche Mehrbelastungen in Zeiten des wirtschaftlichen Aufschwungs durch entsprechend niedrigere Beiträge ausgeglichen werden.

Ausnahmen von dieser Vorgehensweise wurden bereits in der Vergangenheit Personen eingeräumt, denen kein Einkommensteuerbescheid zur Verfügung stand, der Angaben zu Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit enthält, wie das z.B. für Existenzgründer regelmäßig der Fall ist. In diesen Fällen sehen auch wir eine Beitragsbemessung auf der Grundlage von Angaben des Mitgliedes oder eines Vorauszahlungsbescheides auf die Einkommensteuer als ausreichend an.

Eine weitere Ausnahme haben wir in Einzelfällen auch dann für zulässig erachtet, wenn sich der Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit voraussichtlich auf Dauer derart reduziert, dass eine weitere Beitragsbemessung auf der Grundlage des aktuell vorliegenden Steuerbescheides einen Verstoß gegen das Gebot der Beitragshebung gemäß der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit darstellt und damit grob unbillig wäre. Das halten wir insbesondere dann für gegeben, wenn ein Beitrag angesichts der aktuellen Einkünfte wesentlich zu hoch festgesetzt ist und auf Grund objektiver Merkmale eine steigende Entwicklung der Einkünfte in der Zukunft nicht zu erwarten ist. In diesem Fall ist auch ein Ausgleich aktuell zu hoch durch zukünftig zu niedrige Beiträge auf Grund der zukünftigen Entwicklung der Einnahmen nicht zu erwarten. Ein solcher Fall liegt unseres Erachtens z.B. vor, wenn ein freiwilliges Mitglied die von ihm betriebene selbstständige Tätigkeit aufgibt, vor der Geschäftsaufgabe aber daraus hohe Einkünfte erzielt hat, oder wenn objektive Hinweise darauf deuten, dass die wirtschaftliche Existenz eines Unternehmens aufgrund stark sinkender Einnahmen gefährdet ist. In solchen Fällen halten wir ebenfalls die Vorlage eines Vorauszahlungsbescheides auf die Einkommensteuer für ausreichend.

Solchen Abweichungen von dem Grundsatz der Beitragsbemessung anhand des aktuellsten zur Verfügung stehenden Steuerbescheides sind allerdings enge Grenzen zu setzen, da in diesen Fällen die gegebenenfalls notwendige rückwirkende Korrektur eines Bescheides der Krankenkasse zur Beitragsbemessung auf rechtliche Bedenken stößt.

Beitragsbemessung bei Tagesmüttern

Ein Sonderproblem, das sich uns im Zusammenhang mit der Beitragsbemessung freiwillig Versicherter stellte, war die Einstufung der Tätigkeit von Tagesmüttern. Diese Tätigkeit wird selbstständig ausgeübt. Es ist aber unklar, wann sich eine solche Tätigkeit als hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit mit entsprechend höheren Krankenversicherungsbeiträgen darstellt, wenn für sie von privater Seite eine Bezahlung erfolgt. Die Einordnung als „hauptberuflich selbstständige Tätigkeit“ entscheidet, ob eine Pflichtversicherung aufgrund des § 5 Abs. 5 SGB V oder eine Familienversicherung aufgrund des § 10 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V ausgeschlossen ist. Hinsichtlich der anzuwendenden Mindestbeitragsbemessungsgrenze ist zu fragen: Gilt für freiwillig versicherte Tagesmütter § 240 Abs. 4 S. 1 oder S. 2 und 3 SGB V?

Für Tagesmütter, deren Tätigkeit ausschließlich mit öffentlichen Mitteln durch das Jugendamt finanziert wird und die nicht mehr als fünf Kinder betreuen, gibt die steuerrechtliche Beurteilung in § 3 Nr. 11 EStG den Hinweis, sie nicht als hauptberuflich Selbstständige anzusehen, so dass für diesen Personenkreis nach unserer Auffassung auch nicht die höheren Mindestsätze zugrunde zu legen sind. Entscheidend für die Bestimmung der Hauptberuflichkeit einer selbstständigen Erwerbstätigkeit ist es, ob sich die Tätigkeit in finanzieller, wie zeitlicher Hinsicht als Haupterwerbsquelle darstellt. Diese Beurteilung ist dann schwierig, wenn – etwa bei einer Hausfrau und Mutter – die selbstständige Tätigkeit die einzige Erwerbsquelle

bildet. Bezogen auf die privat finanzierten Tagesmütter sind wir der Auffassung, dass die erwünschten sozialpolitischen Auswirkungen einer Tagesmuttertätigkeit grundsätzlich unabhängig davon sind, wer diese Tätigkeit finanziert. Es handelt sich im Kern um identische – einmal vom Jugendamt, einmal von privater Seite finanzierte – Tätigkeiten. Aus unserer Sicht sind darum die Abgrenzungsmerkmale für die Tätigkeit von Tagesmüttern, die mit öffentlichen Mitteln entlohnt werden, analog auch für privat entlohnte Tagesmütter heranzuziehen. Auch die von privater Seite entlohnte Tätigkeit einer Tagesmutter ist demnach nur dann als selbstständige Tätigkeit einzustufen, wenn aufgrund der zeitlichen und finanziellen Dimension von einer Hauptberuflichkeit auszugehen ist. Wir haben den Kassen unsere Rechtsauffassung erläutert. In dieser Frage besteht allerdings noch Klärungsbedarf.

Beitragszahlung freiwillig Versicherter

Freiwillig Versicherte haben das Bundesversicherungsamt konsultiert, weil sie ungerechtfertigte Beitragsforderungen der gesetzlichen Krankenkassen darin vermuten, dass Beiträge, die von Arbeitgebern zwar einbehalten, aber nicht ordnungsgemäß an die Krankenkassen abgeführt wurden, nochmals von den Krankenkassen gegenüber dem Versicherten geltend gemacht werden.

Im Gegensatz zu pflichtversicherten Mitgliedern tragen freiwillige Mitglieder ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 250 Abs. 2 SGB V allein. Dies gilt auch in den Fällen, in denen das Mitglied zwar in einem versicherungsfreien, aber abhängigen Beschäftigungsverhältnis steht und ausschließlich Arbeits-

entgelt als beitragspflichtige Einnahme heranzuziehen ist.

Unabhängig davon, ob die sozialversicherungsrechtlichen Beiträge von den Arbeitgebern einbehalten werden, bleibt das freiwillige Mitglied weiterhin Beitragsschuldner. Auch wenn der Arbeitgeber mit dem Arbeitnehmer vereinbart hat, dass die Beitragszahlung an die Krankenkasse durch den Arbeitgeber zu erfolgen hat, ändert dieses nichts an der Rechtslage. Die getroffene Vereinbarung entfaltet lediglich Wirkung für das bestehende Innenverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, nicht jedoch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse. Sofern der Arbeitgeber die Beitragszahlungen nicht ordnungsgemäß vornimmt und dem Arbeitnehmer durch dieses schuldhafte Verhalten ein Vermögensschaden entsteht, kann er diesen lediglich im Rahmen der bestehenden Rechtsbeziehung als zivilrechtlichen Schadenersatzanspruch gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen. Im Außenverhältnis bleibt das freiwillige Mitglied gegenüber der Krankenkasse jedoch auch weiterhin alleiniger Beitragsschuldner und hat damit dafür Sorge zu tragen, dass die auf den Arbeitgeber delegierte Beitragsabführung ordnungsgemäß vorgenommen wird.

Ein Erlass der Beitragsforderung ist der Krankenkasse zu Gunsten des Versicherten nur in Ausnahmefällen möglich und zwar dann, wenn die Einziehung nach Lage des einzelnen Falles unbillig wäre (§76 Abs. 2 Nr. 3 SGB IV). Da der Erlass der gegenüber dem einzelnen Versicherten bestehenden Beitragsforderung zu Lasten der Versichertengemeinschaft geht und der Beitragspflichtige hierdurch begünstigt wird, sind enge Voraussetzungen zu beachten, die dem Versicherungsträger nur einen begrenzten Ermessensspielraum einräu-

men. Als unbillig erscheint die Erfüllung der Beitragsforderung für den Zahlungspflichtigen dann, wenn die Einziehung existenzbedrohend oder zumindest in hohem Maße existenzgefährdend ist. Sie muss den notwendigen Lebensunterhalt oder die berufliche Existenz des Zahlungspflichtigen in der Regel auf Dauer gefährden. Sofern der Beitragsschuldner jedoch durch Einschränkungen seines privaten Aufwands, durch Kreditaufnahme, durch Rückgriff auf Vermögensbestände oder andere zumutbare Maßnahmen der drohenden oder bestehenden Notlage begegnen kann, kann der Beitragseinzug durch die Kasse nicht als unbillig gewertet werden.

Sonderkündigungsrechts bei Beitragssatzveränderungen in Folge des Zusammenschlusses von Krankenkassen

Am 2. Dezember 2004 hat das Bundessozialgericht entschieden, dass dem Mitglied einer Krankenkasse, die sich mit einer anderen Krankenkasse zusammengeschlossen hat, ein Sonderkündigungsrecht gem. § 175 Abs. 4 S. 5 SGB V zusteht, wenn der Beitragssatz der entstehenden Kasse höher ist, als der Beitragssatz der Kasse, welcher der Versicherte vor dem Zusammenschluss angehört hat. Das Gericht hat auch eine auf einer Fusion beruhende Beitragssatzänderung als eine Beitragssatzerhöhung im Sinne des § 175 Abs. 4 S. 5 SGB V interpretiert und ist damit unserer seit Einführung des Sonderkündigungsrechts zum 1. Juli 1997 bestehenden Rechtsansicht nicht gefolgt.

Wir hatten bislang die Auffassung vertreten, ein Sonderkündigungsrecht gem. § 175 Abs. 4 S. 5 SGB V entstehe bei Fusionen nicht, da in diesem Fall nicht von einer Beitragssatzerhöhung gesprochen

werden könne. Denn gem. § 144 Abs. 4 SGB V würden bei einem Zusammenschluss die bisherigen Krankenkassen geschlossen und die entstehende Kasse lege erstmals einen Beitragssatz fest. Dieser liege aus diesem Grund weder höher noch tiefer als der Beitrag einer der Kassen, die an dem Zusammenschluss beteiligt sind. Diese Auslegung erschien uns, insbesondere unter Berücksichtigung des Ziels des Gesetzgebers, Zusammenschlüsse von Krankenkassen zu fördern, um größere und damit leistungsfähigere Trägerstrukturen zu ermöglichen, auch sachgerecht.

Dieses Ziel ist nur schwer zu erreichen, wenn zu befürchten ist, die durch einen Zusammenschluss entstehende größere Krankenkasse könnte durch ein möglicherweise bestehendes Sonderkündigungsrecht so viele Mitglieder verlieren, dass der angestrebte positive Effekt des Zusammenschlusses sogleich wieder verloren ginge.

Während die Vorinstanzen zu unterschiedlichen Ergebnissen kamen, sieht das Bundessozialgericht im Zusammenschluss von Krankenkassen und dem Recht der Kassenmitglieder, im Falle von Beitragssatzerhöhungen die Mitgliedschaft zu kündigen, zwei Rechtsinstitute, die unabhängig nebeneinander existieren und sich nicht gegenseitig bedingen oder ausschließen. Die Festsetzung des Beitragssatzes für eine Krankenkasse, die aus dem Zusammenschluss zweier oder mehrerer anderer Krankenkassen entstanden ist, kann daher auch eine Beitragssatzerhöhung für die Mitglieder der Kasse bedeuten. Das Gericht rechnet der neuen Kasse im Rahmen des in § 144 Abs. 4 S. 2 SGB V vorgesehenen Eintritts in die Rechte und Pflichten der bisherigen Kassen auch deren zuletzt bestehende Beitragssätze zu. Es interpretiert den § 144 Abs. 4 S. 2 SGB V als

Anordnung „einer umfassenden öffentlich-rechtlichen Rechtsnachfolge aus Anlass des vollständigen Übergangs der Zuständigkeiten mehrerer untergegangener Hoheitsträger auf einen neuen“. Dabei bleibt „der umfassende materielle Schutzzweck des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung für seine Versicherten insgesamt (§ 21 Abs. 1 SGB I - Allgemeiner Teil, § 1 S. 1 SGB V) ebenso wie deren Mitgliedschaft von der Existenz eines einzelnen Trägers unberührt“. Das Gericht schließt daraus, dass die Mitgliedschaft bei einer am Zusammenschluss beteiligten Kasse in der Form fortbesteht, wie sie zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Zusammenschlusses bestanden hat. Dazu gehört auch der Beitragssatz, den die an dem Zusammenschluss beteiligte Kasse zuletzt ihrer Beitragsberechnung zugrunde gelegt hatte und der nach der Festsetzung des Beitragssatzes für die neu entstandene Kasse als Vergleichsgröße dafür heranzuziehen ist, ob eine Beitragssatzerhöhung im Sinne des § 175 Abs. 4 S. 5 SGB V vorliegt. Wir werden unsere Aufsichtstätigkeit künftig danach ausrichten.

Gefälschte Kündigungsbestätigungen

Im Rahmen unserer aufsichtsrechtlichen Tätigkeit haben wir festgestellt, dass freiwillige Mitgliedschaften zunehmend auf der Grundlage gefälschter Kündigungsbestätigungen/Mitgliedsbescheinigungen begründet wurden.

Der Gesetzgeber räumt nach § 9 SGB V nur einem begrenzten Personenkreis das Recht ein, freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung zu werden. Danach dürfen nur solche Personen beitreten, bei denen die Voraussetzungen für die Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung weggefallen sind

(i.d.R. Ende der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung) sowie Berufsanfänger, die aufgrund der Höhe ihres Arbeitsentgelts von der Versicherungspflicht nicht erfasst werden. Die Intention des Gesetzgebers bei der Begrenzung des berechtigten Personenkreises ist dabei die Stärkung des Solidaritätsprinzips sowie der Schutz der Versichertengemeinschaft vor unzumutbaren Belastungen. Ausschlaggebend für die Beitrittsberechtigung zur freiwilligen Krankenversicherung ist daher das Erfüllen einer bestimmten (Vor-) Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Nachweis dieser Vorversicherungszeiten wurde in den uns bekannt gewordenen Fällen durch manipulierte Kündigungsbestätigungen/Mitgliedsbescheinigungen gegenüber den gewählten Krankenkassen glaubhaft gemacht, die in aller Regel zu einer wirksamen – wenn auch rechtswidrigen – Begründung der freiwilligen Mitgliedschaft führten. Dabei hat sich herausgestellt, dass diese Manipulationen von den Außendienstmitarbeitern der Kasse selbst vorgenommen wurden bzw. diese hieran zumindest maßgebend beteiligt waren. Solange den Versicherten eine Mitwirkung an derartigen Manipulationen nicht nachgewiesen werden kann, kann eine Rücknahme auch von rechtswidrig begründeten Mitgliedschaften nur nach strengen Verfahrensvoraussetzungen erfolgen. Hierbei ist insbesondere das Vertrauen des Einzelnen in den unveränderten Bestand der erworbenen Rechte sowie das öffentliche Interesse der Verwaltung an der Rücknahme des mitgliedschaftsbegründenden Bescheides abzuwägen – wobei die Position des Betroffenen bzw. sein Vertrauen in den Bestand der Mitgliedschaft in dem Maße gestärkt wird, in dem der zeitliche Abstand zwischen der

Mitgliedsbegründung und der Rücknahme des entsprechenden Bescheides sich vergrößert.

Sofern eine Rücknahme der feststellenden Bescheide und damit eine Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaften aufgrund des Vertrauensschutzes nicht mehr zu realisieren sind, werden von uns als Aufsichtsbehörde jedoch die notwendigen Schritte zur Feststellung des hierdurch entstandenen Vermögensschadens für die Solidargemeinschaft und ggf. zum Ausgleich desselben durch die verantwortlichen Kassenmitarbeiter bzw. durch den Vorstand geprüft.

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft wegen Beitragsrückstandes

Das Ende der freiwilligen Mitgliedschaft tritt nach § 191 S. 1 Nr. 3 SGB V kraft Gesetzes ein, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden. Die früher umstrittene Frage, über welche Folgen der Beitragssäumnis der Versicherte im Einzelnen aufzuklären ist, wurde inzwischen durch eine Ergänzung im Gesetz geklärt (§ 191 S. 2 SGB V).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist darüber hinaus jedoch ein weiteres Erfordernis, dem Mitglied zwischen dem Hinweis auf die Folgen und der Beendigung der Mitgliedschaft eine Nachfrist zu setzen, die so zu bemessen ist, dass sie zur Zahlung der rückständigen Beiträge noch eine reale, wenn auch zeitlich knapp bemessene Chance bietet. Zwar hat das BSG keine Aussage dazu getroffen, welche konkrete Frist angemessen ist. Ein Anhaltspunkt ergibt sich jedoch aus der Feststellung des Gerichts, dass eine Frist von sechs Tagen über ein Wochenende (Dien-

tag bis Montag) jedenfalls „unverhältnismäßig kurz“ sei.

Das Bundesversicherungsamt stellt in seiner Aufsichtspraxis demgegenüber immer wieder fest, dass Kassen nach zunächst einfachen Mahnschreiben die entscheidende Ankündigung des Endes der Mitgliedschaft mit dem besagten Hinweis auf die Folgen erst so kurz vor dem nächsten Zahltag (in der Regel der 15. eines Monats) versenden, dass die Anforderungen des BSG an die Nachfrist nicht erfüllt sind. In diesen Fällen bleibt die Mitgliedschaft des säumigen Beitragszahlers erhalten.

Familienversicherung für über 55-Jährige nach langjähriger Nichtmitgliedschaft in der GKV

Eine Krankenkasse verweigerte einem über 55-Jährigen wegen seines Alters die Familienversicherung. Der Versicherungsträger begründete seine Verfahrensweise mit einem Hinweis auf die entsprechende Anwendung des § 6 Abs. 3a SGB V. Danach sind Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich krankenversichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 SGB V nicht versicherungspflichtig waren.

Die Voraussetzungen zur Begründung einer Familienversicherung sind in § 10 Abs. 1 SGB V geregelt. Danach sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern unter anderem dann nicht familienversichert, wenn diese Familienangehörigen versicherungsfrei

oder von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung nach § 7 SGB V außer Betracht.

Wann Versicherungsfreiheit vorliegt, bestimmt sich nach § 6 SGB V. Diese Vorschrift regelt Ausnahmetatbestände von der grundsätzlich eintretenden Versicherungspflicht. Dies gilt auch für § 6 Abs. 3 a SGB V.

Der Gesetzgeber hat mit dieser Regelung den Eintritt in das System der gesetzlichen Krankenversicherung für über 55-jährige Personen ausgeschlossen, wenn sie keinen ausreichenden Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung nachweisen können. Auch wenn die grundlegenden Voraussetzungen für den Eintritt einer Versicherungspflicht vorliegen, sind ältere, zuvor langjährig privat versicherte Personen von diesem Zeitpunkt an als versicherungsfrei anzusehen.

Der Gesetzeswortlaut beschränkt die Anwendung des § 6 Abs. 3a SGB V jedoch ausdrücklich auf Personen, die versicherungspflichtig werden. Auch Sinn und Zweck dieser Vorschrift eröffnen keine andere Auslegung.

Absicht des § 6 Abs. 3a SGB V ist es nicht, Personen auszuschließen, die - aus welchen Gründen auch immer - erst gar keiner Versicherungspflicht unterfallen und die sonstigen Voraussetzungen der Familienversicherung erfüllen. Eine Analogie scheidet daher aus.

Eine Familienversicherung ist bei Erfüllung der Voraussetzungen auch für über 55-jährige nach langjähriger Nichtmitgliedschaft in der GKV weiterhin möglich. Wir haben den Versicherungsträger

daher aufgefordert, seine Verfahrensweise zu ändern.

1.4 Leistungsrecht in der Krankenversicherung

Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

Seit dem 1. Januar 2004 sieht auch das deutsche Recht vor, dass Versicherte ambulante (zahn-)medizinische Leistungen in anderen Staaten der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraumes grundsätzlich ohne vorherige Zustimmung ihrer Krankenkasse im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen können (§ 13 Abs. 4 SGB V).

Häufig wandten sich Versicherte an uns und beanstandeten, dass ihre Krankenkassen eine Erstattung der Kosten für die von ihnen im europäischen Ausland nachgesuchte Behandlung verweigerten. Die Versicherten hatten sich in anderen Staaten mit Zahnersatz versorgt bzw. ließen dort eine ambulante Vorsorgeleistung durchführen. Sie hatten allerdings nicht bedacht, dass eine Kostenerstattung nur dann möglich ist, wenn alle in Deutschland vorgesehenen Voraussetzungen für die Leistung erfüllt sind. So muss z.B. bei einer beabsichtigten Versorgung mit Zahnersatz der Versicherte immer seiner Krankenkasse vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan vorlegen, der vom Versicherungsträger insgesamt zu prüfen und zu genehmigen ist (§ 30 Abs. 4 S. 2 und 3 SGB V, ab 1. Januar 2005 § 87 Abs. 1a SGB V). Wird die in Deutschland oder im europäischen Ausland geplante Behandlung von der Kasse genehmigt, muss sich die Krankenkasse an den Kosten beteiligen. Der Versicherte muss auch vor der Inanspruchnahme einer ambulanten medizinischen Vorsor-

geleistung Kontakt mit seiner Krankenkasse aufnehmen und einen Antrag stellen. Denn die Krankenkasse muss nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vor Gewährung dieser Maßnahme, egal ob sie in Deutschland oder im europäischen Ausland durchgeführt werden soll, vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung feststellen lassen, ob die hierfür vorgesehenen medizinischen Voraussetzungen vorliegen. Liegen diese vor, kann die Krankenkasse die geplante ambulante medizinische Vorsorgeleistung zu ihren Lasten bewilligen.

Erstattung der Kosten von Behandlungen im Ausland

Mit Urteil vom 14. Oktober 2004 (Rechtsache C-193/03) stellte der Europäische Gerichtshof (EuGH) fest, dass Art. 34 VO (EWG) 574/72 eine von einer deutschen Krankenkasse praktizierte vollständige Erstattung der Kosten (bis zu 200 DM [nunmehr 100 €]), die Versicherten bei einem Aufenthalt in einem anderen Staat der Europäischen Union für benötigte ärztliche Behandlungen entstanden sind, nicht ausschließt.

Anlass für diese Entscheidung war eine Anfrage eines deutschen Sozialgerichts, das über die Rechtmäßigkeit einer aufsichtsrechtlichen Anordnung des Bundesversicherungsamtes befinden muss. Wir hatten eine Krankenkasse aufgefordert, eine Praxis aufzugeben, nach der den Versicherten die Kosten bis zu 100 € vollständig erstattet wurden, ohne dass ermittelt worden war, welche Leistungen und Sätze nach deutschem Recht überhaupt erstattungsfähig waren.

In der Presse war hierzu zu lesen, eine deutsche Krankenkasse habe vom EuGH Recht bekommen. Der Gerichtshof habe den deutschen Krankenkassen erlaubt, ihren Versicherten die Kosten für in anderen Staaten der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraumes in Anspruch genommene medizinische Leistungen bis 100 € in voller Höhe zu erstatten, ohne die deutschen Gebührensätze zu ermitteln.

Um etwaige aus den Veröffentlichungen resultierende Missverständnisse aufzuklären und zur Sicherstellung einer einheitlichen Verfahrensweise haben wir am 5. November 2004 ein Rundschreiben an die unserer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen gerichtet. Darin haben wir erneut auf unsere Auffassung hingewiesen, dass es für ein Kostenerstattungsverfahren allein auf der Basis des ausgewiesenen Rechnungsbetrages weder im überstaatlichen noch im innerstaatlichen Recht eine Rechtsgrundlage gibt. Auch das Urteil des EuGH sagt nicht aus, dass Art. 34 VO (EWG) 574/72 eine vollständige Erstattung der Kosten bis zu einem Betrag von 100 € ohne Ermittlung der für den zuständigen deutschen Versicherungsträger maßgebenden erstattungsfähigen Leistungen und Sätze vorsieht. Mit der Frage, ob eine deutsche Rechtsgrundlage für die praktizierte Verfahrensweise besteht, musste sich der EuGH – naturgemäß – nicht beschäftigen.

Ob das deutsche Krankenversicherungsrecht eine gänzliche Erstattung des quittierten Betrages der ausländischen Rechnung ohne weitere Prüfung zulässt, ist in dem nunmehr vor dem Sozialgericht fortzusetzenden Rechtsstreit zu klären. Dies ist nach unserer Auffassung nicht der Fall.

Künstliche Befruchtung – „erfolgreicher“ Versuch

Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen gemäß § 27a SGB V auch medizinische Maßnahmen zur sog. künstlichen Befruchtung (z. B. in-vitro-Fertilisation). Voraussetzung dafür ist u. a. eine hinreichende Aussicht, dass durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Diese Aussicht besteht nach dem Gesetz dann nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal „ohne Erfolg“ durchgeführt worden ist.

Fraglich war allerdings, was unter einem „Erfolg“ in diesem Sinne zu verstehen ist. Reicht es aus, dass es überhaupt zu einer Schwangerschaft kommt, oder muss diese auch „erfolgreich“ mit der Geburt eines lebenden Kindes zu Ende gebracht werden? Die Krankenkassen vertraten zum Teil letzteren Standpunkt mit der Folge, dass ein Versuch, der zwar eine Schwangerschaft herbeiführte, welche jedoch mit einer Fehlgeburt endete, in diesem Sinne als „ohne Erfolg“ gezählt wurde. Nach drei solchen Fällen bestand danach kein Anspruch auf Leistung einer weiteren Maßnahme.

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes orientiert sich demgegenüber die Frage nach Erfolg oder Misserfolg einer solchen Maßnahme allein am Vorliegen oder Nichtvorliegen einer klinischen Schwangerschaft. Der Ausgang der Schwangerschaft ist für einen erneuten Leistungsanspruch ohne Bedeutung. Diese Auslegung des § 27a SGB V teilen nunmehr auch der Gemeinsame Bundesausschuss sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen.

Damit herrscht in dieser Frage Rechtsklarheit: Ein erneuter Anspruch auf Maßna-

ahmen zur künstlichen Befruchtung besteht auch nach Fehlgeburten.

Zuständigkeitsklärung gemäß § 14 SGB IX

Ein „Dauerthema“ der Aufsicht ist die Frage der Zuständigkeit für Leistungen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Mit § 14 SGB IX hat der Gesetzgeber dazu eine stringente Regelung geschaffen.

Danach hat der Träger, der zuerst angesprochen wird, – von einigen Besonderheiten abgesehen - grundsätzlich innerhalb von zwei Wochen festzustellen, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist. Hält er sich nicht für zuständig, leitet er den Antrag unverzüglich dem seiner Meinung nach zuständigen Träger zu.

Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der erste Träger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest – und zwar gegebenenfalls auch nach den für ihn nicht geltenden Leistungsgesetzen. Dasselbe gilt im Fall der Weiterleitung für den Träger, an den sich dann der Anspruch richtet; auch er hat den Rehabilitationsbedarf nach allen in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen festzustellen.

Durch diese Regelung soll nach dem Willen des Gesetzgebers vermieden werden, dass Meinungsverschiedenheiten der Träger oder andere Unklarheiten über die Zuständigkeit für eine Leistung zur Teilhabe zu Lasten des Antragstellers gehen. Über dessen Anspruch auf eine Leistung soll in jedem Fall zeitnah entschieden werden; etwaige Zuständigkeitsfragen haben die Träger gegebenenfalls unter sich zu klären und auszugleichen.

In der Praxis führt diese Regelung nach wie vor zu Schwierigkeiten. Beispielsweise leiten unzuständige Träger Anträge nicht an die zuständigen weiter, sondern fordern die Antragsteller auf, beim zuständigen Träger einen „neuen“ Antrag zu stellen. Oder sie verweigern nach Ablauf der Zweiwochenfrist die Leistung mit der – dann nicht mehr statthaften – Begründung ihrer Unzuständigkeit. Gleiches geschieht häufig durch den zweitangegangenen Träger, der sich jedoch nach § 14 SGB IX dann ebenfalls auf Unzuständigkeit grundsätzlich nicht mehr berufen kann.

Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Nichtvertragsärzten

Versicherte hatten das Bundesversicherungsamt gefragt, ob seit dem 1. Januar 2004 alle Versicherten in schwerwiegenden Fällen auch Nichtvertragsbehandler in Anspruch nehmen können. Hintergrund der Anfragen ist eine durch das GMG erfolgte Ergänzung des § 13 Abs. 2 SGB V. Nach Satz vier dieser Regelung können nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse Nichtvertragsbehandler in Anspruch genommen werden, - wobei eine Zustimmung von den Krankenkassen erteilt werden kann, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

Nach unserer Auffassung ist die Inanspruchnahme von Nichtvertragsbehandlern nur jenen Versicherten eröffnet, die sich für die Kostenerstattung entschieden haben. Der Gesetzgeber hat die Leistungsanspruchnahme von Nichtvertragsbehandlern in § 13 Abs. 2 SGB V geregelt - also in einer Bestimmung, die sich allein mit

Fragen im Zusammenhang mit einer gewählten Kostenerstattung befasst.

Darüber hinaus scheidet eine Abrechnung, wie sie bei der Sachleistungserbringung erfolgt, bei Nichtvertragsbehandlern aus. Die Gesetzessystematik spricht daher dafür, dass nur Versicherte, die die Kostenerstattung gewählt haben, in den genannten Ausnahmefällen Nichtvertragsbehandler zu Lasten der Krankenkassen in Anspruch nehmen können.

Werbung der Krankenkassen – Auslobung von Flugreisen

Der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen löst in den letzten Jahren auch immer wieder Werbeaktivitäten aus, die mit den rechtlichen Vorgaben unvereinbar sind.

Die Versicherungsträger dürfen nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben sowie die Verwaltungskosten verwenden (§ 30 SGB IV). Unbestritten ist den Krankenkassen in diesem Rahmen auch Werbung erlaubt. Dass sie dabei die allgemeinen Regeln des Wettbewerbsrechts zu beachten haben, versteht sich. Darüber hinaus sind sie jedoch durch ihren Status als Körperschaften des öffentlichen Rechts einerseits und den Kern ihrer Aufgaben als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung andererseits in ihren Werbeaktivitäten begrenzt. Daraus folgt nicht allein eine Limitierung der für Werbezwecke verfügbaren Finanzmittel, sondern auch die Art der Werbeaktivitäten unterliegt Einschränkungen.

Beispielhaft sei hier die Auslobung von attraktiven Flugreisen durch eine Kranken-

kasse im Rahmen von Preisausschreiben genannt. Selbst wenn – wie in dem konkreten Fall – diese Reisen durch einen Sponsor finanziert werden und somit keine Mittel der Kasse in Anspruch genommen werden, ist eine solche Werbeaktion einem Sozialversicherungsträger vom Inhalt her nicht angemessen. Nach Intervention des Bundesversicherungsamtes wird diese Werbestrategie von der Kasse nicht mehr verfolgt.

Fahrkosten

In der ersten Hälfte des Berichtsjahres bestand erhebliche Verunsicherung darüber, welche Fahrkosten von den Krankenkassen noch gezahlt werden. Dies führte bei uns zu zahlreichen Anfragen von Versicherten, denen die Krankenkassen die Übernahme von Fahrkosten versagt hatten.

Nach der durch das GMG geänderten Regelung des § 60 SGB V übernehmen die Krankenkassen Fahrkosten nur noch, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Zu einer ambulanten Behandlung werden Fahrkosten unter Abzug des sich nach § 61 S. 1 SGB V ergebenden Betrages nur noch nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinien) festgelegt hat, übernommen.

Die Ratlosigkeit entstand zunächst, weil die erforderliche Definition der Ausnahmefälle durch die Krankentransport-Richtlinien erst mit zeitlicher Verzögerung nach Inkrafttreten des GMG erfolgen konnte. Unabhängig von der zeitlichen Verzögerung führte die Krankentransport-

Richtlinie selbst zu weiteren Auslegungsfragen. Ausnahmefälle konnten anfänglich nicht mit der notwendigen Klarheit benannt werden; zahlreiche Fahrkostenanträge wurden abgelehnt.

Nach § 8 der Krankentransport-Richtlinie sind als besondere Ausnahmen Fälle definiert, in denen das Therapieschema eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum erfordert, und diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Ungeklärt blieb danach, wann von einer „hohen Behandlungsfrequenz“ und von einem „längeren Zeitraum“ auszugehen ist.

Mittlerweile haben sich die Kassen darauf verständigt, als „längeren Zeitraum“ einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten anzusehen und als „hohe Behandlungsfrequenz“ eine mindestens zweimalige Behandlung pro Woche vorauszusetzen. Nachdem sich diese Interpretation durchgesetzt hatte, sind die Anfragen zu diesem Bereich zurückgegangen.

Zuzahlungen

Zum 1. Januar 2004 wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) u.a. die Zuzahlungen sowie die Befreiung von Zuzahlungen neu geregelt. In diesem Zusammenhang traten insbesondere folgende Fallgestaltungen auf:

Feststellung der Belastungsgrenze bei Sozialhilfeempfängern in nichtehelicher Lebensgemeinschaft

Ein Versicherter stritt mit seiner Krankenkasse darüber, ob er die Voraussetzungen

für eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht erfüllt. Die Krankenversicherung verneinte dies bisher. Der Versicherte lebt mit seiner Lebensgefährtin und dem gemeinsamen Kind in einem gemeinsamen Haushalt. Nach der Entscheidung des Sozialhilfeträgers bilden die Betroffenen eine Bedarfsgemeinschaft. Gleichwohl war die Krankenversicherung der Auffassung, bei dieser Konstellation sei bei der für die Feststellung der Belastungsgrenze erforderlichen Ermittlung der Einnahmen das Einkommen jedes Lebenspartners zugrunde zu legen. Da die bisher geleisteten Zuzahlungen die Belastungsgrenze noch nicht erreichten, lehnte die Krankenkasse eine Befreiung ab.

Für die Befreiung von Zuzahlungen hat der Gesetzgeber in § 62 SGB V vorgesehen, dass Versicherte während eines jeden Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten haben. Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners sowie der Kinder um die im Gesetz genannten Werte gemindert. Abweichend hiervon sieht das Gesetz u.a. bei Versicherten, die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des BVG oder Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz (GSiG) und bei Erwerbsminderung erhalten, sowie für den in § 264 SGB V genannten Personenkreis vor, dass als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haus-

haltsvorstands nach der Regelsatzverordnung (RegSatzV) maßgeblich ist.

Die Krankenkassen wie ihre Spitzenverbände vertraten bislang die Auffassung, dass nur der Familienverbund, bestehend aus dem Versicherten sowie seinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen als Bedarfsgemeinschaft i.S. des § 62 Abs. 2 S. 5 SGB V anzusehen ist. Eine Lebensgefährtin zählt danach nicht mit zur Bedarfsgemeinschaft. Demgegenüber geht das Bundesversicherungsamt ebenso wie die übrigen Aufsichtsbehörden davon aus, dass die Feststellung, ob es sich bei einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft um eine Bedarfsgemeinschaft im Sinne des Sozialhilferechts handelt, ausschließlich der zuständige Sozialhilfeträger treffen kann. Wird dort eine Bedarfsgemeinschaft angenommen, gilt diese Feststellung mangels spezialgesetzlicher Regelung auch für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung - mit der Folge, dass für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Einnahme zugrunde zu legen ist. § 62 SGB V enthält keine Legaldefinition des Begriffs „Bedarfsgemeinschaft“. Er ist bislang dem SGB V fremd und spielte im Wesentlichen im Sozialhilferecht eine Rolle, ohne jedoch hier definiert zu werden. Unstreitig sind aber im Rahmen der Sozialhilfe Partner in eheähnlicher Gemeinschaft von dem Begriff der Bedarfsgemeinschaft miterfasst. Es gibt keine Hinweise, dass der Gesetzgeber dem Begriff im Rahmen des SGB V eine andere Bedeutung beilegen wollte als im Bereich der Sozialhilfe. Es ist daher nach unserer Auffassung nicht berechtigt, zur Bedarfsgemeinschaft nur die Ehegatten und die familienversicherten Kindern zu zählen.

Bisher ist noch nicht geklärt, ob die Krankenkassen künftig entsprechend der Auf-

fassung der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder verfahren werden.

Erstattung von zuviel gezahlten Zuzahlungen an den Erben

Angehörige eines im Laufe des Jahres 2004 verstorbenen Versicherten forderten von der Krankenversicherung die Erstattung der von dem Erblasser überzahlten Zuzahlungen. Der verstorbene Versicherte hatte für Leistungen der Krankenkasse Zuzahlungen über die für ihn anzusetzende Belastungsgrenze hinaus geleistet. Die Angehörigen forderten nun, dass die Krankenkasse diesen Betrag an sie auszahlt.

Strittig war zunächst die Frage, ob zur Feststellung der Belastungsgrenze die Einnahmen zum Lebensunterhalt nur bis zum Todestag des Versicherten oder fiktiv für das gesamte Kalenderjahr heranzuziehen sind. Darüber hinaus war die Frage zu klären, ob ein ggf. bestehender Erstattungsanspruch des Verstorbenen den Angehörigen des Versicherten vererbt werden kann.

Wie bereits ausgeführt, haben Versicherte während eines jeden Kalenderjahres Zuzahlungen nur bis zur Belastungsgrenze zu zahlen. Durch diese Regelung soll sichergestellt werden, dass Versicherte durch die zu leistenden Zuzahlungen nicht überfordert, sondern nur bis zu einem bestimmten Teil ihrer Bruttoeinkünfte zum Lebensunterhalt in Anspruch genommen werden.

Wird die Belastungsgrenze bereits im Laufe eines Kalenderjahres erreicht, ist der Versicherte von weiteren Zuzahlungen kraft Gesetzes befreit. Einer Befreiungsentscheidung der Kasse bedarf es hierzu nicht. Die Krankenkassen teilen den Versicherten

daher in der Regel die voraussichtliche Belastungsgrenze bereits zu Beginn des Kalenderjahres mit. Diese im Rahmen einer vorausschauenden Betrachtung errechnete Summe stellt jedoch keine fixe Belastungsgrenze dar, die über das gesamte Kalenderjahr Gültigkeit besitzt. Vielmehr ändert sie sich immer dann, wenn Änderungen in der persönlichen Situation des Versicherten eintreten (z.B. Arbeitslosigkeit, erhöhtes Einkommen, Tod).

Verstirbt ein Versicherter im Laufe des Kalenderjahres, ist anhand der bis zu diesem Zeitpunkt tatsächlich erzielten Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu prüfen, ob die von ihm geleisteten Zuzahlungen die individuelle Belastungsgrenze überschritten haben.

Fraglich ist, ob ein Erstattungsanspruch des Versicherten auf die Erben übergeht. Teilweise haben die Kassen die Auffassung vertreten, dem stünden die Regelungen des SGB I über die Sonderrechtsnachfolge entgegen, denn es handele sich bei den Erstattungen um Geldleistungen im Sinne des SGB I. Geldleistungen müssen aber zum Zeitpunkt des Todes fällig gewesen sein. Sie müssen außerdem entweder bereits festgestellt oder es muss zumindest ein Verwaltungsverfahren darüber anhängig gewesen sein, denn Ansprüche auf Geldleistungen erlöschen nach § 59 S. 2 SGB I, wenn sie zum Zeitpunkt des Todes des Berechtigten weder festgestellt sind noch ein Verwaltungsverfahren über sie anhängig ist. Festgestellt sind Ansprüche auf eine Geldleistung dann, wenn über sie durch Verwaltungsakt dem Grunde nach wirksam entschieden worden ist. Der Verwaltungsakt muss aber noch zu Lebzeiten des Berechtigten wirksam zugestellt bzw. bekannt gegeben worden sein.

Ein Verwaltungsverfahren wird entweder anhängig, wenn der Berechtigte den für den Beginn des Verfahrens erforderlichen Leistungsantrag zu seinen Lebzeiten gestellt hat oder der Versicherungsträger noch zu Lebzeiten von Amts wegen mit dem Verfahren zur Feststellung begonnen hat.

Beide Voraussetzungen bestehen in den zur Prüfung vorgelegten Fällen nicht, da sich die Überzahlung - und damit der Erstattungsanspruch - erst aufgrund des Todes des Versicherten ergibt. Eine Vererbung der überzahlten Beträge kommt daher nicht in Betracht.

Unseres Erachtens stellt jedoch bereits der Anspruch auf Erstattung von über die Belastungsgrenze hinaus geleisteten Zuzahlungen keine Geldleistung im Sinne der §§ 56 ff SGB I dar. Eine Geldleistung in diesem Sinne liegt nur dann vor, wenn es sich dabei um eine Leistung im Sinne des § 11 SGB V handelt. Das sind Ansprüche, die dem Versicherten nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches zur Verwirklichung seiner sozialen Rechte zustehen. Zuzahlungen, die deswegen zurückerstattet werden, weil sie die Grenze des § 62 Abs. 1 SGB V übersteigen, sind nicht darunter zu fassen. Die Erstattung ist nämlich in § 62 SGB V nicht geregelt. Hier sind vielmehr die Regeln des öffentlich rechtlichen Erstattungsanspruches heranzuziehen, da die zuviel entrichteten Zuzahlungen durch den Versicherten ohne Rechtsgrund geleistet worden und der Krankenkasse zugute gekommen sind. Überdies dient die Erstattung weniger der Verwirklichung der sozialen Rechte des Versicherten als vielmehr der Herstellung eines rechtmäßigen Zustandes. Insofern sehen wir eine Parallele zu dem Anspruch auf Erstattung zuviel entrichteter Beiträge gem. § 26 Abs. 2

SGB IV. Daher kann das Recht auf Erstattung zuviel entrichteter Zuzahlungen nach den Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches auf den Erben übergehen.

In diesem Sinne haben wir uns auch gegenüber den betroffenen Kassen geäußert, die daraufhin die Beträge an die Erben ausgezahlt haben.

Vorauszahlung von Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze

Mitte des Jahres 2004 hat eine Krankenkasse uns die Frage vorgelegt, ob sie ihren Versicherten, soweit diese über ein konstantes Einkommen verfügen, für das Jahr 2005 die Vorauszahlung der Zuzahlung bis zur Belastungsgrenze anbieten darf. Wir haben der Krankenkasse mitgeteilt, dass wir ein solches Verfahren aufsichtsrechtlich nicht beanstanden werden.

Sinn und Zweck des § 62 SGB V ist es, sicherzustellen, dass Versicherte durch die zu leistenden Zuzahlungen nicht überfordert, sondern nur bis zu einem bestimmten Teil ihrer Bruttoeinkünfte zum Lebensunterhalt belastet werden. Durch die Regelung sollen die Versicherten also einerseits vor finanzieller Überforderung geschützt, andererseits auch mit einem zumutbaren Eigenanteil belastet werden. Durch die Zuzahlungen erwartet der Gesetzgeber einen gewissen Steuerungseffekt für häufig in Anspruch genommene Leistungen, der auch im Rahmen des § 62 SGB V durch die verbleibende Eigenbelastung erhalten bleiben soll.

Eine Vorauszahlung bis zur Belastungsgrenze steht diesem Zweck nicht entgegen; trägt vielmehr zur Verwaltungsvereinfachung bei den Krankenkassen bei und erspart auch den Versicherten, denen diese

Möglichkeit eröffnet ist, weiteren Aufwand. Um diese Ausnahme nicht zur Regel werden zu lassen, ist es allerdings erforderlich, die Vorauszahlungen auf bestimmte Personenkreise (Personen mit konstantem Einkommen, die bereits im Vorjahr befreit waren und bei denen davon auszugehen ist, dass sie ihre Belastungsgrenze frühzeitig erreichen) zu beschränken. Außerdem müssen die Versicherten vorab bestätigen, dass sich gegenüber der vorherigen Antragstellung keine Änderungen ergeben haben.

Nach unseren Erkenntnissen bietet mittlerweile eine Reihe der unserer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen ihren Versicherten die Vorauszahlung der Zuzahlungen an, was zu nicht wenig Kritik, insbesondere von Kassenärztlichen Vereinigungen führte.

1.5 Künstlersozialversicherung

Ausgleichsvereinigungen nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz

Das Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) bietet abgabepflichtigen Unternehmen die Möglichkeit, ihre Künstlersozialabgabe mit Zustimmung der Künstlersozialkasse in einem vereinfachten Verfahren über eine sog. Ausgleichsvereinigung an die Künstlersozialkasse abzuführen (§ 32 KSVG). Wir haben im Jahr 2004 die Künstlersozialkasse in zahlreichen Fragestellungen zu den Ausgleichsvereinigungen beraten und die gesetzlich vorgesehenen Zustimmungsverfahren durchgeführt.

Über die Künstlersozialversicherung erhalten selbstständige Künstler und Publizisten Versicherungsschutz in der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung. Die Finanzierung sichern zur einen Hälfte

die Versicherten durch Beiträge und zur anderen Hälfte die Unternehmen, die künstlerische oder publizistische Werke und Leistungen verwerten, durch eine Abgabe sowie der Bund durch einen Zuschuss. Die Künstlersozialabgabe der verwertenden Unternehmen hat den Charakter eines Arbeitgeberbeitrags. Ihr liegen als Bemessungsgrundlage die Entgelte zugrunde, die das Unternehmen an selbstständige Künstler oder Publizisten zahlt (§ 25 KSVG).

Eine Ausgleichsvereinigung übernimmt die formellen Verpflichtungen seiner Mitgliedsunternehmen nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz im Zusammenhang mit der Künstlersozialabgabe. Aufzeichnungspflichten des Unternehmens nach § 28 KSVG und Betriebsprüfungen durch die Künstlersozialkasse nach § 35 KSVG entfallen.

Um besondere Verhältnisse, die innerhalb einer bestimmten Gruppe von Verwertern bestehen, berücksichtigen zu können, hat der Gesetzgeber den Abgabepflichtigen weitere Gestaltungsfreiheiten eingeräumt. Die Künstlersozialkasse kann mit der Ausgleichsvereinigung einen Vertrag abschließen, der eine von § 25 KSVG abweichende Berechnung der Künstlersozialabgabe vorsieht. Die Mitgliedsunternehmen erhalten so die Möglichkeit, die Belastung durch die Künstlersozialabgabe vertraglich untereinander anders als gesetzlich vorgesehen zu verteilen. Da gleichzeitig sichergestellt werden soll, dass die Mitglieder einer Ausgleichsvereinigung durch die besondere Ermittlung der Entgelte gegenüber den übrigen Abgabepflichtigen keine Vorteile erlangen, erfordert ein solcher Vertrag die Zustimmung des Bundesversicherungsamtes (§ 32 Abs. 1 S. 2 und 3 KSVG). Wir prüfen, ob die Künstlersozialabgabe, die

über die Ausgleichsvereinigung abgeführt wird, insgesamt der Summe entspricht, die die Mitglieder direkt an die Künstlersozialkasse entrichten müssten.

Zahlreiche Unternehmensgruppen sowie die großen Parteien und Kirchen haben von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Der größte Teil der Ausgleichsvereinigungen wurde Ende der 80er bis Mitte der 90er Jahre in Form von eingetragenen Vereinen gegründet, nachdem das Künstlersozialversicherungsgesetz 1983 in Kraft getreten war. Die Basisdaten für die abweichende Berechnung der Künstlersozialabgabe, wie z.B. Umsatz des Unternehmens und abgabepflichtige Entgelte, ermittelte die Künstlersozialkasse in aufwändigen Prüfverfahren. Verträge kamen nach zum Teil zähen Verhandlungen, an denen auch das damalige Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesversicherungsamt beteiligt waren, zustande.

Im Jahr 2002 begann die Künstlersozialkasse die Ausgleichsvereinigungen zu überprüfen. Dabei stellte sie fest, dass die Prüfung der Ausgleichsvereinigungen selbst nicht ausreicht, um beurteilen zu können, ob - nach Ablauf von zum Teil mehr als zehn Jahren - die abweichende Berechnung der Künstlersozialabgabe noch zu zutreffenden Ergebnissen führt. Es war vielmehr erforderlich, bei einzelnen Mitgliedsunternehmen aktuelle repräsentative Daten zu erheben. Dies stieß auf erhebliche Widerstände, da Betriebsprüfungen bei den Mitgliedsunternehmen einer Ausgleichsvereinigung ausgeschlossen sind und die bisherigen Verträge zum Teil keine Regelung zur Überprüfung der abweichenden Berechnungsgrundlage einer Ausgleichsvereinigung enthielten. Wir konnten die Mitgliedsunternehmen zusammen mit der

Künstlersozialkasse nur in intensiven Verhandlungen davon überzeugen, dass eine regelmäßige Überprüfung der abweichenden Berechnung der Künstlersozialabgabe Voraussetzung für ein weiteres Bestehen der Ausgleichsvereinigung ist.

Für mehrere Ausgleichsvereinigungen legte uns die Künstlersozialkasse im Laufe des Jahres aufgrund von Betriebsprüfungen geänderte Verträge vor. Wir haben die Ergebnisse der Überprüfung kontrolliert und bewertet. Wichtig war für uns, dass die Auswahl der je Ausgleichsvereinigung überprüften Unternehmen nach Größe, Umsatz sowie regionaler Lage repräsentativ war, und dass die für die Ermittlung der abweichenden Berechnungsgrundlage entscheidenden Daten geprüft wurden. In einigen Fällen war es erforderlich, die Vertragstexte gründlich zu überarbeiten. Wir verfolgten dabei insbesondere folgende Ziele: Die Verträge müssen aus sich heraus verständlich sein, eine klare und eindeutige Beschreibung der Berechnungsschritte zur Künstlersozialabgabe vorsehen sowie Regelungen zu einer periodischen Überprüfung von ausgewählten Mitgliedsunternehmen und zu den Kündigungsfristen enthalten. Auch Rechtsfragen zur Abgabepflicht von Unternehmen z.B. der Bühnenverlage (§ 24 KSVG) und zur Zuordnung von Ausgaben zu den abgabepflichtigen Entgelten (§ 25 KSVG) waren zu klären. Im Ergebnis konnten wir den geänderten Verträgen bisher zustimmen.

1.6 Satzungsrecht

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) enthält zahlreiche Neuregelungen, die von den Krankenkassen in ihren Satzungen zu berücksichtigen sind und auch Gestaltungsspielräume eröffnen. Daher war das

Berichtsjahr 2004 durch eine Vielzahl von Satzungsänderungen geprägt.

Zahlreiche Kassen griffen die Möglichkeiten auf, in ihren Satzungen Anreize für gesundheitsbewusstes und kostensparendes Verhalten zu schaffen. Sie entschieden sich für Bonusregelungen, Beitragsrückzahlungen oder auch Selbstbehaltregelungen.

94 Krankenversicherungsträger entwickelten Bonusregelungen. Nach § 65a Absatz 1 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig von Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 oder von qualitätsgesicherten Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention Gebrauch machen, Anspruch auf einen Bonus haben. Die Kassen sind hierbei in ihrer Entscheidung frei, ob sie einen Geld- oder einen Sachbonus, eine Zuzahlungs- oder Beitragsermäßigung gewähren. Die Frage, welche Leistungen der primären Prävention zu einem Anspruch auf einen Bonus führen, war für mehrere Kassen unklar. Von entscheidender Bedeutung ist, dass die Leistung qualitätsgesichert ist. Dies trifft für alle sportlichen Aktivitäten, die ohne fachkundige Anleitung/Begleitung durchgeführt werden, nicht zu. So sind beispielsweise die Teilnahme an Lauftreffs, regelmäßiges Joggen, Radfahren, wenn dies außerhalb eines Sportvereins oder einer anderen Einrichtung mit qualitätsgesicherten Angeboten stattfindet, nicht bonusfähig. Die Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen muss außerdem hinreichend nachgewiesen werden. Die bloße Erklärung des Versicherten reicht nicht aus.

Von einer bonusfähigen, qualitätsgesicherten sportlichen Aktivität ist nach diesen

Maßstäben auszugehen, wenn die aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein durch die Bestätigung des Vereins oder die Vorlage des Sportabzeichens nachgewiesen wird.

Teilweise bestanden bei der Auslegung der Vorschrift unterschiedliche Auffassungen zwischen einzelnen Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt, die in sozialgerichtlichen Verfahren geklärt werden.

Beitragsermäßigungen oder Ermäßigung von Zuzahlungen, die nach SGB V zu zahlen sind, dürfen Kassen gem. § 65a Abs. 2 SGB V Versicherten einräumen, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V (DMP) oder an einer integrierten Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen.

101 bundesunmittelbare Krankenkassen haben uns eine entsprechende Satzungsregelung vorgelegt. Genehmigungsfähig sind Zuzahlungsermäßigungen dann, wenn eine oder mehrere Zuzahlungsarten jeweils anteilmäßig (prozentual) reduziert werden. Eine vollständige Befreiung von Zuzahlungen ist grundsätzlich nicht möglich. Eine Ausnahme gilt nur für die Praxisgebühr; hier genehmigt das Bundesversicherungsamt auch Satzungsregelungen, die eine vollständige Befreiung von der Praxisgebühr vorsehen. Voraussetzung ist allerdings, dass alle anderen Zuzahlungsarten voll erhoben werden. Nach Sinn und Zweck des Gesetzes soll die Inanspruchnahme der in § 65a Abs. 2 SGB V genannten Versorgungsformen gefördert werden. Ein Abweichen vom Grundsatz „keine vollständige Befreiung“ ist daher bei Inanspruchnahme dieser Versorgungsformen nach unserer Auffassung vertretbar. Hin-

gegen ist die Befreiung von anderen Zuzahlungsarten, etwa von der Arzneimittelzuzahlung, nicht genehmigungsfähig. Ebenfalls nicht genehmigt haben wir Satzungsbestimmungen, die Zuzahlungen auf einen € pro Monat beschränken, was ökonomisch betrachtet einer Befreiung gleichkommt, da es sich hierbei um eine Gesetzesumgehung handelt. Zudem widerspricht ein fast vollständiger Verzicht auf die Erhebung von Zuzahlungen dem Solidargedanken der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 1, 3 SGB V), da dieser bei Versicherten mit einem hohen Jahreseinkommen zu deutlich stärkeren Ersparnissen als bei Versicherten mit geringem Einkommen führt.

Besonders schwer wird es den Krankenkassen fallen, den von § 65 a Abs. 4 SGB V geforderten Nachweis der durch die Satzungsregelungen bewirkten Einsparungen zu führen. Bereits im Zuge der Genehmigungsverfahren hat das Bundesversicherungsamt die betroffenen Krankenkassen darauf hingewiesen, dass die Aufwendungen für Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 und 2 SGB V mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden müssen. Außerdem ist regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzugeben. Vor diesem Hintergrund haben wir den unserer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen aufgegeben, von Anfang an zu dokumentieren, für welche Maßnahmen und in welcher Art und Weise Vergünstigungen eingeräumt werden. Darüber hinaus haben wir die Kassen aufgefordert, mitzuteilen, wie sie die durch die Bonusgewährung zu erwartenden Einsparungen feststellen, belegen und erfassen wollen.

Die Beratungen über die schwierige Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen an den Nachweis von Kosteneinsparungen und Effizienzsteigerungen bei der Evaluation dauern noch an. Da die Evaluatoren und das Bundesversicherungsamt erhebliche Schwierigkeiten sehen, den Willen des Gesetzgebers entsprechend dem Wortlaut der Vorschrift umzusetzen, haben wir uns an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gewandt, um die Anforderungen an das Evaluationsverfahren abzustimmen.

Neben den Satzungsregelungen zur Bonusgewährung bieten 68 bundesunmittelbare Krankenkassen ihren Versicherten eine Krankenversicherung mit Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V an. Im Zusammenhang mit der Selbstbehaltsregelung nach § 53 SGB V als auch mit der Beitragsrückzahlung gemäß § 54 SGB V war zweifelhaft, ob auch die jährlichen zahnärztlichen Untersuchungen für eine Beitragsrückzahlung und den Selbstbehalt unschädlich sind. Bei ihrer Tagung im Mai 2004 haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sich im Einvernehmen mit dem BMGS mehrheitlich dafür ausgesprochen, die genannten Untersuchungen als für die Beitragsrückzahlung unschädlich anzusehen. Eine gesetzliche Klarstellung wurde ange-regt.

1.7 Organisationsrecht

Auflösungsverfahren der BKK Airbus

Im Jahre 2004 stellten Arbeitgeber einen Antrag auf Auflösung der Betriebskrankenkasse. Für die Durchführung des Auflösungsverfahrens ist gemäß § 152 Abs. 1 S. 2 SGB V das Bundesversicherungsamt zuständig. Nach § 152 Abs. 1 S. 1 SGB V i.V.m. S. 4 kann eine geschlossene Be-

triebskrankenkasse auf Antrag des Arbeitgebers aufgelöst werden, wenn der Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von mehr als drei Viertel der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt. Da es sich um eine nach dem 31. Dezember 1995 fusionierte Kasse handelte, war gem. § 152 Abs. 1 S. 1 SGB V für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber zwingend zu prüfen, ob die Auflösungsanträge aller beteiligten Trägerunternehmen vorlagen. Diese Prüfung gestaltete sich infolge von Unklarheiten im Kassenbereich außerordentlich aufwändig. Zahlreiche betriebliche Umstrukturierungen bzw. Veränderungen der Trägerunternehmen waren im Kassenbereich nicht nachvollzogen worden. Teilweise waren diese auch der Kasse selbst nicht bekannt geworden, so dass alle Beteiligten umfangreiche Ermittlungen anzustellen hatten. Das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde hatte bei der Prüfung dieser Mitwirkungsentscheidung über eine formelle Rechtmäßigkeitsprüfung hinaus die Willensbildung des Verwaltungsrates auf ordnungsgemäße Ermessensausübung zu überprüfen. Diese Prüfung diene der Sicherstellung der Belange der Versicherten-gemeinschaft und der Sozialversicherung als Ganzes, um eine sach- und funktionsgerechte Aufgabenerfüllung zu gewährleisten.

Durchführung des Widerspruchsverfahrens

Insbesondere bei der Ablehnung von Leistungsanträgen stellen wir immer wieder Fehler der Krankenkassen bei der Behandlung von Widersprüchen der Versicherten fest.

Häufig treten Krankenkassen nach Eingang eines Widerspruchs zunächst in eine zum

Teil längere Diskussion mit dem Versicherten über die Gründe der getroffenen Entscheidung bzw. deren Rechtmäßigkeit ein. Dies wird dann oftmals mit wiederholten Rückfragen an den Versicherten verbunden, ob er denn „immer noch“ seinen Widerspruch aufrechterhalte. Diese Vorgehensweise stimmt mit den gesetzlichen Vorschriften über das Widerspruchsverfahren nicht überein. Danach wird einem Widerspruch entweder abgeholfen oder er ist dem zuständigen Widerspruchsausschuss der Selbstverwaltung zur Entscheidung vorzulegen. Nachträgliche Diskussionen und Begründungsversuche gegenüber dem Versicherten seitens der Kassenverwaltung sind schlicht nicht vorgesehen. Vielmehr hat der Versicherte Anspruch auf eine verzögerungsfreie Prüfung und entsprechende rechtsmittelfähige Entscheidung über seinen Widerspruch. Zulässig ist eine Rückfrage allenfalls, wenn dem Widerspruch teilweise abgeholfen wird, weil dann der Versicherte möglicherweise wirklich auf die weitere Behandlung seines Widerspruchs im Übrigen verzichten möchte. Ansonsten hat er Anspruch auf Vorlage beim Widerspruchsausschuss.

Ein weiteres Problem ist häufig die Verfahrensdauer im Widerspruchsausschuss selbst. Nicht selten vergehen mehrere Monate, teilweise über ein Jahr, bis eine Entscheidung dieses Gremiums vorliegt. Zwar kann nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei erhöhter Arbeitsbelastung eine Verfahrensdauer über das übliche Maß (drei Monate) hinaus gerechtfertigt sein. Das Bundesversicherungsamt hält es jedoch nicht für akzeptabel, wenn derart lange Entscheidungsprozesse zur Regel werden.

Hinsichtlich beider Aspekte werden wir die Krankenkassen weiterhin zu einer korrek-

ten und zügigen Behandlung von Widersprüchen anhalten.

Rechtswidrige Verfahrensweisen der bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen

Im Rahmen der allgemeinen Aufsichtstätigkeit des Bundesversicherungsamtes über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenversicherungsträger war es im Jahre 2004 ungewöhnlich schwierig, die Krankenversicherungsträger in den von der Aufsicht aufgegriffenen Einzelfällen zu einem recht- und gesetzesmäßigen Vorgehen zu bewegen. So waren wir entgegen früheren Entwicklungen im Jahr 2004 vielfach dazu gezwungen, mit Beratungsschreiben sowie daran anschließend mit einem entsprechenden Verpflichtungsbescheid gegen Kassen vorzugehen.

Diese Maßnahmen waren bereits notwendig, um die Versicherungsträger zu veranlassen, die für die Aufsichtsprüfung erforderlichen Verwaltungsunterlagen vorzulegen. Diese Vorlageverpflichtung der Krankenkassen ergibt sich aus der Vorschrift des § 88 Abs. 2 SGB IV, dennoch wird seitens einiger Krankenkassen vielfach versucht, durch entsprechend verzögerte Bearbeitung oder gar Verweigerung die Prüftätigkeit der Aufsicht zu erschweren bzw. über einen längeren Zeitraum zu vereiteln. Da aufgrund der Verfahrensvoraussetzungen bis zum Erlass eines Verpflichtungsbescheides zwangsläufig einige Zeit vergeht, und durch das Verhalten der Träger ein nicht unerheblicher Verwaltungsaufwand – sowohl bei der Kasse als auch bei der Aufsichtsbehörde – produziert wird, setzen wir gegenüber Krankenkassen, die ein solches Verhalten zeigen, nunmehr bereits zum frühestmöglichen Zeitpunkt die gesetzlichen Aufsichtsmittel ein.

Um aufsichtsrechtlichen Konsequenzen unserer Prüfung zu entgehen, sah sich in einem Einzelfall eine Krankenkasse sogar dazu veranlasst, uns massiv manipulierte Verwaltungsunterlagen zu übermitteln. Ein solches Verhalten ist für eine Körperschaft des öffentlichen Rechts inakzeptabel und hat für die handelnden Personen schwerwiegende Folgen.

Auffallend war im Jahre 2004 besonders die unrechtmäßige Beendigung freiwilliger Mitgliedschaften bzw. die Verweigerung der Aufnahme bestimmter Personen in die gesetzliche Krankenversicherung sowie andererseits die Begründung von Mitgliedschaften für Personen, bei denen das Gesetz eine Mitgliedschaft nicht zulässt. Gegen dieses Verhalten und gegen die Tendenz mancher Krankenkassen, bei Leistungsentscheidungen von gesetzlichen Vorgaben abzuweichen, werden wir weiterhin mit allen uns zur Verfügung stehenden Aufsichtsmitteln vorgehen.

1.8 Aufsichtsprüfungen bei Krankenkassen

Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge und der Beiträge für freiwillig Versicherte

Schwerpunkte unserer Prüfungen im Jahr 2004 waren Erhebungen in den Bereichen Einzug, Weiterleitung und Vollstreckung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge sowie der Beiträge für freiwillig Versicherte.

Erfreulicherweise haben wir feststellen können, dass Krankenkassen, die wegen bestehender Mängel beim Beitragseinzug auffällig geworden waren, ihre entsprechenden Abhilfebemühungen - teils auch mit Unterstützung der BKK-

Landesverbände bzw. des BKK-Bundesverbandes und der Einzugsstellenprüfdienste - wiederum deutlich verstärkt haben. Von den im Berichtszeitraum insgesamt 111 geprüften Krankenkassen waren Ende 2004 bei lediglich sechzehn Krankenkassen erhöhte Rückstandsquoten (über fünfzehn Prozent), jeweils bezogen auf den Rechtskreis Ost und/oder West, zu verzeichnen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass zwischen den erhöhten Rückstandsquoten und etwaigen Pflichtverletzungen bei Durchführung eines ordnungsgemäßen Beitragseinzugs nicht immer ein kausaler Zusammenhang festgestellt werden konnte. Gerade bei Krankenkassen, deren Versichertenstruktur durch einen hohen Anteil an Arbeitnehmern einer bestimmten Branche geprägt ist, führte eine Zunahme konjunkturell bedingter Arbeitgeberinsolvenzen dieser Branchen dazu, dass Beiträge nicht ordnungsgemäß eingezogen werden konnten. Beobachtet werden konnte dies vor allem bei Krankenkassen, deren Versicherte vorwiegend im Bau- bzw. Baunebengewerbe versicherungspflichtig beschäftigt sind.

Unabhängig von diesen Besonderheiten waren erhöhte Rückstandsquoten weiterhin vor allem bei solchen Krankenkassen zu verzeichnen, die in der Vergangenheit innerhalb eines kurzen Zeitraumes einen unerwartet hohen, sprunghaften Anstieg von Mitgliedern zu verkraften hatten. Der damit verbundene enorme Anstieg der Anzahl von Arbeitgeberkonten hatte bei den betreffenden Krankenkassen aufgrund organisatorischer, personeller und/oder informationstechnischer Unzulänglichkeiten in der Regel zur Folge, dass sich die notwendigen Arbeiten, beispielsweise im Bereich der Kontenanlage und Kontenführung, verzögerten. Ordnungsgemäße Bei-

tragssollstellungen und vor allem die ordnungsgemäße Zuordnung der Geldeingänge erfolgte in diesen Fällen nicht. Die im Bereich der Kontenanlage und Kontenführung aufgetretenen Probleme bewirkten ferner, dass auch Beitragsschätzungen, Beitragsabbuchungen oder Mahnungen nicht oder nicht korrekt erfolgten, was wiederum dazu führte, dass Vollstreckungsmaßnahmen nicht rechtzeitig eingeleitet werden konnten.

Wir haben wiederum darauf hingewirkt, dass die betroffenen Krankenkassen ihre Fehlerquellen im Beitragseinzugsverfahren nicht nur laufend analysiert, sondern auch entsprechende Mängelbeseitigungskonzepte erarbeitet und unverzüglich umgesetzt haben. Nach Selbsteinschätzung der betroffenen Krankenkassen sollte eine Konsolidierung in diesem Bereich bis zum Ende des Jahres 2004 erreicht sein. Es bleibt abzuwarten und nun zu überprüfen, ob die angekündigte Konsolidierung tatsächlich stattgefunden hat und ein grundsätzlich ordnungsgemäßer Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge künftig gewährleistet ist.

Unabhängig von diesen Prüffeststellungen, die sich auf einige wenige Krankenkassen beziehen, war im Berichtszeitraum allgemein zu beobachten, dass viele Krankenkassen nicht oder nicht zeitnah die zwangsweise Beitreibung von Beitragsrückständen veranlassen und somit gegen § 76 Abs. 1 SGB IV verstoßen, wonach Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben sind. In ihrer Funktion als Einzugsstelle für die Gesamtsozialversicherungsbeiträge haben die Krankenkassen gemäß § 28 h Abs. 1 SGB IV die ordnungsgemäße Zahlung dieser Beiträge zu überwachen und Beitragsansprüche, die nicht rechtzeitig – d.h. nicht spätestens bei

Fälligkeit - oder in voller Höhe (inklusive etwaiger Säumniszuschläge und/oder Stundungszinsen) erfüllt worden sind, gegenüber dem zahlungspflichtigen Arbeitgeber unverzüglich geltend zu machen und durchzusetzen. Zwangsmaßnahmen sind zum frühestmöglichen Termin einzuleiten, da die Möglichkeiten zur Realisierung des Beitragsanspruchs durch Vollstreckungsmaßnahmen anderer Gläubiger des zahlungspflichtigen ansonsten gefährdet sein könnten.

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. Von daher haben die Einzugsstellen den Beitragseinzug so zu gestalten, dass auch unter Einbindung eines externen Dienstleisters keine zeitlichen Verzögerungen bei der Ermittlung und Durchsetzung von Beitragsforderungen eintreten.

Die ordnungsgemäße Stundung von Beitragsforderungen bereitet vielen Krankenkassen weiterhin Probleme. Immer noch stellten wir fest, dass Krankenkassen zahlungspflichtigen Arbeitgebern Zahlungsaufschub mit ratenweiser Rückstandstilgung gewährt haben, ohne nachweisbare Prüfung, ob die Voraussetzungen einer Stundung im Sinne des § 76 Abs. 2 SGB IV vorliegen bzw. ob Sicherheitsleistungen zu verlangen sind. Ob Ansprüche gestundet, niedergeschlagen oder erlassen werden, haben die Krankenkassen zwar grundsätzlich nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Rechtlich ist aber über eine Stundung entweder durch Erlass eines (begünstigenden) Verwaltungsaktes,

mit dem die Teilzahlungsmodalitäten in Form einer Nebenbestimmung verbunden werden, oder aber durch Abschluss eines schriftlich zu begründenden öffentlich-rechtlichen Vertrages (§ 53 SGB X), in dem alle Stundungsmodalitäten zu vereinbaren sind, zu entscheiden. Im Rahmen der Entscheidung über die Stundung hat die Krankenkasse auch darüber zu befinden, ob und in welchem Umfang vom zahlungspflichtigen Arbeitgeber Sicherheitsleistungen zu verlangen sind. Eine Sicherheitsleistung wird besonders dann zu verlangen sein, wenn zweifelhaft ist, ob der zahlungspflichtige Arbeitgeber nach Ablauf der Stundungsfrist seine Zahlungsverpflichtung rechtzeitig und vollständig erfüllen wird.

In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass die Niederschlagung von Beitragsforderungen bei den von uns geprüften Krankenkassen grundsätzlich ordnungsgemäß erfolgt ist, d.h. unter den in § 76 Abs. 1 Nr. 2 bzw. Abs. 2 Nr. 2 SGB IV genannten Voraussetzungen. Lediglich eine Krankenkasse hatte Beitragsforderungen unzulässigerweise in einem erheblichen Umfang bereits zeitgleich mit der Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen niedergeschlagen und insoweit die Voraussetzungen des § 76 Abs. 1 Nr. 2 bzw. Abs. 2 Nr. 2 SGB IV nicht beachtet.

Besonders häufig stellten wir ferner fest, dass Krankenkassen Schadensersatz- bzw. Zinsansprüche, die von den Trägern der Rentenversicherung und der heutigen Bundesagentur für Arbeit im Zuge von Einzugsstellenprüfungen geltend gemacht wurden, gemäß § 28 r Abs. 1 und 2 SGB IV zwar erfüllten, jedoch ein Nachteilsausgleich zugunsten der Pflegekasse nicht erfolgte. Die Höhe der uns bekannten, alleine von den Einzugsstellen-

prüfdiensten geltend gemachten Schadensersatz- bzw. Zinsforderungen ließ erkennen, dass die den Pflegekassen vorenthaltenen Beiträge nebst Zinsen erheblich waren und für diese zu vorübergehenden Mindereinnahmen in Höhe von mehreren hunderttausend € führten. Die betroffenen Krankenkassen haben wir aufgefordert, die konkrete Höhe der Schadensersatz- bzw. Zinsforderungen, die der Pflegekasse aus dem gleichen Grunde wie den Trägern der Rentenversicherung und der heutigen Bundesagentur für Arbeit zustehen, gemäß § 28 Abs. 1 und 2 SGB IV zu ermitteln und einen entsprechenden Nachteilsausgleich durchzuführen.

Vollstreckung von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung

Im Zuge unserer örtlichen Erhebungen stellten wir vielfach fest, dass Krankenkassen keine Vollstreckungsmaßnahmen zur zwangsweisen Beitreibung fälliger Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung eingeleitet hatten.

Zudem wurde der Ausschluss von Versicherten, die mit der Zahlung von Beiträgen in Rückstand geraten waren, nicht zügig betrieben. Oftmals versäumten es die betreffenden Krankenkassen bereits, die mit Beitragszahlungen in Rückstand geratenen Versicherten gemäß § 191 S. 2 SGB V darauf hinzuweisen, dass die freiwillige Mitgliedschaft mit Ablauf des in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse festgelegten nächsten Zahltages kraft Gesetzes endet (§ 191 S. 1 Nr. 3 SGB V), wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge nicht entrichtet werden. Zudem unterblieb in einigen Fällen der Hinweis, dass sich der Ausschluss zugleich auch auf das gesamte System der gesetzlichen Kranken-

versicherung erstreckt, solange nicht die gesetzlichen Voraussetzungen für eine neue Mitgliedschaft erneut erfüllt werden. Oftmals fehlte aber auch der Hinweis, dass unter den Voraussetzungen des Bundessozialhilfegesetzes die Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen durch den Sozialhilfeträger möglich ist. Insoweit bestätigen unsere Prüfungen entsprechende Feststellungen der Fachreferate.

Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung

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

Nahezu bei allen geprüften Krankenkassen konnten wir feststellen, dass sie das Meldeverfahren zur Familienversicherung grundsätzlich ordnungsgemäß durchführen, soweit sie als zuständig gewordene Krankenkasse der bisher zuständigen Krankenkasse den Zeitpunkt des Beginns der neuen Versicherung mitzuteilen bzw. der zuständig gewordenen Krankenkasse das Ende der Familienversicherung zu bestätigen hatten.

Hingegen war bei einigen Krankenkassen, bei denen vormals familienversicherte Personen nunmehr eigene Mitgliedschaften begründet hatten, festzustellen, dass sie die Änderung des Versichertenstatus nicht immer in ihre Versichertenverzeichnisse aufgenommen hatten. Infolgedessen wurden Personen im Versichertenverzeichnis gleichzeitig als Mitglieder und als Familienversicherte geführt. In den meisten Fäl-

len haben die betroffenen Krankenkassen
die erforderlichen Korrekturen bereits im

Verlaufe unserer örtlichen Erhebungen
vorgenommen.

2. PFLEGEVERSICHERUNG

- 2.1 Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung
- 2.2 Leistungsrecht
- 2.3 Aufsichtsprüfungen - Pflegeversicherung

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2.1 Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung

Für die Gesamteinnahmen und die Gesamtausgaben der Pflegeversicherung im Jahr 2004 ergeben sich die folgenden Werte, die im Vergleich zu den Vorjahreswerten dargestellt werden:

Tabelle1: Soziale Pflegeversicherung, Jahresergebnis 2004	
Einnahmen	Beträge in 1.000 €
Beitragseinnahmen	16.639.318
Summe der sonstigen Einnahmen	229.182
Einnahmen insgesamt	16.868.499
Ausgaben	Beträge absolut in €
Leistungsausgaben	16.772.950
Verwaltungskostenpauschale	580.044
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	269.060
Sonstige Ausgaben	69.679
Ausgaben insgesamt	17.691.733
Jahresfehlbetrag	823.234
Quelle: BMGS, Statistiken PV 45 und PVM	

Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung Vergleich 2004 zu 2003	
Einnahmen	Veränderungen in Prozent
Beitragseinnahmen	0,2
Summe der sonstigen Einnahmen	-9,8
Einnahmen insgesamt	0,0
Ausgaben	Veränderungen in Prozent
Leistungsausgaben	0,8
Verwaltungskosten	-0,3
Hälfte der Kosten des medizinischen Dienstes	2,6
Sonstige Ausgaben	-9,1
Ausgaben insgesamt	0,8
Quelle: BMGS, Statistiken PV 45 und PVM	

In den letzten Jahren hatten wir es mit einem stets wachsenden Ausgabenüberhang zu tun. Den vorläufigen Höhepunkt hat die Entwicklung in den letzten beiden Jahren erreicht - mit Defiziten von rund 692 Millionen € im Jahre 2003 und rund 823 Millionen € im Jahre 2004.

Die Leistungsausgaben der Pflegekassen (und des Ausgleichsfonds, der im Rahmen der Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben nach § 45c SGB XI sowie im Rahmen der Förderung von Modellvorhaben der Spitzenverbände nach § 8 Abs. 3 SGB XI mit einem Budget von zusammen fünfzehn Millionen € an der Leistungsgewährung beteiligt ist) stiegen insgesamt auf rund 16,8 Milliarden €, was eine Veränderung von +0,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Die Gesamtausgaben (Leistungsausgaben zuzüglich Verwaltungskosten und Kosten des Medizinischen Dienstes) der sozialen Pflegeversicherung betrugen rund 17,7 Milliarden € und erhöhten sich damit um 0,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Diesen Gesamtausgaben standen Gesamteinnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von ca. 16,9 Milliarden € gegenüber, was den Gesamteinnahmen des Vorjahres entsprach. Zu den Gesamteinnahmen zählen neben den Beitragseinnahmen der Pflegekassen auch die Beiträge, die unmittelbar an den Ausgleichsfonds gezahlt werden, sowie Zinseinnahmen.

Die Beitragseinnahmen alleine haben sich gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Prozent auf rund 16,6 Milliarden € erhöht. Den rückläufigen Beitragseinnahmen von abhängig

Beschäftigten (-0,7 Prozent) stand ein Zuwachs von 1,6 Prozent bei den Einnahmen aus Renten gegenüber. Die Zinseinnahmen, die Teil der sonstigen Einnahmen sind, gingen gegenüber dem Vorjahr erneut zurück. Ursachen sind die stets schrumpfende Liquiditätsreserve – und damit das geringer werdende Anlagekapital – sowie das nach wie vor niedrige Zinsniveau auf den Geld- und Kapitalmärkten.

Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung

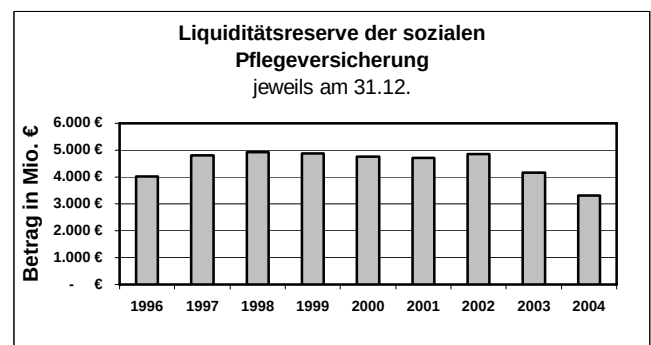
Der Zweck des Finanzausgleiches nach den §§ 66 ff. SGB XI besteht darin, bei den Pflegekassen, deren monatliche Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen übersteigen, die Betriebsmittel und gegebenenfalls die Rücklage aufzufüllen. Der Ausgleichsfonds zahlte zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand insgesamt rund 8,1 Milliarden € an diese Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rund 0,7 Milliarden €.

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

Tabelle 3: Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung Jährliche Transfersumme an die Pflegekassen in 1.000 €	
1996	4.720.013
1997	5.834.169
1998	6.692.085
1999	6.813.713
2000	7.153.292
2001	7.242.152
2002	7.574.773
2003	7.866.943
2004	8.091.512

Entwicklung des Mittelbestandes

Die Liquiditätsreserve – oder auch Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung – setzt sich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds und der Pflegekassen zusammen. Sie betrug zum Jahresende noch knapp 4,2 Milliarden € und schrumpfte binnen Jahresfrist auf gut 3,3 Milliarden €. Insgesamt belief sich der Verlust auf gut 820 Millionen €.



Ausblick

Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung ist seit einigen Jahren geprägt durch die sich immer weiter öffnende Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen und die damit verbundene verstärkte Inanspruchnahme der Liquiditätsreserve.

Diese Entwicklung wird sich im Jahre 2005 etwas entspannen, da der Gesetzgeber mit dem Kinderberücksichtigungsgesetz (KiBG) vom 3. Dezember 2004 ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes umgesetzt hat, nach dem Kindererziehende gegenüber Nichtkindererziehenden bezüglich ihrer Beitragspflicht besser zu stellen sind. Nichtkindererziehende haben nun einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Prozent zu entrichten, der nicht paritätisch durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert wird, sondern von den Arbeitnehmern allein zu tragen ist.

2.2 Leistungsrecht

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen gem. § 44 SGB XI

Auch im Jahr 2004 waren wir gezwungen, uns ausführlich mit der Rechtsanwendung der Pflegekassen bezüglich der Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen zu befassen. Hierbei lag das Hauptaugenmerk auf der Frage, welche Zeitansätze bei der Prüfung des § 44 SGB XI Berücksichtigung finden können. Während die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger hierbei maßgeblich auf die Eigenangaben der Pflegepersonen vertrauen (vgl. Rundschreiben vom 11. Februar 2004), sind nach unserer Auffassung allein die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Pflegegutachten ermittelten Zeitwerte ausschlaggebend.

Die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen vertretene Auffassung führt zu einer über das gesetzliche Maß hinausgehenden Ausdehnung der Versicherungspflicht der Pflegeperson(en) zur Rentenversicherung.

Außerdem haben die Pflegekassen nicht in allen Fällen ausreichend geprüft, ob die Versicherungspflicht nicht – z. B. durch den Bezug einer Altersvollrente - beendet war. Das Rundschreiben der Spitzenverbände berücksichtigt unseres Erachtens nicht, welche Vorfragen zur Prüfung der Versicherungspflicht von der Pflegekasse zu klären sind. Wir weisen nochmals nachdrücklich auf unser Rundschreiben vom 3. Dezember 2003 hin, in dem wir ausführlich dargelegt haben, welche Ermittlungen seitens der Pflegekassen angezeigt sind.

Der von uns initiierte Meinungs-austausch hat zu unserem Bedauern die Rechtsauffassung der Spitzenverbände nicht geändert.

Auch in Anbetracht des erheblichen Finanzvolumens der Leistungen werden wir die Problematik weiter verfolgen und die Diskussion fortsetzen.

2.3 Aufsichtsprüfungen - Pflegeversicherung

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen gemäß § 40 SGB XI

Die im Berichtszeitraum bei den gesetzlichen Pflegekassen durchgeführten Prüfungen erstreckten sich schwerpunktmäßig auf den Bereich der Leistungsgewährung von Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen gem. § 40 SGB XI.

Wiederum stellten wir fest, dass viele Pflegekassen Hilfsmittel bewilligt und zu ihren Lasten gebucht hatten, obwohl die entsprechenden Leistungsvoraussetzungen nicht nachweisbar geprüft worden waren. Insbesondere im Bereich der häuslichen Pflege hatten die betroffenen Pflegekassen vor allem verkannt, dass dort gem. § 40 Abs. 1 S. 1, 2. Hs. SGB XI das Subsidiaritätsprinzip gilt. Daraus ergibt sich, dass Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber Leistungen der Krankenversicherung grundsätzlich nachrangig sind. Gemäß der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die Pflegeversicherung ausnahmsweise nur dann zur Leistung eines Pflegehilfsmittels verpflichtet, wenn dieses „allein und ausschließlich der Pflege“ dient. Folglich ist in jedem Leistungsfall primär zu prüfen, ob das beantragte Hilfsmittel geeignet und dazu bestimmt ist, eine Behinderung oder Krankheit auszugleichen. Sofern dies der Fall sein sollte, handelt es sich grundsätzlich um ein Hilfsmittel, das von der Krankenversicherung zu erbringen ist. Im Bereich der häuslichen Pflege hat die Rechtsprechung zur Abgren-

zung der jeweiligen Leistungsverpflichtungen noch nie andere Kriterien, wie z.B. die Wesentlichkeit eines Hilfsmittels bzw. den Schwerpunkt seiner Verwendung, herangezogen. Daher halten wir die Ansicht einiger Pflegekassen, wonach für die Frage der Abgrenzung zwischen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung pflegeunterstützende Aspekte in den Vordergrund gestellt werden sollen, für unzutreffend.

Die betroffenen Pflegekassen sind von uns darauf hingewiesen worden, dass nur noch in wenigen Ausnahmefällen Raum für eine Entscheidung bleibt, ob das beantragte Hilfsmittel als ein der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung unterliegendes Pflegehilfsmittel anzusehen ist. Vor dem Hintergrund der Ausführungen des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 22. Juli 2004 (Az.: B 3 KR 5/03 R) und mit Blick auf den Sinn und Zweck der Leistungen nach § 33 SGB V betreffen derartige Ausnahmefälle ausschließlich Pflegebedürftige, denen auf Grund schwerster körperlicher und geistiger Funktionsstörungen eine verantwortungsbewusste Bestimmung über das eigene Schicksal nicht mehr möglich ist, die also wegen des Fehlens eigen-gesteuerter Bestimmungsmöglichkeiten quasi zum „Objekt der Pflege“ geworden sind, und bei denen daher die Ziele des § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V nicht mehr erreicht werden können. Im Hilfsmittelbereich ist eine Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer sach- und systemgerechten Auslegung der Bestimmungen des SGB V dann ausgeschlossen, wenn die Rehabilitation des Pflegebedürftigen nicht mehr möglich ist. Ausnahme hiervon bilden wiederum diejenigen Hilfsmittel, die der Erfüllung lebensnotwendiger Grundfunktionen dienen, wie z.B. Beatmungsgeräte und Ernäh-

rungspumpen. Derartige Hilfsmittel sind auch weiterhin in keinem Fall von der Pflegeversicherung, sondern von der Krankenversicherung zu tragen.

Die betroffenen Pflege- bzw. Krankenkassen haben wir auf der Grundlage unserer Prüfergebnisse zu entsprechenden Umbuchungen in Millionenhöhe veranlasst.

Leistungsausgaben zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen gemäß § 44 SGB XI

Das jährliche Leistungsvolumen zur sozialen Sicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen im Sinne des § 44 SGB XI betrug 0,98 Milliarden € im Jahr 2001 bzw. 0,96 Milliarden € im Jahr 2002. Der relative Anteil dieser Leistungsausgaben an den Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung betrug somit 5,8 Prozent für das Jahr 2001 und 5,6 Prozent für das Jahr 2002. Im Verhältnis der einzelnen Leistungsausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung untereinander waren die Leistungen zur sozialen Sicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen der viertgrößte Ausgabenposten - nach den Leistungsausgaben für die vollstationäre Pflege, den Ausgaben für Pflegegeldleistungen und den Ausgaben für die Pflegesachleistungen. Damit waren diese Leistungsausgaben höher als die Leistungsausgaben für Pflegehilfsmittel und technische Hilfsmittel, die mit 0,35 Milliarden € bzw. 0,38 Milliarden € in den Jahren 2001 und 2002 – hinter den Verwaltungskosten - lediglich den sechsten Platz mit einem Anteil von 2,1 bzw. 2,2 Prozent an den Gesamtausgaben einnahmen. Für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung entstanden durch die soziale Sicherung der Pflegepersonen jährliche Einnahmen von knapp zwei Milliar-

den €, wobei rund die Hälfte dieses Betrages von den Trägern der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgebracht wurde. Beachtlich sind in diesem Zusammenhang auch die Ausgaben für die an die Rentenversicherungsträger zu leistenden Ausgleichszahlungen für die verspätete Abführung von Beiträgen zur sozialen Sicherung nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen. Unabhängig davon, ob die Ausgleichszahlungen letztlich von der jeweiligen Krankenkasse, bei der die betroffene Pflegekasse errichtet ist, zu tragen sind, bescherten die entsprechenden Ausgleichszahlungen den einzelnen Rentenversicherungsträgern Einnahmen in Höhe von 2,8 Millionen € im Jahr 2001. Im Jahr 2002 war zudem ein signifikanter Anstieg auf 11,7 Millionen € zu verzeichnen. Die an die Pflegekassen seitens der jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen im Innenverhältnis geleisteten Regresszahlungen betrugen für die o.g. Abrechnungsjahre hingegen nur 2.000 €

bzw. 15.000 € (Tabellen 4.1, 4.2 des statistischen und finanziellen Berichts über „Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002“).

Mehrere in dieser Angelegenheit bei den Pflegekassen durchgeführte örtliche Erhebungen haben gezeigt, dass die Versicherungs- und Beitragspflicht zur gesetzlichen Rentenversicherung von den betroffenen Pflegekassen nicht hinreichend geprüft wird. Daher ist zu vermuten, dass Beitrags- und Ausgleichszahlungen sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach zu Unrecht erfolgt sind und zu Über- bzw. Unterzahlungen zu Gunsten bzw. zu Lasten der Rentenversicherungsträger geführt haben und auch künftig führen werden. Wir sehen darum die Notwendigkeit, unsere Prüfungen in diesem Bereich im kommenden Jahr sowohl auszudehnen als auch zu intensivieren.

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Eingaben

3.2 Satzungsrecht

3.3 Aufsichtsprüfungen

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Eingaben

Statistik

Eingaben 2004	mit Berichtspflicht		allein BVA	Gesamt
	PADB	BMGS		
UV				
davon				
gewerbl. BG	149	37	464	648
landw. BG	0	2	9	11
Unfallkassen	7	3	11	21
UV gesamt	156	42	484	680
Alterssich.Landw.	5	2	9	16
Zusatzversorg.	0	0	9	9
Seemannskasse	0	0	2	2
insgesamt	161	44	504	707

Problematik im Umgang mit § 200 Abs. 2 SGB VII

Auch in diesem Berichtsjahr wurden wir mit Fragen der Gutachterausswahl konfrontiert, in denen die Problematik in der Anwendung des § 200 Abs. 2 SGB VII in neuen Konstellationen auftauchte, die in der Verwaltungspraxis zu bisher noch nicht aufgefallenen Folgeproblemen geführt hatten.

Eine Versicherte erlitt einen Arbeitsunfall. Die zuständige Berufsgenossenschaft gewährte ihr die nach dem gesetzlichen Unfallversicherungsrecht für einen gewissen Zeitraum zustehenden Leistungen. Die Berufsgenossenschaft lehnte jedoch in der Folgezeit eine weitere Verletztengeldzahlung und die Anerkennung einer Rente wegen des fehlenden Zusammenhangs zwischen dem Unfall und den von der Versicherten weiterhin vorgebrachten gesundheitlichen Beschwerden ab.

Bei einer späteren Überprüfung nach § 44 SGB X, mit der die Versicherte eine Rücknahme dieses nichtbegünstigenden Verwaltungsaktes erreichen wollte, veranlasste die Berufsgenossenschaft eine Begutachtung der Versicherten. Danach lehnte die Berufsgenossenschaft die Rücknahme des Verwaltungsaktes ab, da er nicht rechtswidrig, sondern zutreffend sei. Gegen diesen Bescheid legte der Bevollmächtigte der Versicherten Widerspruch ein und richtete eine Beschwerde an das Bundesversicherungsamt.

Unsere Überprüfung ergab, dass in dem Verfahren nach § 44 SGB X die erforderliche Gutachterausswahl nach § 200 Abs. 2 SGB VII und folglich auch der Hinweis auf das Widerspruchsrecht nach § 76 Abs. 2 SGB X unterblieben waren. Entsprechend durfte das Gutachten im Verfahren nicht verwertet werden und war zu löschen oder zu sperren (§ 84 SGB X).

Im weiteren Verfahren hatte sich die Notwendigkeit für die Berufsgenossenschaft ergeben, ergänzende Gutachten zu veranlassen. Obwohl hierbei das Auswahlverfahren jeweils ordnungsgemäß durchgeführt worden war, mussten wir die Berufsgenossenschaft dennoch auffordern, diese Gutachten ebenfalls nicht zu verwerten, da sich die Folgegutachten eindeutig mit dem früheren, unter Verstoß gegen § 200 Abs. 2 SGB VII zustande gekommenen Gutachten auseinandergesetzt hatten. Damit war es zumindest teilweise auch zum Bestandteil der neuen Gutachten geworden. Die Berufsgenossenschaft ist unserer Aufforderung nachgekommen, das Gutachten nach § 84 SGB X zu behandeln.

3.2 Satzungsrecht

Finanzierung der Abschlagszahlungen für das Insolvenzgeld

Gemäß § 361 SGB III entrichten die Berufsgenossenschaften vier Mal im Jahr Abschlagszahlungen für das Insolvenzgeld an die Bundesagentur für Arbeit. Die Mittel für die Insolvenzgeldzahlungen bringen die Berufsgenossenschaften gemäß § 359 SGB III durch eine Umlage der Unternehmer in ihrem Zuständigkeitsbereich auf. Die Regelung des § 360 Abs. 2 S.1 Nr. 2 SGB III, dass bei einer entsprechenden Satzungsregelung auch die Kreditzinsen auf die Unternehmer umgelegt werden können, hatte eine Berufsgenossenschaft als Rechtsgrundlage für die Vorfinanzierung der Abschlagszahlungen für das Insolvenzgeld durch regelmäßige Kreditaufnahme bei Banken angesehen. Das Bundesversicherungsamt vertritt dagegen die Auffassung, dass Berufsgenossenschaften grundsätzlich keine Kredite aufnehmen dürfen und somit die kreditfinanzierte Vorfinanzierung der Abschlagszahlungen für das Insolvenzgeld bis zur Zahlung der Umlage durch die Unternehmer rechtswidrig ist. Die Regelung des § 360 Abs. 2 S.1 Nr. 2 SGB III ermöglicht nach unserer Ansicht lediglich, Kreditzinsen für ausnahmsweise zulässige kurzfristige Kreditaufnahmen (Kassenverstärkungskredite) der Berufsgenossenschaften auf die Unternehmer umzulegen. Generell müssen die Abschlagszahlungen für das Insolvenzgeld durch Vorschüsse nach § 164 SGB VII oder durch einen Betriebsmittelstock finanziert werden. Unter Beteiligung der Selbstverwaltung erzielten Aufsicht und Berufsgenossenschaft schließlich Einigkeit darüber, dass die Berufsgenossenschaft ihre in diesem Punkt nicht eindeutige Satzungsregelung ändert und in einem

Zeitraum von sieben bis zehn Jahren sukzessive einen Betriebsmittelstock aufbaut, um die ständige Kreditaufnahme zur Finanzierung der Abschlagszahlungen für das Insolvenzgeld schrittweise zu reduzieren. Die Änderung der Satzung ist mittlerweile erfolgt.

Gefahrtarifangelegenheiten

Auch in diesem Berichtsjahr hat das Bundesversicherungsamt Berufsgenossenschaften bei der Aufstellung ihrer Gefahrtarife beraten. Die angespannte Situation einiger Wirtschaftszweige, der Rückgang der Beschäftigtenzahlen und das damit verbundene Absinken der Lohnsummen führen dazu, dass die entstandenen Lasten durch immer weniger Unternehmen getragen werden. Für die Gefahrtarife bedeutet dies, dass in einigen Fällen die gesetzlichen Anforderungen nach § 157 Abs. 2 S. 1 SGB VII an die Mindesttarifstellengröße zur Gewährleistung des versicherungsmäßigen Risikoausgleichs nicht mehr erfüllt werden konnten. Daher wurden vermehrt Zusammenlegungen von Tarifstellen im Rahmen der Gefahrtarifrevisionen erforderlich. Ein weiterer Grund für Zusammenlegungen war die aufgrund technischer Entwicklung vergrößerte Bandbreite des Leistungsangebots, die Überschneidungen bei den einzelnen Gewerbebranchen zur Folge hatten.

Um dieser wirtschaftlichen Entwicklung Rechnung zu tragen, haben wir in einem Fall eine Zusammenlegung zuvor getrennter Tarifstellen genehmigt. Eine Abgrenzung nach überwiegend hergestellten Produkten war kaum mehr möglich und die Produktion weitestgehend gleicher Erzeugnisse legte die für eine Zusammenlegung erforderliche technologische und wirtschaftliche Vergleichbarkeit nahe.

Auch standen in dem genannten Fall die Belastungsverhältnisse der einzelnen Gewerbebezweige der Zusammenfassung der Tarifstellen nicht entgegen. Dies ist neben der technologischen und wirtschaftlichen Vergleichbarkeit sowie der ausreichenden Tarifstellengröße in erster Linie Voraussetzung für die Genehmigung der Zusammenlegung von Tarifstellen.

Beratungshilfe war darüber hinaus insbesondere in den Fällen der fusionierenden Berufsgenossenschaften nötig, die vor der Schwierigkeit standen, zwei oder mehrere Gefahrtarife zusammenzuführen. Die inhaltliche Entwicklung der ersten gemeinsamen Gefahrtarife der fusionierten Berufsgenossenschaften gestaltete sich deshalb so kompliziert, weil Gewerbebezweige zu Tarifstellen zusammengefasst werden mussten, die technologisch nicht unbedingt vergleichbar waren.

Begrüßenswert und teilweise aufgrund der umfangreichen Neuregelungen erforderlich ist die ausführliche Information der betroffenen Mitgliedsunternehmen, z.B. im Wege einer Erläuterungsbroschüre, die jedoch nicht von einer Genehmigung des Gefahrtarifs umfasst wird.

Inhaltlich ist für die Gefahrtarife im Hinblick auf die Fusionen § 118 Abs. 1 S. 4 SGB VII zu beachten, wonach für eine Übergangszeit von höchstens zwölf Jahren u.a. unterschiedliche Berechnungsgrundlagen für die Beiträge für die bisherigen Zuständigkeitsbereiche der beteiligten Berufsgenossenschaften vorgesehen werden können. Vor dem Hintergrund der fusionsbedingten Sondersituation konnten wir daher in einigen Fällen Sonderfestsetzungen von Gefahrklassen genehmigen.

So war es unter diesen Voraussetzungen in einem Fall möglich, eine abweichende Gefahrklassenfestsetzung für Teilgewerbebezweige innerhalb einer Tarifstelle zu gewähren, um die erheblichen Beitrags-sprünge auszugleichen, die durch die Zusammenfassung von bisher unterschiedlichen Berufsgenossenschaften zugeordneten, getrennten Teilbereichen entstanden waren. Zwar ist eine abweichende Gefahrklasse für Teilgewerbebezweige grundsätzlich unzulässig. Die Gefahrklassen gelten für alle Unternehmen der einzelnen Gewerbebezweige ohne Rücksicht darauf, ob ihre Einzelrisiken höher oder niedriger liegen als die berechnete Gefahrklasse, denn der Gefahrtarif wird für ganze Gewerbebezweige aufgestellt. Die Genehmigung konnte angesichts der fusionsbedingten Sondersituation jedoch erteilt werden, da § 118 Abs. 1 S. 4 SGB VII nicht zwischen Teilgewerbebezweigen und ganzen Gefahrtarifstellen unterscheidet. In dem erwähnten Fall hatten die Berufsgenossenschaften eine einheitliche Systematik zur Berücksichtigung der Beitragssprünge entwickelt, die auf alle betroffenen Teilgewerbebezweige gleichermaßen anzuwenden war und deshalb mit dem Gleichbehandlungsgebot in Einklang stand.

Schwierigkeiten können sich weiter daraus ergeben, dass der Fusionszeitpunkt nach § 118 SGB VII nicht mit dem Beginn eines Kalenderjahres zusammenfallen muss. Der Beginn eines Gefahrtarifs, das Beitrags- und Veranlagungsjahr und die jährliche Umlageberechnung orientieren sich jedoch am Kalenderjahr (§ 152 SGB VII). Fällt daher der Fusionszeitpunkt nicht auf den 1. Januar eines Jahres, können die Vertreterversammlungen mangels Zuständigkeit für die Gefahrtarifstellen der jeweils anderen Berufsgenossenschaft(en) nicht sofort einen gemeinsamen

Gefahrtarif beschließen. Deshalb mussten in einem Fall aufgrund auslaufender Gefahrtarife und eines erst für die Mitte des Folgejahres bestimmten Fusionszeitpunktes einige der an der Fusion beteiligten Berufsgenossenschaften zur Vermeidung eines tariflosen Zustandes jeweils noch einen neuen Gefahrtarif aufstellen, beschließen und genehmigen lassen. In solchen Fällen kann frühestens mit Beginn des auf den Fusionszeitpunkt folgenden Jahres ein gemeinsamer Gefahrtarif der fusionierten Berufsgenossenschaften beschlossen werden.

Auch im Hinblick auf die Formerfordernisse gab es Fragen. Sofern die fusionierenden Berufsgenossenschaften einen gemeinsamen Gefahrtarif zum oben erwähnten frühest möglichen Beginn noch vor dem Fusionszeitpunkt beschließen möchten, ist es u.a. zwingend erforderlich, den gemeinsamen Gefahrtarif mit den Beschlussformeln aller Vertreterversammlungen und Unterschriften aller Vorsitzenden der jeweiligen Vertreterversammlungen zu versehen.

Wenn dann jedoch die entsprechenden Beschlüsse von den fusionierenden Berufsgenossenschaften gefasst und vom Bundesversicherungsamt genehmigt worden sind, muss die fusionierte Berufsgenossenschaft nicht noch einmal ihren Gefahrtarif beschließen und vom Bundesversicherungsamt genehmigen lassen.

3.3 Aufsichtsprüfungen

Gesetzliche Regelung für die Rentenaltlasten aus dem Beitrittsgebiet (§ 215 Abs. 9 SGB VII)

Das Bundesversicherungsamt hatte bereits im Jahr 2000 unter Änderung seiner bishe-

rigen Rechtsauffassung dargelegt, dass die Rentenaltlasten aus dem Beitrittsgebiet als nivellierende Faktoren in die Gefahrklassenberechnung einfließen dürfen (Tätigkeitsbericht 2000, S. 42).

Seit Inkrafttreten des § 215 Abs. 9 SGB VII am 1. August 2003 ermöglicht der Gesetzgeber es den Unfallversicherungsträgern nunmehr ausdrücklich und - im Gegensatz zu der früheren Regelung in § 1157 Abs. 1 RVO - unbefristet, bei der Umlage für Rentenaltlasten aus dem Beitrittsgebiet von der zwingenden Berücksichtigung des Grades der Unfallgefahr in den Unternehmen gemäß § 153 Abs. 1 SGB VII abzusehen. Das Nähere wird mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde von der Vertreterversammlung geregelt.

Von dieser Möglichkeit hat nach Inkrafttreten des Gesetzes bisher eine Berufsgenossenschaft Gebrauch gemacht. Die Vertreterversammlung hat beschlossen, die Rentenaltlasten aus dem Beitrittsgebiet zu 50 Prozent unter Berücksichtigung der Gefahrklassen und zu 50 Prozent unter Berücksichtigung der Entgeltsummen zu verteilen. Diese Verteilung ist mit dem Gesetz vereinbar und entsprach in dem spezifischen Fall dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

Fusion der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Berlin (LBG Berlin) mit der Sächsischen Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft (Sächsische LBG)

Der Trend zu Zusammenschlüssen von Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung hat sich im Berichtsjahr nicht nur bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften, sondern auch in der landwirtschaftli-

chen Sozialversicherung weiter fortgesetzt.

Entsprechend den Zielen des am 1. August 2001 in Kraft getretenen Gesetzes über die Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVOrgG), sparsam mit den eingesetzten Bundesmitteln umzugehen, wirtschaftliche Reserven auszuschöpfen sowie die dortigen Organisationsstrukturen zu verschlanken, haben die unserer Aufsicht unterstehende ehemalige LBG Berlin und die landesunmittelbarer Aufsicht unterstehende ehemalige Sächsische LBG nach langwierigen Verhandlungen Ende 2003 auf Vorstandsebene eine Fusion der beiden Träger beschlossen.

Auf der Grundlage des ausgehandelten Fusionsvertrages haben die jeweiligen Vertreterversammlungen sodann am 2. März 2004 die Vereinigung beider Berufsgenossenschaften zur Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Mittel- und Ostdeutschland zum 1. April 2004 beschlossen. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales genehmigte den Fusionsbeschluss des seiner Aufsicht unterstehenden Trägers mit Bescheid vom 29. März 2004, wir erteilten der ehemaligen LBG Berlin die Genehmigung zur Fusion am 31. März 2004.

Mit den beiden aufsichtsbehördlichen Genehmigungen nach § 118 Abs. 1 S.2 SGB VII wurden zum 1. April 2004 zugleich auch die bei den Fusionspartnern jeweils eingerichteten Alters-, Pflege- und Krankenkassen zur Landwirtschaftlichen Alters-, Pflege- und Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland vereinigt.

Die in den Vertreterversammlungen vom 2. März 2004 ferner beschlossenen Sat-

zungen der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, Alters-, Pflege- und Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland sowie die dienstrechtlichen Regelungen für die dienstordnungsmäßig Angestellten bei dem neuen Träger wurden von uns ebenfalls genehmigt und sind am 1. April 2004 in Kraft getreten.

Beitragsfestsetzung in der berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung durch Ersatzvornahme

Zu Beginn des Berichtsjahres 2004 sah sich das Bundesversicherungsamt zu einer Ersatzvornahme veranlasst, um die Beitragserhebung einer gewerblichen Berufsgenossenschaft sicher zu stellen.

Aufgrund des dramatischen Rückgangs der Einnahmen des Versicherungsträgers, der im Wesentlichen auf die allgemeine Krise im Baugewerbe und den damit einhergehenden Abbau von Tausenden von Arbeitsplätzen zurückzuführen war, lag es auf der Hand, dass die Beiträge wie in der Vergangenheit auch für das Umlagejahr 2003 weiter angehoben werden mussten.

Dies wollte die Arbeitgeberseite im paritätisch besetzten Vorstand der Berufsgenossenschaft nicht mitverantworten. Nachdem sie deshalb im November 2003 mit ihren Stimmen bereits die Aufstellung eines Haushaltsplanes mit der Begründung verhindert hatte, dass es keinen Sinn ergebe, einem Etat zuzustimmen, der die zwingende Notwendigkeit einer Beitragserhöhung aufzeige, wenn man eine solche im Frühjahr 2004 ohnehin ablehnen wolle, versagte sie in der Vorstandssitzung vom 6. April 2004 auch den von der Geschäftsführung zur Festsetzung der allgemeinen Umlage 2003 und der Vorschusserhebung für 2004 unterbreiteten Vorschlägen ihre

Zustimmung und verhinderte so ein Zustandekommen des Beschlusses. Darüber hinaus erklärten die Arbeitgebervertreter zu Protokoll, dass sie in Kenntnis der Pflicht des Vorstandes, die Umlage und den Beitragsvorschuss beschließen zu müssen, auch weiterhin bei ihrer ablehnenden Haltung bleiben würden.

Angesichts dieser Verweigerungshaltung sowie im Hinblick auf den nahen Fälligkeitstermin für die Beitragserhebung (15. Mai 2004) sahen wir uns nunmehr gezwungen, aufsichtsrechtlich tätig zu werden. Da ein Versuch weiterer Beratung sowie der Erlass eines Verpflichtungsbescheides angesichts des unmissverständlich zum Ausdruck gebrachten Unwillens der Arbeitgeberseite, die Patt-Situation im Vorstand zu überwinden und sowohl die Umlage 2003 als auch den Beitragsvorschuss 2004 zu beschließen, von vornherein keinerlei Erfolg versprach, war unsererseits die sofortige Ersatzvornahme unerlässlich, um größeren Schaden von dem Träger abzuwenden, da jede weitere zeitliche Verzögerung eine gravierende Verschlechterung seiner ohnehin schwachen finanziellen Situation bedeutet hätte.

Mit Bescheid vom 13. April 2004 haben wir daher entsprechend dem Beschlussvorschlag der Verwaltung den Beitragsfuß für die Umlage 2003 sowie den Vorschuss 2004 selbst festgesetzt. Vorsorglich haben wir zugleich auch die sofortige Vollziehung der durch den Bescheid ausgesprochenen Umlageerhöhung angeordnet, um zu gewährleisten, dass dem Träger die liquiden Mittel, die er zur Erfüllung seiner gesetzlichen Pflichten benötigt, umgehend auch zur Verfügung stehen.

Leistungen an Versicherte

In der gesetzlichen Unfallversicherung werden Leistungen im Gegensatz zu anderen Zweigen der deutschen Sozialversicherung grundsätzlich von Amts wegen erbracht. Auch wenn die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung dies nach unseren Beobachtungen meist in zufriedenstellendem Maße beachten, treten doch immer wieder - neben in Einzelfällen unterbliebenen Leistungen - auch grundsätzliche Probleme bei der Leistungserbringung zutage.

Als wiederkehrende Problematiken sollen hier nur beispielhaft Entschädigungen für Kleider- und Wäscheverschleiß, Zahlung von Reisekosten und von Zinsen genannt werden. Auch die Feststellung des korrekten Jahresarbeitsverdienstes bleibt ein kritischer Punkt. Als Ergebnis der Aufsichtsprüfungen des Jahres 2004 haben Versicherte von sechs gewerblichen Berufsgenossenschaften in den Berichts- bzw. Erledigungsfällen neben teilweise höheren laufenden Leistungen (z.B. nach Feststellung eines höheren Jahresarbeitsverdienstes als Grundlage der Rentenberechnung) Nachzahlungen (einschließlich Zinsen) auf ihnen zustehende Leistungen von über 26.000 € erhalten. Dabei wurden nur ca. 0,8 Prozent der im Wesentlichen in Frage kommenden Versicherungsfälle geprüft (als Vergleichszahl wurden die 2003 neu entschädigten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten mit Rentenanspruch gewählt; Quelle: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2003). Das Bundesversicherungssamt wird daher weiterhin auf eine schnelle und umfassende Leistungsgewährung bei den Berufsgenossenschaften achten.

4. RENTENVERSICHERUNG

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

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 nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen im Jahr 2004 fortgesetzt: Wies die Einnahmen-Ausgaben-Bilanz bereits 2002 und 2003 erhebliche Defizite aus (- 4,1 bzw. - 2,0 Milliarden €), wurde das Jahr 2004 mit einem Defizit in Höhe von rund drei Milliarden € abgeschlossen. Wesentliche Ursache hierfür war die nach wie vor angespannte Beschäftigungssituation und die damit verbundene hohe Zahl an Arbeitslosen. Dieses Defizit war durch den Abbau von Vermögensrücklagen zu decken. Infolgedessen sank die Nachhaltigkeitsrücklage (früher: Schwankungsreserve) von fast 7,5 Milliarden € oder 0,48 Monatsausgaben zum Jahresende 2003 auf rund 4,9 Milliarden € oder 0,31 Monatsausgaben zum Jahresende 2004. Damit wurde die gesetzlich vorgeschriebene Mindestrücklage (früher: Mindestschwankungsreserve), die zum 1. Januar 2004 von 0,5 auf 0,2 Monatsausgaben abgesenkt worden war, um fast 1,8 Milliarden € überschritten. Die Veräußerung der Aktien-Mehrheitsbeteiligung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte an dem Immobilienunternehmen GAGFAH zu einem Preis von mehr als 2,1 Milliarden € hat hierzu einen wichtigen Beitrag geleistet. Insbesondere wurden durch diese Maßnahme Liquiditätsengpässe in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten im Herbst 2004 vermieden.

Um in der Rentenversicherung der Arbeiter die gesetzlich vorgeschriebene Mindestausstattung in Höhe von 0,1 Monatsausgaben sicher zu stellen, ist eine Finanzausgleichszahlung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Höhe von fast 5,4 Milliarden € erforderlich.

Die gesamten Beitragseinnahmen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten beliefen sich im Jahr 2004 auf fast 168,4 Milliarden €; dies bedeutet gegenüber dem Jahr 2003 keine Veränderung. Hierbei wiesen die Pflichtbeitragseinnahmen für Erwerbstätige nur eine sehr geringfügige Zunahme gegenüber dem Vorjahr auf – rund 80 Millionen € bei einem Gesamtbetrag von mehr als 143,3 Milliarden €. Ein überproportionaler Anstieg war bei den Beitragseinnahmen für Leistungsempfänger der Bundesagentur für Arbeit mit fast 1,5 Prozent auf über 10,1 Milliarden € zu verzeichnen; bereits in den beiden Vorjahren hatten diese einen deutlich überproportionalen Zuwachs gehabt. Für Zeiten der Kindererziehung hat der Bund 2004 mehr als 11,8 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 gesetzliche Rentenversicherung vom Bundesversicherungsamt bewirtschaftet werden, betrugen im Jahr 2004 fast 54,4 Milliarden €; das sind fast 0,5 Milliarden € mehr als im Jahr 2003. Die Bundeszuschüsse machen damit 24,2 Prozent der Gesamteinnahmen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten aus (2003: 24,1 Prozent;

2002: 22,9 Prozent). Der Bund hat mit seinen Zuschüssen und mit seiner Beitragszahlung für Kindererziehungszeiten wie im Vorjahr 29,1 Prozent der Gesamtausgaben der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten finanziert. Bezogen auf die Ausgaben für Rentenleistungen lag der Anteil dieser Bundeszahlungen bei mehr als 33,5 Prozent. Weitere fast 4,8 Milliarden € hat der Bund der Rentenversicherung insbesondere für sogenannte einigungsbedingte Leistungen (§ 291 c SGB VI) sowie für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) erstattet (2003: 5,0 Milliarden €; 2002: 5,5 Milliarden €).

Die Ausgaben für Rentenleistungen sind im Jahr 2004 auf fast 197,5 Milliarden € gestiegen; das ist gegenüber 2003 eine Zunahme um 1,3 Prozent. Infolge des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze wurde die Rentenanpassung zum 1. Juli 2004 ausgesetzt, um angesichts der angespannten Finanzlage der Rentenversicherung die weitere Ausgabenentwicklung zu dämpfen. Von den Rentenleistungen sind Beiträge an die Krankenversicherung der Rentner abzuführen; diese Beiträge werden jeweils zur Hälfte von den Rentnern und den Rentenversicherungsträgern getragen. Der Beitrag der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten zur Krankenversicherung der Rentner betrug im Jahr 2004 rund 13,8 Milliarden €. Von den Rentenleistungen sind auch Beiträge zur Pflegeversicherung der Rentner abzuführen. Das Zweite Gesetz zur Änderung des SGB VI und anderer Gesetze schreibt vor, dass die Rentner seit April 2004 diese Beiträge allein tragen; vorher wurden sie

jeweils zur Hälfte durch die Rentner und die Rentenversicherungsträger aufgebracht. Infolgedessen belief sich der Beitrag der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten im Jahr 2004 nur auf rund 0,4 Milliarden € (2003: 1,6 Milliarden €). Im Rahmen des Wanderversicherungsausgleichs und des Wanderungsausgleichs erstattete die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten zudem der Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung per Saldo mehr als 6,4 Milliarden € (2003: 6,1 Milliarden €). Für Leistungen zur Teilhabe (früher: Rehabilitation) hat die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten 2004 fast 4,7 Milliarden € aufgewendet.

Das Bundesversicherungsamt hat auf die Rentenleistungen der Rentenversicherung der Arbeiter im Kalenderjahr 2004, die monatlich über den Renten Service der Deutschen Post AG an die Rentner ausbezahlt werden, Vorschüsse in Höhe von insgesamt fast 94 Milliarden € festgesetzt und auf die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter aufgeteilt. Hiervon entfielen 73,7 Milliarden € auf die neunzehn Träger der Rentenversicherung der Arbeiter im Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet und 20,3 Milliarden € auf die acht Träger im Beitrittsgebiet. Für die Rentenversicherung der Angestellten hat die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte weitere Vorschüsse in Höhe von insgesamt mehr als 91 Milliarden € bestimmt. Das Bundesversicherungsamt hat im Kalenderjahr 2004 des Weiteren Vorschüsse auf die Bundeszahlungen an die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten (Zuschüsse, Beitragszahlungen, Erstattungen) in Höhe von insgesamt 71 Milliarden € oder monatlich rund 5,9 Milliarden € festgelegt, ausbezahlt und auf die

einzelnen Träger buchhalterisch aufgeteilt. Auf die Beiträge zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner, die sich aus den Beitragsanteilen der Rentner und den Beitragsanteilen der Rentenversicherungsträger zusammen setzen, zahlen die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter monatlich Abschläge an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die diese wiederum zusammen mit ihren eigenen Beitragsanteilen und den Beitragsanteilen ihrer Rentner zwecks Optimierung der Zahlungsströme in der Sozialversicherung mit den Krankenkassen und dem Ausgleichsfonds in der sozialen Pflegeversicherung abrechnet. Diese Abschlagsbeträge für die Rentenversicherung der Arbeiter werden vom Bundesversicherungsamt festgesetzt und beliefen sich 2004 für die Krankenversicherung der Rentner auf insgesamt rund 13,6 Milliarden € und für die Pflegeversicherung der Rentner auf insgesamt rund 1,6 Milliarden €.

Das Bundesversicherungsamt führt für die Rentenversicherung verschiedene Abrechnungen durch. Hierzu sind vor allem die Abrechnung der diversen Bundeszahlungen an die Rentenversicherung, die Abrechnung der Zahlungen zwischen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten einerseits und der knappschaftlichen Rentenversicherung andererseits, die Berechnung der Finanzausgleichszahlung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte an die Rentenversicherung der Arbeiter sowie die sogenannte Gemeinlastabrechnung in der Rentenversicherung der Arbeiter zu nennen. Die sogenannte Gemeinlastabrechnung (§ 219 SGB VI) bedeutet, dass ins-

besondere die Rentenausgaben, die Aufwendungen zur Krankenversicherung der Rentner und die Bundeszuschüsse auf die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter – in der Trennung Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet und Beitrittsgebiet – entsprechend ihrem jeweiligen Anteil an den Beitragseinnahmen aufgeteilt werden. Bei der im Jahr 2004 durchgeführten Abrechnung für das Kalenderjahr 2003 wurden im Rahmen dieser Gemeinlastabrechnung insgesamt mehr als 167 Milliarden € zwischen den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter umverteilt. Der von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu leistende Finanzausgleich an die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter für das Jahr 2003 wurde auf rund sechs Milliarden € festgesetzt. Der Gesamtbetrag aller Zahlungen zwischen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung (Wanderversicherungsausgleiche, Wanderungsausgleich, Auftragsgeschäfte) belief sich für das Jahr 2003 auf rund 7,3 Milliarden €. Die Summe aller Bundeszahlungen an die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten für das Jahr 2003 betrug fast 71 Milliarden €. Der aufgrund der Abrechnungen und unter Berücksichtigung der unterjährig geleisteten Vorschusszahlungen verbleibende Zahlungsausgleich zwischen den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung sowie der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten mit anderen Institutionen wie insbesondere dem Bund konnte für das Abrechnungsjahr 2003 aufgrund der zahlreichen Verrechnungen zur Optimierung der Zahlungsströme auf netto rund 1,1 Million € begrenzt werden.

Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten - Rechnungsergebnisse -		
(in Millionen €)	2004	2003
Einnahmen; Hiervon:	224.746	223.885
Beitragseinnahmen	168.378	168.385
Bundeszuschüsse	54.365	53.869
Zahlungen von der KnRV	362	384
Sonstige Einnahmen	1.641	1.247
Ausgaben; Hiervon	227.753	225.877
Rentenleistungen	197.456	194.864
KV / PV der Rentner	14.218	15.121
Zahlungen an die KnRV	6.798	6.514
Leistungen zur Teilhabe	4.693	4.766
Verwaltungskosten	3.657	3.634
Sonstige Ausgaben	931	978
Rechnungsergebnis	- 3.007	- 1.992
Finanzausgleich BfA → ArV	5.356	6.018
Nachhaltigkeitsrücklage	4.918 (= 0,31 MA)	7.476 (= 0,48 MA)
nachrichtlich: Erstattungen des Bundes	4.799	4.994

Finanzentwicklung in der knappschaftlichen Rentenversicherung

Die Rentenausgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung betrugen im Jahr 2004 rund 13,5 Milliarden €. Für die Krankenversicherung der Rentner zahlte die Bundesknappschaft rund 870 Millionen €; die Ausgaben für die Pflegeversicherung der Rentner beliefen sich auf fast 29 Millionen €. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zahlte die Bundesknappschaft ca. 118 Millionen €.

Zur Finanzierung dieser Ausgaben standen der Bundesknappschaft im Jahr 2004 Beitragseinnahmen von einer Milliarde € zur Verfügung; weitere rund fünf Milliarden € wurden der Bundesknappschaft im

Rahmen des Wanderversicherungsausgleichs erstattet. Diese Erstattung wird für Rentenzahlungen geleistet, die aus Versicherungszeiten in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten resultieren, die aber von der Bundesknappschaft ausgezahlt werden.

Weitere Einnahmen in Höhe von rund 1,7 Milliarden € erzielt die Bundesknappschaft durch den Wanderungsausgleich, der sich an den Veränderungen der Anzahl der in der knappschaftlichen Rentenversicherung Versicherten orientiert und von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten an die Bundesknappschaft ausgezahlt wird.

Der Bund trägt nach § 215 SGB VI die Differenz zwischen den Einnahmen und den Ausgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung. Wegen dieser Defizitdeckung des Bundes ist in der knappschaftlichen Rentenversicherung eine Schwankungsreserve nicht erforderlich. Im Jahr 2004 zahlte der Bund an die knappschaftliche Rentenversicherung einen Zuschuss in Höhe von rund sieben Milliarden €.

4.2 Eingaben

Überblick

Einzeleingaben Neueingänge vom 01.01.2004 bis 31.12.2004				
	Berichtspflicht			insgesamt
	PADB¹⁾	BMGS²⁾	BVA	
RV	359	71	698	1128
¹⁾ Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages ²⁾ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung				

Zahlreiche Arbeitgeber, die ihre Mitarbeiter nicht nach allgemein verbindlichen Ta-

rifverträgen bezahlt hatten, beschwerten sich bei uns.

Da im Sozialversicherungsrecht das Entstehungsprinzip gilt, forderten die Rentenversicherungsträger im Rahmen von Arbeitgeberprüfungen nämlich Beiträge aufgrund des tariflich geschuldeten Arbeitsentgelts nach. Insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen führten die Beitragsnachforderungen, die sich zum Teil im fünfstelligen Bereich bewegten, zu erheblichen wirtschaftlichen Belastungen. Die Beschwerdeführer beriefen sich auf Entscheidungen von Sozialgerichten, die nach unserer Auffassung die Rechtslage unzutreffend beurteilt hatten. Um zur Aufklärung beizutragen, haben wir den betroffenen Arbeitgebern die Rechtslage ausführlich erläutert und darauf hingewiesen, dass die Versicherungsträger finanzielle Engpässe im Einzelfall durch Stundung oder in Extremfällen durch (Teil-)Erlass der Beitragsforderung abmildern können.

Inzwischen hat das Bundessozialgericht in mehreren Entscheidungen vom 14. Juli 2004 - u.a. B 12 KR 1/04 R - das Entstehungsprinzip bestätigt und die damit zusammenhängenden Rechtsfragen, wie z.B. die Frage des Vertrauensschutzes, geklärt.

Beiträge sind auch für geschuldetes, bei Fälligkeit aber noch nicht gezahltes Arbeitsentgelt zu zahlen. Eine Ausnahme bilden lediglich die Einmalzahlungen. Sie sind aufgrund gesetzlicher Regelung seit Januar 2003 nur beitragspflichtig, wenn sie tatsächlich gezahlt wurden.

Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Anspruch auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen haben Versicherte, die

das im Gesetz vorgeschriebene Alter erreicht und die Mindestversicherungszeit erfüllt haben, wenn sie bei Beginn der Altersrente als schwerbehinderte Menschen anerkannt sind (§ 37 SGB VI). Schwerbehindert sind nach § 2 Abs. 2 SGB IX Menschen, bei denen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 Prozent vorliegt und die ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung an einem Arbeitsplatz in Deutschland haben. Zuständig für die Anerkennung als schwerbehinderter Mensch sind die Versorgungsämter.

Unverständlich war für einen Versicherten, dass der Rentenversicherungsträger ihm die Altersrente für schwerbehinderte Menschen nicht auch für die Zeit seines Aufenthalts im nichteuropäischen Ausland gewährte. Der Versicherte hatte, nachdem er vom zuständigen Versorgungsamt als schwerbehinderter Mensch anerkannt worden war, für einen gewissen Zeitraum seinen gewöhnlichen Aufenthalt von Deutschland nach China verlegt. Das Versorgungsamt hob die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft formell nie auf.

Der Rentenversicherungsträger bewilligte dem Versicherten, der zum Zeitpunkt des frühestmöglichen Beginns der Altersrente für schwerbehinderte Menschen seinen gewöhnlichen Aufenthalt noch in China hatte, die Rente jedoch erst ab dem Folgemonat des Zuzugs in die Bundesrepublik Deutschland. Durch die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach China sei der vom SGB VI gewährte Schutz für schwerbehinderte Menschen automatisch erloschen, argumentierte der Träger; einer ausdrücklichen Aberkennung der Schwerbehinderteneigenschaft bedürfe es nicht. Dabei stützte er sich auf die

Rechtsauffassung der Versorgungsverwaltung. Diese ist der Meinung, die Dauerwirkung des Feststellungsbescheides werde mit dem Wegzug des Schwerbehinderten ins Ausland faktisch beendet und der Bescheid erledige sich auf sonstige Weise gemäß § 39 Abs. 2 SGB X.

Wir sind dagegen der Auffassung, dass der Feststellungsbescheid bis zu seiner förmlichen Aufhebung durch die Versorgungsverwaltung weiter wirkt. Der Wegfall der territorialen Merkmale des § 2 SGB IX stellt, so meinen wir, eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse dar, die nach § 48 SGB X eine Aufhebung des Feststellungsbescheids erforderlich machen. Dies und die Frage, ob die territorialen Merkmale des § 2 Anspruchsvoraussetzung im Rahmen von Nachteilsausgleichen wie der Rente für Schwerbehinderte sind, erörterten wir intensiv mit dem Rentenversicherungsträger. Dieser hielt jedoch an seiner Ansicht fest.

Da die Versorgungsverwaltung ein für andere Behörden verbindliches Entscheidungsmonopol hinsichtlich der Anerkennung und Aberkennung des Schwerbehindertenstatus hat – dies wurde auch vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ausdrücklich bestätigt – und nicht unserer Aufsicht untersteht, konnten wir dem Beschwerdeführer nicht behilflich sein.

Befreiung von der Versicherungspflicht für Selbstständige

Nach wie vor erreichen uns zahlreiche Beschwerden von versicherungspflichtigen Selbstständigen, die eine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht anstreben.

Die Befreiung setzt u.a. voraus, dass vor dem 10. Dezember 1998 eine anderweitige Vorsorge getroffen wurde. Dabei muss für die befreiende Vorsorge mindestens ebensoviel an Beitrag aufgewandt werden, wie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen gewesen wären (§ 231 Abs. 5 und 6 SGB VI).

Im Fall einer Handelsvertreterin, die nach § 229a Abs. 1 SGB VI versicherungspflichtig war, scheiterte die Befreiung zunächst daran, dass die für die anderweitige Vorsorge aufgewandten Beiträge im Jahre 1998 vermeintlich geringer waren als die Beiträge, die sie zur gesetzlichen Rentenversicherung individuell hätte zahlen müssen. Bei unserer Überprüfung stellten wir aber fest, dass der Rentenversicherungsträger die vergleichsweise heranzuziehenden einkommensgerechten Pflichtbeiträge fehlerhaft ermittelt hatte. Der erneute Vergleich ergab, dass die Handelsvertreterin im Jahre 1998 für ihre anderweitige Vorsorge höhere Beiträge aufgewandt hatte, als sie zur gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen gehabt hätte. Damit konnte der Rentenversicherungsträger den Befreiungsbescheid erteilen.

Darstellung von Überbrückungstatbeständen im Versicherungsverlauf

Zeiten der Krankheit und Arbeitslosigkeit können vom Rentenversicherungsträger nur dann als rentenrechtliche Zeiten, nämlich als Anrechnungszeiten, anerkannt werden, wenn sie eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit unterbrechen (§ 58 Abs. 2 S. 1 SGB VI). Eine Lücke zwischen dem Ende der versicherten Beschäftigung und dem Beginn einer Anrechnungszeit kann durch bestimmte Tatbestände überbrückt werden,

die selbst aber nicht zu einer Anrechnungszeit führen. Solche Tatbestände werden dem Versicherten in seinem Versicherungsverlauf als „Überbrückungszeit“ angezeigt.

Diese Bezeichnung war missverständlich. Für Versicherte war nicht ohne weiteres erkennbar, dass eine solche Überbrückungszeit keine rentenrechtliche Zeit im eigentlichen Sinne ist. So entstand z.B. der falsche Eindruck, der Zeitraum sei mit einer – für die Erwerbsminderungsrente bedeutsamen – Anwartschaftserhaltungszeit (§ 241 Abs. 2 SGB VI) belegt. Tatsächlich handelt es sich bei einer Überbrückungszeit um eine Lücke im Versicherungsverlauf.

Wir haben die Rentenversicherungsträger aufgefordert klarzustellen, dass es sich bei der Überbrückungszeit nicht um eine rentenrechtliche Zeit handelt. Die Rentenversicherungsträger haben daraufhin einen Hinweistext entwickelt, der sich an den Versicherungsverlauf anschließt und deutlich macht, welchen Zweck die Überbrückungszeit hat. Dem Versicherten wird so ermöglicht, die Lücke ggf. durch Entrichtung freiwilliger Beiträge zu schließen.

Die Drittschuldnererklärung des Rentenversicherungsträgers bei Pfändung von Rentenansprüchen

Pfändet ein Gläubiger die Ansprüche seines Schuldners gegenüber dem Rentenversicherungsträger, so hat dieser eine Drittschuldnererklärung abzugeben und unter anderem zu erklären, ob und inwieweit er die Forderung als begründet anerkennt (§ 840 Abs. 1 Zivilprozessordnung).

Eine Pfändung beim Rentenversicherungsträger erfasst auch Hinterbliebenenrenten. Fehlen nähere Angaben zum verstorbenen Ehepartner, kann der Rentenversicherungsträger nicht feststellen, ob eine Hinterbliebenenrente gezahlt wird.

Ein Rentenversicherungsträger verwendete in diesem Fall in der Drittschuldnererklärung den Text „es werden keine Leistungen gewährt“. Er gab dem Gläubiger aber keinen Hinweis, dass die Möglichkeit besteht, Daten nachzureichen und damit eine genauere Überprüfung zu ermöglichen.

Wir hielten dieses Verfahren für unzureichend und wiesen den Rentenversicherungsträger darauf hin, dass Schadenersatzansprüche entstehen, wenn er seiner Verpflichtung nicht nachkommt, korrekte Drittschuldnererklärungen abzugeben. Aufgrund unserer Anregung verwendet er nunmehr einen anderen Textbaustein. Pfändet der Gläubiger zusammen mit der Versichertenrente Ansprüche auf Hinterbliebenenrente, klärt dieser Text ihn jetzt darüber auf, dass sich die Pfändung auch auf einen Hinterbliebenenrentenanspruch erstreckt, ein Anspruch bisher aber nicht geprüft werden konnte, weil dafür weitere Angaben (z.B. Versicherungsnummer oder Geburtsdatum) erforderlich sind.

Nachversicherung eines DO-Angestellten für die Zeit der Weiterbeschäftigung während eines Kündigungsschutzprozesses

In einem Einzelfall haben wir erreicht, dass der Rentenversicherungsträger den ehemaligen Arbeitgeber des Beschwerdeführers zur Zahlung von Nachversicherungsbeiträgen für die Zeit der tatsächli-

chen Weiterbeschäftigung während eines Kündigungsschutzprozesses aufforderte.

Dem Beschwerdeführer, der als Fachhochschuldozent bei einem Studieninstitut in einem Dienstvertragsverhältnis unter Anwendung des Beamtenrechts beschäftigt war (sog. DO-Angestellter), kündigte sein Arbeitgeber außerordentlich und mit sofortiger Wirkung. Die hiergegen erhobene Kündigungsschutzklage hatte in erster Instanz Erfolg. Das zuständige Arbeitsgericht verpflichtete das Studieninstitut, den Beschwerdeführer zu den bisherigen Bedingungen als Fachhochschuldozent weiterzubeschäftigen. Das Berufungsverfahren beim Landesarbeitsgericht endete schließlich mit einem Vergleich. Danach wurde das Arbeitsverhältnis einvernehmlich zum Ende des Jahres, in dem die Kündigung ausgesprochen worden war, aufgelöst.

Der Beschwerdeführer war während seiner Beschäftigung, für die ihm Versorgungsanschaften nach beamtenrechtlichen Vorschriften gewährleistet waren, versicherungsfrei und daher nachzuversichern.

Streitig war allerdings, ob sich die Nachversicherung auch auf die Zeit der Weiterbeschäftigung während des Kündigungsschutzprozesses erstreckt, obwohl laut Vergleich das Arbeitsverhältnis zu dieser Zeit nicht mehr bestand. Der Rentenversicherungsträger lehnte zunächst eine Nachversicherung für diesen Zeitraum ab. Wir konnten den Rentenversicherungsträger aber davon überzeugen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der bestehenden Rechtslage für die Zeit der Weiterbeschäftigung während des Kündigungsschutzprozesses nachzuversichern war.

Die Nachversicherung soll Personen, die wegen ihrer Versicherungsfreiheit keinen Schutz in der Rentenversicherung erlangen konnten, nachträglich Schutz im Wege der Nachentrichtung von Beiträgen verschaffen, wenn die Zeiten sonst in der Rentenversicherung versicherungspflichtig gewesen wären. Dieser Schutzzweck würde verfehlt, wenn Zeiten, die als „faktische Beschäftigungszeiten“ der Versicherungspflicht unterlegen hätten, von der Nachversicherung ausgeschlossen wären (so die Entscheidung des BSG vom 23. Juli 1986 - 1 RA 35/85 -). Deshalb ist ein Beamter, der gegen eine Entlassungsverfügung Rechtsbehelfe eingelegt hat und aufgrund der aufschiebenden Wirkung gegen Entgelt weiterbeschäftigt werden muss, auch für den Zeitraum der Weiterbeschäftigung nachzuversichern, wenn die aufschiebende Wirkung rückwirkend entfällt und damit das beamtenrechtliche Dienstverhältnis zur Zeit der Weiterbeschäftigung nicht mehr bestanden hat.

Rentnerprivileg und Rückforderung von überzahlten Renten

Die Anwendung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Rentnerprivileg (Urteil vom 26. Februar 2003 - B 8 KN 6/02 R -) durch die Rentenversicherungsträger führt zu Doppelzahlungen in erheblichem Umfang. Wir haben daher gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung deutlich gemacht, dass wir eine Gesetzesänderung für erforderlich halten.

Hintergrund ist folgender: Wird im Rahmen von Scheidungsverfahren ein Versorgungsausgleich durchgeführt, wirkt dieser

sich oft auch auf die Rente der Geschiedenen aus. Die Rentenanwartschaft eines Ehegatten (Ausgleichsverpflichteter) wird um einen Abschlag vermindert, während die Rentenanwartschaft des anderen Ehegatten (Ausgleichsberechtigter) sich entsprechend erhöht. Bezieht der Ausgleichsverpflichtete zum Zeitpunkt der Entscheidung des Familiengerichts bereits eine Rente, wird allerdings der Abschlag erst dann vorgenommen, wenn auch der ausgleichsberechtigte Ehegatte in Rente geht (sog. Rentnerprivileg, § 101 Abs. 3 SGB VI). Das Rentnerprivileg soll eine Rentenkürzung beim Ausgleichspflichtigen verhindern, solange der Ausgleichsberechtigte noch keine Rente erhält und auf Unterhaltsleistungen des Ausgleichsverpflichteten angewiesen ist.

Zu Doppelzahlungen kommt es allerdings dann, wenn einem Ausgleichsberechtigten rückwirkend eine Rente gewährt wird. Zwar entfällt auch das Rentnerprivileg rückwirkend, so dass der Ausgleichsverpflichtete für einen gewissen Zeitraum eine zu hohe Rente erhalten hat. Die Rückforderung dieser unberechtigten Leistung knüpft die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (a.a.O.) allerdings an Voraussetzungen, die in der Praxis der Rentenversicherungsträger nicht zu erfüllen sind. Der Ausgleichsverpflichtete muss danach zum Zeitpunkt der Kürzung wissen bzw. nur aufgrund grober Fahrlässigkeit nicht wissen (§ 48 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB X), dass seinem geschiedenen Ehepartner tatsächlich rückwirkend eine Rente bewilligt wurde und in welcher Höhe seine eigene Rente deswegen gemindert wird. Doppelzahlungen für eine Übergangszeit sind daher nach der derzeitigen Rechtslage nicht zu vermeiden.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat nunmehr eine Gesetzesänderung auf den Weg gebracht, die es den Rentenversicherungsträgern künftig erleichtert, Rentenbeträge zurückzufordern, die im Zusammenhang mit dem Versorgungsausgleich überzahlt worden sind (§ 101 Abs. 3 S. 4 SGB VI in der Fassung durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz).

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Für die Anspruchsbegründung einer Rente wegen Erwerbsminderung müssen die medizinischen und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. So sind neben der Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von fünf Jahren auch 36 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 1, 2 Nr. 2 SGB VI nachzuweisen (sog. 3/5-Belegung).

Im Falle einer Beschwerdeführerin lehnte der Versicherungsträger die beantragte Erwerbsminderungsrente ab, weil im maßgeblichen Fünf-Jahreszeitraum lediglich 35 Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten vorhanden waren.

Wir wiesen nach, dass dabei zwei Kalendermonate unberücksichtigt geblieben waren, in denen die Beschwerdeführerin an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen hatte. Da der Versicherungsträger für diesen Zeitraum kein Übergangsgeld gezahlt und damit auch keine Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abgeführt hatte – obwohl die Voraussetzungen hierfür vorlagen – baten wir um Prüfung der Leis-

tungsberechtigung und ggf. um Beitragsnacherhebung.

Obgleich der Anspruch auf Übergangsgeld verjährt war, verzichtete der Versicherungsträger wegen grober Unbilligkeit bzw. besonderer Härte im Einzelfall auf die Einrede der Verjährung. Nachdem das Übergangsgeld ausgezahlt und die Pflichtbeiträge abgeführt waren, lagen die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vor. Die Rente wurde der Beschwerdeführerin rückwirkend bewilligt.

In einem anderen Fall lagen die notwendigen 36 Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten im maßgeblichen Fünf-Jahreszeitraum dagegen unstrittig nicht vor. Im Hinblick auf eine bei Eintritt der Leistungsminderung absolvierte Fortbildungs- bzw. Umschulungsmaßnahme der Beschwerdeführerin baten wir den Versicherungsträger um Prüfung, ob ein sog. Tatbestand der vorzeitigen Wartezeiterfüllung vorliegt, aufgrund dessen die 3/5-Belegung nicht erforderlich ist (§ 43 Abs. 5 i.V.m. § 53 Abs. 2 SGB VI).

Der Versicherungsträger kam daraufhin zu dem Ergebnis, dass es sich bei der Fortbildungsmaßnahme um eine Ausbildung i.S.d. § 53 Abs. 2 SGB VI handelte, so dass sämtliche Anspruchsvoraussetzungen für die Erwerbsminderungsrente vorlagen. Die Rente konnte festgestellt werden.

Eingeschränktes Gestaltungsrecht bei Rücknahme des Rentenantrages

Die Rücknahme eines Rentenantrages ist während des gesamten Rentenverfahrens bis zum Eintritt der Bindungswirkung des

Bescheides zulässig. Eine zeitlich darüber hinausgehende Möglichkeit kann unter der Voraussetzung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs bestehen. Wurde der Versicherte vom Arbeitsamt oder der Krankenkasse zur Antragstellung aufgefordert (§ 125 Abs. 2 SGB III, § 51 Abs. 1, 2 SGB V), bedarf die Antragsrücknahme aber in jedem Fall der Zustimmung der auffordernden Stelle. Dies gilt auch dann, wenn ein späterer Rentenbeginn als der frühestmögliche bestimmt wird.

Wir hatten in einem Fall zu prüfen, ob für den Beschwerdeführer die Möglichkeit bestand, seinen im September 2000 gestellten Antrag auf Erwerbsminderungsrente (umgedeuteter Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) zurückzunehmen und zu einem späteren – für ihn günstigeren – Zeitpunkt zu stellen. Seiner bereits ab 1. Mai 2001 bindend festgestellten Erwerbsunfähigkeitsrente lagen lediglich 10,3019 persönliche Entgeltpunkte zu Grunde. Bei einem Rentenbeginn zum 1. Januar 2002 flössen dagegen 38,5248 persönliche Entgeltpunkte in die Rentenberechnung ein. Der Grund für diese enorme Differenz – die eine Erhöhung der monatlichen Bruttorente um monatlich 700 € zur Folge hätte – lag in der zwischenzeitlich durch das Altersvermögensergänzungsgesetz eingeführten Anhebung der Bewertung für Zeiten einer beruflichen Ausbildung auf das Durchschnittsniveau bei der Gesamtleistungsbewertung, die insbesondere zu einer Höherbewertung der Zurechnungszeiten führte.

Da der Beschwerdeführer im Rentenverfahren nicht auf die Möglichkeit der späteren Antragstellung hingewiesen worden war, bestand – trotz Bindungswirkung des

Rentenbescheides – im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches grundsätzlich die Möglichkeit der Verschiebung des Rentenbeginns unter Verzicht auf die Antragsumdeutung. Aufgrund der Tatsache, dass die Arbeitsverwaltung den Beschwerdeführer zur (Reha-) Antragstellung aufgefordert hatte, war das Gestaltungsrecht aber insoweit eingeschränkt, als dass es hierfür der Zustimmung der Agentur für Arbeit bedurfte. Diese hatte ihre Zustimmung zunächst mit der Begründung verweigert, dass die Aufforderung zur Antragstellung nach § 125 Abs. 2 SGB III zwingend vorgeschrieben und folglich der Verzicht auf die Umdeutung des Rehabilitationsantrages in einen Rentenanspruch und damit die Verschiebung des Leistungsbeginns in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht möglich sei.

Nach § 125 Abs. 2 SGB III in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung bzw. § 202 Abs. 1 SGB III liegt es jedoch in atypischen Fällen im Ermessen der Arbeitsverwaltung, von der Aufforderung zur Antragstellung beim Rentenversicherungsträger abzuweichen. Da dieser Grundsatz auch für die Zustimmung zur Rücknahme bereits gestellter Anträge gilt, bitten wir die Arbeitsverwaltung über den Rentenversicherungsträger um Prüfung ihrer Entscheidung. Wir begründeten das Vorliegen eines atypischen Falles damit, dass der Beschwerdeführer ohne die Verschiebung des Rentenbeginns einen erheblich geringeren Rentenzahlungsbetrag hinnehmen hätte.

Die Agentur für Arbeit erteilte schließlich nach Prüfung der Sach- und Rechtslage die notwendige Zustimmung. Der Rentenversicherungsträger konnte damit die Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 1. Januar 2002 unter Berücksichtigung

von 38,5248 persönlichen Entgeltpunkten feststellen.

Versicherungspflicht aufgrund nicht erwerbsmäßiger Pflegetätigkeit

Nach § 3 S. 1 Nr. 1a SGB VI sind nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen seit dem 1. April 1995 in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert, wenn sie einen Pflegebedürftigen wenigstens vierzehn Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Die von den Pflegekassen zu tragenden Pflichtbeiträge fließen – vergleichbar mit Beiträgen aus Beschäftigung – in die Rentenberechnung ein.

Im Fall einer Beschwerdeführerin, die ihren Sohn seit seiner Geburt im Jahre 1969 häuslich pflegte, wirkten sich die gezahlten Pflichtbeiträge – mit Ausnahme des Monats April 1995 – nicht aus, weil sie ab 1. Mai 1995 Altersvollrente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit bezog (§ 37 a.F. SGB VI) und damit nach § 5 Abs. 4 Nr. 1 SGB VI versicherungsfrei in der gesetzlichen Rentenversicherung war. Die ab Rentenbeginn gezahlten Pflichtbeiträge wegen Pflegetätigkeit waren deshalb von der Krankenkasse zu beanstanden und konnten nicht bei der später bewilligten Regelaltersrente berücksichtigt werden.

Anderes würde gelten, wenn die Beschwerdeführerin anstelle der vorgezogenen Altersrente eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beantragt bzw. bezogen hätte. Da in diesem Falle keine Versicherungsfreiheit bestünde, wären die Pflichtbeiträge zu Recht entrichtet worden und würden sich bei der Regelaltersrente rentensteigernd auswirken.

Vor dem Hintergrund, dass der Versicherungsträger die Beschwerdeführerin im Rentenverfahren nicht auf diese Möglichkeit hingewiesen hatte, baten wir um Überprüfung, ob eine entsprechende Bewilligung aufgrund eines Beratungsfehlers im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs möglich sei.

Nach Prüfung der Sach- und Rechtslage erkannte der Versicherungsträger den geltend gemachten Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ab dem 1. Februar 1995 und die Umwandlung in eine Regelaltersrente ab 1. Mai 2000 im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches an. Die Pflichtbeitragszeiten aus Pflegetätigkeit vom 1. Mai 1995 bis 30. April 2000 wurden in den Versicherungsverlauf aufgenommen und führten zu einer entsprechenden Steigerung der Regelaltersrente.

Erfüllung der Voraussetzungen für eine Witwerrente nach dem bis zum 31. Dezember 1985 geltenden Hinterbliebenenrentenrecht (§ 303 SGB VI)

Ein Versicherungsträger hatte den Antrag eines Beschwerdeführers auf Zuerkennung einer Witwerrente abgelehnt, da er die Voraussetzungen des § 303 SGB VI als nicht erfüllt ansah.

Gemäß § 303 SGB VI erhält ein Hinterbliebener eine Witwerrente, wenn er zum Zeitpunkt des Todes mit der Verstorbenen rechtsgültig verheiratet war, die Verstorbene die allgemeine Wartezeit von 60 Kalendermonaten Beitrags- oder Ersatzzeiten erfüllt und den Unterhalt ihrer Familie in den letzten zwölf Kalendermonaten vor ihrem Tod (letzter wirtschaftlicher Dauerzustand) überwiegend bestritten hat.

Dieses bis zum 31. Dezember 1985 im Angestelltenversicherungsgesetz geregelte Hinterbliebenenrentenrecht gilt für Versicherte weiter fort, wenn die Eheleute – wie im Fall des Beschwerdeführers und seiner verstorbenen Ehefrau geschehen – bis zum 31. Dezember 1988 eine übereinstimmende Erklärung gemäß Art. 2 § 17a Angestelltenversicherungsneuregelungsgesetz (ANVNG) abgegeben haben.

Bei Gegenüberstellung der Einkommen in den letzten zwölf Kalendermonaten vor dem Tod der Versicherten hatte der Versicherungsträger zunächst festgestellt, dass der Witwer überwiegend den Unterhalt bestritten habe, da den Einkünften des Witwers aus der Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung ein fiktiv am Tariflohn festgestellter Wert einer Haushaltstätigkeit (als sogenannte Dienstleistung) hinzuzurechnen sei. Damit seien im Ergebnis die Einkünfte seiner verstorbenen Ehefrau aus der gesetzlichen Rentenversicherung und der Zusatzrente von der Zusatzversorgungskasse geringer gewesen als die errechneten Gesamteinkünfte des Beschwerdeführers.

Auf unsere Veranlassung überprüfte der Rentenversicherungsträger unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts seine Berechnungen zum wirtschaftlichen Wert der Tätigkeiten der Eheleute.

So war in Anlehnung an das Urteil des Bundessozialgerichts vom 1. Februar 1995 - 13 RJ 13/94 - zu ermitteln, ob sich die verstorbene Ehefrau während des maßgeblichen Zeitraums an der Haushaltsführung beteiligt hatte. Zwar war aufgrund deren Pflegebedürftigkeit davon auszugehen, dass sie keine körperlichen Arbeiten ver-

richten konnte. Damit stand jedoch nicht fest, dass von ihr keine Leistungen von wirtschaftlichem Wert erbracht worden sind.

Zudem war nach Maßgabe des Urteils des Bundessozialgerichts vom 1. Dezember 1983 - 4 RJ 33/82 - zu prüfen, ob der Witwer seinerzeit überhaupt in der Lage gewesen ist, die Hausarbeit unter Berücksichtigung seiner eigenen gesundheitlichen Einschränkungen ganzjährig auszuüben.

Nach dem Ergebnis der Ermittlungen ergab sich ein vom bisher angenommenen Sachverhalt abweichendes Bild. Danach war aus gesundheitlichen Gründen keiner der beiden Ehegatten in der Lage, den überwiegenden Anteil an der Haushaltsführung zu übernehmen.

Da sie als Rentner gleichermaßen zur Haushaltsführung verpflichtet waren, war der wirtschaftliche Wert der Dienstleistung, der jedem Ehegatten zur Hälfte zuzurechnen wäre, gegeneinander aufzuheben. Das Einkommen der verstorbenen Ehefrau des Beschwerdeführers betrug bei erneuter Gegenüberstellung mehr als die Hälfte des Familieneinkommens.

Die Voraussetzungen für die Gewährung einer Witwenrente nach § 303 SGB VI waren nunmehr erfüllt. Der Versicherungsträger konnte dem Widerspruch des Beschwerdeführers in vollem Umfang abhelfen.

Neuberechnung umgewerteter Bestandsrenten bei nachträglicher Anerkennung von Zusatz- oder Sonderversorgungszeiten

Auch im Berichtsjahr erreichten uns wieder zahlreiche Eingaben von Rentenbeziehern aus den neuen Bundesländern, die eine nach § 307a SGB VI umgewertete Bestandsrente ohne Berücksichtigung von Zusatz- oder Sonderversorgungszeiten beziehen und vom zuständigen Versorgungsträger aufgrund der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) – u.a. Urteile vom 24. März 1998 – B 4 RA 27/97 R – und 23. Juni 1998 – B 4 RA 61/97 R – nachträglich einen Entgeltüberführungsbescheid erhielten, ohne dass sie zu DDR-Zeiten formal in ein Zusatz- oder Sonderversorgungssystem einbezogen worden waren.

Dieser Personenkreis wünscht eine Neuberechnung seiner Renten unter Berücksichtigung der nachträglich festgestellten, fiktiven Zusatz- und Sonderversorgungszeiten.

Eine Neuberechnung der Renten nach § 307b SGB VI lehnten die Rentenversicherungsträger mit der Begründung ab, dass die nachträgliche Anerkennung von Zusatz- oder Sonderversorgungszeiten allein nicht zu einem Versorgungsanspruch für Dezember 1991 führe. Auch eine Neufeststellung infolge einer wesentlichen Änderung nach § 48 SGB X wurde abgelehnt, weil die besonderen Anwendungsvorschriften der §§ 300 und 306 SGB VI entgegenstünden.

Das BSG entschied jedoch mit Urteil vom 31. März 2004 – B 4 RA 39/03 R –, dass die besonderen Anwendungsvorschriften der §§ 300 und 306 SGB VI einer Neuberechnung der nach § 307a SGB VI umgewerteten Bestandsrenten gemäß § 48 SGB X nicht entgegenstehen, wenn der Versorgungsträger nachträglich unanfechtbar Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatz- oder Sondersversorgungssystem sowie entsprechende Entgelte festgestellt hat.

Nach eingehender Auswertung der Urteilsgründe entschieden die Rentenversicherungsträger, dem Urteil über den Einzelfall hinaus zu folgen und eine Neufeststellung der betroffenen Bestandsrenten infolge einer wesentlichen Änderung gemäß § 48 SGB X vorzunehmen.

Wir haben den Entscheidungsprozess auf Seiten der Rentenversicherungsträger im Rahmen unserer Aufsichtstätigkeit begleitet. Die Umsetzung des Urteils gestaltete sich schwierig, weil das BSG in seinem Urteil keine genauen Vorgaben gemacht hat, wie die Neuberechnungen im Einzelnen durchzuführen sind. Wir drängten auf eine möglichst zügige Klärung der Berechnungsmodalitäten und ihrer technischen Umsetzung und konnten erreichen, dass die ersten Neufeststellungsbescheide Ende Dezember 2004 erteilt wurden.

Bestandskraft von Rentenbescheiden

Die im Bereich des Rentenüberleitungsrechts bestehenden Stichtagsregelungen waren im Berichtsjahr mehrmals Gegenstand von Eingaben aus den neuen Bundesländern, wobei vor allem die Bestandskraft von bestimmten Bescheiden an einem bestimmten Stichtag strittig war.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 14. Mai 2003 entschieden – B 4 RA 65/02 R –, dass die unbegrenzten Entgelte nach dem Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes (AAÜ-GÄndG) auch dann für den Zeitraum vom 1. Juli 1993 bis 31. Dezember 1996 (frühestens jedoch ab Rentenbeginn) zugrunde zu legen sind, wenn am Stichtag 28. April 1999 zwar die Überführungsbescheide, nicht jedoch ein Rentenbescheid für den Bezugszeitraum vor dem 1. Januar 1997 bestandskräftig waren.

Das Urteil hat nicht nur bei den Rentenversicherungsträgern zu zahlreichen Überprüfungs- und Rechtsbehelfsverfahren geführt, sondern mehrere Rentenbezieher haben sich auch an uns gewandt. Bei der Prüfung der Eingaben kamen wir zu dem Ergebnis, dass die Feststellung, ob im Einzelfall ein Rentenbescheid für den Bezugszeitraum vor dem 1. Januar 1997 am 28. April 1999 bestandskräftig war, in mehreren Fällen fehlerhaft war. Dies hatte zur Folge, dass einige Rentenbezieher zu Unrecht keine entsprechende Nachzahlung und andere eine solche zu Unrecht erhalten hatten.

Während die zu Unrecht geleisteten Nachzahlungen aufgrund der Vertrauensschutzregelungen vom Rentenversicherungsträger nicht zurückgefordert werden konnten, führten unsere Überprüfungen dazu, dass mehrere Rentenbezieher die ihnen zustehende Nachzahlung erhielten.

Bessere Verständlichkeit der Neufeststellungsgründe in Rentenbescheiden

Im Rahmen unserer Aufsichtstätigkeit wirken wir bei den Rentenversicherungsträgern immer wieder darauf hin, dass die

Gründe für eine Neufeststellung der Rente in den Rentenbescheiden für den Versicherten verständlich und nachvollziehbar formuliert werden.

Bei der Berechnung der Vergleichsrente nach § 307b SGB VI in der Fassung des 2. AAÜG-Änd.G wies ein Träger in seinen Bescheidbegründungen darauf hin, dass „die Rente neu festgestellt wird, weil für die Berechnung der Vergleichsrente aus den letzten zwanzig Kalenderjahren vor dem Ende der letzten versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit die vom Versorgungsträger mitgeteilten tatsächlich erzielten Bruttoarbeitsentgelte (auch oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze) zu berücksichtigen sind.“

Ein Beschwerdeführer bemängelte, dass seiner Rentenberechnung trotz dieser Begründung nur begrenzte Entgelte zugrunde gelegt wurden. Unsere Überprüfung ergab, dass die obige Begründung nur dann zutrifft, wenn keine besonderen Begrenzungen der Arbeitsverdienste auf Werte unterhalb der allgemeinen Beitragsbemessungsgrundlage vorliegen und keine Pflichtbeitragszeiten vor dem 1. März 1971 betroffen sind.

Da bei dem Beschwerdeführer ein besonderer Begrenzungstatbestand vorlag, war zwar die Rentenberechnung korrekt, die Bescheidbegründung in seinem Fall jedoch irreführend.

Auf unseren Hinweis hin hat sich der Rentenversicherungsträger bereit erklärt, seine Bescheidbegründungen in den entsprechenden Fällen künftig um einen einschränkenden Nachsatz zu ergänzen.

Anspruch auf Waisenrente über das 27. Lebensjahr hinaus aufgrund der

Ableistung eines „Anderen Dienstes im Ausland“

Wir konnten einer 27-jährigen Waise, die sich noch in der Berufsausbildung befand, zur Anerkennung ihres in Großbritannien geleisteten Dienstes verhelfen, wodurch der weitere Bezug der Waisenrente bis zum Ende der Ausbildung gesichert ist.

Der Anspruch auf Waisenrente endet grundsätzlich mit dem 18. Lebensjahr der Waise. Über dieses Alter hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres ist die Gewährung einer Waisenrente u.a. dann möglich, wenn sich die Waise in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet.

Ist die Waise mit 27 Jahren noch in einer Ausbildung, weil diese durch den gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst unterbrochen oder verzögert wurde, verlängert sich gem. § 48 Abs. 5 SGB VI die Bezugsdauer der Waisenrente um die Zeit dieser Dienstleistung, höchstens um den Zeitraum, der der Dauer des gesetzlichen Wehrdienstes oder Zivildienstes entspricht.

Der zuständige Rentenversicherungsträger weigerte sich, der Waise eine Rente über ihr 27. Lebensjahr hinaus zu zahlen, da der in Großbritannien geleistete „Andere Dienst im Ausland“ gem. § 14b Zivildienstgesetz (ZDG) kein Zivildienst sei und somit kein Verlängerungstatbestand im Sinne des § 48 Abs. 5 SGB VI vorliege.

Bei dem „Anderen Dienst im Ausland“ gem. § 14b ZDG handelt es sich in der Tat nicht um Zivildienst. Der Versicherungsträger hat jedoch übersehen, dass der Dienst nach § 14b ZDG ein dem Zivildienst gleichgestellter Dienst im Sinne

von § 48 Abs. 5 SGB VI ist. Die Dauer dieses Dienstes erhöht daher die maßgebende Altersgrenze von 27 Jahren. Der Versicherungsträger hat seine ablehnende Entscheidung aufgrund unseres Hinweises überprüft und zahlte die Rente im zulässigen Umfang über das 27. Lebensjahr der Waise hinaus.

Verzögerung der Rentenauszahlung bei Verzug in einen anderen Staat

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

Um eine Unterbrechung der Rentenzahlung zu vermeiden, ist es notwendig, den Rentenversicherungsträger so frühzeitig über einen geplanten Umzug ins Ausland zu informieren, dass er noch rechtzeitig vor dem Wechsel des Aufenthaltsortes seine für eine Auslandsüberweisung notwendigen Ermittlungen abschließen kann. Hierzu muss der Charakter des geplanten Aufenthaltes im Ausland ebenso festgestellt werden, wie die Staatsangehörigkeit des Rentenbeziehers, die ins Ausland zahlbaren rentenrechtlichen Zeiten, das ggf. weitere Bestehen von Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung sowie die aktuelle Bankverbindung.

Vor diesem Hintergrund beanstandete ein deutscher Rentner, der seinen Wohnsitz aus Deutschland nach Frankreich verlegt hatte und zunächst eine Einstellung seiner

Rente hinnehmen musste, weil er seinen Umzug nicht rechtzeitig angezeigt hatte, das von einem Rentenversicherungsträger praktizierte Verfahren bei der Umstellung der Zahlung einer Inlandsrente auf eine Auslandszahlung. Dieser hatte von dem inzwischen in Frankreich wohnenden Rentner einen Nachweis über seine Staatsangehörigkeit sowie Erklärungen über die Dauer seines beabsichtigten Aufenthaltes und über die gültige Bankverbindung auf dafür vorgesehenen Vordrucken gefordert, obwohl der Rentner die notwendigen Angaben formlos bereits gemacht hatte und seine Staatsangehörigkeit schon dokumentiert war.

Wir konnten den Versicherungsträger davon überzeugen, dass in diesem und in künftigen Fällen bei Umzug in einen anderen Staat der Europäischen Union die formularmäßigen Erklärungen auch durch Mitteilungen in anderer Form ersetzt werden können.

Das vereinfachte Verfahren sichert nun auch in den Fällen die schnellere Wiederaufnahme der Rentenzahlung, in denen der Umzug nicht rechtzeitig angezeigt wurde.

Aufteilung einer Witwenrente auf mehrere Berechtigte

Wir konnten einer in Deutschland lebenden Witwe helfen, die bisher auf zwei Berechtigte aufgeteilte Witwenrente in voller Höhe zu erhalten.

Nach dem Tod eines Versicherten hat seine Ehefrau als Witwe Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente. Verschiedene Umstände können dazu führen, dass beim Tod des Versicherten mehr als nur eine Ehefrau vorhanden ist. So im Fall der Be-

schwerdeführerin, die immer in Deutschland gelebt und ihren Ehemann in den Niederlanden geheiratet hat. Nach dem Tod des Versicherten beantragte auch die in der Türkei lebende erste Ehefrau des Verstorbenen eine Witwenrente und wies ihre mit ihm bestehende Ehe anhand von Auszügen aus dem türkischen Standesamtsregister nach.

Sind zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten mehrere Witwen vorhanden, wird die Witwenrente gem. § 91 SGB VI auf die Berechtigten aufgeteilt und jede Witwe erhält den Teil der Rente, der dem Verhältnis ihrer Ehedauer mit dem Versicherten zur Gesamtdauer der Ehen mit allen Berechtigten entspricht. Im vorliegenden Fall teilte daher der zuständige Rentenversicherungsträger die Witwenrente entsprechend der Ehedauer auf die in Deutschland lebende zweite Ehefrau und die in der Türkei lebende erste Ehefrau auf, da Unterlagen über eine Scheidung der ersten Ehe nicht vorlagen.

Unsere Erörterungen mit dem Versicherungsträger führten dazu, dass er weitere Ermittlungen in den Niederlanden führte und von der dort zuständigen Gemeinde Nachweise über eine rechtsgültige Scheidung der ersten in der Türkei geschlossenen Ehe erhalten hat. Der Versicherungsträger hob daher die Aufteilung der Rente auf und leistet nun die gesamte Witwenrente an die zweite Ehefrau.

Verzögerungen beim Versicherungsträger aufgrund parallel laufender Rentenverfahren in mehreren Staaten

Häufig kommt es vor, dass in Deutschland lebende Versicherte in verschiedenen anderen Staaten gearbeitet und dort Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung ge-

zahlt haben. Wird ein Antrag auf Rente gestellt, prüft der zuständige deutsche Versicherungsträger, ob die in den anderen Staaten zurückgelegten Versicherungszeiten aufgrund von zwei- oder mehrseitigen Sozialversicherungsabkommen den Anspruch auf und ggf. die Höhe der deutschen Rente beeinflussen. Zu diesem Zweck fordert er vom ausländischen Versicherungsträger einen Versicherungsverlauf an. Ferner muss der Versicherungsträger nach den Verordnungen (EWG) 1408/71 und 574/72 ebenso wie nach den Sozialversicherungsabkommen die beteiligten ausländischen Versicherungsträger über den Rentenanspruch informieren, da der deutsche Rentenanspruch auch ein Antrag auf eine ausländische Leistung ist.

Ein Versicherter, der in mehreren Staaten eine Beschäftigung ausgeübt und in diesen Staaten auch Rentenansprüche erworben hat, bemängelte, dass die Bearbeitungsweise des deutschen Rentenversicherungsträgers zur Verzögerung der Gewährung der Renten aus dem Ausland geführt hätte. Tatsächlich war es durch die beim zuständigen deutschen Versicherungsträger festgelegte Bearbeitungsweise aufgrund der Vielzahl der gleichzeitig abzuwickelnden Verfahren, für die unterschiedliche Arbeitsorganisationen zuständig waren, zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen bei der Bearbeitung der diversen Rentenverfahren gekommen.

Wir haben den Träger veranlasst, seine Bearbeitungspraxis insbesondere bei Beteiligung mehrerer Abkommens- oder Mitgliedstaaten neu zu gestalten. Die entsprechende Geschäftsanweisung hat der Versicherungsträger bereits in Teilbereichen überarbeitet, um so eine schnellere Bearbeitung gewährleisten zu können.

Polnisches Sondersystem für selbstständige Künstler

Ist das Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Volksrepublik Polen über Renten- und Unfallversicherung vom 9. Oktober 1975 (DPRA) anzuwenden, sind vom deutschen Rentenversicherungsträger die nach polnischen Rechtsvorschriften anzuerkennenden Beitrags- und Beschäftigungszeiten wie eigene Beitragszeiten zu berücksichtigen und bei der deutschen Rente zu entschädigen.

Die Eingliederung der polnischen Zeiten in das deutsche Rentenversicherungssystem erfolgt seit der Neufassung von Art. 2 Abs. 1 des Zustimmungsgesetzes zum DPRA in zwei Schritten. Zunächst wird unter Beachtung der polnischen Rechtsvorschriften festgelegt, welche polnischen Versicherungszeiten dem Grunde nach abkommensrelevant sind. Dann, ob und inwieweit die abkommensrelevanten polnischen Zeiten auf der Grundlage des Fremdrentengesetzes (FRG) oder des Fremdrenten- und Auslandsrenten-Neuregelungsgesetzes (FANG) als deutsche Beitragszeiten anerkannt werden können.

Beitragszeiten in einem polnischen Sondersystem für Selbstständige gehören grundsätzlich nicht zu den abkommensrelevanten Versicherungszeiten, denn auf polnischer Seite gilt das DPRA nur für die Unfallversorgung und die Altersversorgung der Arbeitnehmer einschließlich der Versorgungssysteme für Bergleute und Eisenbahner (Art. 2 Abs. 1 DPRA). Abkommensrelevant sind Zeiten in einem Sondersystem der Selbstständigen ausnahmsweise aber dann, wenn sie nach polnischem Recht als sogenannte hinzurechenbare Beitragszeiten im allgemeinen

Arbeitnehmersystem zu berücksichtigen sind.

Eine Eingliederung der ausnahmsweise abkommensrelevanten Beitragszeiten in einem polnischen Sondersystem für Selbstständige in die deutsche Rentenversicherung im Rahmen des FRG kann jedoch nur stattfinden, wenn es sich bei dem polnischen Sondersystem um ein gesetzliches Rentenversicherungssystem im Sinne des § 15 FRG handelt. Hierzu gehören alle Systeme, in denen abhängig Beschäftigte kraft Gesetzes für den Fall der Minderung der Erwerbsfähigkeit, des Alters und des Todes versicherungspflichtig sind. Sondersysteme, die ausschließlich Selbstständigen offen stehen, sind folglich keine Systeme der gesetzlichen Rentenversicherung.

Vor diesem Hintergrund wollte ein Beschwerdeführer seine in Polen ausgeübte selbstständige künstlerische Tätigkeit, für die er Beiträge zum polnischen Sondersystem für selbstständige Künstler entrichtet hat, als Beitragszeit bei seiner deutschen Altersrente berücksichtigt wissen. Der deutsche Versicherungsträger lehnte dies ab, da, obschon die polnischen Beitragszeiten hinzurechenbare Zeiten im allgemeinen Arbeitnehmersystem und damit abkommensrelevant waren, sich im polnischen Sondersystem für Künstler ausschließlich Selbstständige versichern können.

Unsere Prüfung ergab, dass die ablehnende Entscheidung des Rentenversicherungsträgers dem geltenden Recht entspricht. Dennoch empfanden wir das Ergebnis als äußerst unbefriedigend, da der Beschwerdeführer für die zum polnischen Sondersystem entrichteten Beiträge im Umfang von mehreren Jahren weder aus

der deutschen noch aus der polnischen Rentenversicherung eine Leistung erhalten wird. Denn dadurch, dass die Beitragszeiten im Sondersystem abkommensrelevant sind, ist der polnische Rentenversicherungsträger nach dem DPRA von seiner Leistungsverpflichtung befreit.

Wir haben die Problematik mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) erörtert. Da das BMGS keinen Raum für eine gesetzgeberische Lösung zugunsten des Beschwerdeführers sieht, wird der deutsche Rentenversicherungsträger sich auf unsere Bitte hin an den polnischen Rentenversicherungsträger wenden und diesem die Besonderheiten des Einzelfalles darlegen.

4.3 Rehabilitation

Verlängerungsanträge bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Eine stationäre medizinische Rehabilitationsleistung kann auf Antrag gemäß § 15 Abs. 3 S. 2 SGB VI verlängert werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen. Die Versicherten erwarten in diesen Fällen zu Recht, dass zeitnah über ihre zumeist über die Rehabilitationsklinik gestellten Verlängerungsanträge entschieden wird.

Aufgrund von Beschwerden stellten wir fest, dass die Dauer der internen Bearbeitung dieser Anträge bei einem Rentenversicherungsträger bis zu sieben Arbeitstage in Anspruch nimmt.

Der Rentenversicherungsträger hat unsere Anregungen zum Anlass genommen, sein Verwaltungsverfahren zu verbessern. Zukünftig werden Verlängerungsanträge nach der notwendigen medizinischen Prü-

fung unverzüglich von Hand zu Hand an das zuständige Team weitergereicht. Von dort wird dann die Entscheidung über den Verlängerungsantrag unverzüglich der Rehabilitationseinrichtung mitgeteilt. Der Rentenversicherungsträger berücksichtigt mit dieser Verfahrensbeschleunigung im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten optimal das Anliegen seiner Versicherten.

Teilhabe am Arbeitsleben

Die Regelung des § 37 Abs. 2 SGB IX ist als Sollvorschrift ausgestaltet und lässt daher eine länger als zwei Jahre dauernde berufliche Weiterbildung zu.

Auch die besondere familiäre Situation einer Behinderten kann nach unserer Auffassung eine Verlängerung einer normalerweise zweijährigen Ausbildung ausnahmsweise begründen.

So konnten wir einen Rentenversicherungsträger davon überzeugen, einer Versicherten, die aufgrund der Betreuung ihres Kleinkindes an den Wohnort gebunden war, eine dreijährige berufliche Umschulung in der Nähe dieses Wohnortes zu ermöglichen. Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit setzt in diesen Ausnahmefällen jedoch voraus, dass die Maßnahme am Wohnort ambulant durchgeführt wird.

Selbstständige Tätigkeit als dauerhafte Wiedereingliederung

Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen seiner Aufsichtsführung auch dafür zu sorgen, dass die Rentenversicherungsträger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben so schnell wie möglich erbringen. Werden aufgrund von Fehlentschei-

dungen diese Leistungen nicht rechtzeitig erbracht und entsteht den Versicherten dadurch ein Schaden, kann dieser bei Vorliegen der entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen ersetzt werden.

Durch unsere Unterstützung wurde einem Versicherten rückwirkend Überbrückungsgeld zur Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit sowie Schadensersatz für seinen entgangenen Gewinn gewährt.

Erst im Widerspruchsverfahren erkannte der Rentenversicherungsträger die angestrebte Tätigkeit als dauerhafte berufliche Wiedereingliederungsmaßnahme an.

Durch die lange Verfahrensdauer konnte der Versicherte seine selbstständige Tätigkeit erst sechs Monate später beginnen. Auch erhielt er zunächst ein geringeres Überbrückungsgeld, da sich dieses nicht aus dem zuvor bezogenen Arbeitslosengeld, sondern – bedingt durch die Verfahrensdauer – aus der anschließenden Arbeitslosenhilfe errechnete.

Wir konnten den Rentenversicherungsträger davon überzeugen, dass das Überbrückungsgeld aus dem Arbeitslosengeld zu berechnen war. Wegen der Anerkennung eines Schadensersatzanspruchs im Rahmen der Amtshaftung nach § 839 BGB in Verbindung mit Art. 34 GG war dem Versicherten außerdem sein entgangener Gewinn für sechs Monate zu ersetzen. Auch künftig sehen wir eine sehr wichtige Aufgabe darin, die Rentenversicherungsträger zu einer umgehenden Leistungsgewährung anzuhalten.

Formerfordernisse für Entgeltbescheinigungen

Für die Erbringung von Übergangsgeld haben Arbeitgeber nach Maßgabe des § 98 Abs. 1 SGB X gegenüber dem Rentenversicherungsträger die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die notwendigen Formblätter, die zur Berechnung und Feststellung von Übergangsgeldern erforderlich sind, werden den Arbeitgebern über die Versicherten zugeleitet.

In einem Einzelfall kam es zu Verzögerungen bei der Berechnung und Auszahlung von Übergangsgeld, da ein Rentenversicherungsträger sich nicht mit der Unterschrift begnügte, sondern auf einem Firmenstempelaufdruck des Arbeitgebers bestand. Der Rubrik Stempel des Arbeitgebers auf dem Formblatt „Entgeltbescheinigung“ liegt der Gedanke zugrunde, Leistungsbewerber durch einen zusätzlichen Legitimationsbeweis vor Manipulationen und unbedachten Verfälschungen einer Urkunde im strafrechtlichen Sinne zu bewahren.

Durch unsere Unterstützung konnten wir einen Arbeitgeber, der nicht über einen Firmenstempel verfügte, entlasten und beim Rentenversicherungsträger anregen, künftig die Betriebsnummer des Arbeitgebers als Legitimationsnachweis zuzulassen. Die entsprechenden Formblätter sollen um eine Rubrik Betriebsnummer des Arbeitgebers ergänzt werden, da diese insoweit ausreichend ist, um die Authentizität der bescheinigten Daten zu gewährleisten.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rentenverfahren

Während eines laufenden Erwerbsminderungsrentenverfahrens werden immer wieder Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt. Hierbei ist fraglich, ob diese vorrangig zu prüfen oder im Zusammenhang mit dem Rentenanspruch zu entscheiden sind.

Rehabilitationsanträge, die während eines laufenden Rentenverfahrens gestellt und gleichermaßen mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit begründet werden, unterliegen nicht dem Beschleunigungsgebot des § 14 Abs. 2 S. 2 SGB IX und damit der Entscheidungsfrist von drei Wochen.

Aufgrund der materiell-rechtlichen Vorrangbestimmung der §§ 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI, 8 Abs. 2 SGB IX ist der Rentenversicherungsträger ohnehin gehalten, bei Anträgen auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von Amts wegen zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ voraussichtlich erfolgreich sind, um die gesundheitlichen Beeinträchtigungen abzumildern oder abzuwenden.

Einem während eines Rentenverfahrens gestellten Rehabilitationsantrag kann daher nicht die verfahrensrechtliche Bedeutung zukommen wie einem eigenständigen und hauptsächlich bzw. ausschließlich auf Teilhabeleistungen gerichteten Antrag. Der Leistungsbewerber nimmt mit seiner gesonderten Antragstellung vielmehr seine erforderliche Zustimmung zu den Teilhabeleistungen von Amts wegen vorweg (§§ 115 Abs. 4 SGB VI, 9 Abs. 4 SGB IX). Außerdem bekundet der Leistungsbewerber dadurch seine Bereitschaft, an der Maßnahme mitwirken zu wollen.

Etwas anderes gilt allerdings dann, wenn sich Anhaltspunkte für einen Leistungsbedarf außerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung ergeben. Die Prüfung des Rehabilitationsbedarfs hat immer trägerübergreifend zu erfolgen und verpflichtet den Rentenversicherungsträger trotz des laufenden Rentenverfahrens zur Antragsweiterverweisung nach § 14 Abs. 1 SGB IX.

Typisches Beispiel hierfür sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die während eines Rentenverfahrens unter den Voraussetzungen des § 40 SGB V zu Lasten einer Krankenkasse erforderlich werden. Der Rentenversicherungsträger ist insoweit verpflichtet, die Krankenkasse einzuschalten und innerhalb von zwei Wochen auf den Rehabilitationsbedarf hinzuweisen.

Teilhabeleistungen bei befristetem Rentenbezug

Im Rahmen unserer Prüfungen hatten wir die Frage zu beantworten, wie der Rentenversicherungsträger mit Anträgen auf Teilhabeleistungen, die im Zusammenhang mit einem Antrag auf Weitergewährung einer befristeten Erwerbsminderungsrente gestellt werden, zu verfahren hat.

Auch während eines befristeten Rentenbezugs hat der Rentenversicherungsträger den Rehabilitationsbedarf nach § 14 Abs. 2 S. 2 SGB IX bei entsprechenden Hinweisen oder auf Antrag unverzüglich festzustellen und über die Teilhabeleistungen innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Eine Ausnahme besteht nur in den Fällen, in denen sich der Rentenversicherungsträger innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang

gang für unzuständig erklärt und den Antrag umgehend an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet hat.

Im Rahmen unserer Erörterungen hat ein Rentenversicherungsträger seine Geschäftsanweisungen zwischenzeitlich angepasst. Er hat geregelt, dass Rehabilitationsanträge bevorzugt bearbeitet und innerhalb der gesetzlichen Drei-Wochenfrist entschieden werden müssen. Damit ist sichergestellt, dass Entscheidungen über den Rehabilitationsbedarf entsprechend der Intention des § 14 Abs. 2 S. 2 SGB IX zeitnah auch in den Fällen erfolgen, in denen gleichzeitig eine befristete Rente bezogen wird.

4.4 Auslandsberührungen

Internationale Kontakte/Konferenzen

Das Bundesversicherungsamt war wie seit Jahren an verschiedenen Besprechungen und Verhandlungen im internationalen Bereich beteiligt: So wurden wir vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Jahr 2004 zu den Sachverständigengesprächen zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit Rumänien und der Ukraine hinzugezogen ebenso wie zu einem deutsch-australischen Dialog über Soziale Sicherheit, in dessen Mittelpunkt die Vorbereitung des Abschlusses eines Entsendeabkommens stand.

Bei der deutsch-norwegischen, der deutsch-polnischen, der deutsch-österreichischen und der deutsch-schwedischen Verbindungsstellenbesprechung wurden Fragen im Zusammenhang mit der Anwendung der Verordnungen (EWG) 1408/71 und 574/72 erörtert. Bei

der Besprechung mit den amerikanischen Verbindungsstellen ging es neben der Klärung von materiellrechtlichen Fragen, die sich aus den Rechtsänderungen in den jeweiligen Abkommensstaaten ergeben, auch um Verfahrensfragen, die sich bei der Umsetzung des Sozialversicherungsabkommens ergeben.

4.5 Aufsichtsprüfungen

Fristsetzung gegenüber Banken

Sind Geldleistungen für die Zeit nach dem Tod eines Berechtigten auf ein Konto bei einem Geldinstitut überwiesen worden, so fordert der zuständige Träger der Rentenversicherung das Geldinstitut auf, das Geld zurück zu überweisen, § 118 Abs. 3 SGB VI. Ist bei Eingang der Rückforderung bereits anderweitig über den Betrag verfügt worden, hat das Geldinstitut dem Rentenversicherungsträger nach § 118 Abs. 4 S. 4 SGB VI auf Verlangen unter anderem den Namen und die Anschrift des Empfängers oder Verfügenden und etwaiger neuer Kontoinhaber zu benennen. Die Verpflichtung der Geldinstitute zur Rücküberweisung bzw. zur Auskunft wird von den Rentenversicherungsträgern schriftlich geltend gemacht. Obwohl Fristsetzungen im Geschäftsverkehr zu einer schnelleren Bearbeitung führen und daher allgemein üblich sind, vertrat ein Rentenversicherungsträger die Auffassung, dass Geldinstituten weder für die Rücküberweisung noch für das Auskunftersuchen eine Frist gesetzt werden sollte. Erst nach eindringlichen Erörterungen erreichten wir, dass der Träger zukünftig, wie andere Träger auch, einen Vordruck verwendet, der den Geldinstituten eine Frist von zwei Wochen zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen setzt. Auf unsere Anregung ist außerdem zurückzuführen, dass das Geldinstitut

gebeten wird, Kontoauszüge zu übersenden, aus denen die Kontobewegungen im entsprechenden Zeitraum hervorgehen. Diese Kontoauszüge sind erforderlich, um die Erstattungspflicht der Geldinstitute prüfen zu können.

Meldeverfahren

Bei einer Aufsichtsprüfung zeigte sich, dass ca. 80.000 Renten im Bestand des Renten Service der Deutschen Post erst aufgrund einer Sterbefallmitteilung der Meldebehörde eingestellt wurden. Da die Renten der Verstorbenen solange weitergezahlt werden, bis der Rentenversicherungsträger bzw. der Renten Service der Deutschen Post Kenntnis vom Todesfall erlangt, ist eine unverzügliche Meldung eines Todesfalles zur Vermeidung von Überzahlungen von großer Wichtigkeit. In vielen Fällen hätte eine Überzahlung vermieden bzw. vermindert werden können, wenn die Meldebehörden den Todesfall früher gemeldet hätten. Nach § 101a Abs. 1 SGB X haben die Meldebehörden die von ihnen erfassten Sterbefälle unverzüglich der Deutschen Post AG mitzuteilen. Nach Auskunft des Renten Service der Deutschen Post liefert jedoch der absolut größte Teil der Meldebehörden seine Sterbefallmitteilungen nur einmal monatlich. Darum haben wir das Bundesministerium des Innern gebeten, die Meldebehörden zur Erfüllung ihrer sich aus § 101a SGB X i.V.m. § 4 BMeldDÜV 2 ergebenden Verpflichtung anzuhalten, die Sterbefallmitteilungen unverzüglich an den Renten Service der Deutschen Post zu übermitteln. Darüber hinaus wurde eine Konkretisierung des Begriffes „unverzüglich“ und eine Verbesserung im Bereich des maschinellen Datenaustausches angeregt. Das Bundesministerium des Innern hat eine Abfrage bei den zuständigen Innenres-

sorts der Länder durchgeführt. Als Folge wurden u.a. alle Meldebehörden auf ihre unverzügliche Meldeverpflichtung hingewiesen. Ein Land hat seine Taktfrequenz zur Weiterleitung der Meldungen von monatlich auf wöchentlich umgestellt. Außerdem wird eine Konkretisierung der Dienstanweisung der Standesbeamten geprüft. Weitere Beschleunigungen sind in Zusammenhang mit der sukzessiven Einführung des elektronischen Meldeverfahrens zu erwarten.

Abhebungen von EC-Geldautomaten von Unbekannten

Bleibende Vermögensschäden erlitt die Versichertengemeinschaft durch einige Fälle, in denen Renten, die für die Zeit nach dem Tod eines Berechtigten auf ein Konto bei einem Geldinstitut überwiesen worden waren, weder von dem Geldinstitut noch von jemand anderem zurückgefordert worden waren. Diese Renten gelten als unter Vorbehalt erbracht und müssen von den Geldinstituten grundsätzlich auf Anforderung zurücküberwiesen werden. Eine Verpflichtung zur Rücküberweisung besteht nur dann nicht, wenn über den entsprechenden Betrag bei Eingang der Rückforderung bereits anderweitig verfügt wurde (§ 118 Abs. 3 und 4 SGB VI). In diesem Fall ist das Geldinstitut jedoch verpflichtet, dem Rentenversicherungsträger Namen und Anschrift des Empfängers oder Verfügenden und etwaiger neuer Kontoinhaber mitzuteilen. Der Rentenversicherungsträger muss dann seinen Anspruch auf Rücküberweisung an den Empfänger oder Verfügenden richten. Hat ein Unbekannter nach dem Tode des Berechtigten mit der EC-Karte des Verstorbenen an einem EC-Automaten Geld abgehoben, kann das Geldinstitut in der

Regel seine Mitteilungspflicht nicht erfüllen.

Gemeinsam mit dem Träger sind wir zu der Auffassung gelangt, dass in diesen Fällen das Geldinstitut weiterhin zur Rückzahlung der Rente verpflichtet ist. Das Geldinstitut hat durch die Ausgabe der EC-Karte die Möglichkeit der Abhebung durch Unbekannte geschaffen und muss daher für evtl. Missbrauchsfälle haften. Dadurch ist sichergestellt, dass der Rentenversicherungsträger die überzahlte Rente entweder vom Geldinstitut zurück erhält oder die Möglichkeit hat, das Geld vom Empfänger oder Verfügenden zurückzufordern.

Geldeingangsmittelungen

Das Bundesversicherungsamt hat bei einer Prüfung festgestellt, dass Meldungen über Einzahlungen grundsätzlich nicht in den Rentenakten abgeheftet werden. Aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit der Akten sowie letztendlich auch aus Haftungsgründen erachten wir es für notwendig, dass die Meldung der Hauptkasse über den Eingang des Geldes und die Feststellung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit zumindest als Durchschrift oder Kopie zu den Rentenakten genommen wird. Außerdem sollte erkennbar sein, welcher Mitarbeiter der Rentenabteilung die sachliche und rechnerische Richtigkeit bestätigt hat. Unserer Anregung, auch die Information zu vorhandenen Wertstellungen zu verbessern, ist der Träger gefolgt.

Regressprüfung gegenüber Mitarbeitern

Uns ist aufgefallen, dass ein Träger nicht prüfte, ob eingetretene Vermögensschäden

vorsätzlich oder grob fahrlässig von Mitarbeitern verursacht worden sind und somit Mitarbeiter in Regress genommen werden könnten. Bei Vermögensschäden wurden beteiligte Mitarbeiter grundsätzlich nicht angehört und es wurde auch keine Regressprüfung gegenüber diesen Mitarbeitern dokumentiert.

Ursache und beteiligte Mitarbeiter sind jedoch nach unserer Auffassung namentlich zu benennen. Unsere Anregung, einen entsprechenden Vordruck für die Rentenakte zu entwickeln, hat der Träger begrüßt. Der Vordruck wird künftig verwendet.

Verzinsung

Nach § 76 Abs. 2 Nr. 1 S. 2 SGB IV soll eine Stundung gegen angemessene Verzinsung gewährt werden. Bei Stundungsvereinbarungen haben wir mehrfach beanstandet, dass die Verzinsung nicht geprüft worden war.

Der Träger hat die Sachbearbeitung angewiesen, die gesetzlichen Bestimmungen des § 76 SGB IV zu beachten, nach denen im Rahmen der beantragten Ratenzahlung eine Entscheidung über die Erhebung von Zinsen zu erfolgen hat.

Gesamtfälligkeit bei Zahlungsverzug

Häufig fehlte in Stundungsbescheiden der Hinweis, dass die jeweilige Restforderung sofort fällig wird, wenn innerhalb des Stundungszeitraums die vereinbarte Zahlungsfrist für zwei aufeinanderfolgende Raten überschritten wird. Bis zur Aufnahme eines Zusatztextes in die maschinellen Bausteine des Stundungsbescheids will der Träger die Bescheide manuell ergänzen.

Mahngebühren

Regelmäßig hat es ein Träger versäumt, bei Zahlungsverzug des Zahlungsverpflichteten für das Mahnschreiben Mahngebühren zu erheben. Auf unsere Beanstandung hin werden nun die entsprechenden Textbausteine um Ausführungen zur Erhebung von Mahngebühren ergänzt.

Nicht begründete Verwaltungsakte

Die Begründung zu Aufhebungsbescheiden war nach unseren Feststellungen oft nicht vollständig bzw. fehlte. So enthielten die Bescheide keinen Hinweis darauf, aus welchem Grund, nach welcher Vorschrift und ab welchem Zeitpunkt ein Verwaltungsakt erteilt wurde.

Die Begründung muss jedoch die tatsächlichen und rechtlichen Gründe unter Würdigung des Sachverhalts darstellen (§ 35 Abs. 1 SGB X). Die gesetzliche Anspruchsgrundlage ist zu benennen und die Umstände des Einzelfalls sind zu berücksichtigen. Der Rentenversicherungsträger hat den Prüfanmerkungen zugestimmt und inzwischen seine Sachbearbeitung angewiesen, Sachverhalte, die zur Aufhebung von Rentenbescheiden führen, umfassend unter Angabe der gesetzlichen Grundlage sowie in Auseinandersetzung mit den Umständen des Einzelfalls dem Empfänger nachvollziehbar im Bescheid darzulegen.

Aufrechnung statt Überweisung

Wenn ein Rentenversicherungsträger Überzahlungen zurückfordert, gleichzeitig aber laufende Geldleistungen an den Leistungsempfänger erbracht werden, ist es zweckmäßiger, Rückforderung und Leistungsanspruch gegeneinander aufzurechnen, als die zu Unrecht erbrachten Leis-

tungen durch Überweisungen zurückzuleiten.

Entsprechende Fälle, in denen die Möglichkeit der Aufrechnung nach § 51 SGB I nicht geprüft worden war, haben wir bemängelt. Der Träger hat seine Sachbearbeitung inzwischen angewiesen, die Möglichkeit der Aufrechnung vorrangig zu prüfen.

Ratenzahlungsvereinbarung

In einer Vielzahl von Fällen hat ein Rentenversicherungsträger Ratenzahlungsvereinbarungen getroffen, ohne zuvor - wie in § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV gefordert - die wirtschaftlichen Verhältnisse des Zahlungspflichtigen hinreichend zu prüfen. Wir haben dies beanstandet, da zunächst festzustellen ist, ob der sofortige Einzug eine erhebliche Härte darstellt, und haben außerdem angeregt, in den Erinnerungsschreiben an den Zahlungspflichtigen auf die Möglichkeit der Zwangsvollstreckung hinzuweisen, um der Forderung mehr Nachdruck zu verleihen. Der Rentenversicherungsträger hat zugesagt, zukünftig die wirtschaftlichen Verhältnisse vor Abschluss einer Ratenvereinbarung zu prüfen und für die Fälle, in denen sich der Zahlungspflichtige nicht äußert, einen entsprechenden Passus in die maschinell abrufbaren Textbausteine aufzunehmen, der auf die Möglichkeit einer Zwangsvollstreckung hinweist.

Weitergewährung von befristeten Erwerbsminderungsrenten

Wenn Versicherte, die eine befristete Erwerbsminderungsrente beziehen, nicht rechtzeitig vor deren Wegfall einen Antrag auf Weitergewährung stellen, wird die Zahlung unterbrochen; zumindest kommt

es zu Verzögerungen. Obwohl der Rentenbescheid die Versicherten auffordert, die Weitergewährung rechtzeitig zu beantragen, haben wir festgestellt, dass sehr viele Versicherte dies versäumen.

Wir haben daher angeregt, zusätzlich ein Hinweisschreiben an den Rentner zu sen-

den, um ihn an die rechtzeitige Antragstellung zu erinnern. Gleichzeitig sollte der Rentner gebeten werden, seinem Antrag einen Befundbericht seines behandelnden Arztes beizufügen, um auch insoweit eine Beschleunigung des Verfahrens zu erreichen. Die Anregung will der Träger zügig umsetzen.

II. VERWALTUNG

5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

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

II. VERWALTUNG

5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

5.1 Gerichtsverfahren

Statistik

Die Statistik weist für das Jahr 2004 die Beteiligung des Bundesversicherungsamtes an insgesamt 137 neuen gerichtlichen Verfahren, darunter 23 Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz, aus. In 131 Fällen wurde Klage gegen Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes erhoben oder einstweiliger Rechtsschutz gegen Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes begehrt. In fünf Verfahren wurde das Bundesversicherungsamt beigeladen. Außerdem machte das Bundesversicherungsamt einmal Schadensersatzansprüche vor den Zivilgerichten geltend.

Die deutliche Erhöhung der Rechtsstreitigkeiten im Vergleich zum Jahr 2003 (92 Verfahren) – insbesondere die Zunahme um mehr als 50 Prozent im Aufsichts- und sonstigen Tätigkeitsbereich – muss auch als eine Folge des schärferen Mitgliederwettbewerbs der Krankenkassen gesehen werden.

In den beiden anderen Teilbereichen, nämlich Risikostrukturausgleich und Entschädigungsrentenrecht, ging die Zahl der gerichtlichen Verfahren zurück. Den deutlichen Schwerpunkt bildeten dieses Jahr daher die Klagen im Aufsichts- und sonstigen Tätigkeitsbereich mit 100 Verfahren (2003: 44 Verfahren).

Bei den Rechtsstreitigkeiten gegen Bescheide des Bundesversicherungsamtes

zum Risikostrukturausgleich ist eine weiterhin fallende Tendenz (von 44 Verfahren im Jahre 2003 auf 36 Verfahren im Jahre 2004) erkennbar. Nur zu einem geringen Teil erfüllte sich unsere Hoffnung, im Jahr 2004 all jene Verfahren abschließen zu können, die zum Ruhen gebracht worden waren, um höchststrichterliche Klärungen abzuwarten. Diese Entscheidungen sind gefallen. Das Bundessozialgericht (BSG) hatte am 24. Januar 2003 ein Grundsatzurteil zum Risikostrukturausgleich für die Jahre 1994 bis 1997 gefällt, und die Verfassungsbeschwerden zweier vor dem BSG unterlegener Kassen waren nicht zur Entscheidung angenommen worden. Wegen der großen Zahl der noch nicht abgeschlossenen Fälle dauert deren Bearbeitung noch an.

Fast dreizehn Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes über Entschädigungen für Opfer des Nationalsozialismus im Beitrittsgebiet (Entschädigungsrentengesetz – ERG) vom 22. April 1992 ist nur noch ein Verfahren aus dem Bereich des Entschädigungsrentenrechts hinzugekommen; im Jahr 2003 waren es vier Verfahren gewesen.

	Gerichtsverfahren						
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
RSA	19	184	68	54	70	44	36
ERG	38	17	4	3	9	4	1
Aufsicht u.a.	25	25	22	18	81	44	100
Summe	82	226	94	75	160	92	137

Im Verlaufe des Jahres 2004 ergingen 46 Urteile oder Beschlüsse, 35 davon zu unse-

ren Gunsten. In einem Klageverfahren (aus dem Aufsichtsbereich) und in einem Revisionsverfahren (zum Entschädigungsrentenrecht) obsiegte das Bundesversicherungsamt nur teilweise. Rechtskräftig wurden neunzehn der 46 Entscheidungen, einschließlich dreier Entscheidungen des Bundessozialgerichts, das in einem Fall unsere Rechtsauffassung in vollem Umfang bestätigte. Auf sonstige Weise, etwa durch Klagerücknahme, Erledigterklärung oder Vergleich, wurden 112 Fälle abgeschlossen. Da die Erledigungen wieder die Anzahl neuer Rechtsstreitigkeiten nicht kompensieren konnten, erhöhte sich der Bestand anhängiger Gerichtsverfahren zum Ende des Jahres 2004 auf 641 gegenüber 627 zum Ende des Vorjahres.

Pauschalierende Erstattung der Heilbehandlung in einem Gemeinschaftsland

Seit dem Sommer 2003 war ein Vorabentscheidungsverfahren vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) anhängig, da ein Sozialgericht den zwischen einer Krankenkasse und dem Bundesversicherungsamt geführten aufsichtsrechtlichen Rechtsstreit ausgesetzt und dem EuGH die Frage vorgelegt hatte, ob die Kosten für ärztliche Heilbehandlung in einem Gemeinschaftsland (§ 13 Abs. 3 SGB V) pauschal erstattet werden dürfen, oder ob Art. 34 der VO (EWG) 574/2 diese Möglichkeit ausschließt.

Mit Urteil vom 14. Oktober 2004 entschied der EuGH, dass Art. 34 VO (EWG) 574/72 der entsprechenden Praxis einer Krankenkasse nicht entgegensteht, soweit diese die ihren Versicherten bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen tatsächlichen Krankheitskosten in voller Höhe erstattet, wenn sie einen Betrag von 200 DM nicht übersteigt. Mit dem Urteil

des EuGH im Vorabentscheidungsverfahren hat der Rechtsstreit noch keinen Abschluss gefunden.

Das deutsche Ausgangsgericht wird sich nun insbesondere mit der Frage zu befassen haben, ob das nationale Krankenversicherungsrecht es erlaubt, dass der mit der ausländischen Rechnung quittierte Betrag ohne weitere Prüfung durch die Krankenkasse erstattet wird. Nach Ansicht des Bundesversicherungsamtes widerspricht eine Erstattung dem deutschen Recht.

Berufskrankheitenverordnung

Im Tätigkeitsbericht 1999, S. 54 f. war über ein Gerichtsverfahren berichtet worden, in dem die Bergbau-Berufsgenossenschaft und das Bundesversicherungsamt über die Rechtmäßigkeit eines Verpflichtungsbescheides stritten. Dieser Rechtsstreit wurde vor folgendem Hintergrund geführt:

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hatte im Jahre 1995 die Empfehlung seines ärztlichen Sachverständigenbeirats bekannt gemacht, in die Berufskrankheitenliste (BKV) eine neue Berufskrankheit „chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlenbergbau“ aufzunehmen. Hatte die Berufsgenossenschaft nach Bekanntmachung dieser Empfehlung wegen dieser Krankheit Entschädigungen geleistet, änderte sie ihre Praxis, nachdem im Juli 1997 der Entwurf einer entsprechenden Verordnung bekannt wurde, welche am 1. Dezember 1997 in Kraft trat. Die BKV sieht eine Stichtagsregelung vor, nach welcher nur die Versicherungsfälle entschädigt werden, die nach dem 31. Dezember 1992 eingetreten sind. Mit Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom

Juli 1998 wurde die Berufsgenossenschaft verpflichtet, in allen Fällen, in denen aufgrund der vorgreiflichen Anwendung der genannten Stichtagsregelung der BKV der Antrag von Versicherten abgelehnt worden war, die Feststellungsverfahren wieder mit dem Ziel zu eröffnen, den Betroffenen im Wege der Amtshaftung Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren und die Verfahrensaufnahme dem Bundesversicherungsamt unverzüglich schriftlich zu bestätigen.

Nachdem bereits der Klage erstinstanzlich stattgegeben worden war, blieb das Bundesversicherungsamt sowohl im Berufungs- als auch im Revisionsverfahren ohne Erfolg. Das Bundessozialgericht kam zu dem Ergebnis, die Verpflichtungsanordnung des Bundesversicherungsamtes habe das Aufsichtsrecht überschritten, da es an einer die Anordnung rechtfertigenden Rechtsverletzung gefehlt habe.

Zum Zeitpunkt des Erlasses des Aufsichtsbescheides im Jahre 1998 war die neue Verordnung bereits in Kraft getreten, so dass nach Auffassung des Bundessozialgerichts das Verhalten der Berufsgenossenschaft nicht mehr rechtswidrig gewesen war.

Weiterhin lägen keine Amtshaftungsansprüche vor, da die Berufsgenossenschaft nicht schuldhaft im Sinne von § 839 BGB gehandelt habe, als sie bereits vor dem Inkrafttreten der Verordnung seinerzeit bestehende Ansprüche der Versicherten abgewiesen hat.

Versandhandelsverbot

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 2004 den Versandhandel mit apo-

thekenpflichtigen Arzneimitteln grundsätzlich, abhängig von einer behördlichen Erlaubnis, ermöglicht. In der Folge dieses Abschieds vom generellen Verbot des Versandhandels sind zum Jahresbeginn 2004 die Rechtsgrundlagen für die Verpflichtungsbescheide des Bundesversicherungsamtes zur Durchsetzung des Versandhandelsverbots entfallen, so dass die aufsichtsrechtlichen Anordnungen gegenstandslos geworden sind. Erstaunlicherweise waren nicht alle Krankenkassen, die die Bescheide zum Internet-Versandhandel beklagt hatten, der Auffassung des Bundesversicherungsamtes, dass sich damit auch die jeweiligen Gerichtsverfahren erledigt hatten. Einige Krankenkassen führten den Rechtsstreit – erfolglos – weiter, z.T. unter Berufung auf angebliche Amtshaftungsansprüche. Die bislang ergangenen Entscheidungen bestätigen unisono die Rechtsmeinung des Bundesversicherungsamtes.

Absenkung des Beitragssatzes

Wiederholt kam es wegen einer vom Bundesversicherungsamt versagten Absenkung des Beitragssatzes zu Auseinandersetzungen mit Krankenkassen, die vor Gericht regelmäßig im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes den Versuch unternahmen, Beitragssatzsenkungen durchzusetzen. Zwar zählt die Beitragssatzkalkulation zu den Kernbereichen des Selbstverwaltungsrechts der Krankenkassen. Jedoch wird dieses Selbstverwaltungsrecht insbesondere durch das Haushaltsrecht gem. §§ 67 ff. SGB IV sowie die §§ 195, 220 ff. SGB V beschränkt. Die Satzung bedarf nach § 195 Abs. 1 SGB V der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Ergibt die Rechtsprüfung, dass die beschlossene Satzungsbestimmung mit geltendem Recht nicht in Einklang steht, ist die Genehmigung zu versagen. Die Richtigkeit der Beitragsfestset-

zung ist somit von einer künftigen Entwicklung abhängig, weshalb den Versicherungsträgern insoweit eine Einschätzungsprärogative zusteht. Die fehlerfreie Ausübung ihres Beurteilungsspielraumes bei der Bewertung der der Entscheidung zugrunde liegenden Umstände ist von der Aufsichtsbehörde bei ihrer Rechtskontrolle im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu überprüfen. Werden dabei Fehler festgestellt – insbesondere die Missachtung des Vorsichtsprinzips oder die Erfahrungen mit Wachstumskassen -, fehlt es an einer Rechtmäßigkeitsvoraussetzung, so dass die Genehmigung abgelehnt werden muss. Erfreulicherweise teilten die Gerichte fast durchweg unsere Auffassung, dass die Berechnungen der Krankenkassen, die eine Beitragssatzreduzierung gerechtfertigt hätten, nicht hinreichend wahrscheinlich waren. Die Auseinandersetzungen waren und sind damit aber nicht beendet.

Bei der Festsetzung des Streitwertes nach § 197a Abs. 1 S. 1 SGG i.V.m. §§ 1 Nr. 4, 53 Abs. 3 Nr. 4, 52 Abs. 1 und 4 GKG gingen die Gerichte häufig von einem Streitwert in Höhe des maximalen Betrages von 2,5 Millionen € aus, und dies mit unterschiedlicher Begründung. So wurde damit argumentiert, der Sach- und Streitstand gebe genügend tatsächliche Anhaltspunkte, um die Bedeutung der Sache für die Antragstellerin nach Ermessen zu bestimmen.

Oder das Gericht stützte sich auf den Beschluss des BSG vom 12. Dezember 1996 (SozR 3-1930 § 8 Nr. 3 S. 14). Dort aber ging es um eine Genehmigung zur Errichtung oder Anschlusserrichtung einer Krankenkasse und nicht um eine beitragsrechtliche Streitigkeit. Während für das BSG feststand, wie viele versicherte Pflichtmitglieder die klagende AOK verliert, kann sich die Entscheidung zum Beitragssatz

nur auf die Erwartungen stützen, die die Antragstellerin mit ihrem Antrag verbunden hat. Da die Erwartungen auf Prognosen beruhen und diese ihrer Natur nach erhebliche Unsicherheiten mit sich bringen, fehlen bereits ganz entscheidende Fakten, um das wirtschaftliche Interesse der Antragstellerin – wie es § 13 Abs. 1 S. 1 GKG voraussetzt – auf der Grundlage einer Ermessensentscheidung hinreichend konkret bestimmen zu können.

Liegen keine genügenden Anhaltspunkte für die Bedeutung der Sache vor, wie es bei Beitragssatzsenkungen bzw. –erhöhungen aufgrund der Komplexität des Sachverhalts und der Ungewissheit der damit verbundenen Folgen der Fall ist, so scheidet eine Bestimmung des Streitwertes nach § 13 Abs. 1 S. 1 GKG a.F. bzw. §§ 53 Abs. 3 Nr. 4, 52 Abs. 2 GKG n.F. aus. Der Streitwert ist damit in Höhe des Auffangstreitwertes (4.000 € bis zum 30. Juni 2004, 5.000 € ab dem 1. Juli 2004) festzusetzen. Abschließende Entscheidungen der Gerichte stehen noch aus.

5.2 Selbstverwaltung

Änderung in der Zusammensetzung des Verwaltungsrats bei den Arbeitgebervertretern in der GKV

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG -) vom 14. November 2003 wurde § 44 Abs. 2 SGB IV um einen Satz sechs erweitert. Diese Regelung sieht für die sog. geöffneten Betriebskrankenkassen ab der nächsten Wahlperiode grundsätzlich eine paritätische Besetzung des Verwaltungsrats vor. Damit sollte der Tatsache Rechnung getragen werden, dass mit einer Öffnung nach § 173 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V die Bindung

der Betriebskrankenkasse an das oder die Trägerunternehmen aufgegeben wird und es somit keinen sachlichen Grund mehr gibt, die Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat nicht bei den Sozialwahlen zu wählen, sondern durch die Trägerunternehmen benennen zu lassen. Da die Arbeitgebervertreter bei den im Jahr 2005 anstehenden Sozialversicherungswahlen erstmals gewählt werden, waren die Satzungen der betroffenen Kassen grundsätzlich vor dem Beginn des Wahlverfahrens - also vor der Wahlausschreibung - zu ändern. Wir haben die Kassen daher mit unserem Rundschreiben vom 9. Dezember 2003 aufgefordert, ihre Satzungen bis zum 1. April 2004 der neuen Gesetzeslage anzupassen, damit das Wahlverfahren ordnungsgemäß durchgeführt werden kann.

Da einige Betriebskrankenkassen Probleme sahen, die für eine paritätische Besetzung des Verwaltungsrats erforderliche Anzahl von Arbeitgebervertretern zu gewinnen, machte der BKK-Bundesverband von der Ermächtigung in § 44 Abs. 4 S. 1 SGB IV Gebrauch, die Zusammensetzung des Verwaltungsrats der Betriebskrankenkassen in seiner Satzung abweichend zu regeln. Die entsprechende Satzungsänderung wurde am 25. August 2004 durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung genehmigt. Damit wurde den geöffneten Betriebskrankenkassen erneut die Möglichkeit einer disparitätischen Besetzung des Verwaltungsrats eröffnet.

Da diese Änderung während des laufenden Wahlverfahrens erfolgte und die Aufstellung der Listen bis zum 18. November 2004 abgeschlossen sein musste, waren etwaige Satzungsänderungen aufgrund dieser Neuregelung innerhalb kürzester Zeit vom Verwaltungsrat zu beschließen und durch das Bundesversicherungsamt zu ge-

nehmen. Von der Ermächtigung machten rund 50 Betriebskrankenkassen Gebrauch.

Da nun erstmals Wahlen der Arbeitgebervertreter in den Verwaltungsräten der Betriebskrankenkassen vorgesehen sind, rückte auch die Regelung zum Stimmrecht der einzelnen Arbeitgeber gem. § 49 Abs. 2 SGB IV in den Blickpunkt. Größere ehemalige Trägerunternehmen, die sich bisher stark für ihre Betriebskrankenkasse engagiert hatten, befürchteten, dass aufgrund der Stimmverteilung in § 49 Abs. 2 SGB IV Arbeitgeber mit nur wenigen Versicherten einen überproportionalen Einfluss erhielten. Die Mehrzahl der Kassen machte daher von der Möglichkeit des § 49 Abs. 4 SGB IV Gebrauch, wonach eine von Abs. 2 abweichende Regelung in der Satzung möglich ist.

Da durch eine solche Satzungsänderung aber der Sinn des Gesetzes, auch Arbeitgebern mit nur wenigen Versicherten die Möglichkeit einer Vertretung im Verwaltungsrat zu ermöglichen und eine vollständige Beherrschung des Verwaltungsrats durch ein oder mehrere Großunternehmen auszuschließen, nicht umgangen werden durfte, war bei jeder Satzungsänderung im Einzelfall eine Überprüfung anhand der Zahlen aller Arbeitgeber und Versicherten erforderlich. Auch hier bestand eine zeitliche Beschränkung durch die Fristen des Wahlverfahrens, und wir mussten die entsprechenden Satzungsänderungen unter großem Zeitdruck umsetzen und genehmigen.

Bekanntmachungsregelung in der Satzung

Die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Sozialversicherungsträger sind öffentlich bekannt zu machen (§ 34 Abs. 2

S. 1 SGB IV). Die öffentliche Bekanntmachung ist Voraussetzung für die Wirksamkeit des autonomen Rechts. Die Art der öffentlichen Bekanntmachung muss gewährleisten, dass alle von der zu veröffentlichenden Norm Betroffenen sicher und ohne unzumutbare Erschwernisse Kenntnis von der Bekanntmachung erlangen können.

Die Entwicklung neuer Informationstechnologien ist auch an diesem Bereich nicht spurlos vorüber gegangen. Da der Verbreitungsgrad privater Internetzugänge und auch allgemein zugänglicher Internetplätze z.B. in öffentlichen Bibliotheken stark zugenommen hat, wird nunmehr eine Veröffentlichung im Internet als zulässige Bekanntmachungsart angesehen. Wegen der „Flüchtigkeit“ dieses Mediums ist dabei jedoch strikt auf eine Protokollierung des Datums zu achten, an dem das zu veröffentlichende autonome Recht auf der Homepage eingestellt wurde, und eine dauerhafte Veröffentlichung des vollständigen Textes einschließlich der Genehmigungsformel vorzusehen. Zusätzlich ist nach wie vor eine Bekanntmachung durch Aushang in den Geschäftsräumen des Trägers erforderlich sowie eine nachrichtliche Bekanntmachung in Mitgliederzeitschriften sinnvoll, um insbesondere die Versicherten zuverlässig zu erreichen.

Soweit die Bekanntmachung in einer Mitgliederzeitschrift in der Satzung nicht nur nachrichtlich, sondern konstitutiv vorgesehen ist, ist auf das Erscheinungsdatum der Zeitschrift zu achten, da erst hiermit eine wirksame Bekanntgabe erfolgt ist. Gegebenenfalls ist die Herausgabe einer Sonderausgabe erforderlich.

5.3 Personal-, Dienstrecht und Verwaltung

Verwaltungskostenbudgetierung

Zur Vermeidung eines weiteren Anstiegs der Verwaltungskosten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hatte der Gesetzgeber § 4 Abs. 4 SGB V durch Art. 1 des Zwölften SGB V-Änderungsgesetzes vom 12. Juni 2003 (BGBl. I, S. 844) neugefasst: Nach dieser Regelung, welche rückwirkend zum 1. Januar 2003 in Kraft trat, durften die Verwaltungskosten der einzelnen Krankenkasse 2003 gegenüber 2002 nicht steigen, wobei Veränderungen der jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten berücksichtigt werden konnten. Diese Regelung wurde durch Art. 1 Nr. 2 GMG vom 14. November 2003 (BGBl. I, S. 2190) mit Wirkung vom 1. Januar 2004 modifiziert und bis in das Jahr 2007 fortgeschrieben.

Als einzige gesetzliche Ausnahme von der Budgetierung der Verwaltungskosten hatte der Gesetzgeber die Kosten zugelassen, die im Jahre 2003 für strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme - DMP) entstanden sind. Außerdem hatte das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) aufgrund einer Initiative der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Gewerkschaften die Aufsichtsbehörden gebeten, Mehrkosten anzuerkennen, die allein aufgrund der Ausbildungsoffensive der Bundesregierung entstehen. Somit werden ab dem Jahr 2003 Verwaltungskosten erhöhungen, soweit sie gegenüber dem Basisjahr 2002 erhöhte Ausgaben für Neu-

einstellungen von Auszubildenden darstellen, im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Opportunität toleriert.

Dem Anliegen der Spitzenverbände, die Aufwendungen für die Einführung der Gesundheitskarte nach § 291 SGB V, für die persönliche Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V und für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V nicht als Verwaltungskosten im Sinne der Kontenklasse 7, sondern als „sonstige Aufwendungen“ im Sinne der Kontengruppe 69 zu klassifizieren, wurde vom BMGS durch eine Änderung des Kontenrahmens Rechnung getragen.

Insgesamt haben wir im Jahr 2004 aufgrund einer unzulässigen Steigerung der Verwaltungskosten den Haushalt von 116 Krankenkassen nach § 70 Abs. 5 S. 2 SGB IV beanstandet. Die Beanstandung konnte in zwölf Fällen aufgrund der Stellungnahmen der jeweiligen Kassen unter Berücksichtigung der genannten Ausnahmen aufgehoben werden. In den übrigen Fällen musste die Beanstandung aufrechterhalten werden.

Die betreffenden Kassen haben zwischenzeitlich größtenteils detailliert Stellung zu der Überschreitung genommen. Als Hauptgründe wurden die Erhöhung der Verbandsumlagen, Kosten aus den Disease-Management-Programmen und erhöhte Personalkosten (z.B. durch Tarifierhöhungen und Fortbildungen) benannt. Da diese Gründe nicht berücksichtigt werden können, haben wir die Kassen aufgefordert, dem Bundesversicherungsamt in regelmäßigen Abständen über konkrete Maßnahmen zur Verwaltungskosten senkung zu berichten. Die Umsetzung werden wir jeweils aufsichtsrechtlich begleiten.

Veröffentlichung von Vorstandsgehältern

Mit Art. 5 Nr. 6 GMG vom 14. November 2003 wurde in § 35a Abs. 6 SGB IV die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen, die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen in einer Übersicht jährlich zum 1. März, erstmals zum 1. März 2004, im Bundesanzeiger sowie in ihrer Mitgliederzeitschrift zu veröffentlichen.

Der Gesetzgeber beabsichtigte mit der Einführung der Veröffentlichungspflicht, dem Informationsbedürfnis der Beitragszahler und der Öffentlichkeit Rechnung zu tragen. Darüber hinaus hielt er die Transparenz der vereinbarten Vorstandsvergütungen für erforderlich, da es sich um den Einsatz öffentlicher Mittel handele, die auf gesetzlicher Grundlage erhoben würden.

Im Rahmen der Überprüfung der zur Veröffentlichung verpflichteten Kassen mussten wir feststellen, dass die Bereitschaft von Vorständen und Verwaltungsräten, die vom Gesetzgeber gewünschte Transparenz hinsichtlich der Vorstandsvergütungen herzustellen, eher gering ausgeprägt ist. Im Wesentlichen wird von den Vorständen der Kassen als Begründung für die fehlende Bereitschaft zur Veröffentlichung geltend gemacht, die gesetzliche Verpflichtung hierzu würde ihr Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung verletzen. Diese Auffassung wird vom Bundesversicherungsamt nicht geteilt. Wir waren daher gezwungen, zur Durchsetzung der gesetzlichen Veröffentlichungspflicht 50 Kassen gem. § 89 Abs. 1 S. 1 SGB IV formell aufsichtsrechtlich zu beraten bzw. gegenüber

25 Kassen Verpflichtungsbescheide gem. § 89 Abs. 1 S. 2 SGB IV zu erlassen. Zwischenzeitlich haben 22 Kassen gegen die Verpflichtungsbescheide Klage erhoben, Urteile liegen bisher jedoch nicht vor.

Einstufung der Dienstposten in den Geschäftsführungen bundesunmittelbarer Körperschaften (UV und LSV)

Mit dem Zweiten Gesetz zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern vom 23. Mai 1975 (2. BesVNG - BGBl. I S. 1173) wurde die Besoldung der dienstordnungsmäßig angestellten Geschäftsführer erstmals gesetzlich geregelt. Die bundesunmittelbaren gewerblichen Berufsgenossenschaften wurden in sieben Gruppen und die bundesunmittelbaren landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in vier Gruppen eingeteilt, für die jeweils ein Zuordnungsrahmen von drei Besoldungsstufen galt. Grundlage für die Einteilungen waren die in Bundes- und Landesbereichen gewonnenen Erfahrungen. Bewertungsgrundsätze waren Aufgabenbereich, Größe und Bedeutung der Körperschaft, insbesondere Mitgliederzahl, Zugang und Bestand an Leistungsfällen, Haushaltsvolumen. Ferner waren die gesetzlich übertragenen weiteren Aufgaben und bundesgesetzliche Einstufungen von Geschäftsführern anderer Sozialversicherungsträger zu beachten (Art VI-II § 1 Abs. 2 S.2 2.BesVNG). Für die gewerblichen Berufsgenossenschaften wurde auch der Mitgliederstruktur Rechnung getragen; bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossen wurden darüber hinaus die Aufgaben der landwirtschaftlichen Alterskassen und landwirtschaftlichen Krankenkassen berücksichtigt.

Diese im Jahr 1975 gesetzlich festgelegten Zuordnungsrahmen sind inzwischen aufgrund der strukturellen und wirtschaftlichen Wandlungen bzw. Organisationsänderungen, nicht zuletzt auch durch die Wiedervereinigung im Jahr 1990, nicht mehr sachgerecht. Sie wurden daher durch eine Ermächtigung des BMGS ersetzt, im Rahmen einer Rechtsverordnung, Höchstgrenzen für die besoldungsrechtliche Einstufung der Geschäftsführer und stellvertretenden Geschäftsführer der bundesunmittelbaren gewerblichen Berufsgenossenschaften und der landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger festzusetzen (Art. 3 des Sechsten Gesetzes zur Änderung besoldungsrechtlicher Vorschriften – 6. BesÄndG vom 14. Dezember 2001). Als Einstufungshöchstgrenze wurde hierbei die Einstufung in die Besoldungsgruppe B 6 der Bundesbesoldungsordnung beibehalten.

Diese unter maßgeblicher Mitwirkung des Bundesversicherungsamtes formulierte Verordnung vom 12. Oktober 2004 ist mit Wirkung vom 1. Dezember 2004 in Kraft getreten. Sie bestimmt, dass die Höchstgrenzen für die besoldungsrechtliche Einstufung der Dienstposten der Geschäftsführer vom Bundesversicherungsamt anhand von Punktwerten ermittelt werden. Die Veröffentlichung der Punktwerte durch das Bundesversicherungsamt erfolgte am 16. Dezember 2004 im Bundesanzeiger Nr. 239, S. 24 291. Gegenüber den bisherigen, sich aus den Zuordnungsrahmen ergebenden Obergrenzen, haben sich die Höchstgrenzen für die besoldungsrechtliche Einstufung der Geschäftsführer und der stellvertretenden Geschäftsführer in acht Fällen verringert und in vier Fällen erhöht.

Einrichtung von Stellen zur Bekämpfung des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 verpflichtet alle gesetzlichen Krankenkassen mit Wirkung vom 1. Januar 2004, mit eigens einzurichtenden Stellen Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige bzw. zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse hindeuten (Art. 1 Nr. 137 GMG; vgl. § 197a Abs. 1 S. 1 SGB V). Nach § 197a Abs. 2 S. 1 SGB V kann sich „jede Person“ - also nicht nur jeder Versicherte der einzelnen Kasse - in den genannten Angelegenheiten an diese Stellen wenden. Die entsprechenden Einheiten sollen den effizienten Einsatz der Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung sichern und das Vertrauen der Bürger in die Integrität der Krankenkassen stärken. Die Vorstände der Krankenkassen haben den Verwaltungsräten im Abstand von zwei Jahren, erstmals bis zum 31. Dezember 2005, über die Arbeit und Ergebnisse dieser Stellen zu berichten. Der Bericht ist auch der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten (§ 197a Abs. 5 SGB V).

Auf diese gesetzliche Verpflichtung haben wir die bundesunmittelbaren Krankenkassen mit Rundschreiben vom 19. August 2004 ausdrücklich hingewiesen und um Mitteilung der Umsetzung gebeten. Dabei haben wir klargestellt, dass es sich nach Sinn und Zweck dieser Vorschrift um eigenständige, von anderen Organisationseinheiten der Kasse unabhängige Stellen handeln muss.

Die mit Stand vom 31. Dezember 2004 eingegangenen 128 Rückmeldungen haben ergeben, dass 85 Kassen eine derartige Stelle eingerichtet haben und damit ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachgekommen sind. Weitere 41 Kassen beabsichtigen dies, sahen sich aber damals noch nicht dazu in der Lage. Zur Begründung wurde von einigen Kassen auf geplante Fusionen verwiesen. Andere - insbesondere kleinere Kassen - strebten in diesem Zusammenhang eine Zusammenarbeit mit ihren Landesverbänden an und warteten zunächst die dortigen Planungen ab. Weitere beabsichtigten, die Stelle des Beauftragten zur Bekämpfung des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen im Rahmen einer ohnehin geplanten organisatorischen Umstrukturierung einzurichten. Lediglich zwei Kassen stehen der Einrichtung einer derartigen Stelle grundsätzlich ablehnend gegenüber, da sie befürchten, hierdurch mit der Verpflichtung zur Verwaltungskostenbudgetierung in Konflikt zu geraten.

Das Bundesversicherungsamt wird den Fortgang der Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung aus § 197a SGB V weiterhin aufsichtsrechtlich überwachen und die Einrichtung einer entsprechenden Stelle bei allen bundesunmittelbaren Kassen durchsetzen.

Entscheidungen der Kommission der Bundesrepublik Deutschland zum Versorgungsruhens- und Entschädigungsrentengesetz

Die Kommission musste im Jahre 2004 noch eine Vorentscheidung über die Kürzung einer Entschädigungsrente nach § 5 Abs. 1 und 2 Entschädigungsrentengesetz (ERG) treffen. Die endgültige Entscheidung nach dieser Regelung trifft dann das

Bundesversicherungsamt unter Berücksichtigung des Kommissionsvorschlages.

Der Fall musste wegen des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 31. Oktober 2002 nochmals neu aufgerollt werden. Das BSG hatte unseren Bescheid aus dem Jahre 1995 wegen formeller Rechtswidrigkeit aufgehoben. Es ist der Auffassung, dass nach erfolgter Anhörung durch die Kommission das Bundesversicherungsamt einen Betroffenen nochmals anhören muss, ehe es den Bescheid erteilt (§§ 21 Abs. 1 Nr. 2 und 24 Abs. 1 SGB X; § 5 Abs. 1 und 2 ERG; § 6 Abs. 3 ERG i.V.m. § 24 Abs. 1 SGB X).

Der Betroffene hatte als Oberrichter am Stadtgericht Berlin in den 60er Jahren nachweisbar an fünf Entscheidungen gegen Fluchtwillige und Regimegegner mitgewirkt. Die damaligen Angeklagten wurden jeweils zu mehrjährigen Haftstrafen verurteilt. Wegen der Verletzung der Grundsätze der Menschlichkeit und Rechtsstaatlichkeit i.S.v. § 5 Abs. 1 ERG hatte die Kommission dem Bundesversicherungsamt vorgeschlagen, dem Betroffenen die Entschädigungsrente um 80 Prozent auf monatlich 143,50 € zu kürzen. Unter Berücksichtigung der Entscheidung des BSG vom 23. Oktober 2003, in der das Gericht erstmals Maßstäbe zur Höhe einer Kürzung und zur völligen Aberkennung einer Entschädigungsrente festlegte, war eine Kürzung um 80 Prozent geboten, da dies nach der Stellung des Betroffenen dem Regelfall entsprach.

Vereinzelte werden auch immer noch Bewilligungsanträge gestellt. Bewilligungsanträgen ist stattzugeben, wenn einem NS-Opfer oder seinem Hinterbliebenen in der DDR Wiedergutmachungsleistungen in rechtsstaatswidriger Weise vorenthalten

oder entzogen wurden (§ 3 Abs. 1 Buchst. b) und c) ERG). Vorentscheidungen traf die Kommission in drei Fällen. Die Anträge musste das Bundesversicherungsamt nach § 3 Abs. 3 Satz 1 ERG ablehnen, weil die Bewilligungsvoraussetzungen nicht vorlagen.

Über fünf weitere Bewilligungsanträge, die im Jahre 2004 gestellt wurden, stehen Entscheidungen der Kommission noch aus.

5.4 Datenschutz

Anzeigen nach § 85 Abs. 1 S. 2 bis S. 5 SGB IV

Sofern die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung beabsichtigen, Datenverarbeitungsanlagen, Datenverarbeitungssysteme oder Programme anzukaufen, zu leasen, anzumieten oder sich an solchen zu beteiligen, haben sie dies gemäß der seit dem 1. Juli 1994 geltenden Fassung des § 85 Abs. 1 S. 2 bis S. 5 SGB IV der Aufsichtsbehörde vor Abschluss verbindlicher Vereinbarungen so umfassend und rechtzeitig anzuzeigen, dass der Aufsichtsbehörde vor Vertragsabschluss ausreichend Zeit zur Prüfung und Beratung des Versicherungsträgers bleibt. Hierzu steht ein vom Landesversicherungsamt Nordrhein-Westfalen entwickeltes Anzeigeformular zur Verfügung, das auch von einer Internetseite des Bundesversicherungsamtes abgerufen werden kann. Da bis zum Beginn des Jahres 2004 mehr als 50 Krankenkassen keinerlei Anlass gesehen hatten, dem Bundesversicherungsamt derartige Vorhaben anzuzeigen, haben wir diese Unterlassungen im Einzelfall überprüft. Den betroffenen Trägern musste auf diese Weise bewusst gemacht werden, dass diese explizit vorgeschriebene präventive Kontrolle der Aufsicht geboten ist, um gegebenenfalls aus

Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten nicht tolerierbare Beschaffungsabsichten noch korrigieren zu können.

5.5 Vergaberecht

Entscheidungen der Vergabeprüfstelle nach § 103 Abs. 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Die Vergabeprüfstelle des Bundesversicherungsamtes hat im Jahre 2004 auf Antrag nicht berücksichtigter Bieter acht Verfahren geprüft. Hervorzuheben sind folgende Fälle:

Beschaffung von elektrischer Energie und Erdgas durch eine Berufsgenossenschaft

Die Berufsgenossenschaft schrieb die Beschaffung von Energie im nationalen Verfahren förmlich aus. Der geschätzte Auftragswert lag bei über einer Million €.

Da lediglich ein Angebot eingereicht wurde, hob die Berufsgenossenschaft die Ausschreibung nach § 26 Nr. 1 lit. c) der Verdingungsordnung für Leistungen – Teil A (VOL/A) mit der Begründung auf, dass das Angebot aus wirtschaftlicher Sicht nicht bewertet werden könne, da keine Vergleichsangebote vorlagen. Der Auftrag sollte dann an einen anderen Versorger freihändig vergeben werden.

Die Berufsgenossenschaft war der Auffassung, dass sie als Körperschaft des öffentlichen Rechts kein öffentlicher Auftraggeber i.S.v. § 98 Nr. 2 GWB sei und damit der Anwendungsbereich der §§ 97 ff. GWB nicht eröffnet gewesen sei. Die Berufsgenossenschaft stützte ihre Auffassung auf eine Entscheidung des Bayerischen Obersten Landesgerichts (BayObLG) vom

24. Mai 2004 sowie auf ein Rundschreiben des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften vom 2. August 2004.

Das BayObLG hatte die Auftraggebereigenschaft i.S.v. § 98 Nr. 2 GWB gesetzlicher Krankenkassen mit folgender Begründung verneint: Zum einen würden die Kassen nicht überwiegend – so wie dies § 98 Nr. 2 GWB voraussetzt – durch staatliche Stellen finanziert; die Finanzierung erfolge vielmehr im Wesentlichen durch Beiträge der Solidargemeinschaft. Zudem unterlägen die Kassen auch nicht staatlicher Kontrolle i.S.v. § 98 Nr. 2 GWB. Die Rechtsaufsicht reicht nach Auffassung des Gerichts hierfür nicht aus. Staatliche Kontrolle erfordere, dass die staatliche Stelle wesentlichen Einfluss auf die Vergabepaxis der beschaffenden Stelle nehmen könne.

Die Vergabeprüfstelle des Bundesversicherungsamtes war zuständig. Entgegen der Auffassung der Berufsgenossenschaft war der Anwendungsbereich der §§ 97 ff. GWB eröffnet. Außerdem lagen auch die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für eine Aufhebung der Ausschreibung nach § 26 Nr. 1 lit. c) VOL/A nicht vor.

Bei der Vergabe eines Auftrages zur Versorgung mit elektrischer Energie und Erdgas handelt es sich um eine sog. nachrangige Dienstleistung i.S.v. § 1a Nr. 2 Abs. 2 VOL/A, Anhang I B, Kategorie 27 (Sonstige Dienstleistungen). Zwar sind nachrangige Dienstleistungen aufgrund des Verweises in § 1a Nr. 2 Abs. 2 VOL/A auf die Basisparagrafen im nationalen Verfahren zu vergeben. Es bestehen insoweit nur die Mitteilungspflichten aus statistischen Gründen nach den §§ 8a und 28a VOL/A an das Amt für amtliche Veröffentlichungen der EU. Nach der Rechtsprechung der

Vergabekammer des Bundes beim Bundeskartellamt vom 10. April 2004 gelten aber die §§ 97 ff. GWB auch bei nachrangigen Dienstleistungen.

Eine Berufsgenossenschaft als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist entgegen der Auffassung des BayObLG auch öffentlicher Auftraggeber i.S.v. § 98 Nr. 2 GWB. Die staatliche Beherrschung von Berufsgenossenschaften folgt zum einen daraus, dass sie überwiegend vom Staat finanziert werden

Dem steht nicht entgegen, dass die Versicherungsbeiträge von den beitragspflichtigen Unternehmen erbracht werden, denn es handelt sich um Zwangsbeiträge. Die Finanzierung ist damit staatlich abgesichert. Zum anderen ergibt sich die staatliche Beherrschung von Berufsgenossenschaften aus den detaillierten gesetzlichen Regelungen, denen sie unterliegen, und der damit verbundenen staatlichen Kontrolle (gleiches gilt für gesetzliche Krankenkassen).

Die Vergabeprüfstelle des Bundesversicherungsamtes folgt damit der Rechtsauffassung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit, das innerhalb der Bundesregierung für Fragen des öffentlichen Auftragswesens federführend zuständig ist. Diese Rechtsauffassung entspricht auch der Rechtsprechung der 1. Vergabekammer des Bundes beim Bundeskartellamt und der Rechtsprechung der Vergabekammer bei der Finanzbehörde Hamburg.

Da der Auftragswert den Schwellenwert von 200.000 € ohne Umsatzsteuer (§§ 100 Abs. 1, 127 Nr. 1 GWB, § 2 Nr. 3 Vergabeverordnung – VgV) bei weitem überschritt, war die Zuständigkeit der Vergabeprüfstelle nach § 103 Abs. 2 GWB gegeben.

Auch die materiellen Voraussetzungen für eine Aufhebung der Ausschreibung nach § 26 Nr. 1 lit. c) VOL/A lagen nicht vor. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 18. Februar 2003 unterliegt die Aufhebung der Ausschreibung der Nachprüfung und kann ebenfalls aufgehoben werden. Voraussetzung ist, dass die Aufhebung der Ausschreibung vergaberechtswidrig war und der Auftraggeber weiter an der Auftragsvergabe festhält.

Entgegen der Auffassung der Berufsgenossenschaft rechtfertigte der Umstand, dass in einem förmlichen Vergabeverfahren nur ein Angebot abgegeben wurde, nicht ohne Weiteres die Aufhebung der Ausschreibung. Damit folgt die Vergabeprüfstelle der Rechtsprechung des OLG Koblenz und der des OLG Frankfurt am Main. Der öffentliche Auftraggeber ist allerdings nicht verpflichtet, ein einzig im Wettbewerb abgegebenes Angebot oder im Wettbewerb verbliebenes Angebot stets anzunehmen. Ansonsten würde ihm ein unzumutbares Wagnis auferlegt werden. Dies folgt aus § 2 Nr. 3 VOL/A. Nach dieser Regelung soll der Zuschlag auf Angebote, deren Preise nicht angemessen sind, nicht erteilt werden. Nicht angemessen sind solche Preise, die nicht den Marktpreisen entsprechen und damit nicht wirtschaftlich sind. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ist die Aufhebung der Ausschreibung auch bei nur einem abgegebenen Angebot nach § 26 Nr. 1 lit. c) VOL/A zulässig.

Der Berufsgenossenschaft war vorzuhalten, dass sie sich vor Aufhebung der Ausschreibung keine Übersicht über die aktuellen Energiepreise verschafft hatte. Die Vergabeprüfstelle hält aber bei Aufhebung der Ausschreibung ein Nachschieben von Gründen für zulässig. Wir haben daher die

Berufsgenossenschaft aufgefordert nachzuweisen, dass zum Zeitpunkt der Aufhebungsentscheidung der Angebotspreis stark überhöht war. Die Berufsgenossenschaft hat daraufhin eingelenkt und den Versorgungsvertrag mit dem Unternehmen geschlossen, das den Nachprüfungsantrag gestellt hatte.

Beschaffung einer Klimaanlage für die Serverräume einer Krankenkasse

Die Kasse hatte den Auftrag nach der Verdingungsordnung für Bauleistungen – Teil A (VOB/A) im nationalen Verfahren förmlich ausgeschrieben. Der Auftragswert lag bei ca. 240.000 €. Die Vergabeprüfstelle war nicht zuständig, weil bei Bauaufträgen der Schwellenwert bei fünf Millionen € ohne Umsatzsteuer liegt (§ 2 Nr. 4 VgV).

Die Antragstellerin machte aber geltend, dass die Leistung nicht als Bauleistung nach der VOB/A, sondern als Lieferauftrag nach der VOL/A auszuschreiben gewesen wäre. Deshalb sei der Schwellenwert nach § 2 Nr. 3 VgV in Höhe von 200.000 € ohne Umsatzsteuer maßgeblich. Die Antragstellerin begründete ihre Auffassung damit, dass die Lieferung und Montage der Klimaanlage keine Bauleistung gewesen sei. Dem konnten wir nicht folgen.

Der Begriff des Bauauftrages ist weit auszulegen und umfasst auch den Einbau maschineller/elektronischer Anlagen, die für die Funktion des Gebäudes (oder Gebäudeteiles) erforderlich sind. Voraussetzung ist eine dauerhafte Verbindung mit dem Bauwerk. Dies ist u.a. dann der Fall, wenn die Anlage nicht ohne Beeinträchtigung der Benutzbarkeit abgetrennt werden kann. Entscheidend ist damit die Zweckbestimmung der technischen Anlage. Diese lag darin, das Raumklima in den Serverräumen

zu verbessern, um Serverabstürze zu vermeiden. Demzufolge diene die Beschaffung der Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit und damit letztlich dem bestimmungsgemäßen Gebrauch der Verwaltungsgebäude der Kasse.

Es war also zutreffend, dass die Leistung nach der VOB/A vergeben wurde. Der Nachprüfungsantrag wurde als unzulässig verworfen.

Lieferung und Montage einer Starkstromanlage für ein zu errichtendes Klinikgebäude einer Berufsgenossenschaft

Der Auftrag wurde nach der VOB/A vergeben. Trotz eines Auftragswertes von ca. 2,7 Millionen € netto war der Nachprüfungsantrag zulässig.

Entscheidend für die Berechnung des Auftragswertes nach § 2 Nr. 4 VgV ist nämlich die geschätzte Gesamtvergütung eines Bauvorhabens. Dazu sind alle Aufträge zusammen zu rechnen, die aus technischer Sicht sowie für eine sachgerechte Nutzung zwingend notwendig sind, d.h. es muss sowohl ein funktionaler als auch ein zeitlicher Zusammenhang zwischen den einzelnen Aufträgen bestehen.

Diese Voraussetzungen lagen hier vor. Insgesamt wurden zur Errichtung des Gebäudes neun Gewerke mit einem Auftragswert von ca. neun Millionen € ohne Umsatzsteuer ausgeschrieben. Der Nachprüfungsantrag war demnach zulässig, in der Sache aber offenkundig unbegründet.

Beschaffung einer Rezept-Software durch eine Krankenkasse

Der Auftrag wurde am 22. März 2004 im Wege eines Nichtoffenen Verfahrens EU-

weit ausgeschrieben. Am 16. Juni 2004 wurden der Antragstellerin neben vier weiteren Bewerbern die Verdingungsunterlagen verbunden mit der Aufforderung zur Abgabe eines Angebots zugesandt. Mit Schreiben vom 28. Juli 2004 rügte die Antragstellerin gegenüber dem Sozialversicherungsträger, dass kein Bieter in der Lage sei, die in der Leistungsbeschreibung geforderten Leistungen zu erbringen.

In der Sache war auf die Rüge nicht näher einzugehen, weil sie nicht unverzüglich angebracht wurde.

Unverzüglichkeit bedeutet nach der Rechtsprechung des OLG Koblenz zu § 107 Abs. 3 GWB, dass die Rüge grundsätzlich binnen drei Tagen nach Kenntniserlangung eines Fehlers des Vergabeverfahrens anzubringen ist, um dem öffentlichen Auftraggeber die Möglichkeit einzuräumen, einen Vergabefehler bereits in einem frühen Stadium des Verfahrens ggf. selbst auszuräumen. Da die Vergabeunterlagen bereits am 16. Juni 2004 an die Antragstellerin übersandt wurden, die Rüge jedoch erst vom 28. Juli 2004 datierte, gilt diese nicht als unverzüglich vorgebracht. Die Antragstellerin musste bereits zu einem viel früheren Zeitpunkt Kenntnis des aus ihrer Sicht fehlerhaften Vergabeverfahrens gehabt haben.

Normadressat des § 107 GWB sind zwar nur die Vergabekammern. Im Rahmen ihrer Befugnisse nach § 103 Abs. 2 GWB legt aber auch die Vergabeprüfstelle die von der Rechtsprechung zu § 107 Abs. 3 GWB entwickelten Maßstäbe zugrunde. Alles andere würde dem das Vergabeverfahren beherrschenden Grundsatz des Beschleunigungsgebots widersprechen und zur Umgehung der Regelung führen.

Im Übrigen hatten mehrere Bieter versichert, die Leistungsanforderungen erfüllen zu können. Danach wäre die Rüge unbegründet gewesen, wenn sie rechtzeitig erhoben worden wäre.

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

Vergabe von Planungsleistungen durch einen Sozialversicherungsträger

Der Sozialversicherungsträger plante die Errichtung eines neuen Dienstgebäudes in Berlin. Auf die Eingabe der Bundesarchitektenkammer hin war zu beurteilen, ob ein Verhandlungsverfahren oder ein Planungswettbewerb der geeignete Weg zur Auftragsvergabe sei.

Baurechtliche Voraussetzung war, dass sich der Neubau in eine Bebauung mit überwiegend gewerblicher Nutzung einfügt. Der Sozialversicherungsträger schrieb die Planungsleistungen nach § 5 Abs. 1 der Verdingungsordnung für freiberufliche Leistungen (VOF) im Verhandlungsverfahren mit vorheriger Vergabebekanntmachung aus. Verhandlungsverfahren nach dieser Regelung sind Verfahren, bei denen der Auftraggeber ausgewählte Personen anspricht, um über die Auftragsbedingungen zu verhandeln. In der Vergabebekanntmachung hieß es, es bestehen hohe Anforderungen an die architektonische Qualität im innerstädtischen Raum.

Gegen die Durchführung eines Verhandlungsverfahrens wandte sich die Bundesarchitektenkammer. Sie ist der Auffassung, dass der Sozialversicherungsträger verpflichtet gewesen wäre, einen Planungswettbewerb nach § 25 Abs. 1 VOF unter

Berücksichtigung der „Grundsätze und Richtlinien für Wettbewerbe 95“ (GRW) in der Fassung vom 30. Januar 2004 durchzuführen. Ziel der GRW ist es, u.a. auf dem Gebiet des Städtebaus und Bauwesens beispielgebende Entwürfe für Gebäude und die Gestaltung von Städten zu entwickeln. Planungswettbewerbe sind Auslosungsverfahren, die dazu dienen, dem Auftraggeber einen Plan oder eine Planung zu verschaffen, deren Auswahl durch ein unabhängiges Preisgericht erfolgt (§ 20 Abs. 1 VOF).

Die Auffassung der Bundesarchitektenkammer, der Sozialversicherungsträger hätte einen Planungswettbewerb nach Maßgabe der GRW durchführen müssen, trifft nicht zu.

Die GRW gelten nur für den Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Verkehr-, Bau- und Wohnungswesen. Die Entscheidung des Trägers, statt eines Planungswettbewerbs ein Verhandlungsverfahren durchzuführen, betrifft den internen Organisationsbereich und damit den Kernbereich der Selbstverwaltung. In diesen Kernbereich kann der Bund auch nicht regulierend eingreifen.

Die Verfahrensweise des Trägers, die die GRW nur im Einzelfall anwendet, wenn sie dies für zweckmäßig hält, war danach nicht zu beanstanden.

Schwerpunktprüfung bei einer Krankenkasse

In einer Vielzahl der geprüften Fälle wurde festgestellt, dass die Vergabeverfahren nicht vergaberechtskonform waren.

So hatte die Kasse in mehreren Fällen Liefer- und Dienstleistungsaufträge freihändig vergeben, obwohl wegen Überschreitens

des Schwellenwertes von 200.000 € ohne Umsatzsteuer ein EU-weites Verfahren hätte durchgeführt werden müssen.

Ein Fall betraf die Beschaffung von Personalcomputern einschließlich Wartung. Ein Verhandlungsverfahren – entspricht national der freihändigen Vergabe – ohne vorherige öffentliche Vergabebekanntmachung kommt nur dann in Betracht, wenn einer der in § 3a Nr. 2 lit. a)-h) VOL/A genannten Ausnahmetatbestände erfüllt ist.

Nach § 3a Nr. 2 lit. c) VOL/A ist ein Verhandlungsverfahren ohne vorherige Vergabebekanntmachung dann zulässig, wenn für die Leistungserbringung nur ein Unternehmen in Frage kommt. Hierüber müssen absolut gesicherte Erkenntnisse vorliegen.

Es liegt auf der Hand, dass angesichts des Auftragsgegenstandes die Voraussetzungen dieses Ausnahmetatbestandes hier nicht vorlagen. Dies hat die Kasse auch zwischenzeitlich eingeräumt.

Ein anderer Fall betraf den Abschluss eines Vertrages über die Erstellung eines Konzeptes zur Implementierung eines Server-based Computing Systems.

Die Kasse war der Auffassung, dass ein Verfahren nach der VOF nicht durchzuführen gewesen sei. Sie stützte ihre Auffassung darauf, dass der geschätzte Auftragswert bei ca. 190.000 € ohne Umsatzsteuer liegen werde. Eine Markterkundung über die aktuellen Preise lag dieser Schätzung nicht zugrunde. Tatsächlich stellte sich dann heraus, dass sämtliche eingeholten Angebote weit über dem Schwellenwert von 200.000 € ohne Umsatzsteuer lagen. Spätestens nach Vorlage der Angebotspreise hätte die Kasse ein Verhandlungsverfahren mit vorheriger Vergabebekanntma-

chung nach § 5 Abs. 1 VOF durchführen müssen. Zumindest ab diesem Zeitpunkt hatte sie positive Kenntnis davon, dass der genannte Schwellenwert bei weitem überschritten wird. Zwar steht dem öffentlichen Auftraggeber bei der Schätzung des Auftragswertes ein Beurteilungsspielraum zu. Die Schätzung muss aber auf einer soliden, nachvollziehbaren Kalkulation beruhen. Ausschlaggebend ist der Verkehrs- oder Marktwert, zu dem eine bestimmte Leistung zum maßgeblichen Zeitpunkt zu erhalten ist. Nur wenn die Schätzung ordnungsgemäß erfolgt ist, ist es unbeachtlich, wenn sich nachträglich herausstellt, dass der Auftragswert entgegen der Schätzung über dem Schwellenwert liegt.

Der Vertrag wurde zwischenzeitlich aufgelöst. Die Kasse hat auch versichert, zukünftig vor Einleitung eines Vergabeverfahrens eine nachvollziehbare Kalkulation über den geschätzten Auftragswert zu erstellen.

Wir haben die Kasse auch darauf hingewiesen, dass sie in einer Vielzahl der geprüften Fälle ihrer Informationspflicht an nicht berücksichtigte Bieter nach § 13 VgV nicht nachgekommen war oder die Informationen nicht den inhaltlichen Anforderungen der Regelung entsprachen.

Die Informationspflicht gilt unabhängig von der Vergabeart (Offenes Verfahren, Nichtoffenes Verfahren, Verhandlungsverfahren) immer dann, wenn der jeweils maßgebliche Schwellenwert erreicht oder überschritten wird. Die Informationspflicht entfällt auch nicht, wenn eine Ausschreibung nach § 26 Nr. 1 VOB/A oder § 26 Nr. 1 VOL/A aufgehoben wurde und im Anschluss daran mit mehreren Unternehmen verhandelt und mit einem der Vertrag geschlossen wurde. Inhaltlich setzt die Regelung voraus, dass nicht zum Zuge kom-

mende Bieter über den Grund ihrer Nichtberücksichtigung zu informieren sind. Die Information hat schriftlich spätestens vierzehn Tage vor dem beabsichtigten Vertragsschluss zu erfolgen. Die Bieterschutzvorschrift des § 13 VgV soll es einem nicht berücksichtigten Bieter ermöglichen, überprüfen zu lassen, ob sein Ausschluss vergaberechtskonform war. Unterlässt es ein öffentlicher Auftraggeber, die Information zu erteilen oder entspricht sie nicht den inhaltlichen Anforderungen des § 13 VgV oder wird die vierzehn-Tages-Frist nicht eingehalten, kann dies nach Satz sechs der Regelung zur Feststellung der Nichtigkeit eines dennoch abgeschlossenen Vertrages führen.

Die Kasse hat versichert, zukünftig ihre Informationspflichten, wie sie sich aus § 13 VgV ergeben, zu erfüllen.

Weitere Beschaffungen

Im Rahmen von Anzeigen nach § 85 Abs. 1 SGB IV über die Beschaffung von Hard- und Software durch Sozialversicherungsträger zeigte sich auch hier, dass die Aufträge nicht selten freihändig vergeben wurden, obwohl ein förmliches Vergabeverfahren hätte durchgeführt werden müssen. Die Träger wurden auf den Rechtsverstoß hingewiesen und aufgefordert, zukünftig vergaberechtskonform zu handeln.

5.6 Vermögenswirtschaft

Ausstieg aus der VBL

Zwei gewerbliche Berufsgenossenschaften planten im Jahre 2004, dem drohenden Anstieg ihrer Verwaltungskosten durch Kündigung ihrer Mitgliedschaft in der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) zu begegnen. Das Bundesversiche-

rungsamt hatte dabei zu prüfen, ob die Möglichkeit besteht, den als Ablösung zu zahlenden Gegenwert erworbener Ansprüche der BG-Mitarbeiter durch Entnahmen aus der Rücklage zu finanzieren.

Die VBL ist Versorgungsanstalt zur Durchführung der betrieblichen Altersvorsorge für Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes. Mitglieder sind im Wesentlichen der Bund, die Länder und Kommunen. Auch viele bundesunmittelbare Sozialversicherungsträger sind Mitglied der VBL, deren Satzung in der Vergangenheit ausschließlich auf dem Umlageprinzip beruhte. Das heißt, die Kosten der laufenden Renten wurden auf die beitragspflichtigen Arbeitgeber und Arbeitnehmer umgelegt.

Auf Grund der demografischen Entwicklung und der abnehmenden Zahl von Beschäftigten beim Bund, den Ländern und den Kommunen befürchten die Sozialversicherungsträger, dass in den kommenden Jahren höhere Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge zu zahlen wären. Um einem Anstieg der Verwaltungskosten vorzubeugen und den Beschäftigten eine davon unabhängige betriebliche Altersversorgung nach dem Kapitaldeckungsprinzip anbieten zu können, haben zwei Berufsgenossenschaften ihre Mitgliedschaft in der VBL gekündigt.

Da die laufenden Renten der früheren Kollegen und die bereits erworbenen Anwartschaften finanziert werden müssen, müssen Arbeitgeber, die gekündigt haben, einen sogenannten Gegenwert entrichten. Diesen Gegenwert haben die Berufsgenossenschaften durch Entnahmen aus der Rücklage finanziert.

Bei der Prüfung des „Ausstiegs“ aus der VBL hat das Bundesversicherungsamt insbesondere die Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit geprüft. Genehmigungsfähig ist ein solches Vorgehen dann, wenn sich der Ausstieg in einem Zeitraum von fünfzehn - maximal zwanzig - Jahren „rechnet“. Die Berufsgenossenschaften legten jeweils versicherungsmathematische Gutachten vor, die Vor- und Nachteile eines Ausstiegs und den Aufbau einer eigenen betrieblichen Altersvorsorge untersuchten.

Durch Gegenüberstellung des Verbleibmodells mit dem Ausstiegsmodell ergibt sich jeweils ein „Break-Even-Jahr“, in dem der über die Jahre kumulierte Gesamtaufwand bei einem Ausstieg aus der VBL erstmals den Gesamtaufwand bei einem Verbleib in der VBL unterschreitet. Diese Berechnungsmethode wird auch üblicherweise bei Wirtschaftlichkeitsberechnungen von Investitionen angewandt. Beide Berufsgenossenschaften konnten darlegen, dass sie das Break-Even-Jahr innerhalb der Fristen erreichen.

Aus aufsichtsrechtlicher Sicht hatte das Bundesversicherungsamt daher keine Bedenken gegen die Kündigung der VBL-Beteiligung der beiden Berufsgenossenschaften und die Schaffung eigenständiger betrieblicher Altersversorgungssysteme.

Genehmigungsbescheide

Aufgrund der in § 85 SGB IV vorgeschriebenen Genehmigungspflicht bestimmter Vermögensanlagen ergingen im Jahr Genehmigungsbescheide in Höhe von insgesamt 164,7 Millionen €, die sich - im Vergleich zum Vorjahr - wie folgt verteilen:

Genehmigungsgegenstand	Genehmigungsvolumen in Millionen €	
	2003	2004
Darlehen	16,9	8,1
Beteiligungen	52,4	109,0
Erwerb von Grundstücken	44,1	13,8
Errichten und Erweitern von Gebäuden	74,4	33,8
Summe	187,8	164,7

Auf die Durchführung von Baumaßnahmen entfielen 24 Genehmigungen, auf Darlehensanträge 38, auf Beteiligungen 58 und auf den Erwerb von Grundstücken eine Genehmigung.

Aufgrund der stagnierenden Entwicklung des Arbeitsmarktes, der für die finanziellen Spielräume der Sozialversicherungsträger entscheidend ist, hat das Gesamtgenehmigungsvolumen im Jahr 2004 164,7 Millionen € betragen, also rund 23 Millionen € oder neun Prozent weniger als im Vorjahr. Es pendelt sich weiterhin auf dem Niveau vor der Wiedervereinigung ein.

Im Rahmen unserer aufsichtsrechtlichen Beratungstätigkeit beobachten wir allerdings parallel eine deutliche Zunahme von Beteiligungen, Bauvorhaben und Grunderwerben der privaten Gesellschaften, an denen Versicherungsträger beteiligt sind und die nach der für 2004 geltenden Gesetzeslage weder anzeige-, noch genehmigungspflichtig waren. Nach Inkrafttreten des Verwaltungsverfahrenvereinfachungsgesetzes müssen auch die Investitionsvorhaben der privaten Gesellschaften von den beteiligten Versicherungsträgern der Aufsichtsbehörde angezeigt werden.

5.7 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 (RSAV) vom 27. Juni 2002 wurden die Anforderungen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs festgelegt. Mit weiteren Änderungsverordnungen wurden im Jahr 2003 das Krankheitsbild Koronare Herzerkrankungen und im Jahr 2004 die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 1, Asthma und COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) in die RSAV aufgenommen.

Das Bundesversicherungsamt ist die zuständige Behörde für die Zulassung von Disease-Management-Programmen. Diese Aufgabe wird von drei Referaten der Abteilung V wahrgenommen. Wir prüfen in

medizinischer und rechtlicher Hinsicht, ob die eingereichten Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge mit den Anforderungen in der Risikostrukturausgleichsverordnung übereinstimmen. Dadurch werden eine bundesweit einheitliche Verfahrensweise und die neutrale Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen sichergestellt. Da mit der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme ein neuer Verwaltungszweig geschaffen wurde, wurden zunächst in enger Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung wesentliche Grundsatzfragen geklärt.

In der Einführungsphase der Disease-Management-Programme musste das Bundesversicherungsamt bei der Prüfung der Anträge schwerwiegende Mängel feststellen. Vor allem in den zur Umsetzung der Programme abgeschlossenen Verträgen zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft waren in den Sachbereichen Datenübermittlung und -verwendung, Qualitätssicherung und Patientenansprache Abweichungen von den Vorgaben der RSAV zu finden. Dies ist einerseits auf die komplexen Anforderungen insbesondere im Hinblick auf den Datenfluss zurückzuführen. Andererseits loteten die Vertragspartner die Grenzen dessen aus, was gerade noch mit der RSAV vereinbar und somit zulassungsfähig ist. Dies war nicht zuletzt ein Ausdruck der starken Verhandlungsposition der Kassenärztlichen Vereinigungen, die dadurch bedingt ist, dass ohne Einbindung der ambulant-ärztlichen Versorgungsebene die Umsetzung von Disease-Management-Programmen nicht möglich ist.

Aufgrund der Vielzahl der eingegangenen Anträge im Bundesversicherungsamt wurden im Jahr 2004 die personellen Kapazitäten zur Antragsprüfung erweitert. Mit dem Haushaltsgesetz 2004 wurden dem Bundesversicherungsamt zur Wahrnehmung der Aufgaben im Rahmen von Disease-Management-Programmen, insbesondere deren Zulassung und Evaluation, siebzehn neue Stellen bewilligt.

Zur Bewältigung der gestiegenen Antragszahlen war es erforderlich, neben dem Referat für juristische Grundsatzfragen sowie dem Referat für medizinische Fragen der Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen - zwei Referate, die auch die Anträge bearbeiten - ein drittes Referat als reines Zulassungsreferat einzurichten. Darüber hinaus wurde zur Verfahrensvereinfachung die Abstimmung von Musterprogrammen, Musterverträgen und sonstigen Antragsbestandteilen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen intensiviert. Im Ergebnis konnte so die Antragsbearbeitung im Jahr 2004 optimiert werden.

Der Stand des Zulassungsverfahrens für die Disease-Management-Programme stellte sich zum 31. Dezember 2004 folgendermaßen dar:

Zulassungsstand zum 31. 12. 2004		
Indikation	Anträge	Bescheide
DM II	3.161	2.771
Brustkrebs	1.926	387
KHK	1.137	0
Insgesamt	6.224	3.158

Aktuell wurden über 5.000 von 8.358 Anträgen beschieden.

Zulassungsstand zum 02.09.2005		
Indikation	Anträge	Bescheide
DM II	3.388	3.081
Brustkrebs	2.569	1.464
KHK	2.055	504
DM I	346	0
Insgesamt	8.358	5.049

Verfahrensstand zum 02.09.2005	
Anträge insgesamt	8.358
Beschieden	5.049
Rückmeldungen der Krankenkassen stehen aus*	ca. 1.610
Zur Zeit in Bescheiderstellung*	ca. 800
noch nicht geprüft (Antragseingang < 3 Monate)*	ca. 900

* Schätzung

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 berufen. Im November 2004 wurden die methodischen Kriterien zum Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 2 veröffentlicht.

6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

- 6.1 Allgemeines
- 6.2 Jahresausgleich 2003
- 6.3 Monatliches Verfahren
- 6.4 Risikopool
- 6.5 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 Grundlohnsommen zwischen den Krankenkassen, die zu erheblichen Beitragsdifferenzen geführt haben, aufzuheben. Zur Erfassung der Morbiditätsrisiken werden die Risiko- bzw. Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht, 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.

Da der Risikostrukturausgleich – bedingt durch seine indirekte Morbiditätserfassung – die Risikobelastungen von Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Morbiditäten ihrer Versicherten entstehen, nicht hinreichend berücksichtigt, soll die Morbidität der Versicherten vom 1. Januar 2007 an direkt auf der Grundlage von Diagnosen und Verordnungen erfasst werden. Im Übergang wird seit dem Jahr 2002 die Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch Kranke als zusätzliches Morbiditätsmerkmal eingeführt. Daneben wird der RSA durch ein

neues Ausgleichsverfahren – den Risikopool – ergänzt (siehe Abschnitt 6.4).

Verwaltungskosten sowie Ermessens- und Erprobungsleistungen der Krankenkassen werden weiterhin nicht in den Ausgleich einbezogen. Da somit nicht alle Ausgaben der Krankenkassen im Ausgleich berücksichtigungsfähig sind, werden Unterschiede in der Finanzkraft auch nur zu 93 Prozent ausgeglichen.

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 Versichertengruppen (sog. Verhältniswerte) für jede Krankenkasse einen individuellen Beitragsbedarf. Diesem Beitragsbedarf wird die Finanzkraft der einzelnen Krankenkassen gegenübergestellt, die das Beitragsaufkommen aufgrund unterschiedlich hoher beitragspflichtiger Einnahmen der Mitglieder berücksichtigt. Die Finanzkraft errechnet sich für jede Krankenkasse als Produkt aus ihrer kassenindividuellen Grundlohnsomme und dem vom Bundesversicherungsamt ermittelten GKV-weit gültigen Ausgleichsbedarfssatz. 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 Differenz von Beitragsbedarf und Finanzkraft ergibt die Höhe des Ausgleichsanspruchs bzw.

der Zahlungsverpflichtung der einzelnen Krankenkasse.

Die Umsetzung des RSA erfolgt in einem zweistufigen Verfahren. Im monatlichen Verfahren (siehe 6.3) werden voraussichtliche Werte für den Beitragsbedarf und die Finanzkraft angesetzt. 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 2003

Die Jahresausgleiche 2003 für den Risikostrukturausgleich sowie für den Risikopool wurden im November 2004 durchgeführt. Insgesamt 299 Krankenkassen nahmen am Jahresausgleichsverfahren teil. Das RSA-Umverteilungsvolumen betrug rund 15,1 Milliarden €. Im Risikopool wurden rund 0,7 Milliarden € zwischen den Krankenkassen umverteilt. Zusammen mit dem Risikopool ergibt sich ein Umverteilungsvolumen für das Jahr 2003 von rund 15,8 Milliarden € (s. Abb. 1), das damit annähernd eine Milliarde € über dem Vorjahresergebnis liegt. Das Transfervolumen wird etwa zur Hälfte aus Unterschieden in der Finanzkraft und zur anderen Hälfte aus Unterschieden in der Risikostruktur bestimmt.

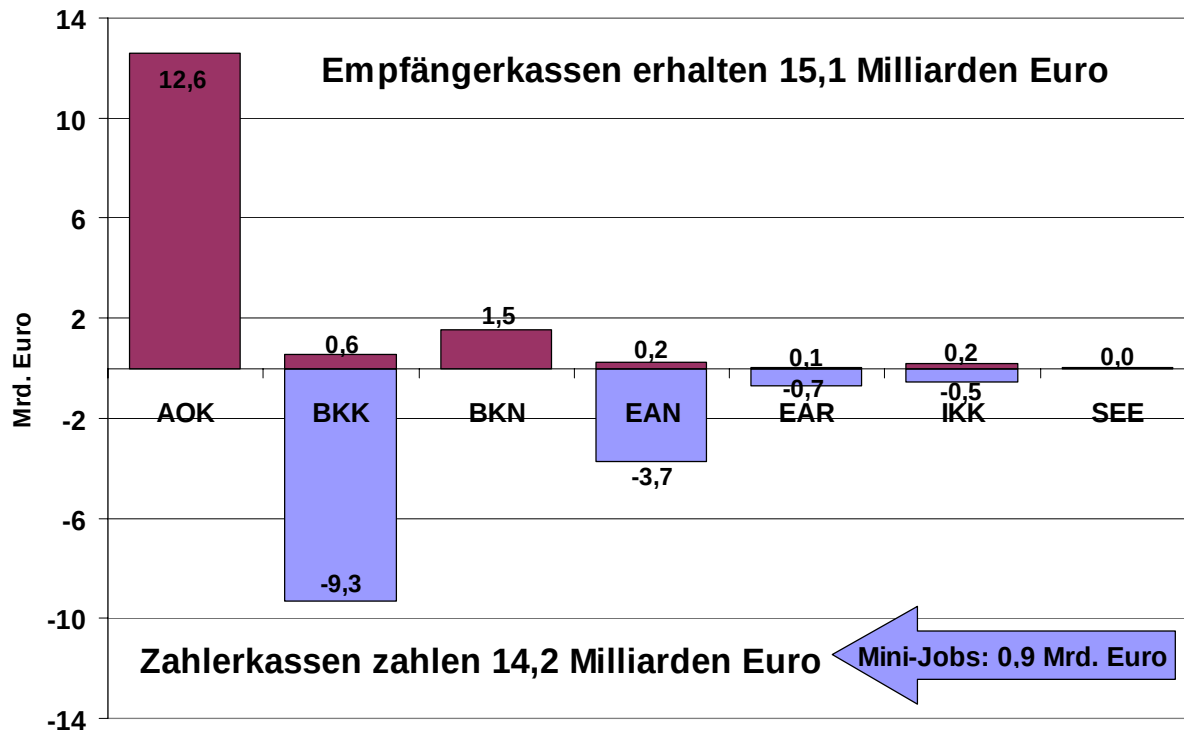
Der Anstieg des Transfervolumens resultiert etwa zur Hälfte aus der Umstellung des Beitragseinzuges bei den geringfügig

Beschäftigten. Durch den zum 1. April 2003 eingeführten zentralen Einzug gehen gegenüber dem dezentralen Einzug Verrechnungsmöglichkeiten auf Einzelkassenebene verloren.

Zur Deckung der gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im RSA (rd. 125,9 Milliarden €) wurde ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz für das gesamte Bundesgebiet von 13,06 Prozent ermittelt, für den Risikopool ein Ausgleichsbedarfssatz von rund 0,48 Prozent. Die entsprechenden jährlichen durchschnittlich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für einen Versicherten betrugen somit im Bundesdurchschnitt 1.798 €. Die unterschiedliche Finanzkraft der gesetzlichen Krankenversicherung in West und Ost, die bestimmt wird durch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in den beiden Rechtskreisen, ist im Jahr 2003 mit rund 2.178 Millionen € über den Risikostrukturausgleich und mit rund 94 Millionen € über den Risikopool zu Gunsten der neuen Länder ausgeglichen worden.

Seit dem Jahr 2001 wird stufenweise ein gesamtdeutscher Risikostrukturausgleich auch für den Beitragsbedarf eingeführt. Die endgültige Rechtsangleichung wird im Jahre 2007 erreicht werden. Die Rechtskreisangleichung Ost und West war im Jahre 2003 mit einem Gewichtungsfaktor von 50 Prozent zu berücksichtigen. Für 2003 bedeutete dies einen zusätzlichen Transfer von den West-Krankenkassen zu den Ost-Krankenkassen in Höhe von rund 693,8 Millionen €.

Abbildung 1 2003



* Beiträge des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung nach § 249 b SGB V

DMP im Jahresausgleich 2003

Erstmalig waren im Jahresausgleich 2003 für in strukturierte Behandlungsprogramme („Disease-Management-Programme“ - DMP) eingeschriebene Versicherte eigene Versichertengruppen zu bilden. Im Jahr 2003 lagen flächendeckende Zulassungen für die chronische Krankheit Diabetes mellitus-Typ II mit insgesamt 134.369 eingeschriebenen Versicherten vor. Bei Brustkrebs gab es Zulassungen nur in den Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe mit 2.536 eingeschriebenen Versicherten (s. Abb. 2).

Im Durchschnitt erhielt jede Krankenkasse für jeden eingeschriebenen Altersdiabetiker 3.877 € und für jede eingeschriebene Brustkrebspatientin 5.198 € an Beitragsbedarf. Die Spitzenverbände der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt ge-

hen davon aus, dass sich diese Werte im Jahresausgleich 2004 auf etwa 4.300 € und 6.500 € erhöhen werden (s. Abb. 3). Hätte es keine gesonderte Berücksichtigung dieser Gruppen gegeben, hätten die Krankenkassen für jeden Altersdiabetiker durchschnittlich 3.214 € und für jede Brustkrebspatientinnen durchschnittlich 2.596 € aus dem Risikostrukturausgleich erhalten.

Weiter wurden Aufwendungen für die Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme in Form einer Programmkostenpauschale von 0,23 € je Versichertentag über den Ausgleichsbedarfssatz finanziert.

Aufgrund der noch geringen Einschreibezahlen und der Tatsache, dass insbesondere die Prävalenz der Krankheit Diabetes mellitus Typ 2 stark mit dem bereits angerechneten Merkmal Alter korreliert, führte die Berücksichtigung der strukturierten Be-

handlungsprogramme nur zu geringfügig finanziellen Auswirkungen im Jahresausgleich 2003 (s. Abb. 4). Neben der gesonderten Würdigung bei der Berechnung des Beitragsbedarfs führen auch die Programmkostenpauschalen zu Umverteilungswirkungen.

Ortskrankenkassen und Bundesknappschaft wurden insgesamt mit 4,9 bzw. 3,8 Millionen € begünstigt, während die Betriebskrankenkassen und Ersatzkassen mit 3,8 bzw. 5,2 Millionen € belastet wurden.

Abbildung 2: DMP im Jahresausgleich 2003

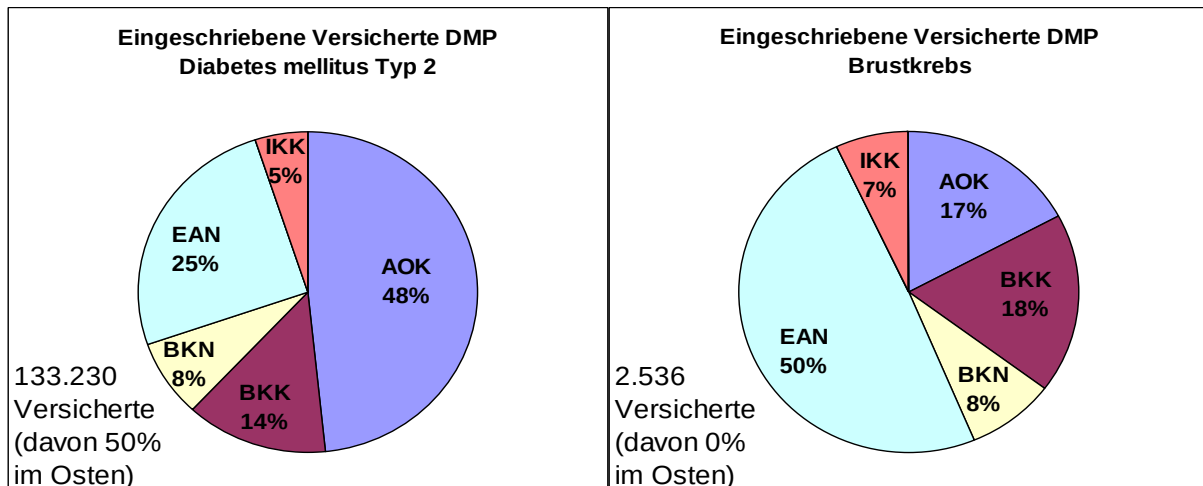
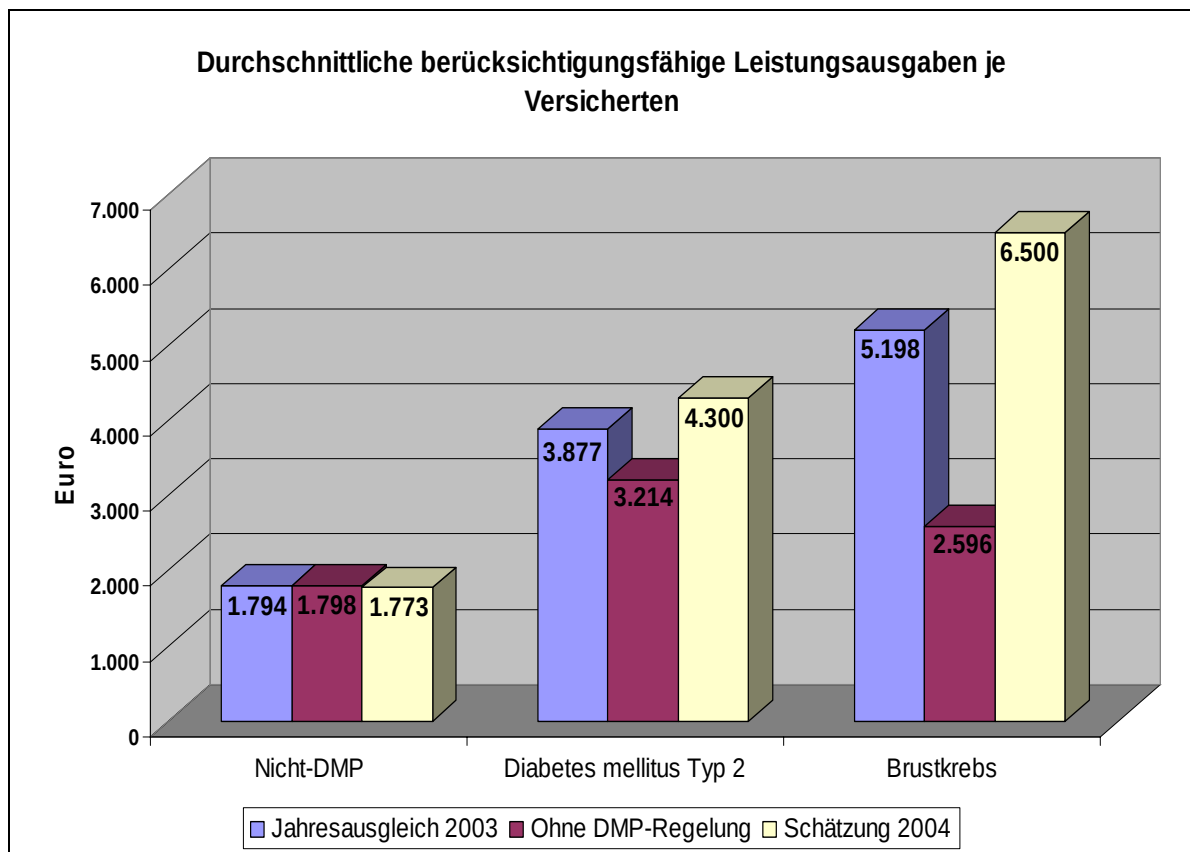
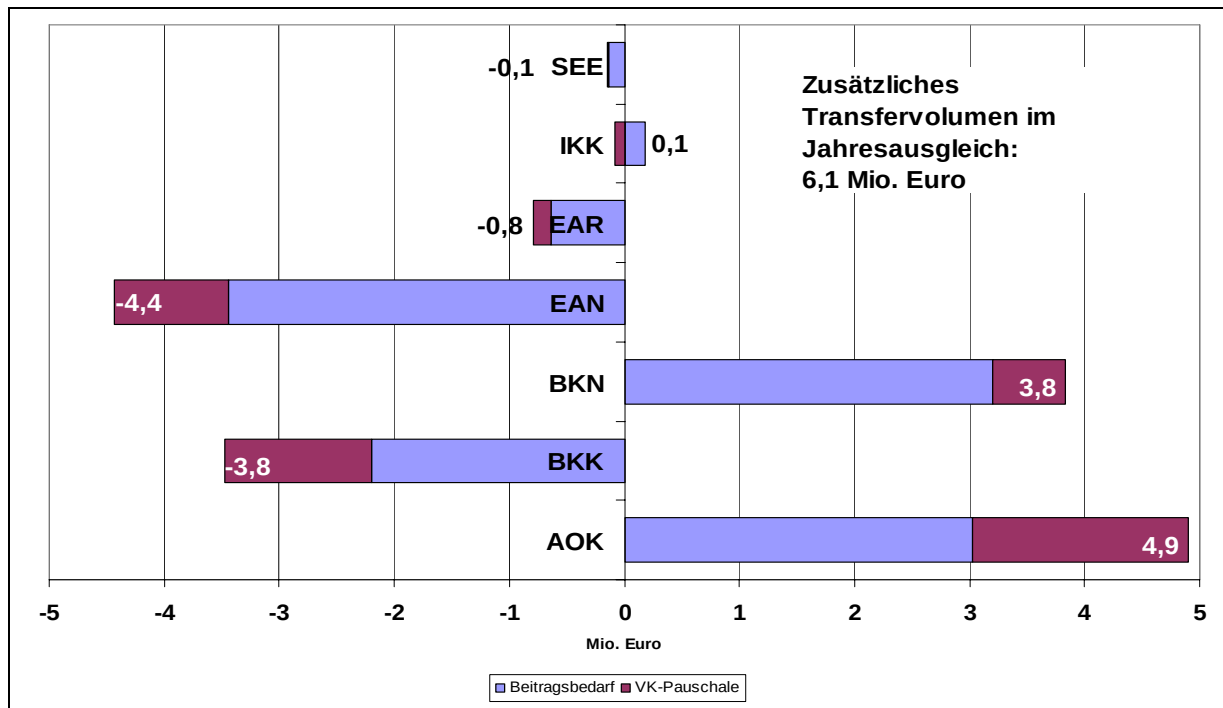


Abbildung 3: DMP im Jahresausgleich 2003



**Abbildung 4: DMP im Jahresausgleich 2003
Umverteilungswirkung**



6.3 Monatliches Verfahren

Im monatlichen Abschlagsverfahren für 2004 wurden zwischen den Kassen rund 15,6 Milliarden € im RSA umverteilt; hinzu kamen ca. 849 Millionen € im monatlichen Abschlagsverfahren für den Risikopool.

Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV

Die Steuerungsgrößen im monatlichen Verfahren werden aufgrund von Prognosen und Schätzwerten ermittelt. Dadurch auftretende Verwerfungen werden bereits sehr frühzeitig durch die Zwischenausgleiche aufgefangen. Diese mit der fünften Änderungsverordnung zur RSAV vom 4. Dezember 2002 in § 17 Abs. 3a eingeführten Zwischenausgleiche greifen auf Daten zu, die von den Krankenkassen tatsächlich gebucht und in der Vierteljahrsstatistik über

Einnahmen, Ausgaben und Vermögen der gesetzlichen Krankenversicherung (KV 45) jeweils für ein Kalenderjahr bzw. Kalenderhalbjahr dokumentiert werden. Dadurch wird schon unterjährig die Kalkulationssicherheit der Kassen erhöht.

Der Zwischenausgleich für das Kalenderjahr 2003 unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Januar bis Dezember 2003 nach § 17 Abs. 3a RSAV wurde auf der Grundlage der KV 45 4. Quartal 2003 zum 31. März 2004 durchgeführt.

Im Vergleich der Jahresausgleiche der Jahre 2001, 2002 und 2003 hat sich dabei gezeigt, dass das Ziel des Zwischenausgleichs, Verwerfungen des monatlichen Verfahrens frühzeitig auszubalancieren, erreicht worden ist. War beim Jahresausgleich 2001 gegenüber dem monatlichen Verfahren noch ein Umverteilungsvolumen

von 918,7 Millionen € von den Krankenkassen zu bewältigen, lag das tatsächliche Zahlungsvolumen beim Jahresausgleich 2002 bei 287 Millionen € und sank beim Jahresausgleich 2003 nochmals auf ca. 216 Millionen €. Hierbei ist noch zu berücksichtigen, dass beim Jahresausgleich 2003 ca. die Hälfte des Ausgleichsvolumens noch auf die Korrektur der Vorjahre entfällt. Die steuernde Wirkung des Zwischenausgleichs lässt sich auch an der Zahl der Einzelfallanträge erkennen. Im Jahr 2003 wurden 116 Anträge gestellt, davon wurden 36 mit einem Volumen von 250 Millionen € bewilligt. Im Jahr 2004 sank diese Zahl auf siebzehn Anträge, von denen sieben mit einem Volumen von 30 Millionen € bewilligt wurden.

Der Zwischenausgleich für das erste Halbjahr 2004 unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Januar bis Juni 2004 nach § 17 Abs. 3a RSAV wurde zum 06. Oktober 2004 durchgeführt.

Die Auswertung der festgestellten Salden zu diesem Zwischenausgleich hat ergeben, dass für den Bereich des Risikostrukturausgleiches insgesamt 550,68 Millionen € Zahlungsverpflichtungen bestanden. Dem standen 553,76 Millionen € Zahlungsansprüche gegenüber. Die Differenz (3,08 Millionen €) entsprach dem Überschuss, der bei der BfA im monatlichen Abschlagsverfahren im ersten Halbjahr 2004 unter Berücksichtigung der für das erste Halbjahr 2004 beschiedenen Einzelfallanträge aufgelaufen war und somit ausgeglichen wurde.

Beim Risikopool ergaben sich 17,56 Millionen € Zahlungsverpflichtungen, denen 16,77 Millionen € Zahlungsansprüche gegenüberstanden. Hier war die Differenz (-0,8 Millionen €) identisch mit dem bei der

BfA im monatlichen Abschlagsverfahren für das erste Halbjahr 2004 aufgelaufenen Defizit.

Auch hier wurde das Hauptziel des Zwischenausgleiches, als ergänzendes Instrument zum monatlichen Abschlagsverfahren den Ausgleich der Verwerfungen zwischen dem monatlichen Abschlagsverfahren und dem Jahresausgleich frühzeitig herbeizuführen, erreicht.

Abgeltung von Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen

Der Bund beteiligt sich ab dem Jahr 2004 im Rahmen einer pauschalen Abgeltung an den Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen (§ 221 SGB V – eingefügt durch das Gesetz vom 14. November 2003 – und Pauschalabgeltungsverordnung vom 26. April 2004). Die jährliche Pauschale in Höhe von einer Milliarde € (2004), 2,5 Milliarden € (2005) und ab 2006 in Höhe von 4,2 Milliarden € ist jeweils zur Hälfte am 1. Mai und am 1. November über das Bundesversicherungsamt und den AOK-Bundesverband als „Zentrale Stelle“ an die Krankenkassen zu zahlen. Die Ermittlung der auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge ist Aufgabe des Bundesversicherungsamtes.

Im Gegensatz zu den sonstigen RSA-Regelungen sind in dieses Verfahren auch die Landwirtschaftlichen Krankenkassen einbezogen. Der ihnen zustehende Betrag wird direkt über die Zentrale Stelle an sie ausgezahlt.

Bei den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen wird der Abgeltungsbetrag von den Krankenkassen über den Vordruck Teil D ins monatliche

Verfahren eingebracht und verringert dort den Beitragsbedarf. Ausgleichend mindert der Gesamtabgeltungsbetrag im jeweiligen Auszahlungsmonat den Ausgleichsbedarf-satz für die Gesetzliche Krankenversicherung.

6.4 Risikopool

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs ist das Instrument des Risikopools zum 1. Januar 2002 in den § 269 SGB V, bzw. § 28a RSAV eingeführt worden. Mit diesem Ausgleichsverfahren wird der Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen ergänzt. Ziel ist die solidarische Finanzierung besonderer Risikobelastungen von Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Morbiditäten ihrer Versicherten entstehen und durch die nur indirekte Morbiditätszuordnung des Risikostrukturausgleichs 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 (entfällt ab 2004) und nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse, soweit diese den Schwellenwert von 20.450 € pro Jahr übersteigen.

Die beim Jahresausgleich 2003 für den Risikopool ermittelten Zahlen zeigen folgende Zusammenhänge auf:

- Die im Risikopool gemeldeten 0,56 Millionen Versicherten entsprechen 0,8 Prozent der ca. 70 Millionen im RSA gemeldeten Versicherten;

- Die von ihnen verursachten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben in Höhe von 19,7 Milliarden € entsprechen 14,64 Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von ca. 135 Milliarden € im Risikostrukturausgleich 2003.
- Der Risikopoolbetrag lag mit rund 4,6 Milliarden € bei 24 Prozent der Gesamtsumme der gemeldeten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben. Das entspricht jedoch nur 3,39 Prozent der Summe der im RSA gemeldeten Leistungsausgaben.

Weitere wichtige Kennzahlen sind der Tabelle im Anhang zu entnehmen.

6.5 Prüfung nach § 15a RSAV

Die Prüfung der von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool mitzuteilenden Daten durch die Prüfdienste gem. § 274 SGB V und die Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten werden in der fünften Änderungsverordnung zur RSAV vom 4. Dezember 2002 und in der achten 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 sind die Bereiche, die im Risikostrukturausgleich finanzwirksam sind, d. h. die gemeldeten Versicherungszeiten, die Beitragseinstufung der Versicherten, die im Risikopool gemeldeten Daten sowie die Unterlagen der Versicherten, die in ein nach § 137g

SGB V zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind. Den Kern der Regelung bildet die Möglichkeit, eine festgestellte Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle hochzurechnen und den auf Grund dieser Hochrechnung ermittelten Korrekturbetrag gegenüber der betroffenen Krankenkasse durch Bescheid geltend zu machen.

In einem ersten Prüfturnus wurden 2004 die Versichertenzeiten 2001 und die Beitragsfestsetzung 2001 (diese allerdings ohne die Konsequenz einer Hochrechnung und Erhebung eines Korrekturbetrages, die die RSAV in diesem Bereich nicht vorsieht) sowie die Meldungen zum Risikopool für das Jahr 2002 überprüft. Mit den ersten Prüfungen wurde im Januar 2004 begonnen, im Januar 2005 lagen uns ca.

90 Prozent der Prüfergebnisse zur weiteren Bearbeitung vor. Bei der Prüfung der Versichertenzeiten wurden bis Dezember 2004 383 Krankenkassen überprüft, von denen dann 67 (das sind 17,5 Prozent) einen Korrekturbetrag zu entrichten hatten. Die Gesamthöhe der Korrekturbeträge belief sich bis dahin auf rund 12,7 Millionen €. Im Bereich Risikopool hatten wir bis Jahresende 341 Krankenkassen berechnet, von denen 91 (26,7 Prozent) einen Korrekturbetrag zu zahlen haben. Hier belief sich die Höhe der Korrekturbeträge auf ca. 12,97 Millionen €.

Ab 2005 werden zusätzlich die Meldungen der Versicherten, die seit 2003 finanzwirksam in die Behandlungsprogramme für chronisch Kranke eingeschrieben sind (DMP-Versicherte), geprüft werden.

7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

- 7.1 Allgemeines
- 7.2 Finanzstatusprüfungen
- 7.3 Datenverarbeitung/Informationstechnologie
- 7.4 RSA – Prüfungen 2004
- 7.5 Vorbereitung der Prüfungen im Bereich DMP
- 7.6 PDI

7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

7.1 Allgemeines

Die Tätigkeit des Prüfdienstes Krankenversicherung (PDK) war im Jahr 2004 stark von den Prüfungen zum Risikostrukturausgleich nach § 15 a RSAV geprägt. Der Anteil der RSA-Prüfungen in den Bereichen Versicherungszeiten, Beitragsfestsetzung und Risikopool betrug ca. 71 Prozent der dem PDK insgesamt zur Verfügung stehenden Prüfzeit. Die für die Turnusprüfungen nach § 274 SGB V übriggebliebenen Kapazitäten wurden überwiegend für die Prüfung des Finanzstatus auffälliger Kassen bzw. im Vorfeld von Fusionen im Hinblick auf eine Beurteilung des künftigen Beitragsbedarfes eingesetzt. Daneben fanden Prüfungen bei zwei Ersatzkassen und einigen Betriebskrankenkassen statt.

Bei der Einführung der elektronischen Archivierung von papiergebundenen Belegen haben wir die Kassen beraten und die Software, die die Kassen zur Erfassung der Leistungsausgaben im Risikopool einsetzen, wurde von uns jeweils geprüft.

Gerade die Software-Prüfungen im Vorfeld der RSA-Prüfungen dienen dazu, Systemfehler bei der Erfassung und Verarbeitung RSA-relevanter Faktoren zu verhindern und damit korrekte Meldungen der Kassen sowohl in Bezug auf die Versicherungszeiten als auch die Leistungsausgaben im Rahmen des Risikopools an die RSA-Ausgleichsstelle zu gewährleisten. Sie liegen deshalb auch im Interesse der Kassen.

7.2 Finanzstatusprüfungen

Die andauernde Schwäche der deutschen Volkswirtschaft hat die Einnahmen der GKV weiterhin negativ beeinflusst. Der kontinuierliche, wenn auch moderate Anstieg der Leistungsausgaben, das Festhalten an zu niedrigen, nicht kostendeckenden Beitragssätzen aus Wettbewerbsgründen bzw. aufgrund gesetzgeberischer Vorgaben (Beitragssicherungsgesetz) haben - begleitet von gelegentlichen Fehlentscheidungen des Vorstands und/oder des Verwaltungsrats - in ihrer Gesamtwirkung bis Ende des Jahres 2003 eine Vielzahl von Kassen in eine prekäre Finanzsituation manövriert.

Droht aufgrund andauernder Zahlungsunfähigkeit von Amts wegen die Schließung einer Kasse, so haftet - sofern es sich nicht um eine geschlossene BKK handelt - der jeweilige Landesverband für die entstandenen Verpflichtungen. Dies hat nachvollziehbare, in erster Linie monetäre Konsequenzen für die übrigen Mitgliedskassen des Verbandes und damit für die gesamte Kassenart.

Angeichts der beschriebenen Situation ist der für Gesamtverwaltungsprüfungen vorgesehene fünfjährige Prüfturnus nach § 274 Abs. 1 SGB V nicht mehr zeitgemäß. Um dem Erfordernis Rechnung zu tragen, finanzielle Gefährdungspotenziale bei den Kassen rechtzeitig zu erkennen, hat der PDK Anfang 2004 damit begonnen, neben den Turnusprüfungen nach § 274 Abs. 1 SGB V und den Prüfungen

nach § 15a RSAV regelmäßig sog. Finanzstatusprüfungen bei auffälligen Kassen durchzuführen. Die Festlegung der zu prüfenden Kassen erfolgt aufgrund von Informationen aus den Fachreferaten des Bundesversicherungsamtes und in enger Abstimmung mit diesen.

Jede Finanzstatusprüfung erstreckt sich auf die Vermögensbestände und –entwicklung, die ordnungsgemäße Erfassung von Forderungen und Verpflichtungen sowie die zeitliche Rechnungsabgrenzung. Schwerpunktmäßig wird dabei eine stichtagsbezogene Finanzbeurteilung zum Ende des jeweiligen Rechnungsquartals unter Einbeziehung des RSA, des Risikopools und der Strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) auf Grundlage der jeweiligen vierteljährlichen Leistungsstatistik über Einnahmen und Ausgaben (KV 45) und der dazugehörigen Schätzungen vorgenommen und die Höhe des jährlichen Schulden- und Darlehensabbaus berechnet.

Der PDK hat im Jahre 2004 insgesamt zwölf Finanzstatusprüfungen durchgeführt. Einige der geprüften Kassen, die zu den sog. Wachstumskassen gehören, hatten – nicht zuletzt auch aufgrund vergleichsweise niedriger Beitragssätze – einen kaum zu bewältigenden Mitgliederansturm zu verkraften. Das führte zu erheblichen Rückständen bei der Bearbeitung der Meldungen und Beitragsnachweise, sowie zu einer Vielzahl ungeklärter Arbeitgeberkonten und damit zu hohen Beitragsrückständen. In der Folge ergab sich eine nicht nur vorübergehende finanzielle Schieflage. Die daraus resultierenden Liquiditätsengpässe wurden entweder mit Mitteln, die der Kasse nicht zustehen (verspätete Weiterleitung von Fremdversicherungsbeiträgen, verspätete Zahlungen aus

RSA-Verpflichtungen) oder durch die Aufnahme von Krediten überbrückt. Die Aufnahme von Krediten ist jedoch grundsätzlich verboten und inzwischen ausdrücklich in § 222 Abs. 5 SGB V geregelt.

Andere Kassen wiederum setzten ihre Rücklagen aus wirtschaftlichen Überlegungen für Vermögensanlagen ein und finanzierten ihre Ausgaben über Kredite. Die Rücklage dient jedoch allein der Sicherstellung der Leistungsfähigkeit, insbesondere für den Fall, dass die Betriebsmittel zum Ausgleich der Einnahme- und Ausgabeschwankungen nicht ausreichen.

Darüber hinaus sind vor dem Hintergrund geplanter Fusionen, bei denen sowohl die Fusionskassen als auch der zuständige Landesverband/Spitzenverband dem Bundesversicherungsamt als Genehmigungsbehörde die Berechnungen für den „Fusionsbeitragssatz“ vorlegen, Finanzstatuserhebungen zwingend erforderlich, zumal die Ausgangsvoraussetzungen der Fusionspartner in der Regel voneinander abweichen und mit einer Fusion auch erhebliche strukturelle Veränderungen einhergehen können.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) sind die Kassen, die zum Ausgleich des Haushalts vor dem 1. Januar 2004 Darlehen aufgenommen haben, verpflichtet, die Verschuldung spätestens bis zum 31. Dezember 2007 jeweils jährlich zu mindestens einem Viertel abzubauen. Hierzu haben die verschuldeten Kassen nach Abstimmung mit dem Bundesverband/Spitzenverband ein Sanierungskonzept vorzulegen. Mit Beginn der Finanzstatusprüfungen im Jahr 2005 wird auch die Umsetzung der Sanierungskonzepte Gegenstand der Erhebungen des PDK sein.

Die Ergebnisse der Finanzstatusprüfungen werden in einem gesonderten Prüfbericht festgehalten und der Amtsleitung zur Kenntnis gegeben. Danach erhält die Kasse und gegebenenfalls der zuständige Landesverband, bei verschuldeten Kassen auch der Bundesverband/Spitzenverband den Prüfbericht, um auf dieser Grundlage die notwendigen Entscheidungen treffen zu können. Unabhängig davon können die Prüfergebnisse zur Folge haben, dass eine Kasse der monatlichen Finanzüberwachung durch die Aufsicht unterstellt wird.

Mit Blick auf die Prüfplanung des Jahres 2005 wird für jedes Quartal eine Prioritätenliste der zu prüfenden Kassen mit den Fachreferaten erstellt. Aus heutiger Sicht ist zu erwarten, dass sich die Zahl der Finanzstatusprüfungen nicht zuletzt vor dem Hintergrund ihrer Bedeutung und Auswirkungen erhöhen wird.

7.3 Datenverarbeitung/ Informationstechnologie

Elektronische Archivierung papiergebundener Belege unter Verwendung qualifizierter elektronischer Signaturen

Nach §§ 110 a-d SGB IV sowie § 36 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) kann ein Sozialversicherungsträger (SV-Träger) an Stelle der schriftlichen Unterlagen diese auf einem Bildträger oder auf anderen dauerhaften Datenträgern aufbewahren, soweit dies unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit den Grundsätzen ordnungsgemäßer Aufbewahrung entspricht.

Die o. g. Vorschriften bilden das Grundgerüst der rechtlichen Rahmenbedingun-

gen. Die Speicherung auf dem dauerhaften Datenträger muss z. B. gewährleisten, dass das maschinell erzeugte Image mit der zugrunde gelegten schriftlichen Unterlage bildlich und inhaltlich vollständig übereinstimmt. Über diese Übereinstimmung ist ein Nachweis zu führen. Dies geschieht durch die Anbringung einer qualifizierten elektronischen Signatur gemäß § 2 Nr. 3 des Signaturgesetzes (SigG). Hierbei handelt es sich um elektronische Daten, die dem Image beigelegt werden und zur Authentifizierung dienen. Die qualifizierte elektronische Signatur unterscheidet sich von anderen Signaturen dadurch, dass sie

- ausschließlich dem Signaturschlüsselinhaber zugeordnet ist und seine Identifizierung ermöglicht,
- mit den Mitteln erzeugt wird, die der Signaturschlüsselinhaber unter seiner alleinigen Kontrolle halten kann,
- mit den Daten, auf die sie sich bezieht, so verknüpft ist, dass eine nachträgliche Veränderung der Daten erkannt werden kann,
- auf einem zum Zeitpunkt ihrer Erzeugung gültigen qualifizierten Zertifikat beruht und
- mit einer sicheren Signaturerstellungseinheit erzeugt wird.

Neben dem Authentizitätsbeweis dessen, der die bildliche Wiedergabe erzeugt hat, gewährleistet die qualifizierte Signatur auch einen Nachweis darüber, ob die Daten (das Image) ggf. nach dem Scan-/Signaturvorgang verändert worden sind (Integritätsbeweis). Derartige Manipulationen können bei der maschinellen Überprüfung der qualifizierten elektronischen Signatur erkannt werden.

Der PDK arbeitet seit ca. drei Jahren am Thema elektronische Archivierung/ Signa-

turverfahren. Zusammen mit den Aufsichtsreferaten des Bundesversicherungsamtes (Datenverarbeitung und Datenschutz I 4 und Finanz- und Rechnungswesen V 1) und mit Unterstützung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) wurden die rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen konkretisiert. Ziel war es, die Träger der Sozialversicherung darüber zu beraten, wie gesetzeskonforme und wirtschaftliche Lösungen zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen sind.

Insbesondere zum Begriff der „Massensignatur“ war eine Auslegung der Rechtsvorschriften erforderlich. Damit wurde den Trägern ein Weg aufgezeigt, wie sie durch die Erfassung, Signatur und elektronische Archivierung von Massenbelegut (z.B. AU-Bescheinigungen, Beitragsnachweise) Verwaltungskosten einsparen und durch schnelle Verfügbarkeit der archivierten Dokumente zu einer höheren Effizienz der Arbeitsabläufe beitragen können.

Die Beratung wurde ergänzt durch Vorträge auf Landesverbandsebene sowie die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des PDK und der Landesprüfdiens-te. Nach erfolgreichem Abschluss eines Projektes stellte der PDK jeweils fest, ob das Verfahren den gesetzlichen und sicherheitstechnischen Vorgaben entsprach und teilte dies dem SV-Träger mit.

Der PDK hat im Jahr 2004 insgesamt fünfzehn Projekte begleitet, davon neun bei Betriebskrankenkassen und drei in IT-Servicecentern.

In den Fällen, in denen der Scan-/

Signaturprozess von Finanz- und Rechnungsbelegen nicht durch den SV-Träger selbst, sondern durch einen externen Dienstleister erfolgt, ist gemäß § 19 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) eine Genehmigung des zuständigen Aufsichtsreferates beim Bundesversicherungsamt einzuholen.

Inzwischen haben sich die Verfahren etabliert. Der PDK hat hierzu – zusammen mit der Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft „Allgemeine Datenverarbeitung“ (ADV-AG) – ein Prüfhandbuch erstellt, in dem die wesentlichen Voraussetzungen detailliert dargestellt werden. Das Handbuch kann – ab ca. Mitte 2005 – auf Anforderung zur Verfügung gestellt werden. Der PDK wird entsprechende Projekte künftig nur noch in Ausnahmefällen begleiten.

7.4 RSA- Prüfungen 2004

Gemäß § 15a RSAV prüfen die Prüfdienste der Länder und des Bundes die Richtigkeit der an die RSA- Ausgleichsstelle abgegebenen Meldungen für die Bereiche Risikopool, Versicherungszeiten, Beitragsfestsetzungen und ab 2005/2006 für die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP). Die Kassen müssen belegen, dass jeder einzelne Datensatz zum Zeitpunkt der Abgabe der Meldung richtig war. Um diesen Nachweis zu führen, hat der Prüfdienst der Krankenkassen (PDK) des Bundesversicherungsamtes die Richtigkeit der abgegebenen Meldungen zu den Bereichen Risikopool, Versicherungszeiten und Beitragsfestsetzung erstmals im Jahr 2004 anhand von Stichproben geprüft. Die für die Erledigung der Aufgabe notwendigen vorbereitenden Arbeiten haben wir im Tätigkeitsbericht 2003 ausführlich dargelegt.

Hotline

Im Verlaufe der Prüfungen hat die beim PDK eingerichtete Hotline neben ungezählten telefonischen Anfragen auch schriftliche Anfragen der Spitzenverbände und Prüfer in einem abgestimmten Verfahren unter Beteiligung von Mitarbeitern der Landesprüfdienste und des PDK bearbeitet.

Prüfergebnisse

Die Prüfungen begannen am 16. Februar 2004 und waren zum Jahresende 2004 noch nicht komplett abgeschlossen. Insgesamt wurden 148 Krankenkassen mit einem Aufwand von 8.413 Manntagen geprüft. Auch für die Krankenkassen gestalteten sich diese Prüfungen sehr aufwändig, was insbesondere auf die Vielzahl der benötigten Unterlagen und deren Bereitstellung zurückzuführen war.

Insgesamt hat der PDK nach den vorgegebenen Stichproben neben der Beitragsfestsetzung die folgende Anzahl von Fällen geprüft:

Risikopool	7.128
Versicherungszeiten	205.649

Die Zahl der zu prüfenden Belege, welche von den Krankenkassen herausgesucht und von den Prüfern bewertet werden mussten, erreicht annähernd eine halbe Million. Den Hauptanteil der zu bewertenden Unterlagen nahmen dabei die Rechnungen für Arznei- und Verbandsmittel ein.

Die Prüfungen ergaben - getrennt nach Kassenarten - die folgenden Ergebnisse:

Versicherungszeiten

Kassenarten Gesamt	geprüfte Fälle	gemeldete V-Tage	fehlerhafte Fälle	in % der geprüften Fälle	fehlerhaft gemeldete V-Tage	in % der gemeldeten V-Tage
BKK	174.839	57.497.759	3.629	2,08	918.679	1,60
IKK	10.607	3.425.981	120	1,13	24.070	0,70
VdAK	15.541	5.228.146	81	0,52	16.888	0,32
Sonstige	4.662	1.541.980	23	0,49	4.866	0,32
BVA insgesamt	205.649	67.693.866	3.853	1,87	964.503	1,42

Häufigste Fehlerquoten bezogen auf die Gesamtfehler

Fehlertext	fehlerhafte V-Tage	in % aller fehlerhaft gemeldeten V-Tage
Der Fragebogen liegt nicht vor.	331.140	33,92
Die gemeldete Versicherungszeit ist nicht belegt.	135.582	13,90
Eine andere Versicherung geht der Familienversicherung vor bzw. Ausschluss Tatbestand § 10 Abs. 3 SGB V.	48.096	5,00

Risikopool

Kassenart	geprüfte Fälle	gemeldete Leistungsausgaben (LA) in €	fehlerhafte Fälle	in % der geprüften Fälle	fehlerhaft gemeldete LA in €	in % der gemeldeten LA
<i>BKK gesamt</i>						
gesamt	3.003	102.388.867,98	1.270	42,29	812.911,05	0,79
Arzneimittel	2.902	12.999.375,04	861	29,67	349.561,00	2,69
Krankenhaus	2.845	75.365.048,17	506	17,79	377.417,00	0,50
Krankengeld	1.064	13.645.570,77	85	7,99	80.158,05	0,59
Sterbegeld	373	378.874,00	6	1,61	5.775,00	1,52
<i>VdAK gesamt</i>						
gesamt	3.375	121.505.687,61	1.029	30,49	1.076.017,28	0,89
Arzneimittel	3.298	23.868.249,67	769	23,32	355.026,89	1,49
Krankenhaus	3.155	82.974.762,56	338	10,71	703.779,43	0,85
Krankengeld	1.157	14.286.250,38	41	3,54	17.210,96	0,12
Sterbegeld	367	376.425,00	0	0,00	0,00	0,00
<i>IKK gesamt</i>						
gesamt	372	12.833.502,20	187	50,27	119.976,03	0,93
Arzneimittel	352	1.663.708,01	103	29,26	88.963,32	5,35
Krankenhaus	345	9.155.325,16	101	29,28	26.810,03	0,29
Krankengeld	165	1.979.294,03	8	4,85	4.202,68	0,21
Sterbegeld	36	35.175,00	0	0,00	0,00	0,00
<i>Sonstige gesamt</i>						
gesamt	378	12.225.088,29	191	50,53	77.117,42	0,63
Arzneimittel	369	1.409.641,08	154	41,73	49.852,11	3,54
Krankenhaus	364	9.951.710,62	57	15,66	26.892,23	0,27
Krankengeld	44	796.011,59	5	11,36	373,08	0,05
Sterbegeld	65	67.725,00	0	0,00	0,00	0,00
<i>alle Kassen</i>						
gesamt	7.128	248.953.146,08	2.677	37,56	2.086.021,78	0,84
Arzneimittel	6.921	39.940.973,80	1.887	27,26	843.403,32	2,11
Krankenhaus	6.709	177.446.846,51	1.002	14,94	1.134.898,69	0,64
Krankengeld	2.430	30.707.126,77	139	5,72	101.944,77	0,33
Sterbegeld	841	858.199,00	6	0,71	5.775,00	0,67

Häufigste Fehlerquoten bezogen auf die Gesamtfehler

Fehlertext	fehlerhafte LA in €	in % fehlerhaft. LA
Arzneimittel		
Kosten für Hilfsmittel zu Unrecht in den RP gemeldet.	225.176,66	32,95
Summe vorgelegter Unterlagen je Versicherten ungleich Summe gemeldeter RP LA.	118.892,04	17,39
Beträge durch Unterlagen nicht belegt.	92.425,41	13,53

Verordnung betrifft nicht das zu prüfende SA 45-Jahr	62.981,52	9,09
Krankenhaus		
Summe vorgelegter Unterlagen je Versicherten ungleich Summe gemeldeter RP LA.	362.875,95	26,80
Zuzahlung nicht versichertenbezogen berücksichtigt.	148.867,74	11,03
Aufteilung Pflegesätze und Sonderentgelte nicht richtig zugeordnet.	113.170,39	8,38
Kosten für Leistungen im Ausland berücksichtigt	40.427,75	3,00
Krankengeld		
Auszahlungsschein bzw. Dokumentation der stationären Behandlung fehlt	35.573,40	33,64
Leistungen außerhalb eines bestehenden Versicherungsverhältnisses.	17.247,37	16,31
Zahlbetrag des Brutto-KG ungleich mit dem in den RP gemeldeten Betrag.	6.992,04	6,61
Beträge durch Unterlagen nicht belegt.	5.473,35	5,18
Sterbegeld		
Zum 01.01.89 keine Mitgliedschaft/Versicherung bei einer gesetzlichen KK.	2.100,00	36,36

7.5 Vorbereitung der Prüfungen im Bereich DMP

Inwieweit die Versicherten, die sich in ein nach § 137 g SGB V zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben haben, die Voraussetzungen für die Zugehörigkeit zu den Versicherten-Gruppen nach § 2 Abs. 1 S. 3 RSAV erfüllen, werden wir im Jahr 2005 bundesweit prüfen. Die Prüfung wird sich auf das Jahr 2003 und die damals erstmalig zugelassenen Programme für die Indikationen Diabetes Mellitus Typ II und Brustkrebs beziehen. Die Stichprobe wird mindestens zwei Prozent der in diese Programme eingeschriebenen Versicherten erfassen.

Aufbauend auf den Erfahrungen der bisherigen Prüfungen nach § 15 a RSAV ist der Prüfdienst Krankenversicherung des Bundesversicherungsamtes bestrebt, auch diesen letzten Bereich, der nach § 15 a RSAV zu prüfen ist, intensiv vorzubereiten, zumal es sich in diesem Fall für alle Beteiligten um „Neuland“ handelt. Im Vordergrund dieser Vorbereitung steht die enge

Zusammenarbeit mit den beteiligten Landesprüfdiensten zum einen und mit den Krankenkassen und Verbänden zum anderen. Letzteres hat das Ziel, einen frühen Praxisbezug herzustellen, damit im Vorfeld der Stichprobenprüfungen Probleme erkannt und Unklarheiten beseitigt werden können. Daneben ist es genauso wichtig, im engen Kontakt mit den Zulassungsreferaten für die strukturierten Behandlungsprogramme, die in der Abteilung V des Bundesversicherungsamtes angesiedelt sind, Prüfinhalte und -kriterien abzustimmen.

Seit dem Jahre 2003 existiert für diese Aufgabe ein Arbeitskreis der Prüfdienste des Bundes und der Länder nach § 274 SGB V (AK DMP), in dem auch der Prüfdienst Krankenversicherung mit mehreren Personen vertreten ist. Der AK DMP hat im Jahre 2004 einen ersten Entwurf des Prüfhandbuches mit Prüfinhalten und –hinweisen für die RSA-DMP-Prüfung erarbeitet und auf der Tagung der Prüfdienste des Bundes und der Länder im Juni 2004 in Magdeburg vorgestellt. Dieser

Erstentwurf musste in der folgenden Zeit den Praxistest bestehen. Viele Gespräche mit Krankenkassen und Verbänden sowie die ersten Pilotprüfungen haben mehrfache Überarbeitungen zur Folge gehabt. Das Prüfhandbuch wird voraussichtlich im zweiten Quartal 2005 in einer Fassung vorliegen, in der es zur letzten Abstimmung an alle Prüfdienste gegeben werden kann. Es soll auf der Bund-Länder-Tagung der Prüfdienste im Juni 2005 verabschiedet werden.

Neben der Erstellung des Prüfhandbuches hat der AK DMP die Schulungen für die DMP-Prüfung vorzubereiten, die im Jahre 2005 für alle Prüfer der Prüfdienste nach § 274 SGB V des Bundes und der Länder vorgesehen sind.

Die interne Arbeitsgruppe des Bundesversicherungsamtes zur Softwareunterstützung der Prüfungen im Rahmen des Risikostrukturausgleiches, hat - wie bereits bei den bisherigen Prüfungen - auch für den Bereich DMP ein dv-gestütztes Tool entwickelt, das der Erfassung und Auswertung der Arbeitsergebnisse dient, daneben Dateneinspielungen von Krankenkassen ermöglicht sowie über den Zugriff auf eine Datenbank Arbeitshilfen anbietet. Wegen des Umfanges und der Komplexität der Daten, die auf der Grundlage der DMP-Dokumentationen für die Prüfung zu berücksichtigen sind, erwies sich der kurz- und mittelfristige Aufbau von Datensätzen zur Einspielung in das Tool als nicht realisierbar. Soweit Daten für die DMP-Prüfung der Prüffahre 2003 und 2004 zur Einspielung in das Tool kommen, werden sie sich auf die bekannte Satzart 40 P beschränken, die im Wesentlichen die Daten zu den Versicherungszeiten der Stichprobenfälle enthält. Das Unterstützungstool wird wie gewohnt allen

Prüfdiensten kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2004 mit zwei Pilotprüfungen nach § 15 a RSAV im Bereich DMP begonnen. Insgesamt wird das Bundesversicherungsamt fünf Pilotprüfungen durchführen, die im Jahre 2005 fortgesetzt werden. Erste Erkenntnisse aus diesen Prüfungen zeigen, dass die Anfangsschwierigkeiten beim Start der strukturierten Behandlungsprogramme auch auf die Qualität der für die Prüfung vorzulegenden Unterlagen im Hinblick auf deren Vollständigkeit und Plausibilität durchgeschlagen haben. So sind viele formale Fehler zu verzeichnen gewesen. Aus den Pilotprüfungen lassen sich jedoch keine repräsentativen Aussagen zu Fehlerquoten ableiten, weil sie sich teilweise auf Problemfälle konzentriert haben. Allgemein hat es sich als schwierig erwiesen, die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen von den nach § 137 Abs. 5 SGB V beauftragten Daten(annahme)stellen zu erhalten, die mit der Entgegennahme, Verarbeitung und Weiterleitung der Dokumentationen sowie deren Archivierung betraut sind. Auch für Pilotprüfungen, für die nur ca. 30 bis 50 Fälle angefordert wurden, musste eine Vorlaufzeit von mindestens zwei Monaten veranschlagt werden. Die Fallzahlen für die bundesweite Stichprobenprüfung im Jahre 2005 werden sich dagegen im zweistelligen Tausenderbereich bewegen. Mit der Stichprobenziehung für die DMP-Prüfungen wird im dritten und mit dem Beginn der Stichprobenprüfungen wird im vierten Quartal 2005 zu rechnen sein.

7.6 PDL

Der Ende 2002 beim Bundesversicherungsamt neu eingerichtete Prüfdienst Land-

wirtschaftliche Sozialversicherung (PDL) hat im Jahre 2004 bei den vier LSV-Trägern (LBG und LAK Mittel- und Ostdeutschland, Gartenbau-BG und AK für den Gartenbau) und den zwei Spitzenverbänden (Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften - BLB und Gesamtverband Landwirtschaftliche Alterskassen - GLA) sechs Schwerpunktprüfungen durchgeführt.

Die Themen waren:

- Durchführung der gemeinsamen Aufgabenerledigung
- Beiträge und Verfahren (§§ 68 bis 77 des Gesetzes zur Alterssicherung der Landwirte - ALG)
- Leistungen nach Eintritt eines Versicherungsfalles (§§ 26 bis 55 SGB VII).

Gemäß § 18 Abs. 1 KVLG 1989 sind die Träger der LSV (LBG, LAK und LKK) 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. 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) so genannte trägerübergreifende Organisationseinheiten bestehen. Die Kosten dieser Organisationseinheiten werden nach einem mit dem Bundesversicherungsamt abgestimmten Verteilerschlüssel auf die jeweiligen Träger bzw. Verbände aufgeteilt.

Einen Schwerpunkt setzte der PDL mit seinen Prüfungen zum Bereich „Durchführung der gemeinsamen Aufgabenerledigung“. Hier galt es festzustellen, inwieweit die LSV-Träger und ihre Verbände das Gebot der wirtschaftlichen und sparsamen Aufgabenerfüllung wahrnehmen.

Der PDL zeigte den LSV-Trägern und ihren Verbänden auf, in welchen Fällen gemäß den gesetzlichen Vorgaben eine

- öffentliche Ausschreibung,
- beschränkte Ausschreibung oder
- freihändige Vergabe

durchzuführen ist und empfahl nachdrücklich, künftig bei Beschaffungen und Auftragsvergaben generell die einschlägigen Vorschriften zum Ausschreibungsverfahren zu beachten. In diesem Zusammenhang haben wir auch auf die Ausführungen zum Beschaffungswesen im Tätigkeitsbericht 2001 des Bundesversicherungsamtes verwiesen.

Wegen nicht unerheblicher Beitragsrückstände bei den bundesunmittelbaren landwirtschaftlichen Alterskassen hat der PDL im Jahre 2004 zwei Schwerpunktprüfungen zum Thema „Beiträge und Verfahren“ durchgeführt.

Bezüglich der Beitragszahlung stellte der PDL vereinzelt fest, dass Beiträge der freiwillig Versicherten und Weiterversicherten zur Alterssicherung der Landwirte nicht rechtzeitig und somit unwirksam eingezahlt wurden. Freiwillige Beiträge sind nur dann wirksam, wenn sie bis zum 31. März des Jahres, welches dem Jahr folgt, für das sie gelten sollen, gezahlt

werden (§ 71 Abs. 2 ALG i.V.m. § 197 Abs. 2 SGB VI).

Der PDL hat die LSV-Träger auf die Besonderheiten bei der Entrichtung der Beiträge für freiwillig Versicherte und Weiterversicherte zur Alterssicherung der Landwirte hingewiesen.

Ferner fiel dem PDL auf, dass sich die LSV-Träger nicht immer an die verbindlichen Vorgaben des GLA halten. So ist zum Beispiel das Mahnverfahren nicht innerhalb der vorgegeben Frist von einer Woche nach der Fälligkeit der Beiträge eingeleitet worden. Auch wurde von der monatlich durchzuführenden Vollstreckung abgewichen. Zum Teil haben die LSV-Träger nur jeden zweiten Monat vollstreckt. Auffällig war auch die lange Zeitspanne zwischen den einzelnen Arbeitsschritten. Der PDL zeigte den LSV-Trägern Alternativen zu einem zügigeren

und effizienteren Ablauf des Mahn- und Vollstreckungsverfahrens sowie zur Gestaltung des Beitragsbescheides auf.

Im vierten Quartal des Jahres 2004 führte der PDL bei den LSV-Trägern jeweils eine Schwerpunktprüfung zum Thema „Leistungen nach Eintritt eines Versicherungsfalles (§§ 26 bis 55 SGB VII)“ durch.

Die Prüfverfahren sind derzeit noch nicht abgeschlossen, so dass der PDL an dieser Stelle noch keine abschließende Beurteilung treffen kann.

8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBiG

- 8.1 Ausbildungsplatzsituation
- 8.2 Ausbildung in der Krankenversicherung
- 8.3 Übernahme nach Beendigung der Ausbildung
- 8.4 Fortbildungsprüfungsordnung nach § 46 Abs. 1 BBiG zum/zur Sozialversicherungsfachwirt/in

8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBIG

8.1 Ausbildungsplatzsituation

Ebenso wie im Vorjahr müssen wir auch dieses Mal mit einer schlechten Nachricht beginnen. Die Anzahl der Ausbildungsplätze, die die Versicherungsträger im Jahr 2004 für Sozialversicherungsfachangestellte zur Verfügung stellten, ging nochmals erheblich zurück. Es wurden nur noch 1.136 und damit noch einmal 21,6 Prozent weniger Auszubildende als im Jahr 2003 eingestellt. Das heißt, es wurden innerhalb von zwei Jahren 38,8 Prozent der Ausbildungsplätze für diesen Beruf abgebaut. Ein Beruf, der noch vor kurzer Zeit als krisensicher galt und „immer gebraucht“ schien, ist somit extrem rückläufig. Lediglich eine Fachrichtung, die gesetzliche Unfallversicherung, machte eine Ausnahme. Dort stieg die Zahl der angebotenen Ausbildungsplätze für Sozialversicherungsfachangestellte gegenüber dem Vorjahr mit 112 neuen Verträgen um erfreuliche 13,1 Prozent. Wahrscheinlich hat sich hier schon ausgewirkt, dass einige Träger wegen der Einführung des Fachhochschulstudienganges für Nachwuchskräfte des gehobenen Dienstes mehr Aufgaben auf Sozialversicherungsfachangestellte verlagern wollen und insoweit einen höheren Bedarf haben.

In der Fachrichtung knappschaftliche Sozialversicherung wurden 150 Ausbildungsplätze angeboten und damit einer mehr als im Jahr 2003. Im Ergebnis konnten allerdings nur 138 besetzt werden. Das bedeutet ein – wenn auch moderates – Minus von 7,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

Ganz anders die Situation in den übrigen Fachrichtungen. In der Fachrichtung ge-

setzliche Rentenversicherung wurden im Jahr 2004 nur 173 Auszubildende eingestellt. Das waren 24,1 Prozent weniger als 2003 und sogar 51 Prozent weniger als 2002. Auch in der Fachrichtung landwirtschaftliche Sozialversicherung sank die Zahl der Neueinstellungen deutlich. Statt elf im Jahr 2003 wurden diesmal nur sechs Auszubildende eingestellt.

Ein deutlicher Verlust von Ausbildungsplätzen zeigte sich aber vor allem in der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung. Waren im Jahr 2002 noch 1263 und im Jahr 2003 immerhin noch 962 Auszubildende eingestellt worden, wurden im Jahr 2004 nur noch 707 Ausbildungsplätze angeboten. Das ist ernüchternd: Ein Rückgang von 44 Prozent innerhalb zweier Jahre. Maßgebend dafür war die Entwicklung bei den Ersatz- und Innungskrankenkassen, von denen einige die Ausbildung deutlich zurückgefahren, einige sogar überhaupt keine Auszubildenden mehr eingestellt haben.

Bei den Betriebskrankenkassen, die schon im Jahr 2003 weniger Ausbildungsplätze angeboten hatten, setzte sich dieser Trend – wenn auch abgeschwächt – fort. Obwohl sich wegen einiger Fusionen die Zahl der bundesunmittelbaren Kassen erhöht hat, sank die Zahl der von uns zu betreuenden neuen Auszubildenden auf 310, ein Minus von 5,8 Prozent.

Die Gründe für die Entwicklung bei den Krankenversicherungsträgern sind bekannt. Im Wettbewerb sehen sich viele Träger generell, insbesondere aber dann, wenn sie Versicherte verloren haben, veranlasst, umzustrukturieren und zu rationalisieren.

Die daraus resultierenden Personalüberhänge reduzieren die Bereitschaft, neue Auszubildende einzustellen, deutlich. Hinzu kam, dass der Gesetzgeber die Verwaltungskosten der Kassen, zu denen auch die Ausbildungskosten zählen, *gedeckt* hatte.

Auch noch so eindringliche Appelle der Bundesregierung - und erst recht die Androhung einer Ausbildungsplatzabgabe - konnten die Entwicklung nicht auffangen. Das war auch die einhellige Meinung unseres Berufsbildungsausschusses, der sich mit der abzusehenden schlechten Entwicklung der Ausbildungszahlen befasste. Erst wenn die Ausbildungskosten von der an sich sinnvollen *Deckelung* der Verwaltungskosten in § 4 Abs. 4 SGB V ausgenommen würden, könnten Kassen daran denken, mehr Auszubildende einzustellen. Der Durchbruch wurde Anfang August in einem Gespräch der Spitzenverbände der Krankenversicherung und der Gewerkschaft *ver.di* mit der Bundesregierung erzielt, an dessen Ende die Ausbildungs-offensive der Bundesregierung für den Bereich Sozialversicherung stand. Um bei den Krankenkassen Anreize für die Ausbildung über Bedarf zu schaffen, werden ab 2004 die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht beanstandet. Für das Ausbildungsjahr 2004 kam diese Entwicklung allerdings im Wesentlichen zu spät. Die meisten Krankenkassen hatten ihre Planungen abgeschlossen und sahen sich außer Stande noch zu reagieren. Nur wenige Ausbildungsplatzbewerber konnten daher noch von der positiven Wendung profitieren.

Im Bund-Länder-Vergleich betreuten wir zum Stichtag 31. Dezember 2004 – genau wie zum 31. Dezember 2003 – etwas mehr als 50 Prozent aller Auszubildenden, die zum Sozialversicherungsfachangestellten

ausgebildet werden. Ursächlich dafür sind sicher auch Fusionen, in deren Folge die Zuständigkeit auf den Bund überging.

Ausbildungsabbrüche gab es noch weniger als in den Vorjahren. 2004 endeten „nur“ 2,2 Prozent der neuen Ausbildungsverhältnisse innerhalb oder mit Ablauf der Probezeit. 2003 waren es noch drei Prozent und 2002 sogar 3,76 Prozent gewesen. Insoweit darf man wohl vermuten, dass die große Anzahl der Bewerber um weniger Plätze und damit die bessere Auswahlmöglichkeit, z. T. aber auch verbesserte Auswahlverfahren, eine Rolle gespielt haben. Erstaunlich war nur, dass sich die Abbrecherzahl des dritten Ausbildungsjahres um rund 40 Prozent erhöht hat.

8.2 Ausbildung in der Krankenversicherung

Die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre, die Wanderungsbewegungen der Versicherten mit kurzfristig enormem Personalbedarf bei „wachsenden“ und Personalüberhang bei „schrumpfenden“ Kassen sowie die Fusionen insbesondere unter Betriebskrankenkassen haben zu einem erheblichen Umbruch in der Kassenlandschaft geführt. Überall wird reorganisiert, reformiert und rationalisiert.

Als Ergebnis werden dabei u.a. bei vielen Kassen bestimmte Aufgaben nur noch an einem oder einigen wenigen Standorten bearbeitet. So haben einige Träger Leistungsbearbeitung und Beitragseinzug an zwei Orten gebündelt. Andere haben ihre Tätigkeiten sogar soweit zentralisiert, dass Kuranträge, AU-Bescheinigungen, Pflegeangelegenheiten etc., aber auch das Marketing, der Beitragseinzug oder die Regressfälle bundesweit jeweils nur noch an einem Standort bearbeitet werden. Für die Aus-

bildung heißt das, nicht mehr alle im Ausbildungsrahmenplan geforderten Inhalte können an einem Ort vermittelt werden.

Die Träger versuchen, das auf verschiedene Art zu kompensieren. Einige dieser Kassen verpflichten ihre Auszubildenden, an die Orte zu reisen, wo die Tätigkeiten anfallen und die Praxisvermittlung durch die dortigen Experten gewährleistet werden kann. Davon sind insbesondere die Auszubildenden einiger Betriebskrankenkassen betroffen. Eine Kasse hat ihre Aufgaben beispielsweise auf sechs Standorte bundesweit verteilt. Zur vollständigen Praxisvermittlung aller Inhalte ist es deshalb notwendig, dass die Auszubildenden alle diese Standorte aufsuchen. Die Auszubildenden wechseln daher ständig zwischen mehreren Ausbildungsstätten, dem Vollzeitunterricht und der Berufsschule. Folglich sind sie kaum noch zu Hause – der Kontakt zum Familien- und Freundeskreis schwindet. Ein solches Modell setzt bei den Auszubildenden eine große Selbstständigkeit voraus. Die ist nicht allen Auszubildenden gegeben. Aber auch von den Auszubildenden fordert dieses System nicht nur eine detaillierte Planung, sondern – was nicht immer gelingt – Disziplin bei deren Umsetzung.

Andere Kassen lassen die Ausbilder bzw. Ausbildungshelfer zu den Auszubildenden reisen, um bestimmte Inhalte praktisch zu vermitteln. Auch dieses Modell hat Nachteile. Die Schulung am Praxisfall ist theoretischer und weniger authentisch, zumal die Auszubildenden auch keine Möglichkeit haben, ihre neuen Kenntnisse anhand alltäglicher Geschäftspost am Ausbildungsplatz zu vertiefen.

Einige wenige Träger vertrauen auf die Vermittlung der Inhalte im Vollzeitlehr-

gang und fordern ihre Auszubildenden auf, sich die Praxis an Hand von beispielhaften Versicherungsfällen im Eigenstudium anzueignen. Das Argument eines Geschäftsstellenleiters, man könne auf die fachpraktische Vermittlung bestimmter Themen verzichten, da diese ausgiebig im Vollzeitunterricht behandelt würden, kann die unzureichende und lückenhafte Ausbildung am Arbeitsplatz nicht rechtfertigen. Wir stellen nachdrücklich fest, dass dieses „Ausbildungsmodell“ nicht mit der Ausbildungsordnung in Einklang zu bringen ist. Für die Auszubildenden besteht nach der Abschlussprüfung im Übrigen das Problem, sich mit eher einseitigen Praxiserfahrungen auf dem Arbeitsmarkt behaupten zu müssen. Wir regen an, hier über einen Ausbildungsverbund mit anderen Kassen nachzudenken, um eine vollständige fachpraktische Ausbildung zu gewährleisten.

Eine vierte Gruppe von Trägern nutzt neuerdings moderne Kommunikationstechnik und hat Tele-Learning-Programme entwickelt. Was den Auszubildenden nicht in der alltäglichen Praxis vermittelt wird, müssen sie sich im Selbststudium per Online-Schulung erarbeiten. Hier müssen alle noch Erfahrungen sammeln. Wir werden uns 2005 intensiv um diese Ausbildungsform kümmern.

Die zahlreichen Veränderungen in der Ausbildungslandschaft führten zu einer spürbaren Zunahme der Konflikte zwischen den Ausbildungs“parteien“. Das Klima ist rauer geworden. Der Arbeitsdruck hat sich erhöht, die Einbeziehung der Auszubildenden in die Sachbearbeitung hat sich verstärkt: Wegen Arbeitsüberlastung der Ausbilder und Ausbildungshelfer übertragen die Kassen den Auszubildenden mehr Eigenverantwortung als früher. Sind

Stress und Arbeitsdruck hoch, sorgen oft schon Kleinigkeiten und Missverständnisse für Konflikte zwischen Ausbildern und Auszubildenden. Gelegentlich wurden in Ausbildungsberatungen sogar Mobbing-Vorwürfe laut. Wir befanden uns daher einige Male in der Position von Mediatoren. Helfen können wir allerdings nur, wenn wir frühzeitig einbezogen werden.

8.3 Übernahme nach Beendigung der Ausbildung

Im Interesse der jungen Menschen ist zu hoffen, dass der Appell der Bundesregierung, Absolventen einer Ausbildung wenigstens zunächst befristet zu übernehmen, auch in der Sozialversicherung künftig mehr Gehör findet. Denn das Fazit für das Jahr 2004 ist bedrückend, weil viele der Auszubildenden nicht übernommen wurden.

Besonders betroffen waren in der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung die Auszubildenden von Kassen, die erhebliche Mitgliederverluste erlitten hatten und deshalb Personal abbauen mussten. Diese Kassen übernahmen von ihren Auszubildenden nur einen Teil oder sogar gar keine. Bei positiver Mitgliederentwicklung wurde in der Regel allen Absolventen eine berufliche Perspektive geboten.

Besser als zunächst zu befürchten stand, entwickelte sich die Übernahme-situation in den Fachrichtungen Renten- und knappschaftliche Sozialversicherung. Allen Auszubildenden der Bahnversicherungsanstalt wurde ein Übernahmevertrag angeboten. Auch die Auszubildenden der Bundesknappschaft wurden – abhängig vom Ergebnis ihrer Abschlussprüfung und den zu-

vor erbrachten Leistungen – fast ausnahmslos mit Dauer- oder zumindest Zeitverträgen übernommen. Positiv war vor allem, dass die BfA ihre ursprünglich deutlich restriktivere Haltung revidiert hat. Hier hatte es zunächst geheißen, nur 88 Auszubildende von 200 könnten damit rechnen, - zum Teil mit Zeitverträgen - übernommen zu werden. Das hätte für den Großteil der Auszubildenden Arbeitslosigkeit bedeutet. Denn weder von den Landesversicherungsanstalten noch der Bahnversicherungsanstalt – sie bilden ja selbst aus – wäre Entlastung zu erwarten gewesen. Auch die Möglichkeiten „fachfremd“ unterzukommen, sind heute nur noch die Ausnahme. In Einschätzung dieser Sachlage entschied die BfA verantwortungsbewusst, letztendlich doch 167 Auszubildende zu übernehmen, allerdings nur elf in ein unbefristetes Vollzeitarbeitsverhältnis.

In den nächsten Jahren dürfte schon wegen der Auswirkungen der Organisationsreform der Rentenversicherung, d. h. des davon zu erwartenden Personalüberhanges, keine Besserung zu erwarten sein. Es soll dem Vernehmen nach vielmehr noch kritischer geprüft werden, ob und zu welchen Konditionen eine Übernahme möglich ist.

Die Träger der gesetzlichen Unfall- und landwirtschaftlichen Sozialversicherung haben ihre Auszubildenden am Ende der Ausbildungszeit zum größten Teil übernommen. Eine Übernahmegarantie, das zeigte sich 2004, gibt es aber auch hier nicht mehr. So hat zum Beispiel die Unfallkasse des Bundes in Wilhelmshaven - anders als in den letzten Jahren - keinen ihrer Auszubildenden nach der Prüfung übernommen.

8.4 Fortbildungsprüfungsordnung nach § 46 Abs. 1 BBiG zum/zur Sozialversicherungsfachwirt/in

Im September 2004 trat die von unserem Berufsbildungsausschuss beschlossene Fortbildungsprüfungsordnung zum/zur Sozialversicherungsfachwirt/-in für die Fachrichtungen gesetzliche Renten- und knappschaftliche Sozialversicherung in Kraft.

Wenn auch die ursprüngliche Absicht, den Mitarbeitern von Trägern aller Fachrichtungen die Möglichkeit zu verschaffen, die

Fortbildung mit einer staatlich anerkannten Prüfung abzuschließen, jetzt noch nicht verwirklicht werden konnte, bestand bei allen Beteiligten Einigkeit, dass die Fortbildungsprüfungsordnung auch andere Fachrichtungen einbeziehen soll, sobald die betreffenden Träger entsprechendes Interesse signalisieren. Dies war bisher bei den Arbeitgebervertretern der Ersatzkassen und der gesetzlichen Unfallversicherung im Berufsbildungsausschuss – vermutlich im Interesse der eigenen Fortbildungssysteme bzw. des neu eingeführten Fachhochschulstudienganges mit Bachelor-Abschluss – nicht der Fall.

9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG

- 9.1 Laufbahnprüfungen
- 9.2 Nachdiplomierung

9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG

9.1 Laufbahnprüfungen

In zwei Laufbahnprüfungen wurden 422 Verwaltungsinspektoranwärter/innen geprüft. 348 kamen von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und 74 von der Bundesknappschaft, darunter zwanzig der Bahnversicherungsanstalt und fünf des Bundesversicherungsamtes, die in die Lehrgänge der Bundesknappschaft integriert waren.

Die Frühjahrsprüfung fiel ausgesprochen schlecht aus. Von 123 Teilnehmer/innen der BfA bestanden lediglich 97 die Prüfung. Die Misserfolgsquote von 21,14 Prozent war damit deutlich höher als bei der Frühjahrsprüfung 2003 mit nur 3,3 Prozent. Noch schlechter schnitten die Prüflinge bei der Bundesknappschaft ab. Von 32 bestanden fünfzehn die Prüfung nicht, d.h. 46,88 Prozent.

Nur minimal besser als in der Frühjahrsprüfung war das Ergebnis bei der BfA in der Sommerprüfung. Von 235 Prüflingen verfehlten 47 (zwanzig Prozent) das Ziel. Deutlich besser als in der Frühjahrsprüfung fiel dagegen das Ergebnis im Sommer bei der Bundesknappschaft aus, wo „nur“ fünf (darunter einer vom Bundesversicherungsamt) von 42 Prüflingen (11,9 Prozent) die Prüfung nicht bestanden.

101 Prüflinge legten gegen die Prüfungsentscheidung Widerspruch ein. Zwanzig nahmen ihn nach Einsichtnahme in ihre Prüfungsarbeiten zurück. 63 Widersprüche wurden bisher als unzulässig bzw. als unbegründet zurückgewiesen. Lediglich in einem Fall wurde Klage vor dem Verwal-

tungsgericht erhoben. Achtzehn Widerspruchsverfahren konnten noch nicht abgeschlossen werden.

Der sprunghafte Anstieg der Anzahl der Widersprüche (im Vorjahr waren es nur fünf Widersprüche gewesen) dürfte sich aus der veränderten Übernahmepraxis der BfA erklären. Waren bisher grundsätzlich alle erfolgreichen Prüflinge ins Beamtenverhältnis auf Probe übernommen worden, war das im Jahr 2004 nicht mehr der Fall. Als Verwaltungsinspektor/in zur Anstellung wurden nur noch Prüflinge mit einem guten oder sehr guten Prüfungsergebnis übernommen. Prüflingen, die schlechter abschnitten, wurde dagegen die – teilweise auch nur befristete – Übernahme ins Angestelltenverhältnis angeboten. Die davon Betroffenen sehen daher im Widerspruch die letzte Chance, doch noch ein günstigeres Prüfungsergebnis zu erzielen und damit ihre Position zu verbessern.

Prüfungsjahrgänge ab 2004 müssen eine Diplomarbeit anfertigen. Dadurch soll der wissenschaftliche Charakter der Ausbildung stärker betont werden. Die Themen bezogen sich dabei nicht nur auf das SGB, sondern kamen auch aus den Bereichen Öffentliches Dienstrecht, Volks- und Betriebswirtschaft, Arbeitsrecht und Sozialpsychologie. Obwohl sich die Prüflinge „ihr“ Thema frei wählen können, musste das Prüfungsamt beim ersten Durchgang vom 1. März bis zum 30. Juni 23 von ihnen ein Thema zuweisen, weil sie ihre Wahlmöglichkeit ungenutzt gelassen hatten. Möglicherweise erklärt sich das mit einer gewissen Unsicherheit in der Anfangsphase der Umsetzung der Neuerung. Denn bei

den Kandidaten, die in der Zeit vom 1. September bis zum 31. Dezember 2004 ihre Diplomarbeit schrieben, sank die Zahl der vom Prüfungsamt zugewiesenen Themen auf zehn.

Die Diplomarbeit ist Teil der Laufbahnprüfung und muss mindestens mit der Note „ausreichend“ bewertet sein, um die Prüfung insgesamt erfolgreich abschließen zu können. Lediglich neun der Studierenden haben das nicht geschafft; darunter auch drei Studierende, deren Diplomarbeiten vom Prüfungsamt mit der Note „ungenügend“ bewertet werden mussten, weil ihnen eine Täuschungshandlung i.S.d. § 37 Abs. 2 LAP-gnt-DSVV (Verwendung von nicht als solchen gekennzeichneten fremden Texten) nachgewiesen wurde.

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Arbeit bestand in der organisatorischen Betreuung der Kommissionen und deren teilweiser Neubesetzung. Zunächst wurden 22 Prüfungskommissionen (achtzehn für den Bereich der Angestelltenversicherung, angestrebt zwanzig - und vier für den Bereich der Knappschaftsversicherung) einge-

richtet. Diese bisher höchste Zahl von Kommissionen ist Folge der hohen Einstellungszahl der Versicherungsträger im Jahr 2001 (rund 450 Verwaltungsinspektorenanwärter/innen).

9.2 Nachdiplomierung

Die Nachdiplomierungsordnung des Bundes vom 16. Januar 1991 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 wurden auch im Jahr 2004 aktive und ehemalige Mitarbeiter der BfA nachträglich mit einem Diplom versehen. Ihre Anzahl war aber gegenüber dem Vorjahr weiter rückläufig, denn mit jeder Nachdiplomierung verringert sich die feststehende Anzahl der potentiellen Antragsteller.

ANHANG

TABELLEN

**ÜBERSICHT DER BUNDESUNMITTELBAREN TRÄGER, VERBÄNDE UND EIN-
RICHTUNGEN DER SOZIALVERSICHERUNG**

ORGANISATIONSPLAN

Monatliches Verfahren 2004 Risikopool

Angaben in gerundeten € - Beträgen

		AOK	BKK	IKK	See-KK	BKn	EAN	EAR	Gesamt
Monatliches Abschlagsverfahren West									
	Empfängerkassen (Anzahl)	12	32	7	1	1	3	1	57
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	455.413.64							
	Zahlungspflichtige Kassen	5	34.591.255	25.549.601	196.217	32.109.691	89.287.806	2.872.043	640.020.257
		0	193	9	0	0	4	2	208
			509.756.65				154.446.02		
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	8	29.745.722	0	0	5	28.713.127	722.661.532
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA								
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	455.413.645	-475.165.403	-4.196.120	196.217	32.109.691	-65.158.219	-25.841.085	-82.641.275
Monatliches Abschlagsverfahren Ost									
	Empfängerkassen (Anzahl)	5	9	2	0	1	2	0	19
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	175.375.09							
	Zahlungspflichtige Kassen	5	7.464.276	1.944.195	0	10.570.346	13.236.698	0	208.590.610
		0	105	7	1	0	4	3	120
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	78.043.371	18.405.676	301.322	0	20.149.024	4.922.623	121.822.016
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA								
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	175.375.095	-70.579.094	-16.461.481	-301.322	10.570.346	-6.912.326	-4.922.623	86.768.594
Monatliches Abschlagsverfahren Bund									
	Empfängerkassen (Anzahl)	17	41	9	1	2	5	1	76
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	630.788.739	42.055.531	27.493.796	196.217	42.680.038	102.524.504	2.872.043	848.610.867
	Zahlungspflichtige Kassen	0	298	16	1	0	8	5	328
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	587.800.028	48.151.398	301.322	0	174.595.049	33.635.751	844.483.548
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA								
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	630.788.739	-545.744.497	-20.657.601	-105.106	42.680.038	-72.070.545	-30.763.708	4.127.320

Wichtige Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2002

	Anzahl Versicherte	Ausgaben Apotheken	Ausgaben Krankenhaus	Sonstige Leistungsausgaben ¹	Ausgaben Krankengeld	Gesamtsumme
RSA gemeldet	70.405.071	23.078.135.781	46.915.675.787	16.127.828.339	7.539.584.616	122.188.429.443 ²
RP gemeldet	507.835 ³	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 %

Wichtige Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2003

	Anzahl Versicherte	Ausgaben Apotheken	Ausgaben Krankenhaus	Sonstige Leistungsausgaben ⁴	Ausgaben <u>Dialyse</u>	Ausgaben Krankengeld	Gesamtsumme ⁵
RSA gemeldet	70.015.529	27.078.585	47.497.225	15.928.364	1.529.397	6.955.995	134.830.964
RP gemeldet	562.782	3.785.207	12.766.373	36.653	1.441.892	1.525.332	19.742.378
Proz. Anteil RP an RSA pro HLB	0,80%	13,98%	26,88%	0,23%	94,28%	21,93%	14,64%
RP-Beträge		849.833	3.044.520	6.701	413.998	262.190	4.577.243
Proz. Anteil RP-Betrag an RSA pro HLB		3,14%	6,41%	0,04%	27,07%	3,77%	3,39%

Alle Ausgaben in Tausend €

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.

⁴ Die sonstigen Leistungsausgaben im Risikopool beinhalten nur Sterbegeld.

⁵ In der Gesamtsumme RSA sind auch Ausgaben der Ärzte und Zahnärzte enthalten, die im RP nicht ausgleichsfähig sind.

Monatliches Verfahren 2004 RSA

Angaben in gerundeten € - Beträgen

		AOK	BKK	IKK	See-KK	BKn	EAN	EAR	Gesamt
Monatliches Abschlagsverfahren West									
	Empfängerkassen (Anzahl)	12	41	10	1	1	2	1	68
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	8.420.537.342	518.515.430	286.942.464	5.357.241	1.153.129.999	216.293.515	54.247.166	10.655.023.157
	Zahlungspflichtige Kassen	0	184	6	0	0	5	2	197
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	7.882.646.539	363.273.331	0	0	3.215.684.934	581.171.442	12.042.776.246
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	8.420.537.342	-7.364.131.109	-76.330.867	5.357.241	1.153.129.999	-2.999.391.420	-526.924.275	-1.387.753.089
Monatliches Abschlagsverfahren Ost									
	Empfängerkassen (Anzahl)	5	4	1	0	1	2	0	13
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	4.352.688.841	107.454.717	4.007.270	0	390.456.215	93.648.065	0	4.948.255.109
	Zahlungspflichtige Kassen	0	110	8	1	0	4	3	126
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	1.089.838.344	170.623.827	2.196.354	0	371.776.128	70.909.307	1.705.343.961
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	4.352.688.841	-982.383.627	-166.616.557	-2.196.354	390.456.215	-278.128.063	-70.909.307	3.242.911.148
Monatliches Abschlagsverfahren Bund									
	Empfängerkassen (Anzahl)	17	45	11	1	2	4	1	81
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	12.773.226.184	625.970.147	290.949.734	5.357.241	1.543.586.214	309.941.579	54.247.166	15.603.278.266
	Zahlungspflichtige Kassen	0	294	14	1	0	9	5	323
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	8.972.484.883	533.897.158	2.196.354	0	3.587.461.062	652.080.749	13.748.120.207
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	12.773.226.184	-8.346.514.736	-242.947.424	3.160.887	1.543.586.214	-3.277.519.483	-597.833.583	1.855.158.059

Zahlungsströme

	JAHR	WEST 902 Empfängerkasse	OST 902 Empfängerkasse	WEST 902 Zahlerkasse	OST 902 Zahlerkasse	WEST RP4 Empfängerkasse	OST RP4 Empfängerkasse	WEST RP4 Zahlerkasse	OST RP4 Zahlerkasse
AOK	2.003	8.240.730.609 12	4.410.573.099 5	0 0	0 0	323.776.666 12	124.147.474 5	0 0	0 0
BKK	2.003	614.225.417 53	115.375.264 8	-7.766.417.472 202	-1.162.259.162 116	35.429.594 43	7.095.830 21	-362.938.538 212	-58.287.304 103
BKN	2.003	1.181.472.126 1	385.388.032 1	0 0	0 0	14.520.286 1	4.962.274 1	0 0	0 0
EAN	2.003	206.347.111 1	54.908.867 1	-3.804.555.558 6	-589.519.462 5	67.786.755 3	10.536.514 2	-112.103.999 4	-20.819.603 4
EAR	2.003	50.058.354 1	0 0	-622.568.602 4	-76.955.563 3	2.208.110 2	0 0	-16.500.570 3	-2.374.069 3
IKK	2.003	166.367.956 8	1.155.542 0	-391.794.005 11	-202.357.492 9	15.913.182 8	1.534.559 2	-20.996.286 11	-12.246.847 7
SEE	2.003	4.860.701 1	0 0	-282.129 0	-2.644.248 1	60.618 0	0 0	-190.954 1	-129.729 1
GKV	2.003	10.464.062.351 77	4.967.400.819 15	-12.585.617.543 223	-2.033.735.793 134	459.695.280 69	148.276.682 31	-512.730.116 231	-93.857.434 118

	JAHR	WEST 902 Empfängerkasse	OST 902 Empfängerkasse	WEST 902 Zahlerkasse	OST 902 Zahlerkasse	WEST RP4 Empfängerkasse	OST RP4 Empfängerkasse	WEST RP4 Zahlerkasse	OST RP4 Zahlerkasse
AOK	2.004	8.420.537.342 12	4.352.688.841 5	0 0	0 0	455.413.645 12	175.375.095 5	0 0	0 0
BKK	2.004	518.515.430 41	107.454.717 4	-7.882.646.539 184	-1.089.838.344 110	34.591.255 32	7.464.276 9	-509.756.658 193	-78.043.371 105
BKN	2.004	1.153.129.999 1	390.456.215 1	0 0	0 0	32.109.691 1	10.570.346 1	0 0	0 0
EAN	2.004	216.293.515 2	93.648.065 2	-3.215.684.934 5	-371.776.128 4	89.287.806 3	13.236.698 2	-154.446.025 4	-20.149.024 4
EAR	2.004	54.247.166 1	0 0	-581.171.442 2	-70.909.307 3	2.872.043 1	0 0	-28.713.127 2	-4.922.623 3
IKK	2.004	286.942.464 10	4.007.270 1	-363.273.331 6	-170.623.827 8	25.549.601 7	1.944.195 2	-29.745.722 9	-18.405.676 7
SEE	2.004	5.357.241 1	0 0	0 0	-2.196.354 1	196.217 1	0 0	0 0	-301.322 1
GKV	2.004	10.655.023.225 68	4.948.255.122 13	-12.042.776.049 197	-1.705.343.835 126	640.020.314 57	208.590.629 19	-722.661.324 208	-121.821.896 120

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.03	Anzahl 31.12.04
Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ⁶		
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	7	8
Die nord- und mitteldeutsche IKK Innungskrankenkasse Hamburg IKK gesund-plus IKK Weser-Ems Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG) Vereinte IKK IKK-Direkt		

⁶ nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.03	Anzahl 31.12.04
Sonstige Krankenkassen	2	2
See-Krankenkasse Bundesknappschaft (knKV)		
Landwirtschaftliche Krankenkassen	2	2
Krankenkasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutsch- land		
Betriebskrankenkassen⁷	132	126
in Baden-Württemberg	21	18
in Bayern	13	13
in Berlin	1	1
in Brandenburg	-	-
in Bremen	1	1
in Hamburg	11	10
in Hessen	16	15
in Mecklenburg-Vorpommern	1	1
in Niedersachsen	14	14
in Nordrhein-Westfalen	40	39
in Rheinland-Pfalz	9	9
in Sachsen	2	2
in Sachsen-Anhalt	1	1
im Saarland	-	-
in Schleswig-Holstein	2	2
in Thüringen	-	-
Krankenversicherungsträger insgesamt	151	146

⁷ einschließlich Bundesverwaltungskassen

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.03	Anzahl 31.12.04
Träger der gesetzlichen Unfallversicherung		
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	32	32
Bergbau-Berufsgenossenschaft		
Steinbruchs-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie		
Berufsgenossenschaft der Gas-, Fernwärme- und Wasser- wirtschaft		
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. Eisenbah- nen		
Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen		
Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohl- fahrtpflege		
See-Berufsgenossenschaft		

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.01	Anzahl 31.12.02
Übertrag	32	32
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	2	2
Gartenbau-Berufsgenossenschaft Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Berlin		
Sonstige Träger der Unfallversicherung	3	3
Eisenbahn-Unfallkasse Unfallkasse der Post und Telekom Unfallkasse des Bundes		
Unfallversicherungsträger insgesamt	37	37
Träger der gesetzlichen Rentenversicherung		
Träger der Arbeiterrentenversicherung	2	2
Bahn-Versicherungsanstalt Seekasse		
Träger der Angestelltenversicherung	1	1
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte		
Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung	1	1
Bundesknappschaft		
Rentenversicherungsträger insgesamt	4	4

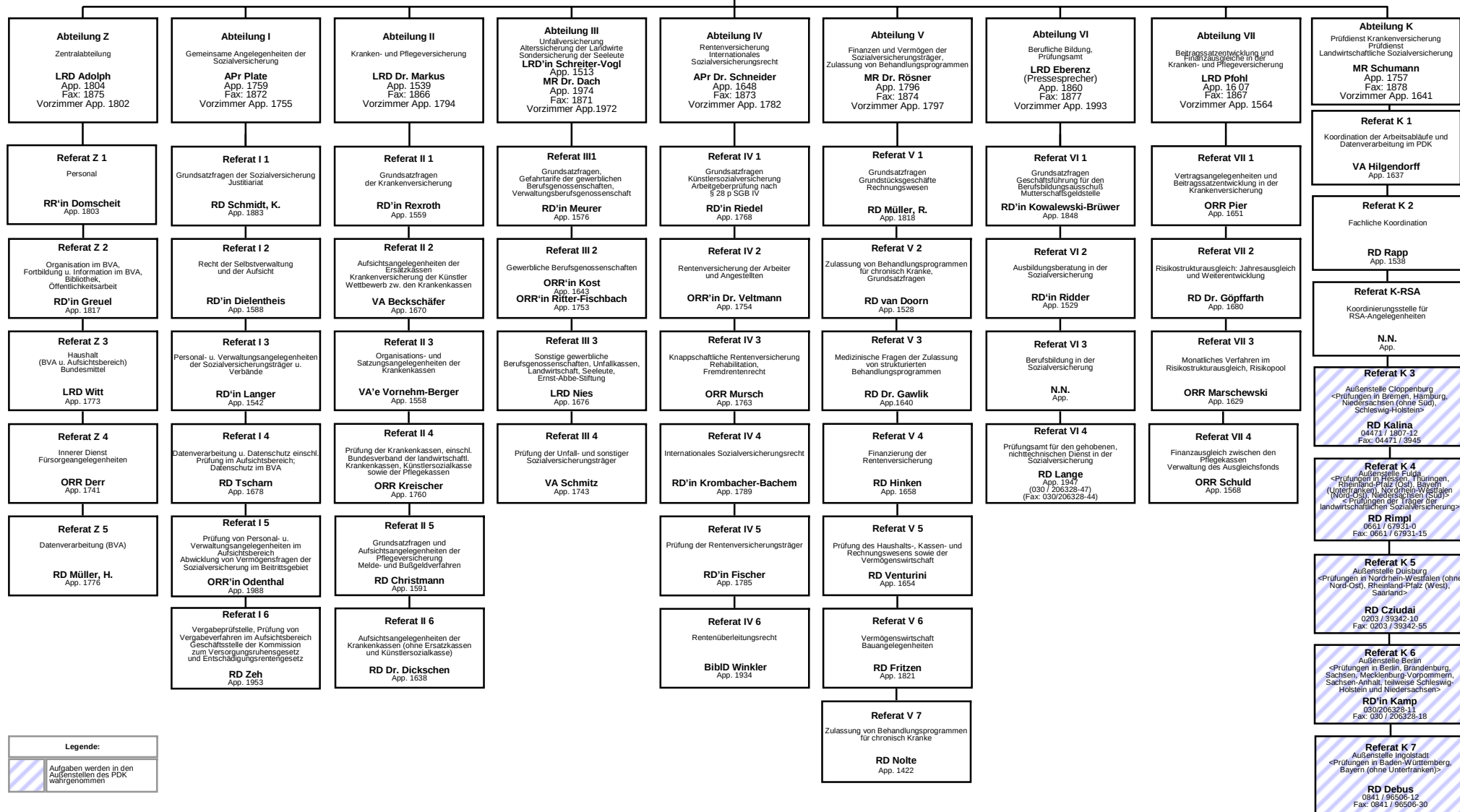
VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.03	Anzahl 31.12.04
Träger der Alterssicherung der Landwirte	2	2
Alterskasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Alterskasse Berlin		
Alterskassen insgesamt	2	2
Verbände	2	2
Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen		
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	151	146
Unfallversicherungsträger	37	37
Rentenversicherungsträger	4	4
Alterskassen	2	2
Verbände	2	2
Weitere Einrichtungen	4	4
insgesamt	200	195



Bundesversicherungsamt

Organisationsplan
Dienststzitz: Bonn
Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn
Telefon: (0228) 619 - 0 Fax: (0228) 619 - 1870

Stand: Dezember 2004



Legende:

Aufgaben werden in den Außenstellen des PDK wahrgenommen