



Bundesversicherungsamt

Tätigkeitsbericht 2005



Herausgeber:

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



Vorwort

Die Bilanz des Jahres 2006 umfasst neben den Ereignissen dieses Jahres auch einen Blick zurück. Das Bundesversicherungsamt konnte im Jahr 2006 sein 50-jähriges Bestehen feiern. In diesen Jahren hatte das Bundesversicherungsamt zunächst Aufbauarbeit zu leisten, um die übernommenen Aufgaben des Reichsversicherungsamtes auszufüllen. Die Herausforderung, in den Folgejahren bis zum heutigen Tage umfangreiche neue Aufgaben zu bewältigen, hat das Bundesversicherungsamt erfolgreich gemeistert.

In dieser Zeit haben engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unzählige Eingaben und Petitionen der Bürgerinnen und Bürger kenntnisreich und sorgfältig bearbeitet. Die Tätigkeit des Bundesversicherungsamtes ist immer darauf gerichtet, Versicherten

gegenüber den Trägern der Sozialversicherung zu ihrem Recht zu verhelfen. Nicht allen Anliegen und Beschwerden kann indes abgeholfen werden. Dann gilt es den Versicherten nachvollziehbare Begründungen zu übermitteln, warum ihrem Anliegen nicht entsprochen werden kann.

Das Ansehen des Bundesversicherungsamtes zeigte sich auch in der Feier zum 50-jährigen Bestehen des Amtes, die am 8. Juni 2006 stattfand. Die Teilnahme des Präsidenten des Bundesverfassungsgerichts, Herrn Prof. Dr. Papier, des Ministers für Arbeit und Soziales, Herrn Müntefering sowie einer großen Anzahl von Vertretern der Ministerien, der Sozialversicherungsträger und ihrer Verbände, der Sozialgerichtsbarkeit und der Wissenschaft machten deutlich, dass die Arbeit des Bundesversicherungsamtes als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und als Verwaltungsbehörde zur Erfüllung komplizierter Aufgaben mit höchster finanzieller Tragweite auch von außen hoch eingeschätzt wird.

Im Blickpunkt der öffentlichen Diskussion wie auch unserer Arbeit stand auch im Jahr 2006 die finanzielle Entwicklung der Sozialversicherungsträger. Diese hat sich im Jahr 2006 durch eine Steigerung der Beitragseinnahmen gebessert. Der größte Teil der Beitragsmehr-einnahmen ist jedoch auf das Vorziehen der Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge zurückzuführen. Diese Änderung hatte zur Folge, dass im Jahr 2006 einmalig ein rechnerischer 13. Beitragsmonat hinzugekommen ist. Ob und wie sich die gesamtwirtschaftlich

verbesserte Lage dauerhaft auf die finanzielle Situation der Sozialversicherung auswirkt, bleibt abzuwarten.

Die finanzielle Konsolidierung der bundesunmittelbaren Krankenkassen setzte sich weiter fort. Von ursprünglich 98 verschuldeten Krankenkassen sind mittlerweile 63 Kassen völlig entschuldet; die Verschuldung bundesunmittelbarer Krankenkassen ist unter 500 Mio. € gesunken. Das Bundesversicherungsamt wird weiter auf die gesetzlich vorgesehene Entschuldung aller Kassen hinarbeiten und die Verbände zu Hilfeleistungen für die Kassen anhalten, die die Entschuldung nicht aus eigener Kraft schaffen werden.

Gerade im Hinblick auf die Entschuldung der Krankenkassen und auf das frühzeitige Erkennen von problematischen Entwicklungen sind die vom Prüfdienst Krankenversicherung des Bundesversicherungsamtes durchgeführten Finanzstatusprüfungen bei den Krankenkassen von besonderer Bedeutung. Diese Prüfungen wurden 2006 intensiviert und die Prüfinstrumente weiter verfeinert.

Intensiv hat das Bundesversicherungsamt die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung begleitet, indem wir im Gesetzgebungsverfahren umfangreich und fundiert zu den das Amt betreffenden Regelungen Stellung bezogen haben. Die umwälzenden organisatorischen und materiell-rechtlichen Neuerungen des Gesetzes zur Stärkung der Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung sind nun umzusetzen.

Das Bundesversicherungsamt wird sich ebenso in den anstehenden Reformprozess bei der gesetzlichen Unfallversicherung wie der sozialen Pflegeversicherung einbringen.

Ein Punkt, der zukünftig die Entwicklung und die Reformen des Sozialversicherungsrechts bestimmen wird, ist das Aufgreifen der finanziellen Belastungen der Zukunft. Die Neuordnung des Vermögensrechts, insbesondere die Bildung ausreichender Altersrückstellungen, sind Kern der Vorschläge des Bundesversicherungsamtes zu einer Änderung des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VII).

Das Bundesversicherungsamt wird auch weiterhin die Veränderungsprozesse des Sozialversicherungsrechts und der Trägerlandschaft begleiten und seine Aufsichts- und Beratungsfunktion im Dialog mit den jeweiligen Partnern vorausschauend und konsequent wahrnehmen und sich auf die neuen Herausforderungen des Wandels des Sozialversicherungsrechts einstellen.



Dr. Rainer Daubenbüchel
Präsident des Bundesversicherungsamtes

I.	ALLGEMEINER TEIL	11
1.	50-JAHR-FEIER DES BUNDESVERSICHERUNGSSAMTES	11
2.	REFORM DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG	15
	Gesundheitsfonds	15
	Einheitlicher Beitragssatz	16
	Zusatzbeitrag	16
	Auswirkungen auf die Bundesländer	16
	Beitragseinzug	17
	Entschuldung der Krankenkassen	17
	Insolvenzrecht	18
	Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	18
	Fazit	19
3.	INITIATIVE DES BUNDESVERSICHERUNGSSAMTES ZUR NEUREGELUNG DES VERMÖGENSRECHTS DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG	23
II.	FACHTHEMEN	27
1.	KRANKENVERSICHERUNG	27
1.1	Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung	27
1.2	Eingaben	28
	Eingabestatistik Krankenversicherung	28
1.3	Aufsicht über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen	28
	Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung	28
	Angebot von Wellness-Reisen durch Krankenkassen	28
	Bezuschussung von Mitgliedschaften und Kursen in Fitness-Studios	30
	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	30
	Entscheidung des Bundessozialgerichtes zu geringen Erstattungssätzen bei Aufwendungsausgleich	31
	Berechnung und Höhe des Erstattungsbetrages im Rahmen des Aufwendungsausgleichsgesetzes	31
	Berichte der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	32
1.4	Satzungsrecht	32
	Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten	32

1.5 Aufsichtsprüfungen	33
Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge und der Beiträge für freiwillig Versicherte	33
Vollstreckung von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung	35
Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung	36
1.6 Strukturierte Behandlungsprogramme	37
2. PFLEGEVERSICHERUNG	41
2.1 Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung	41
Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung	41
Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung	42
Entwicklung des Mittelbestandes	42
Ausblick	43
2.2 Eingaben	43
Eingabestatistik Pflegeversicherung	43
2.3 Aufsichtsprüfungen	43
Pflegehilfsmittel und technische Hilfen gemäß § 40 SGB XI	43
Leistungsausgaben zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen gemäß § 44 SGB XI	44
3. UNFALLVERSICHERUNG	47
3.1 Finanzen der Gesetzlichen Unfallversicherung	47
Finanzierung der Unfallkliniken	47
3.2 Eingaben	48
Eingabestatistik Unfallversicherung	48
3.3 Satzungsrecht	48
Gefahrtarifangelegenheiten	48
Ausschluss der Karenztageregelung bei freiwillig versicherten Unternehmern	49
3.4 Aufsichtsprüfungen	50
Zahlung von Verwaltungskostenpauschalen	50
4. RENTENVERSICHERUNG	53
4.1 Finanzentwicklung in der gesetzlichen Rentenversicherung	53
4.2 Eingaben	55
Eingabestatistik Rentenversicherung	55
4.3 Einzelfälle	55

4.4 Grundsatzfragen	56
Grundsatz- und Querschnittsaufgaben	56
Koordination der Planung von Rehabilitationsmaßnahmen	57
Beiträge für die Beschäftigung behinderter Menschen	57
Kontoauszugsverfahren	58
Ausgleichsvereinigungen nach dem KSVG	58
Verfahrensfragen	59
Abgrenzung Zuzahlung RV/KV	60
Übergangsgeld	60
4.5 Aufsichtsprüfungen	60
4.6 Internationales Sozialversicherungsrecht	62
5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN	67
5.1 Gerichtsverfahren	67
5.2 Selbstverwaltung	68
Neufassung der Entschädigungsregelungen für die ehrenamtlichen Organmitglieder der Renten- und Unfallversicherungsträger	68
5.3 Personal- und Dienstrecht sowie Verwaltung	69
Übertragung des Vollstreckungswesens der Krankenkassen	69
Urteile zur Veröffentlichungspflicht der Vorstandsvergütung	69
5.4 Organisation – Datenverarbeitung	70
Konsolidierung der Rechenzentren in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung	70
5.5 Prüfungen im Bereich Personal- und Verwaltungsangelegenheiten	71
5.6 Vermögenswirtschaft	72
Entscheidung des Bundessozialgerichts zu Aktienanlagen durch Sozialversicherungsträger	72
Genehmigungen und Anzeigen von Vermögensanlagen	72
6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH	77
6.1 Allgemeines	77
Verfahren	77
6.2 Jahresausgleich 2005	78
DMP im Jahresausgleich 2005	79
6.3 Monatliches Verfahren	79
Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV	80
Abgeltung für die Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen	80

6.4 Risikopool	81
6.5 Prüfungen nach § 15a RSAV	81
6.6 Gesundheitsreform – Berechnungen zur Regionalwirkung des Gesundheitsfonds	83
Auswirkungen eines vervollständigten Finanzkraftausgleichs auf die Versicherten je Bundesland	84
7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG	87
7.1 Allgemein	87
Statistik zur Arbeit des PDK 2006	87
IGAS	87
7.2 Finanzstatusprüfungen	88
7.3 Auswertung der RSA-Risikopool-Prüfungen 2006	89
7.4 Vorbereitung von DRG-Prüfungen	89
7.5 Aus dem Prüfgeschäft	90
Integrierte Versorgung	90
Aufdeckung eines Betrugsfalles	91
Ermittlung von Doppelversicherungen	91
Rechtswidrige Gutachtenpraxis des MDK	91
7.6 Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung	92
8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBIG	97
8.1 Ausbildungsplatzsituation	97
8.2 Ausbildungsberatung	99
9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN, NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG	103
Ergebnisse der Laufbahnprüfungen	103
III. ANHANG	105
TABELLEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH	105
ÜBERSICHT AUFSICHTSPRÜFUNGEN	105
ÜBERSICHT DER BUNDESUNMITTELBAREN TRÄGER, VERBÄNDE UND EINRICHTUNGEN DER SOZIALVERSICHERUNG	105
ORGANISATIONSPLAN	105

I. ALLGEMEINER TEIL

1. 50-JAHR-FEIER DES BUNDESVERSICHERUNGSSAMTES

I. ALLGEMEINER TEIL

1. 50-JAHR-FEIER DES BUNDESVERSICHERUNGSSAMTES

Das Bundesversicherungsamt wurde am 9. Mai 1956 durch das Bundesversicherungssamtsgesetz als Aufsichtsbehörde für die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger errichtet. Im Verlauf seines Bestehens sind dem Amt über die Aufsichtsfunktion hinaus zahlreiche Verwaltungsaufgaben übertragen worden, die, wie der Risikostrukturausgleich und die Zulassung von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke, inzwischen eine erhebliche finanzielle wie politische Bedeutung gewonnen haben.

In seinem Grußwort dankte Minister Müntefering, zu dessen Geschäftsbereich das Bundesversicherungsamt gehört, dem Amt für die effektive und effiziente Arbeit. Das Bundesversicherungsamt sei ein unverzichtbarer Bestandteil des auf Selbstverwaltung basierenden Systems der sozialen Sicherung in Deutschland. In Unabhängigkeit vom politischen Alltagsgeschäft erfülle es seine verantwortungsvolle Aufgabe als Rechtsaufsichtsbehörde im beratenden Dialog mit den Trägern, zeige erforderlichenfalls aber auch die Grenzen des rechtlich Zulässigen auf.

Hervorzuheben sei nicht zuletzt die Rolle als Ansprechpartner für die Versicherten. Unzähligen Bürgern habe das Bundesversicherungsamt in den 50 Jahren seines Bestehens helfen können, begründete Ansprüche durchzusetzen oder komplizierte Rechtslagen zu verstehen.

Im Mittelpunkt der Feier standen die Festvorträge des Präsidenten des Bundesver-

fassungsgerichts, Professor Dr. Dr. h.c. Hans Jürgen Papier, zum Thema „Der Sozialstaat aus verfassungsrechtlicher Sicht“, sowie Vorträge von Professor Dr. Otto Ernst Krasney, Vizepräsident des Bundessozialgerichts a.D., und Rechtsanwalt Professor Dr. Hermann Plagemann, die aus unterschiedlichen Blickwinkeln die Rolle der Aufsicht im Spannungsverhältnis zur Rechtsprechung und gerichtlichem Rechtsschutz beleuchteten.

Die Vorträge können im Internet unter www.bva.de abgerufen werden.

Professor Papier kam dabei zu dem Schluss, dass der deutsche Sozialstaat vor seiner vielleicht größten Belastungs- und Bewährungsprobe steht. Die Werte dieses Sozialstaats könnten nur durch die Bereitschaft zur Veränderung – gegebenenfalls durch eine in den einzelnen Sozialversicherungszweigen abgestufte Neujustierung des Verhältnisses von Solidarität einerseits und Subsidiarität und Eigenverantwortung andererseits – bewahrt werden. In diesem Spannungsfeld werden die vielfältigen Aufgaben des Bundesversicherungsamtes, die mit die Funktionsfähigkeit des Sozialstaates sicherstellen, nach Auffassung von Professor Papier eher noch zunehmen.

In seinem Vortrag betonte Professor Krasney, dass im Spannungsfeld von Rechtsaufsicht und Rechtsprechung die Ausübung der Rechtsaufsicht auf gewisse Grenzen stoße, die sich aus dem Selbstverwaltungsrecht der Träger ergeben. Diesen Maßstab habe auch das Bundessozial-

gericht in seiner Entscheidung vom 22. März 2005 (Az.: B 1 A 1/03 R) angewandt. Die Aufsicht müsse daher in Fällen, in denen keine eindeutige höchstrichterliche Rechtsprechung vorliege, den der Selbstverwaltung eingeräumten Beurteilungsspielraum auch in rechtlichen Auslegungsfragen beachten. Dieses gelte ebenso in den Fällen, in denen sich die der bisherigen Rechtsprechung zugrunde liegenden tatsächlichen Verhältnisse wesentlich geändert haben oder wenn neue gesetzliche Regelungen in anderen Gesetzen oder in anderen Abschnitten des maßgebenden Gesetzes Anhaltspunkte dafür geben, dass dadurch der bisherigen gesicherten Rechtsprechung der Boden entzogen wird. Eine einseitige aufsichtsrechtliche Durchsetzung könne in diesen Grenzen nicht zulässig sein.

„Aufsicht“ wird nach Ansicht von Professor Plagemann dagegen auch künftig „neues Recht“ auslegen (müssen) und an der Rechtsschöpfung unabhängig davon teilnehmen, ob das Bundessozialgericht dazu im Individualklageverfahren Stellung genommen hat oder nicht. Die dem Sozialstaat aufgegebenen Nachhaltigkeit sei – jenseits aller staatsrechtlichen Erklärungsmuster für die Staatsaufsicht – viel zu wichtig als dass auf die in diesem Sinne „qualitätssichernde“ Aufsicht verzichtet werden könne.

In der sich an die Vorträge anschließenden Diskussion wurden die deutlich gewordenen kontroversen Meinungen zu den Grenzen der Rechtsaufsicht fachkundig und engagiert diskutiert.

2. REFORM DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

2. REFORM DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Mit der Vorlage der von den Koalitionsparteien beschlossenen Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 4. Juli 2006 wurde der Startschuss für ein Gesetzgebungsverfahren zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben, das mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) inzwischen abgeschlossen wurde.

Das Bundesversicherungsamt war aufgrund seiner vielfältigen praktischen Erfahrungen als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Krankenkassen und als Durchführungsbehörde für den Risikostrukturausgleich insbesondere in Fragen der Finanzierung und der Organisation von Beginn an in das Verfahren eingebunden. Dabei stand im Mittelpunkt, wie die im Eckpunktepapier beschriebenen Ziele durch effektive Gesetzesregelungen verwirklicht werden können. Soweit Kritik zu äußern war, wurde diese fundiert begründet und stets mit konkreten Vorschlägen für alternative Gesetzesformulierungen ergänzt.

Gesundheitsfonds

Mit dem „Gesundheitsfonds“ wurde in dem Eckpunktepapier erstmals das Konzept einer Finanzierungsreform vorgestellt, mit der die unterschiedlichen Vorstellungen der Koalitionsparteien über die Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung als „Bürgerversicherung“ einerseits oder „Solidarische Gesundheitsprämie“ andererseits eine gemeinsame Plattform erhalten sollten.

Ziel des Gesundheitsfonds ist es, das bestehende Geflecht unterschiedlicher Finanzströme aufzulösen und Abläufe transparenter zu gestalten. Gesetzlich definiert ist der Gesundheitsfonds als ein beim Bundesversicherungsamt verwaltetes Sondervermögen, das sich aus den eingehenden Beiträgen und Bundesmitteln für die gesetzliche Krankenversicherung zusammensetzt. Der Gesundheitsfonds bündelt hierdurch die Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung und ist auch für ihre Verwaltung zuständig. Aufgabe der Krankenkassen bleibt demgegenüber die Gewährleistung der medizinischen Versorgung aller Versicherten. Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben Zuweisungen, die sich aus einer Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschlägen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen und Zuweisungen für sonstige Ausgaben zusammensetzt.

Die Funktionsprinzipien des Gesundheitsfonds entsprechen zu einem Teil denen des gegenwärtigen Risikostrukturausgleichs. So erhalten alle Krankenkassen derzeit aus dem Risikostrukturausgleich einen nach bestimmten Kriterien bemessenen Beitragsbedarf zugewiesen, der in der Summe über alle Krankenkassen die Ausgaben für Pflichtleistungen abdeckt und derzeit etwa 92 % der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Künftig wird dieser Ausgleich auf 100 % erweitert, da die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds auch Zuweisungen für ihre übrigen Ausgaben, u.a. die Verwaltungsausgaben erhalten.

Die kassenindividuellen Beitragssätze werden ab dem Jahr 2009 durch einen staatlich festgesetzten, bundesweit einheitlichen Beitragssatz ersetzt, nach dem die Beiträge erhoben und an den Gesundheitsfonds abgeführt werden. Der Gesundheitsfonds zahlt die Zuweisungen unmittelbar an die Krankenkassen aus, eine Saldierung mit der Finanzkraft der Krankenkasse entfällt. Eine Unterscheidung zwischen Zahler- und Empfängerkassen wird es künftig nicht mehr geben.

Einheitlicher Beitragssatz

Der Beitragssatz wird von der Bundesregierung nach Auswertung der Ergebnisse eines beim Bundesversicherungsamt zu bildenden Schätzerkreises durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bis zum 1. November 2008 festgelegt. Das Verfahren verlangt eine vorherige Unterrichtung des Deutschen Bundestages, der die Möglichkeit zur Befassung mit der beabsichtigten Festsetzung hat.

Da die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gleichmäßig über das gesamte Jahr ausgezahlt werden sollen, ist zum Ausgleich von Einnahmeschwankungen die Bildung einer Liquiditätsreserve vorgeschrieben, was bei der Festsetzung des Beitragssatzes zu berücksichtigen ist. Reicht die Liquiditätsreserve nicht aus, um alle Zuweisungen zu erfüllen, leistet der Bund ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel.

Zusatzbeitrag

Soweit Krankenkassen mit ihren Zuweisungen finanziell nicht auskommen, müssen sie einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag erheben. Erzielt eine Krankenkasse dagegen Überschüsse, kann sie Prämien an ihre Mitglieder auszahlen. Zu-

satzbeiträge und Prämien entsprechen den gegenwärtigen Beitragssatzunterschieden zwischen den Krankenkassen und werden damit zentrale Wettbewerbsparameter sein. Der Zusatzbeitrag darf jedoch 1% des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen. Feste oder prozentuale Zusatzbeiträge in einer Höhe bis zu 8 € werden ohne Einkommensprüfung erhoben. Das Bundesversicherungsamt hat in seinen Stellungnahmen kritisch darauf hingewiesen, dass die Höhe des von der Krankenkasse zu erhebenden Zusatzbeitrages ab einem bestimmten Finanzbedarf von der Einkommensstruktur ihrer Mitglieder abhängt, da die Fehlbeträge, die entstehen, wenn Mitglieder aufgrund ihres Einkommens den Zusatzbeitrag nicht in voller Höhe zahlen, zusätzlich einkalkuliert und von den einkommensstärkeren Mitgliedern aufgebracht werden müssen.

Ein ungünstiger Anreiz entsteht zudem, wenn Mitglieder einen Zusatzbeitrag von bis zu acht Euro zahlen, der ein Prozent ihrer beitragspflichtigen Einnahmen übersteigt. Wenn diese Mitglieder zu einer Krankenkasse mit einem höherem Zusatzbeitrag wechseln, würden sie aufgrund der nun stattfindenden Einkommensprüfung eine Reduzierung des von ihnen zu zahlenden Beitrages bewirken. Dies gilt entsprechend bei einer Beitragsanhebung der Krankenkasse über acht Euro hinaus, was eine entsprechende Kalkulation der Krankenkassen erschwert.

Auswirkungen auf die Bundesländer

Im Eckpunktepapier nicht erwähnt, aber im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens mit aufgenommen wurde eine Regelung, die sicherstellen soll, dass die Be- und Entlastungen aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen zeitweise begrenzt

werden (sog. Konvergenzklausel). Das Bundesversicherungsamt vertrat die Auffassung, dass eine derartige regionale Sicht dem gegenwärtigen Verfahren fremd ist und dem Grundsatz widerspricht, dass die gesetzliche Krankenversicherung als Ganzes eine Solidargemeinschaft bildet. Zudem entbrannte über die Frage, wie hoch diese Belastungen für die einzelnen Bundesländer sein werden, eine heftige Debatte. Hierüber wird in Kapitel 6.6 dieses Berichts gesondert berichtet.

Beitragseinzug

Das Eckpunktepapier sah als weiteres Reformelement zunächst auch die Verlagerung des Beitragseinzugs von den Krankenkassen auf regionale Einzugsstellen vor. Im Hinblick auf die hierfür zu schaffenden verwaltungsmäßigen und technischen Voraussetzungen stand dieses Vorhaben von Anfang an in der Kritik. Die Verlagerung des Beitragseinzuges hätte auch nach Einschätzung des Bundesversicherungsamtes eine Fülle von schwer zu lösenden Problemen geschaffen und erhebliche Transformationskosten verursacht. Der Beitragseinzug blieb letztlich unverändert bei den Krankenkassen, allerdings ergänzt um eine Option für die Arbeitgeber, ab dem Jahr 2011 ihre Beiträge zentral an eine von den Krankenkassen zu organisierende Weiterleitungsstelle zu entrichten.

Entschuldung der Krankenkassen

Bereits das geltende Recht sieht vor, dass alle Krankenkassen ihre Schulden bis Ende 2007 abzubauen haben. Da sich aber abzeichnete, dass dieses Ziel nicht in allen Kassenarten erreicht werden wird, wurde im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens nach Lösungen gesucht, die derzeit bestehenden Möglichkeiten der Spitzenverbän-

de, Regelungen in den Satzungen zur Gewährung finanzieller Hilfen aufzunehmen, durch eine obligatorische Regelung zu ersetzen.

Das Bundesversicherungsamt vertrat dabei die Auffassung, dass ein solcher Zwangsausgleich nur innerhalb der Kassenart angesiedelt werden darf. Eine kassenartenübergreifende Ausgestaltung würde zu einer ungerechtfertigten Inanspruchnahme der Kassen bzw. der Kassenarten führen, die in den vergangenen Jahren erhebliche Anstrengungen zur Entschuldung unternommen haben. Ebenso ist es sachgerecht und anders auch nicht vorstellbar, dass Krankenkassen vor der Inanspruchnahme von finanziellen Hilfen durch eine entsprechende Beitragssatzerhöhung zunächst selbst eine Eigenleistung erbringen müssen. Erst wenn der Beitragssatz soweit angehoben werden muss, dass die Kasse mit einem Verlust ihrer Wettbewerbsfähigkeit rechnen muss, sollte die Hilfsregelung greifen.

Diese Überlegungen finden sich in der hierzu getroffenen gesetzlichen Regelung wieder. Danach müssen nunmehr alle Spitzenverbände eine Satzungsbestimmung über finanzielle Hilfen zur Sicherstellung der Entschuldung beschließen. Der Umfang der Hilfeleistungen muss ausreichen, um bei den Krankenkassen der Kassenart bis Ende 2007 den Abbau der Verschuldung zu gewährleisten. Die Satzung hat zu bestimmen, in welchem Umfang die begünstigte Krankenkasse ihren Beitragssatz anzuheben hat. Soweit der Spitzenverband nachprüfbar darlegt, warum auf Grund besonderer Umstände der Schuldenabbau nicht erreicht werden kann, können die Satzungsregelungen vorsehen, dass sich der Zeitraum für die Verschuldung bis Ende 2008 verlängert.

Insolvenzrecht

Bereits nach der bisherigen Rechtslage waren jedenfalls die bundesunmittelbaren Krankenkassen insolvenzfähig. Insolvenzverfahren wurden allerdings – aufgrund des für die Gläubiger günstigeren bislang bestehenden Systems solidarischer kassenarteninterner Haftungsverbünde – tatsächlich bisher nicht durchgeführt.

Nach ersten Gesetzentwürfen sollten die Haftungsverbünde grundsätzlich aufgelöst und alle Krankenkassen insolvenzfähig werden.

Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen seiner Beteiligung während des Gesetzgebungsverfahrens auf die erheblichen sozialpolitischen Auswirkungen der beabsichtigten Regelungen für das System der gesetzlichen Krankenversicherung aufmerksam gemacht. Bei finanziell angeschlagenen Kassen würde die Anwendung der Insolvenzordnung z.B. dazu führen, dass Leistungserbringer bei entsprechenden Anzeichen die Aufnahme vertraglicher Beziehungen unter Hinweis auf das bei Insolvenz drohende Zahlungsausfallrisiko verweigern. Die eintretende Insolvenz einer Kasse könnte je nach Größe der Kasse auch zu Folge-Insolvenzen bei den Leistungserbringern führen. Von besonderer Bedeutung wäre zudem, dass das Ausfallrisiko ebenfalls die Ansprüche von Versicherten (etwa auf Krankengeld oder Kostenerstattung) betreffen würde.

Die vorgesehenen Regelungen ließen zudem nicht eindeutig erkennen, welche Vorschriften der Insolvenzordnung gelten sollten. Insbesondere blieb das Verhältnis der Auflösungs- und Schließungsvorschriften des SGB V zur Eröffnung des Insolvenzverfahrens nach der Insolvenzordnung ungeklärt.

Da diese Fragen zeitnah nicht geklärt werden konnten, wurde im GKV-WSG die Vorschrift aufgenommen, dass der Zeitpunkt, von dem an die Insolvenzordnung für Krankenkassen gelten soll, sowie die Abgrenzung der Verpflichtungen aus Versorgungszusagen, die Festlegung der für die Krankenkassen nach Einführung des Insolvenzrechts maßgeblichen Rechnungslegungsvorschriften und das Entfallen der Haftung der Länder nach der Insolvenzordnung spätestens zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesundheitsfonds durch Bundesgesetz zu regeln sind.

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Der Gesetzgeber verfolgte mit der Vorschrift des § 268 SGB V bereits seit dem Jahr 2002 das Ziel, den Risikostrukturausgleich durch die Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten zielgenauer zu gestalten. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds soll diese Morbiditätsorientierung nun verwirklicht werden, wobei die zu verwendenden Morbiditätskategorien allerdings auf die für 50 bis 80 Krankheiten notwendigen Kategorien begrenzt werden. Die Auswahl der zu berücksichtigenden Krankheiten trifft das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage eines Gutachtens eines bei ihm mittlerweile gebildeten wissenschaftlichen Beirats. Der Beirat hat zudem Vorschläge zur Anpassung und zur laufenden Pflege eines Klassifikationsmodells zu unterbreiten.

Bei den ausgewählten Krankheiten soll es sich insbesondere um Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten handeln, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Ver-

sicherten um mindestens 50 % überschreiten. Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats ist bis zum 31. Oktober 2007 vorzulegen. Ausgehend von den ausgewählten Krankheiten hat das Bundesversicherungsamt die zu verwendenden Morbiditätsgruppen, den Zuordnungsalgorithmus und das Berechnungsverfahren bis zum 1. Juli 2008 festzulegen.

Fazit

Die hier genannten Regelungen stellen nur einen Ausschnitt der Änderungen dar, die die Arbeit des Bundesversicherungsamtes in den nächsten Jahren beeinflussen werden. Der Transparenzgedanke, der mit dem ursprünglichen Eckpunktepapier verfolgt wurde, findet sich in vielen Regelungen wieder, dagegen ist z.B. mit der Konvergenzklausel eine Vorschrift hinzugekommen, die gegenüber dem Status quo zusätzliche Verfahrensschritte erforderlich macht. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds werden die Finanzströme in der gesetzlichen Krankenversicherung transparenter, durch den einheitlichen Beitragssatz fällt für die Arbeitgeber die Vielzahl unterschiedlicher Beitragssätze weg, die sie derzeit bei der Lohn- und Gehaltsabrechnung zu berücksichtigen haben. Die heutigen Beitragssatzunterschiede der Krankenkassen kommen wiederum in unterschiedlich hohen Zusatzbeiträgen bzw. Prämien zum Ausdruck, wobei die Begrenzung des Zusatzbeitrags den finanziellen Handlungsspielraum der Krankenkassen gravierend einschränkt. Viele Regelungen sind noch in Verordnungen zu treffen und es wird, wie bei den meisten Reformen, sicher auch zu nochmaligen Änderungen in Anschlussgesetzen kommen.

3. INITIATIVE DES BUNDESVERSICHERUNGSSAMTES ZUR NEUREGELUNG DES VERMÖGENSRECHTS DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG

3. INITIATIVE DES BUNDESVERSICHERUNGSAMTES ZUR NEUREGELUNG DES VERMÖGENSRECHTS DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG

Das bisherige, gegenüber den anderen Sozialversicherungszweigen eher großzügige Vermögensrecht des SGB VII bedarf einer umfassenden Novellierung. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften haben ihre im Vergleich zu den anderen Sozialversicherungszweigen enormen Rücklagemittel, die bis zur Höhe der zweifachen Jahresrentenlast gebildet werden sollen, nur teilweise verwendet, um Kapital zur Absicherung zukünftiger Verpflichtungen (neue Berufskrankheiten, Altlasten, Abfindungen für Kleinrenten, Pensionsrückstellungen etc.) anzusparen. Vielfach haben sie einen erheblichen Teil der Rücklage zur Investition in Bildungs- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Unfallkliniken genutzt (vgl. dazu Fachthemen Unfallversicherung Abschnitt 3.1.). Das hat dazu geführt, dass die derzeitigen Rücklagen nur noch teilweise zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen und zur Beitragsstabilisierung verwendet werden können. Ein erheblicher Teil der Rücklage ist in illiquiden Vermögensbestandteilen (Immobilien, Darlehen und insbesondere Beteiligungen) angelegt und steht damit zum Ausgleich von Liquiditätsengpässen nicht zur Verfügung. Die in § 82 SGB IV normierte Aufgabe der Rücklage, die Leistungsfähigkeit eines Sozialversicherungsträgers zu sichern, kann nur noch zum Teil wahrgenommen werden. Da die illiquiden Vermögensanlagen in der Rücklage bilanziert werden, wird zudem die Gesamtliquidität einer Berufsgenossenschaft nicht transparent dargestellt.

Das Bundesversicherungsamt hat daher im Hinblick auf die zwischen dem Bund und den Ländern vereinbarte Novellierung des SGB VII folgende Maßnahmen zur Neuordnung des Vermögensrechts vorgeschlagen:

- Vierteljährliche Erhebung von Beitragsvorschüssen und damit einhergehend Reduzierung der Betriebsmittel
- Bildung eines Verwaltungsvermögens und Reduzierung der Rücklage
- Verpflichtung zur Bildung von Altersrückstellungen und zum Aufbau des benötigten Deckungskapitals.

II. FACHTHEMEN

1. KRANKENVERSICHERUNG

- 1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung
- 1.2 Eingaben
- 1.3 Aufsicht über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen
- 1.4 Satzungsrecht
- 1.5 Aufsichtsprüfungen
- 1.6 Strukturierte Behandlungsprogramme

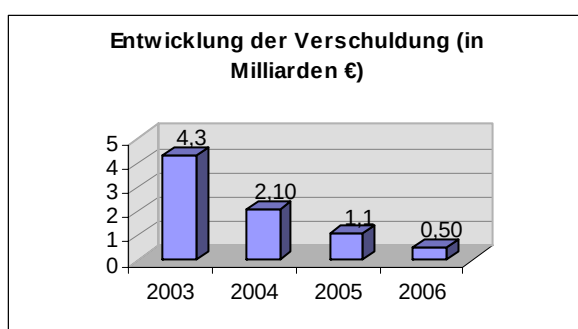
II. FACHTHEMEN

1. KRANKENVERSICHERUNG

1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Beitragssatzgestaltung gehört zu den Aufsichtsaufgaben des Bundesversicherungsamtes, die regelmäßig eine beträchtliche Öffentlichkeitswirkung entfalten.

Die durch das GKV-Modernisierungsgesetz bewirkte finanzielle Konsolidierung der bundesunmittelbaren Krankenkassen setzte sich auch im Jahr 2006 fort. Von den 105 bundesunmittelbaren Krankenkassen, die Ende 2003 eine Verschuldung von rund 4,3 Milliarden € auswiesen, haben sich bis Ende 2006 63 Krankenkassen vollständig entschuldet; die Restverschuldung zum 31. Dezember 2006 verringert sich auf rund 0,5 Milliarden €.



(Quellen: Jahresrechnungen 2003, 2004 und 2005; voraussichtliche Rechnungsergebnisse 2006 laut Haushaltsplänen 2007)

Allerdings haben sich nicht alle bundesunmittelbaren Krankenkassen in gleichem Umfang konsolidiert. Unverändert ist die finanzielle Situation einiger Kran-

kenkassen so angespannt, dass sie sich nicht aus eigener Kraft bis Ende 2007 entschulden können. In den Fällen, in denen an sich erforderliche Beitragssatzanhebungen wegen der zu erwartenden Mitgliederverluste nicht zu den notwendigen Mehreinnahmen führen würden, drängte das Bundesversicherungsamt darauf, dass die zuständigen Krankenkassenverbände die gesetzlich geforderte Entschuldung durch die Gewährung finanzieller Hilfen sicherstellen.

Im Jahr 2006 erhöhten insgesamt 40 bundesunmittelbare Krankenkassen ihre Beitragssätze, dem standen fünf Beitragssatzsenkungen gegenüber. Aufgrund der GKV-weiten Ausgabendynamik sahen sich zum 1. Januar 2007 insgesamt 91 der 136 bundesunmittelbaren Krankenkassen (ohne landwirtschaftliche Krankenkassen) veranlasst, ihre Beitragssätze zu erhöhen. Beitragssatzsenkungen waren nicht zu verzeichnen. Wie aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich, weisen die erhobenen Beitragssätze nach wie vor eine große Streuung aus.

Höhe des Beitragssatzes inklusive Sonderbeitrag von 0,9 (in Prozent)	Zahl der Krankenkassen
< 13,0	4
13,0 – 13,4	6
13,5 – 13,9	36
14,0 – 14,4	26
14,5 – 14,9	36
15,0 – 15,4	20
15,5 – 15,9	5
> 16,0	3

Während die günstigste bundesunmittelbare Krankenkasse zum 1. Januar 2007 einen Beitragssatz (inklusive von Sonderbeitrag nach § 241a SGB V von 0,9 Beitragssatzpunkten) von 12,3 Prozent erhoben hat, lag der Beitragssatz der teuersten Krankenkasse bei 16,4 Prozent. Das Gros der Krankenkassen erhebt einen Beitragssatz zwischen 13,5 Prozent und 15,4 Prozent.

1.2 Eingaben

Einen Schwerpunkt der Arbeit des Bundesversicherungsamtes stellt die Bearbeitung von Eingaben und Petitionen dar.

Eingabestatistik Krankenversicherung

	Gesamtzahl der Eingaben
KV	2.523

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

1.3 Aufsicht über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung

Im Rahmen der 67. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger in Magdeburg wurde beschlossen, die Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. März 1998 zu überarbeiten und an die aktuelle Aufsichtspraxis und Rechtsprechung anzupassen.

So wurde z.B. eine ergänzende Regelung aufgenommen, die die gesetzlichen Krankenkassen berechtigt, externen gewerblichen Dritten (Finanzdienstleister) eine Aufwandsentschädigung für die Werbung neuer Mitglieder zu gewähren. Diese Aufwandsentschädigung wurde auf einen Höchstbetrag von drei Prozent der monatlichen Bezugsgröße je aufgenommenes Mitglied (2006: 20 €) festgelegt.

Die bisher in den Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen enthaltene Regelung, dass bei einem Vergleich der Beiträge verschiedener Krankenkassen auch über Leistungsunterschiede aufzuklären ist, wurde gestrichen. Die Änderung geht zurück auf eine Entscheidung des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 3. Mai 2005 (Az.: L 1 ER 11/05 KR). Das Landessozialgericht hatte entschieden, dass die werbende Krankenkasse bei Beitragssatzvergleichen zwar darauf hinzuweisen hat, dass sich die Leistungen der Krankenkassen unterscheiden können. Eine detaillierte Darstellung der Unterschiede des Leistungsangebotes zwischen den Krankenkassen sei aber entbehrlich.

Angebot von Wellness-Reisen durch Krankenkassen

§ 20 Abs. 1 SGB V ermöglicht es den Krankenkassen, ihren Versicherten Präventionsleistungen anzubieten. Allerdings müssen diese Leistungen gemäß § 20 Abs. 1 S. 3 SGB V im Einklang mit dem Leitfaden „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der 2. korrigierten Fassung vom 15. Juni 2006“ (im Folgenden: Handlungsleitfaden) stehen. Pressemitteilungen und Anfragen, wonach viele Krankenkassen mit großen Reiseanbietern

kooperieren, um Wellness-Kurzurlaube bzw. Urlaube mit diversen Sportkursangeboten (wie bspw. Nordic Walking) und ggfs. auch Ernährungsberatung oder Vorsorgemaßnahmen anbieten, veranlassten das Bundesversicherungsamt zu einzel-fallbezogenen aufsichtsrechtlichen Prüfungen.

Diese Überprüfungen zeigten im Ergebnis in keinem Fall ein aufsichtsrechtlich zu beanstandendes Fehlverhalten der entsprechenden Krankenkasse. Vielmehr konnten die betreffenden Kassen jeweils belegen, dass die im Rahmen des entsprechenden Urlaubs angebotenen Sportkurse bzw. Ernährungsberatungen den Vorgaben des Handlungsleitfadens, insbesondere hinsichtlich der Anbieterqualifikation und des zeitlichen Kursumfangs entsprachen.

Im Hinblick auf die zum Teil angebotenen Vorsorgemaßnahmen wurden von den Kassen die in dieser Hinsicht maßgeblichen Voraussetzungen des § 23 Abs. 2 SGB V beachtet. Danach kann eine Krankenkasse ambulante Vorsorgemaßnahmen erbringen, wenn eine ambulante Behandlung zur Vorbeugung gegen Erkrankungen nicht ausreicht. Entsprechende Maßnahmen müssen dabei aus medizinischer Sicht notwendig sein und dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V genügen. Die betreffenden Krankenkassen hatten jeweils mit dem Reiseveranstalter, der die Reisen in entsprechender Kooperation anbot, vereinbart, dass zunächst eine Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse erfolgen muss, bevor ambulante Vorsorgemaßnahmen in Anspruch genommen werden können. Im Rahmen dieses Genehmigungsverfahrens haben die Krankenkassen auch jeweils ihrer Verpflichtung gemäß § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V genügt, indem sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Beurteilung der Notwendigkeit der

Leistung aus medizinischer Sicht beauftragt haben.

Die Kooperation mit Reiseanbietern an sich war aufsichtsrechtlich nicht zu beanstanden, da die Krankenkassen, soweit es sich um die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben (Prävention) handelt, mit privaten Dritten zusammenarbeiten können. Allerdings ist anzumerken, dass eine derartige Kooperation auch nur in diesem gesetzlichen Rahmen möglich ist.

Zum Teil wurden – gerade im Bereich Vorsorgemaßnahmen – Leistungen in anderen Staaten der Europäischen Gemeinschaft bzw. anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) angeboten. Insoweit sind die Krankenkassen nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V verpflichtet, solche Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufs Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Diese Regelung wurde ebenso wie die in dieser Hinsicht relevante „Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkasse zu leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen hier: Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland“ in den uns vorliegenden Fällen beachtet. Insbesondere erfolgte, entsprechend dem Wortlaut des § 13 Abs. 4 Sätze 3 bis 6 SGB V, eine Kostenerstattung derartiger Maßnahmen im Ausland für die Versicherten höchstens bis zur Höhe der Kosten, die im Inland angefallen wären. Außerdem haben die Krankenkassen vertraglich mit ihren jeweiligen Kooperationspartnern in Bezug auf ambulante Vorsorgemaßnahmen vereinbart, dass sie vorher die Notwendigkeit der Maßnahmen, und zwar auch konkret be-

zogen auf die Erbringung im Ausland, prüfen.

Bezuschussung von Mitgliedschaften und Kursen in Fitness-Studios

In der Vergangenheit sind immer mehr gesetzliche Krankenkassen dazu übergegangen, Mitgliedschaften und Kurse in Fitness-Studios zu bezuschussen. Da eine Zuschussung von Mitgliedschaften in Fitness-Studios nicht zulässig ist, wurden die der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Krankenkassen im Jahr 2006 aufgefordert, entsprechende Förderungen zu unterlassen.

Grundsätzlich möglich bleibt eine Zuschussung von Kursen zur Gesundheitsförderung. Diese können auch durch Fitness-Studios angeboten werden. Allerdings müssen die Kursangebote den Anforderungen des Leitfadens „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V“ vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006 entsprechen. Hier waren insbesondere die Qualifikation der Kursleiter sowie der Zeitumfang in den von uns geprüften Fällen problematisch.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Zahlreiche Eingaben von Versicherten standen im Zusammenhang mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 (Az.: 1 BvR 347/98). Die Versicherten erhofften sich, von den Krankenkassen abgelehnte Behandlungsmethoden unter Hinweis auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes doch noch erstattet zu erhalten. In der überwiegenden Anzahl der Fälle

konnte jedoch auch unter Berücksichtigung der neuen Gesichtspunkte keine andere Entscheidung erfolgen.

Das Bundesverfassungsgericht hatte in dem genannten Beschluss über eine Verfassungsbeschwerde zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung zu entscheiden. Nach dieser Entscheidung ist es mit Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip und mit Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Um den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts in der Entscheidungs- und Begutachtungspraxis der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) umzusetzen, erstellten die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der MDK-Gemeinschaft „Vorläufige Hinweise für die Begutachtung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) unter Berücksichtigung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98“ („Vorläufige Hinweise“). Diese beinhalten ein Verfahren zur Bearbeitung von Anträgen Versicherter, die Kosten für Behandlungsmethoden zu übernehmen, die der Gemeinsame Bundesausschuss noch nicht nach § 135 Abs. 1 SGB V anerkannt hat.

Das Bundesversicherungsamt koordinierte die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen erbetene Abstimmung der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder zu den „Vorläufigen Hinweisen“ in der Fassung vom 4. April 2006 und unterrichtete die Spitzenverbände der Krankenkassen über das Ergebnis der rechtlichen Erörterungen.

In den „Vorläufigen Hinweisen“ in der Fassung vom 20. November 2006 finden die rechtlichen Hinweise der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder und die zwischenzeitlich ergangene Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, die den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts konkretisiert, Berücksichtigung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die überarbeitete Fassung der „Vorläufigen Hinweise“ zur Anwendung in der Praxis empfohlen.

Entscheidung des Bundessozialgerichtes zu geringen Erstattungssätzen bei Aufwendungsausgleich

Krankenkassen dürfen bei der Durchführung der Arbeitgebersicherung für das Entgeltfortzahlungsrisiko bei Krankheit ihren Gestaltungsspielraum nur unter hinreichender Berücksichtigung des Gesetzeszweckes nutzen. Dies hat das Bundessozialgericht mit seinem Urteil vom 18. Juli 2006 (Az.: B 1 A 1/06 R) klargestellt. Damit bestätigte das Gericht eine Entscheidung des Bundesversicherungsamtes, wonach eine Satzungsregelung, die im Rahmen des Ausgleichsverfahrens für Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit nach § 1 Absatz 1 des Aufwendungs- ausgleichsgesetzes (AAG) eine Erstattung in Höhe von nur 10% der entstandenen Aufwendungen vorsah, nicht genehmigungsfähig war. Die Krankenkasse wollte den Arbeitgebern diese ermäßigte Erstat-

tung zusammen mit einem entsprechend niedrigen Umlagesatz anbieten. Das Gericht hat – ebenso wie das Bundesversicherungsamt – in einer derart geringen Erstattung eine Umgehung des Gesetzeszweckes gesehen, weil der Arbeitgeber bei Eintritt des Entgeltfortzahlungsrisikos keine nennenswerte Entlastung erführe.

Inzwischen hat auch der Gesetzgeber auf diese Situation reagiert und den Mindest- erstattungssatz nach § 9 Abs. 2 AAG auf 40 % der entstandenen Aufwendungen festgesetzt.

Berechnung und Höhe des Erstattungs- betrages im Rahmen des Auf- wendungs- ausgleichsgesetzes

Im Rahmen unserer aufsichtsrechtlichen Tätigkeit erreichten uns Anfang des Jahres vermehrt Eingaben zur Höhe des Erstattungs- betrages für Aufwendungen im Krankheitsfall und dessen Begrenzung.

Die Krankenkassen erstatten den Arbeitgebern gem. § 1 Abs. 1 AAG 80 % des für den im Entgeltfortzahlungsgesetz bezeichneten Zeitraum an den Arbeitnehmer fortgezählten Arbeitsentgelts und der auf dieses Arbeitsentgelt entfallenden, von den Arbeitgebern zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge.

Nach § 9 Abs. 2 Nr. 1 AAG kann die Satzung der Krankenkasse die Höhe der Erstattung jedoch beschränken. Hiervon haben die Krankenkassen in der Regel Gebrauch gemacht.

Eine Beschränkung im Sinne des Gesetzes kann z.B. dadurch erfolgen, dass die Satzung abgesenkte Erstattungssätze vorsieht oder eine Satzungsregelung die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung von einer Erstattung völlig ausnimmt. Dies ist z.B. der Fall, wenn eine Satzungsregelung besagt, dass die Arbeitgeberanteile am So-

zialversicherungsbeitrag mit der Erstattung für fortgezahltes Arbeitsentgelt „abgegolten“ sind. Eine gesonderte Erstattung des Arbeitgeberanteils am Sozialversicherungsbeitrag erfolgt dann nicht.

Solange eine Beschränkung des Umfangs der Erstattungen keine Umgehung der gesetzlichen Erstattungspflicht darstellt, steht der Krankenkasse ein Gestaltungsspielraum ihrer Satzungsregelung zu.

Insoweit sind derartige Satzungsregelungen, die die Höhe der Erstattung beschränken, aufsichtsrechtlich nicht zu beanstanden.

Berichte der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Nachdem alle bundesunmittelbaren Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach § 197a SGB V nachgekommen sind, Stellen einzurichten, die Fällen zweck- oder rechtswidriger Verwendung von Finanzmitteln nachgehen, haben die Vorstände der Kassen nun erstmals Berichte über die Tätigkeit dieser Stellen vorgelegt. Die Berichte beziehen sich auf den Zeitraum vom 1. Januar 2004 bis zum 31. Dezember 2005 und waren den Verwaltungsräten der Kassen vorzulegen. Das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde erhält ebenfalls eine Ausfertigung des Berichts.

Bis Ende Februar 2007 lagen 140 von insgesamt 144 dem Bundesversicherungsamt zuzuleitenden Berichte vor. Da die Berichte in Umfang und Ausführlichkeit zum Teil sehr unterschiedlich ausgefallen sind, können diese nur bedingt miteinander verglichen werden. Bei der Durchsicht der Berichte wurde aber deutlich, dass die Arbeit der beauftragten Stellen insgesamt positiv beurteilt wurde und in erheblichem Umfang zur Aufklärung von Fällen missbräuchlicher Mittelverwendung und zur

Schadensbeitreibung beitragen konnte. Positiv zu bewerten ist auch die Zusammenarbeit von Krankenkassen, die sich in Arbeitsgemeinschaften zusammengeschlossen haben, um trägerübergreifend Fehlverhalten insbesondere bei einzelnen Leistungserbringern aufdecken zu können. Häufig wurde jedoch in den Berichten nicht deutlich, wie hoch der konkret eingetretene Schaden bei den jeweiligen Kassen ist.

Nicht erwähnt wurden in den Berichten die Fälle missbräuchlicher Verwendung von Versichertengeldern durch Mitarbeiter der Kasse. Aus Sicht der Aufsichtsbehörden wäre es sinnvoll und wünschenswert, wenn auch dieser Bereich in die Berichte aufgenommen würde, um dem Verwaltungsrat ein umfassendes Bild über auftretendes Fehlverhalten zu ermöglichen.

1.4 Satzungsrecht

Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten

Die Ausgestaltung einer Satzungsregelung zur Beitragsbemessung freiwilliger, nicht hauptberuflich selbständiger Mitglieder, die Einkommensanfragen verspätet oder gar nicht beantworten, war Gegenstand einer erneuten Erörterung im Bundesversicherungsamt. Für solche Fälle werden durch die Krankenkassen häufig zwei grundsätzlich unterschiedliche Lösungen vorgelegt:

Einzelne Krankenkassen wollen, wie bei freiwillig versicherten Selbständigen, auch bei anderen freiwillig versicherten Personen, bei denen sich das beitragspflichtige Einkommen nicht aus einem Beschäftigungsverhältnis (sog. Firmenzahler) ergibt, die Beitragsbemessungsgrenze zugrunde zu legen.

Die gesetzliche Bestimmung, wonach im Zweifelsfall die Beitragsbemessungsgrenze heranzuziehen ist, gilt nach dem Wortlaut des § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V zwar nur für hauptberuflich Selbständige. Für die Genehmigungsfähigkeit einer Satzungsregelung ist allerdings der Gesamtkontext des Gesetzes zu beachten: § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V weist den Kassen die Zuständigkeit für die Regelung der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder zu. Es ist also den Krankenkassen überlassen, in welcher Weise sie – in den Grenzen des Gesetzes – die Bemessung vornehmen. Der Gesetzgeber räumt, wie das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 24. April 2002 (Az.: B 7/1 A 1/00 R) betont, dem Satzungsgeber einen großen Spielraum ein. Die Satzung kann somit vorsehen, dass auch bei den hier in Rede stehenden freiwillig Versicherten die Beitragsbemessung wie bei hauptberuflich Selbständigen generell nach der Beitragsbemessungsgrenze erfolgt. Entsprechende Satzungsregelungen hält das Bundesversicherungsamt für genehmigungsfähig.

Andere Krankenkassen gehen davon aus, dass bei nicht oder verspätet beantworteten Einkommensanfragen die Beitragsbemessungsgrundlage zu schätzen ist. § 240 SGB V sieht zwar nach seinem Wortlaut nicht ausdrücklich eine Schätzung vor. Wenn aber das „Wie“ der Beitragsbemessung grundsätzlich den Kassen überlassen bleibt, vertreten wir die Auffassung, dass auch eine Schätzregelung zulässig ist.

Das Bundessozialgericht lässt es in seiner Entscheidung vom 9. Februar 1993 (Az.: 12 RK 69/92) ausdrücklich dahinstehen, ob eine Krankenkasse in analoger Anwendung des § 28f Abs. 2 Satz 3 SGB IV die beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten schätzen darf, wenn dieser die er-

forderlichen Angaben nicht rechtzeitig macht. Das Gericht schließt diese vom LSG Schleswig-Holstein (Az.: L 1Kr 30/91) vertretene Möglichkeit somit nicht aus.

Eine Schätzregelung muss allerdings so gestaltet sein, dass die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit berücksichtigt wird, § 240 Abs. 1 Satz 2 und Absätze 2 bis 4 SGB V.

Außerdem ist für den Fall, dass eine hinreichend bestimmte Grundlage für die Schätzung fehlt, eine Auffangregelung zu treffen, z. B. dass als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze gilt.

1.5 Aufsichtsprüfungen

Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge und der Beiträge für freiwillig Versicherte

Im Jahr 2006 hat das Bundesversicherungsamt Aufsichtsprüfungen zu den Themen Einzug, Weiterleitung und Vollstreckung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge sowie der Beiträge für freiwillig Versicherte bei 92 bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger, jeweils bezogen auf den Rechtskreis West und/oder Ost, fortgesetzt.

Anlass hierfür waren die bei vielen Krankenkassen in der Vergangenheit zu beobachtenden Probleme bei der korrekten Erfassung des Beitragssolls, der rechtzeitigen Einziehung von Sozialversicherungsbeiträgen bei vorliegender Bankeinzugsermächtigung, der zeitnahen Mahnung von Beitragsrückständen und der zwangsweisen Beitreibung von Forderungen.

Allgemein hat das Bundesversicherungsamt auch im Jahr 2006 darauf hingewirkt,

dass die betroffenen Krankenkassen ihre auf unsere Veranlassung hin entwickelten Mängelbeseitigungskonzepte weiterhin konsequent und zeitnah umsetzen. Infolgedessen konnte die Mehrzahl derjenigen Krankenkassen, die in der Vergangenheit durch erhöhte Beitragsrückstände auffällig geworden waren, ihre Rückstandsquoten (Verhältnis Beitrags-Soll zu Beitrags-Ist) deutlich reduzieren.

Unabhängig davon mussten aber auch im Berichtszeitraum wiederum diverse Krankenkassen darauf hingewiesen werden, die ordnungsgemäße Zahlung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge gemäß § 28h Abs. 1 SGB IV nicht nur stringent zu überwachen, sondern ggf. auch frühestmöglich zwangsweise durchzusetzen, damit die Möglichkeiten zur Realisierung des Beitragsanspruchs durch Vollstreckungsmaßnahmen nicht durch andere Gläubiger des Zahlungspflichtigen gefährdet werden. Dies gilt auch mit Blick auf das seit dem 1. Januar 1999 geltende Insolvenzrecht und dem damit einhergehenden Wegfall von Vorrechten öffentlich-rechtlicher Forderungen.

Einige Krankenkassen haben wir darauf hingewiesen, dass sie sich ihrer grundsätzlichen Verpflichtung zur rechtzeitigen und vollständigen Erhebung der Einnahmen auch nicht durch die Auslagerung einzelner Aufgaben auf externe Servicestellen entziehen können. Vielmehr haben die Einzugsstellen den Beitragseinzug verfahrensmäßig so zu gestalten, dass auch unter Einbindung eines externen Dienstleisters keine zeitlichen Verzögerungen bei der Ermittlung und Durchsetzung von Beitragsforderungen eintreten.

Im Weiteren verkannten mehrere Krankenkassen, dass von einer rechtzeitigen oder vollständigen Erhebung der Einnahmen nur unter den in § 76 Abs. 2 SGB IV

abschließend genannten Voraussetzungen und Grenzen abgesehen werden kann. Ob bestehende Ansprüche gestundet, niedergeschlagen oder erlassen werden, haben die Einzugsstellen nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Da die Ansprüche möglichst realisiert werden sollen, ist die Stundung in der Regel der Niederschlagung und diese dem Erlass vorzuziehen. So dürfen Beitragsforderungen gemäß § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV nur gestundet werden, wenn deren sofortige Einziehung mit erheblichen Härten für den Beitragsschuldner verbunden wäre und der Anspruch durch die Stundung nicht gefährdet wird. Von einer erheblichen Härte ist vor allem dann auszugehen, wenn ungünstige wirtschaftliche Verhältnisse den Schuldner in vorübergehende ernsthafte Zahlungsschwierigkeiten gebracht haben oder im Fall der sofortigen Einziehung bringen würden. Bei der Beurteilung ist auf den jeweiligen Einzelfall abzustellen. Eine Gefährdung des Anspruchs liegt vor, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür gegeben sind, dass der Anspruch nach Ablauf der Stundungsfrist nicht erfüllt wird.

Zudem ließen viele Krankenkassen unberücksichtigt, dass eine Stundung in der Regel nur gegen Sicherheitsleistung gewährt werden soll. Eine Sicherheitsleistung wird insbesondere dann zu verlangen sein, wenn zweifelhaft ist, ob der Anspruchsgegner nach Ablauf der Stundungsfrist seinen Zahlungsverpflichtungen nunmehr rechtzeitig und vollständig nachkommen wird. In diesem Zusammenhang hat das Bundesversicherungsamt oftmals festgestellt, dass Krankenkassen mit Beitragsschuldnern Stundungsvereinbarungen treffen, ohne schriftlich zu dokumentieren und damit nachweisbar zu prüfen, ob die Voraussetzungen einer Stundung im Sinne des § 76 Abs. 2 SGB

IV vorliegen und ob Sicherheitsleistungen zu verlangen sind bzw. aus welchen Gründen auf die Forderung einer solchen unter Berücksichtigung der Besonderheit des zugrundeliegenden Einzelfalles verzichtet wurde.

Weiterhin haben wir bei einzelnen Krankenkassen beanstandet, dass Beitragsforderungen bereits unmittelbar im Anschluss an die Erteilung diesbezüglicher Vollstreckungsaufträge befristet niedergeschlagen wurden. Diese Verfahrensweise ist nicht nur rechtswidrig, sondern darüber hinaus auch widersprüchlich. Mit der Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen wird einerseits die Erfüllung fälliger Ansprüche zwangsweise durchzusetzen versucht, andererseits wird mit der befristeten Niederschlagung von Forderungen zumindest vorläufig auf deren Durchsetzung gegenüber dem betroffenen Schuldner verzichtet. Ansprüche dürfen gemäß § 76 Abs. 2 Nr. 2 SGB V niedergeschlagen werden, wenn feststeht, dass die Einziehung von Forderungen keinen Erfolg haben wird; dies gilt auch, wenn die Kosten der Einziehung außer Verhältnis zur Höhe des Anspruchs stehen. Die Prüfung, ob die vorgenannten Voraussetzungen vorliegen und der Anspruch somit niedergeschlagen werden kann, muss die Krankenkasse unter Ausübung pflichtgemäßen Ermessens nach objektiven, auf den Erfolg des Einziehungsverfahrens gerichteten Gesichtspunkten treffen. Eine bestimmte Rückstandshöhe bzw. der Ablauf einer Frist begründen für sich alleine keine Niederschlagungsvoraussetzung.

Auch im Jahr 2006 wurden von den Trägern der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen von Einzugsstellenprüfungen gemäß § 28q SGB IV Schadensersatz- bzw. Zinsansprüche gemäß § 28r Abs. 1 und 2 SGB

IV gegenüber den Einzugsstellen geltend gemacht. Die Einzugsstelle ist gemäß § 28r SGB IV auch dem Träger der Pflegeversicherung zur Leistung von Schadensersatz verpflichtet, wenn diese ihr im Beitragseinzugsverfahren obliegende Pflichten schuldhaft verletzt hat. Oftmals unterblieb eine Prüfung der Einzugsstelle, ob analog zu den Schadensersatz- bzw. Zinsforderungen der Fremdversicherungsträger auch der Pflegekasse ein ausgleichspflichtiger Schaden entstanden ist. Soweit seitens der Einzugsstelle keine entsprechende Prüfung erfolgte, wurde diese aufgefordert zu prüfen, ob der Pflegekasse ein Schaden entstanden ist, ggf. die konkrete Höhe zu ermitteln und einen entsprechenden Nachteilsausgleich zu Gunsten der Pflegekasse durchzuführen.

Vollstreckung von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung

Vollstreckungsmaßnahmen zur Beitreibung fälliger Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung wurden von den Krankenkassen im Berichtszeitraum nicht immer zeitnah eingeleitet. Ferner erfolgte die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft, wenn fällige Beiträge für zwei Monate nicht oder nicht in voller Höhe entrichtet wurden, oftmals nicht zeitgerecht (§ 191 Satz 1 Nr. 3 SGB V a. F.). So wurde im Zuge der örtlichen Erhebungen vielfach festgestellt, dass die Krankenkassen gegen § 76 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV sowie § 3 VwVG verstoßen haben. Vollstreckungsmaßnahmen wurden oftmals erst ergriffen, nachdem sich freiwillig versicherte Mitglieder bereits zwei und mehr (Teil-) Monate mit der Entrichtung der Beiträge im Rückstand befanden und/oder der Ausschluss gemäß § 191 Satz 1 Nr. 3 SGB V a. F. von der Krankenkasse durchgeführt wurde. Die rechtzeitige Erhebung

der Einnahmen erfordert, den Schuldner nach Ablauf von Zahlungsfristen unverzüglich zu mahnen und bei Ausbleiben der Beiträge zum frühestmöglichen Termin Zwangsmaßnahmen zu veranlassen. Voraussetzungen für die Einleitung der Vollstreckung sind gemäß § 3 Abs. 2 VwVG der Leistungsbescheid, durch den der Schuldner zur Leistung aufgefordert worden ist, sowie die Fälligkeit der Leistung und der Ablauf einer Frist von einer Woche seit Bekanntgabe des Leistungsbescheides oder, wenn die Leistung erst danach fällig wird, der Ablauf einer Frist von einer Woche nach Eintritt der Fälligkeit. Im Weiteren soll der Schuldner gemäß § 3 Abs. 3 VwVG vor Anordnung der Vollstreckung mit einer Zahlungsfrist von einer weiteren Woche besonders gemahnt werden. Bei Vorliegen der Voraussetzungen ist für eine unverzügliche Einleitung und konsequente Durchführung des Zwangsvollstreckungsverfahrens Sorge zu tragen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist das Mahn- bzw. Vollstreckungsverfahren nicht erst dann einzuleiten, wenn Mitglieder mindestens zwei Monate mit der Entrichtung der Beiträge im Rückstand sind. Vielmehr ist bereits unmittelbar nach dem Fälligkeitstermin eines Monatsbeitrages das Mahnverfahren einzuleiten.

Inwieweit die neue gesetzliche Regelung in § 5 Absatz 1 Nr. 13 und Streichung des § 191 Satz 1 Nr. 3 a. F., nach der auch bei Zahlungsverzug über 2 Monate hinaus die Versicherung bestehen bleibt, Auswirkungen auf die Zahlungsmoral und den Umfang der Mahnverfahren haben wird, bleibt abzuwarten.

Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung

Einen weiteren Schwerpunkt der Aufsichtsprüfungen bildete das Meldeverfahren Familienversicherung. Da mit der Zahl der Familienversicherten eine Veränderung der Relation des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse einhergeht, beeinflusst sie die Höhe der Ausgleichsansprüche oder Ausgleichsverpflichtungen aus dem Risikostrukturausgleich erheblich.

Bei nahezu allen geprüften Krankenkassen wurde festgestellt, dass das Meldeverfahren zur Familienversicherung im Falle des Wechsels der Krankenkasse grundsätzlich ordnungsgemäß und zeitnah durchgeführt wurde. Dies betrifft die Fälle, in denen die zuständig gewordene Krankenkasse der bisher für die Durchführung der Familienversicherung zuständigen Krankenkasse den Zeitpunkt des Beginns der neuen Versicherung mitzuteilen bzw. der zuständig gewordenen Krankenkasse das Ende der Familienversicherung zu bestätigen hatten. Dagegen haben nicht alle Krankenkassen, bei denen vormals familienversicherte Personen nunmehr eigene Mitgliedschaften begründet hatten, diese Änderung des Versichertenstatus in ihren Versichertenverzeichnissen berücksichtigt. Infolgedessen wurden Personen im Versichertenverzeichnis gleichzeitig sowohl als Mitglieder als auch Familienversicherte geführt. Diese Problematik trat insbesondere beim Wechsel des Rechtskreises West/Ost gehäuft auf. Mit der Durchführung regelmäßiger maschineller Datenabgleiche zwischen dem Bestand der Familienversicherten und dem der Mitglieder können Doppelversicherungen zeitnah erkannt und entsprechend korrigiert werden.

1.6 Strukturierte Behandlungsprogramme

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

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

Bis zum Ende des Jahres 2006 wurden insgesamt 10.580 strukturierte Behandlungsprogramme zugelassen. Die Gesamtzahl der im Jahre 2006 erteilten Zulassungen belief sich auf 6.664. Hiervon entfielen 2.335 Bescheide auf die Verlängerung von Programmzulassungen (Wiederzulassungen) für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2 (1.966) und Brustkrebs (369). Näheres hierzu sowie zur Zahl der in ein DMP eingeschriebenen Versicherten ist der nachfolgenden Übersicht zu entnehmen:

Indikation	laufende Programme in 2006	erteilte Zulassungen in 2005	erteilte Zulassungen in 2006	eingeschriebene Versicherte zum 31.12.2006
DM Typ 2	3.266	352	2.042	rd. 1.948.000
DM Typ 1	1.168	59	1.109	rd. 29.000
Brustkrebs	2.660	1.326	1.316	rd. 67.000
KHK	2.974	1.289	1.685	rd. 635.000
Asthma	182	-	182	rd. 6.000
COPD	330	-	330	rd. 8.000
insgesamt	10.580	3.026	6.664	rd. 2.693.000

Für das Jahr 2007 ist mit einem deutlichen Anstieg der Anträge für die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen der Indikationen Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale sowie COPD zu rechnen. Dies gilt ebenso für die erstmalige Wiederzulassung von Programmen der Indikationen Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs. Für Programme dieser beiden Krankheitsbilder sind erstmals Evaluationsberichte beim Bundesversicherungsamt einzureichen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird die auch vom Bundesversicherungsamt nachdrücklich unterstützte Entbürokratisierung der DMP fortgeführt:

Beispielhaft sind hier die Vereinfachungen hinsichtlich der Einschreibung von Versicherten in ein DMP sowie die Erweiterung des maximalen Zulassungszeitraumes von bisher drei auf fünf Jahre zu nennen.

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2.1 Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung

2.2 Eingaben

2.3 Aufsichtsprüfungen

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2.1 Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung

Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung

Für das Jahr 2006 ergeben sich in der sozialen Pflegeversicherung bei Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben die folgenden Werte (Tabelle 1), welche im Anschluss im Vergleich zu den Vorjahreswerten dargestellt werden (Tabelle 2):

Tabelle 1: Soziale Pflegeversicherung, Jahresergebnis 2006	
EINNAHMEN	Beträge in Mio. €
Beitragseinnahmen	18.356
Summe der sonstigen Einnahmen	130
Einnahmen insgesamt	18.486
AUSGABEN	Beträge in Mio. €
Leistungsausgaben	17.141
Verwaltungskosten	619
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	270
Sonstigen Ausgaben	5
Ausgaben insgesamt	18.035
Jahresüberschuss	451
Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung Vergleich 2006 zu 2005	
EINNAHMEN	Veränderungen in v.H.
Beitragseinnahmen	5,65
Summe der sonstigen Einnahmen	8,64
Einnahmen insgesamt	5,67
AUSGABEN	Veränderungen in v.H.
Leistungsausgaben	0,93
Verwaltungskosten	2,95
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	- 2,48
Sonstigen Ausgaben	- 1,82
Ausgaben insgesamt	0,98

Quelle: Statistiken PVM und PS

Im Jahr 2006 konnte in der Pflegeversicherung erstmals wieder ein Überschuss in Höhe von rd. 451 Mio. € erzielt werden.

Die Leistungsausgaben stiegen insgesamt auf rd. 17,1 Mrd. €, was eine Veränderung von + 0,93 % gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Die Gesamtausgaben (Leistungsausgaben zuzüglich Verwaltungskosten, Kosten des Medizinischen Dienstes und sonstige Ausgaben) der sozialen Pflegeversicherung betrugen rd. 18,0 Mrd. €, was einen Anstieg in Höhe von 0,98 % gegenüber dem Vorjahr entspricht.

Diesen Gesamtausgaben standen Gesamteinnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von ca. 18,5 Mrd. € gegenüber, was einer Veränderung gegenüber dem Vorjahr von + 5,67 % entspricht. Die Gesamteinnahmen umfassen neben den Beitragseinnahmen der Pflegekassen auch die Beiträge, die unmittelbar an den Ausgleichsfonds gezahlt werden (z.B. pauschale Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistende nach § 20 Abs. 1 und 3 SGB XI i.V.m. § 193 SGB V) sowie Zinseinnahmen. Die Gesamtbeitragseinnahmen alleine haben sich gegenüber dem Vorjahr um 5,65 % auf rd. 18,4 Mrd. € erhöht. Die Beitragseinnahmen der Pflegekassen stiegen um 6,90 % und die des Ausgleichsfonds um 0,52 %.

Der Umstand, dass die Gesamteinnahmen um rd. 992 Mio. € gestiegen sind, verdeckt die eigentliche Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung. Der größte Teil der Beitragsmehreinnahmen ist nämlich auf Mehreinnahmen infolge des Vorziehens der Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge (§ 119 SGB IV) zurückzuführen. Diese Änderung hatte zur Folge, dass im Jahr 2006 einmalig ein rechneri-

scher 13. Beitragsmonat hinzugekommen ist.

Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung

Der Zweck des Finanzausgleiches nach den §§ 66 ff. SGB XI besteht darin, bei den Pflegekassen, deren monatliche Leistungsausgaben und sonstige Ausgaben die Beitragseinnahmen und sonstige Einnahmen übersteigen, die Betriebsmittel und gegebenenfalls die Rücklage aufzufüllen. Der Ausgleichsfonds zahlte zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand insgesamt rd. 7,5 Mrd. € an diese Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rd. 0,6 Mrd. €.

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 Mio. €	
1996	4.720 €
1997	5.834 €
1998	6.692 €
1999	6.813 €
2000	7.153 €
2001	7.242 €
2002	7.574 €
2003	7.866 €
2004	8.091 €
2005	7.859 €
2006	7.474 €

Im Jahr 2006 wurde erstmalig für das vorangegangene Kalenderjahr 2005 ein erweiterter Jahresausgleich in der sozialen Pflegeversicherung nach § 68 SGB XI durchgeführt. Mit Hilfe dieses Verfahrens sollen sachliche und rechnerische Fehler,

welche unterjährig im monatlichen Ausgleichsverfahren nach § 67 SGB XI nicht berücksichtigt wurden, korrigiert werden. Im Rahmen des Jahresausgleichs für das Jahr 2005 wurde bei einer Pflegekasse ein Korrekturbetrag festgesetzt. Gegen den entsprechenden Bescheid hat die Kasse Klage vor dem Sozialgericht erhoben.

Entwicklung des Mittelbestandes

Die Liquiditätsreserve – oder auch Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung –, die sich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds und der Pflegekassen zusammensetzt, betrug zum Jahresbeginn rd. 2,945 Mrd. €. Innerhalb des Jahres 2006 erhöhte sich die Liquiditätsreserve bis zum Jahresende auf rd. 3,396 Mrd. €. Dies entspricht einer Steigerung von rd. 0,451 Mrd. €.

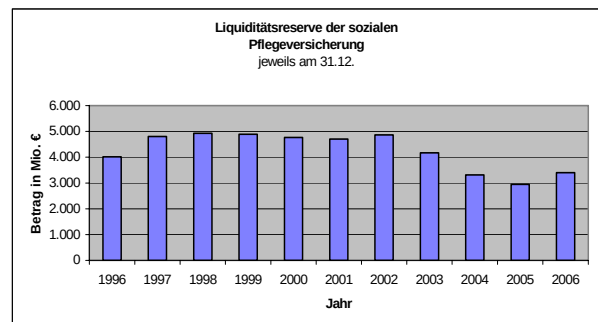


Tabelle 4: Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung in Mio. €	
1996	4.017 €
1997	4.804 €
1998	4.928 €
1999	4.889 €
2000	4.769 €
2001	4.702 €
2002	4.864 €
2003	4.171 €
2004	3.311 €
2005	2.945 €
2006	3.396 €

Stichtag: jeweils 31.12. des Jahres

Ausblick

Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung ist seit Jahren geprägt durch den Abbau der Liquiditätsreserve.

Die im Jahr 2006 aufgrund des 13. Beitragsmonats erzielten Mehreinnahmen werden im laufenden Jahr 2007 entfallen. Wie hoch das zu erwartende Defizit am Ende des Jahres 2007 aussehen wird, hängt davon ab, wie sich die Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben entwickeln werden.

2.2 Eingaben

Auch im Jahr 2005 hat das Bundesversicherungsamt eine Vielzahl von Petitionen und Eingaben im Bereich der Pflegeversicherung bearbeitet.

Eingabestatistik Pflegeversicherung

	Gesamtzahl der Eingaben
PV	141

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

2.3 Aufsichtsprüfungen

Die im Berichtszeitraum bei den gesetzlichen Pflegekassen durchgeführten Prüfungen erstreckten sich schwerpunktmäßig auf den Bereich der Abgrenzung der Leistungspflichten der Pflegeversicherung gegenüber anderen Leistungsträgern bei der Hilfsmittelversorgung nach § 40 Abs. 1 und 3 SGB XI und auf die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI.

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen gemäß § 40 SGB XI

Bei nahezu allen Pflegekassen ließ sich nicht erkennen, dass bei der Bewilligung von Hilfsmitteln (technischen Hilfen) im Rahmen von Einzelfallentscheidungen eine vorrangige Leistungspflicht der Krankenkasse oder eines anderen Leistungsträgers hinreichend geprüft und ausgeschlossen wurde (Subsidiaritätsprinzip).

Nicht zuletzt mangels entsprechender Dokumentationen seitens der Pflegekassen konnten von daher keine abschließenden Feststellungen getroffen werden, ob die in den meisten Fällen letztlich zu Lasten der Pflegeversicherung erfolgte Zuordnung rechtmäßig war.

Allgemein hielten sich die Pflegekassen schon dann für leistungspflichtig, wenn das beantragte Hilfsmittel im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführt war.

Sofern der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder eine Pflegefachkraft im Sinne des § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB XI beteiligt wurde, wurden deren Empfehlungen in der Regel ungeprüft übernommen und als maßgebliche Grundlage für die Leistungsentscheidung zu Lasten der Pflegeversicherung herangezogen.

Im Zuge der Prüfungen wurde festgestellt, dass oftmals bereits die Arbeitsanweisungen der Pflegekassen zu § 40 Abs. 1 und 3 SGB XI nicht der geltenden Rechtslage und dem erläuternden Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom 15. März 2005 zur Beachtung des Subsidiaritätsprinzips bei Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 1 SGB XI entsprachen.

Den betroffenen Pflegekassen wurde aufgegeben, ihre Arbeitsanweisungen zu überarbeiten, gewährte Hilfsmittleistungen eigenständig zu überprüfen und die notwendigen Korrekturen zu veranlassen.

Die auf Veranlassung des Bundesversicherungsamtes hin im Berichtszeitraum bewirkten finanziellen Korrekturen zu Gunsten der Pflegeversicherung belaufen sich auf ca. 28 Millionen Euro.

Leistungsausgaben zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen gemäß § 44 SGB XI

Pflegekassen haben vielfach Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen auf der Grundlage nicht zeitnah erstellter Gutachten des MDK entrichtet.

In Fällen der Mehrfachpflege haben viele Pflegekassen ihre zur Beurteilung der Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen durchzuführenden Ermittlungen nur auf die Pflegepersonen beschränkt, die nach eigenen Angaben wenigstens 14 Stunden in der Woche (= Mindestpflegeumfang zur Begründung von Rentenversicherungspflicht, § 19 Satz 2 SGB XI) pflegten. Sofern sich mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege teilten oder ambulante Pflegedienste beteiligt waren, war nicht erkennbar, ob und in welchem Umfang deren Zeiten den oben genannten Pflegepersonen bei der Bestimmung der Rentenversicherungspflicht zugerechnet wurden. Die insoweit unzulänglich geprüfte Versicherungs- und Beitragspflicht von Pflegepersonen hat möglicherweise zur Folge, dass Beitragszahlungen an die Deutsche Rentenversicherung Bund sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach zu Unrecht erfolgt bzw. nicht erfolgt sind und es zu entsprechenden Über- bzw. Unterzahlungen gekommen ist.

Den betroffenen Pflegekassen haben wir aufgegeben, alle Fälle ab dem 1. Dezember 2005, in denen mehr als eine Pflegeperson und/oder ein Pflegedienst tätig war, erneut zu überprüfen, die sich ggf. ergebenden

Korrekturen vorzunehmen und entsprechend zu dokumentieren.

Ferner wurde festgestellt, dass die Jahresrechnungen (PJ 1) mehrerer Pflegekassen für 2005 im Bereich der Buchungen auf das Verpflichtungskonto 1260 (Verpflichtungen aus Beiträgen für andere Versicherungszweige) und das Sachkonto 4500 (Beiträge zur Rentenversicherung) fehlerhaft waren, weil die sich aus den Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung gemäß § 10 Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) in Verbindung mit § 37 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den betreffenden Bestimmungen des Kontenrahmens ergebenden Anforderungen der zeitlichen Rechnungsabgrenzung nicht eingehalten wurden. Nach diesen Bestimmungen sind Ausgaben, Einnahmen, Forderungen und Verpflichtungen in dem jeweiligen Geschäftsjahr ihrer Entstehung zu buchen.

Den entsprechenden Pflegekassen haben wir aufgegeben, die Jahresrechnung für 2006 unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung gemäß § 10 SVRV, insbesondere der zeitlichen Rechnungsabgrenzung, korrekt zu erstellen.

3. UNFALLVERSICHERUNG

- 3.1 Finanzen der Gesetzlichen Unfallversicherung
- 3.2 Eingaben
- 3.3 Satzungsrecht
- 3.4 Aufsichtsprüfungen

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Finanzen der Gesetzlichen Unfallversicherung

Finanzierung der Unfallkliniken

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger haben aufgrund ihres Branchenbezugs und ihres umfassenden gesetzlichen Auftrags Verwaltungs- und Versorgungsstrukturen aufgebaut, deren Effizienz verbessert werden kann. Dies betrifft insbesondere die elf Unfallkliniken, die von den gewerblichen Berufsgenossenschaften überwiegend über Klinikvereine bzw. in Form einer GmbH betrieben werden. Zur Wahrung des hohen Leistungsstandards der Unfallkliniken sind Modernisierungs- und Instandhaltungsmaßnahmen erforderlich, die seitens der gewerblichen Berufsgenossenschaften finanziell gefördert werden. Dazu wurde beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) der sogenannte Gemeinschaftsfonds A eingerichtet. Für diesen Gemeinschaftsfonds stellen die Berufsgenossenschaften jährlich Mittel zur Verfügung, die den Unfallkliniken zur Finanzierung ihrer Investitionen dienen. Die Unfallkliniken müssen ihre Investitionsprojekte beim HVBG anmelden, der dann die baufachliche und bauwirtschaftliche Prüfung veranlasst. Soweit die dafür eingerichtete Sachverständigenstelle das Investitionsprojekt befürwortet, wird es in den Verteilungsplan des HVBG aufgenommen. Die betreffende Unfallklinik erhält dann eine zweckgebundene finanzielle Förderung. Die Mittel wurden bislang ausschließlich in Form von Beteiligungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften an die Betreibergesellschaften der Unfallkliniken vergeben. Bis 2005 wurden 1,4 Prozent der jährlichen Rentenausgaben der

gewerblichen Berufsgenossenschaften (2005 etwa 61,8 Millionen €) bereitgestellt. Nachdem das Bundesversicherungsamt in der Vergangenheit mehrmals angeregt hatte, die Wirtschaftlichkeit der Unfallkliniken zu verbessern, haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften zum 1. Januar 2007 ein neues Finanzierungsverfahren eingeführt. Der bisherige Hebesatz von 1,4 Prozent der Rentenlast wurde bereits zum 1. Januar 2006 um 0,4 Prozentpunkte auf 1,0 Prozent gesenkt. Von diesem verringerten Volumen (2006: etwa 44,2 Millionen €) werden 0,2 Prozentpunkte an den HVBG überwiesen, der das Geld zum Aufbau eines Treuhandvermögens verwendet. Aus den Mitteln des Treuhandvermögens sollen zukünftig die Klinikinvestitionen finanziert werden. Die übrigen 0,8 Prozentpunkte der jährlichen Rentenlast werden weiterhin zweckgebunden an die Unfallklinikbetreiber ausgezahlt, allerdings nur noch zu 70 Prozent in Form einer Beteiligung und zu 30 Prozent als Darlehen. Die Darlehen müssen marktüblich verzinst und in Höhe von 1,5 Prozent pro Jahr getilgt werden. Die Kapitalrückflüsse erfolgen ebenfalls an das Treuhandvermögen beim HVBG. Durch den Aufbau des Treuhandvermögens werden die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die bislang die Mittel aus dem liquiden Anteil ihrer Rücklage finanzieren mussten, entlastet. Die Unfallkliniken müssen ihre Wirtschaftlichkeit steigern, um die nunmehr zu erbringenden Zins- und Tilgungsleistungen bedienen zu können.

Mit Zustimmung des Bundesversicherungsamtes hat der HVBG auch eine Neuausrichtung der Bewertung der Klinikbeteiligungen der Berufsgenossenschaften beschlossen. Diese Beteiligungen unterla-

gen in der Vergangenheit keiner Abschreibung, da die Unfallkliniken diese Investitionszuschüsse als Eigenkapital buchten. Aus Bilanzierungssicht ist dies für die Berufsgenossenschaften nicht unproblematisch, da den in ihren Bilanzen ausgewiesenen Beteiligungen der Vergangenheit aktuell nicht mehr unbedingt die entsprechenden Gegenwerte auf Seiten der Kliniken gegenüberstehen. Um dem Wertverlust der Anlagegegenstände Rechnung zu tragen und somit einen an den tatsächlichen Gegebenheiten ausgerichteten Ausweis der Vermögenslage der Berufsgenossenschaften zu erreichen, werden für Neubeteiligungen der Berufsgenossenschaften Abschreibungen in Höhe der von den Unfallkliniken vorgenommenen Abschreibungen auf die aus Gemeinschaftsfondsmitteln finanzierten Teile des Anlagevermögens eingeführt. Das Bundesversicherungsamt hat den HVBG gebeten, auch hinsichtlich der Bewertung der bereits bestehenden Beteiligungen einen Lösungsvorschlag zu erarbeiten.

3.2 Eingaben

Im Bereich der Unfallversicherung war folgende Zahl an Beschwerden und Petitionen zu bearbeiten.

Eingabestatistik Unfallversicherung

	Gesamtzahl der Eingaben
UV	372

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

3.3 Satzungsrecht

Gefahrtarifangelegenheiten

Das Bundesversicherungsamt hatte im Jahr 2006 mit vierzehn Genehmigungsverfahren überdurchschnittlich viele Gefahrtarife zu prüfen. Die Berufsgenossenschaften hatten aber zu einem großen Teil frühzeitig von dem Angebot des beratenden Vorprüfungsverfahrens durch das Bundesversicherungsamt Gebrauch gemacht, so dass pünktlich bis Jahresende sämtliche Genehmigungsverfahren zum Abschluss gebracht werden konnten.

Beratungshilfe war insbesondere wieder bei den fusionierenden Berufsgenossenschaften nötig. Neben den bereits im Tätigkeitsbericht 2004 erwähnten Problemstellungen war für die Berufsgenossenschaften das Verfahren eines sog. Beibehaltungsbeschlusses von großem Interesse.

Ein Beibehaltungsbeschluss dient der kurzfristigen Fortschreibung eines bestehenden Gefahrtarifs über die Höchstlaufzeit von sechs Jahren (§ 157 Abs. 5 SGB VII) hinaus, um die Tarifperioden der zusammenzuführenden Gefahrtarife zeitlich aufeinander abzustimmen. Da die Geltungsdauer eines Gefahrtarifs gemäß § 157 Abs. 5 SGB VII auf sechs Jahre begrenzt ist, kommt der Beschluss, ihn für die neue Tarifperiode beizubehalten, der (Neu-) Aufstellung eines – inhaltsgleichen – Gefahrtarifs gleich.

Auch unter Berücksichtigung des Ziels der Berufsgenossenschaften, den Verwaltungsaufwand für die kurzfristige Fortschreibung eines Gefahrtarifs möglichst gering zu halten, erfordert die Rechtslage hinsichtlich des Verfahrens zur Beibehaltung eines Gefahrtarifs über die Höchstlaufzeit hinaus gleichwohl die Einhaltung einiger Mindestvoraussetzungen.

In förmlicher Hinsicht ist der Beschluss über die Beibehaltung des Gefahrtarifs als autonomes Recht gemäß § 157 Abs. 1 SGB VII, § 33 Abs. 1 SGB IV von der Vertreterversammlung des Unfallversicherungsträgers zu fassen und nach § 34 Abs. 2 SGB IV öffentlich bekannt zu machen. Des Weiteren bedarf der inhaltsgleiche, aber neue Gefahrtarif der Genehmigung der Aufsichtsbehörde gemäß § 158 Abs. 1 SGB VII.

Inhaltlich kann für den Beibehaltungsbeschluss zwar nicht gänzlich auf die rechnerisch-wertende Nachprüfung des Gefahrtarifs anhand des aktuellen Unfallverzeichnisses verzichtet werden. Wohl aber ist die Sondersituation einer bevorstehenden Fusion regelmäßig geeignet, den der Selbstverwaltung bei der Aufstellung des Gefahrtarifs zukommenden Regelungsspielraum erheblich zu prägen. Stellt sich also bei der Auswertung des Unfallverzeichnisses eine rechnerische Veränderung der Gefahrklassenhöhe heraus, so wird die Beibehaltung der alten Gefahrkategorie grundsätzlich über das Instrument der abweichenden Gefahrkategoriefestsetzung erreicht werden können. Damit kann den Belangen der Berufsgenossenschaften gerade angesichts der zahlreichen anstehenden Fusionen Rechnung getragen werden.

Ausschluss der Karenztageregelung bei freiwillig versicherten Unternehmen

Im Jahr 2006 gingen beim Bundesversicherungsamt mehrere Beschwerden ein, bei denen zu prüfen war, ob ein Unfallversicherungsträger zu Recht die Leistung von Verletztengeld für einen begrenzten Zeitraum verweigerte.

Die beteiligte Berufsgenossenschaft hat im Rahmen des § 46 Abs. 2 Satz 1 SGB VII von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, in

ihre Satzung eine Karenztageregelung für nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB VII Versicherte aufzunehmen.

Die Beschwerdeführer, die freiwillig nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII bei dem Unfallversicherungsträger als Unternehmer versichert waren, machten dennoch Verletztengeld von Beginn der durch einen Arbeitsunfall verursachten Arbeitsunfähigkeit geltend.

Zur Begründung trugen sie vor, in ihrem Fall sei die hinausgeschobene Zahlung des Verletztengeldes unzulässig gewesen, da sie bei einer Krankenkasse mit Anspruch auf Krankengeld versichert seien. § 46 Abs. 2 Satz 2 SGB VII schließe eine Karenztageregelung genau für diesen Fall aus. Zwar sieht auch der Unfallversicherungsträger in seiner Satzung vor, dass bei diesen Versicherten die Karenztageregelung keine Anwendung findet. Allerdings vertrat er die Meinung, es handle sich vorliegend um Sonderfälle, in denen die hinausgeschobene Verletztengeldzahlung sehr wohl im Einklang mit Gesetz und Satzung stünde.

Im Falle einer nicht unfallbedingten Krankheit setzte bei den Beschwerdeführern die Krankengeldzahlung nämlich erst nach einer Karenzzeit ein, so dass die beteiligte Berufsgenossenschaft die Auffassung vertrat, dass für diesen Zeitraum ebenfalls kein Verletztengeld zu zahlen sei, da sie den infolge eines Unfalles Arbeitsunfähigen nicht besser stellen wollte als bei einer unfallunabhängigen Erkrankung.

Inzwischen liegen zwei Entscheidungen des Bundessozialgerichtes vom 5. Juli 2005 (Az.: B 2 U 10/04 R) und vom 5. September 2006 (Az.: B 2 U 12/05) zu vergleichbaren Fallkonstellationen vor.

Darin kam das Gericht zu dem Ergebnis, dass das Verbot einer Satzungsregelung hinsichtlich des Beginns der Zahlung von

Verletztengeld gemäß § 46 Abs. 2 Satz 2 SGB VII nach seinem eindeutigen Wortlaut alle bei einer Krankenkasse mit Anspruch auf Krankengeld Versicherten im Sinne dieser Vorschrift betrifft. Dabei komme es nicht darauf an, von welchem Zeitpunkt an ihnen Krankengeld nach der Satzung der betreffenden Krankenkasse zu gewähren wäre.

Der Unfallversicherungsträger wurde im Hinblick auf diese Entscheidungen gebeten, den Beschwerdeführern für den fraglichen Zeitraum Verletztengeld nachzuzahlen und zukünftig bei vergleichbaren Fällen die Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung sicherzustellen.

3.4 Aufsichtsprüfungen

Zahlung von Verwaltungskostenpauschalen

Das Bundesversicherungsamt hat Träger der Unfallversicherung in mehreren Fällen auf eine Problematik hingewiesen, deren Beachtung Einsparungen im Verwaltungsbereich zur Folge hat.

Nach § 189 SGB VII können Unfallversicherungsträger Krankenkassen beauftragen, die ihnen obliegenden Geldleistungen zu erbringen. Im Falle des Verletztengeldes wird diese Regelung grundsätzlich angewandt. Dabei sind die Einzelheiten in der Verwaltungsvereinbarung über das Verfahren und die Entschädigung bei Einzelaufträgen der Unfallversicherungsträger nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X (VV Einzelauftrag) geregelt. Darin ist unter anderem festgehalten, dass der Krankenkasse für die im Auftrag erbrachte Leistung eine Entschädigung für Verwaltungskosten und Zinsverluste in Höhe von 2 % der Auftragsleistung zusteht.

Die Rechts- sowie die Faktenlage erfordert es bei Berufskrankheiten fast stets, die

Feststellung der Anerkennung einer Erkrankung im Sinne des § 9 SGB VII rückwirkend zu treffen. Dabei sind regelmäßig auch Leistungen für die Vergangenheit zu gewähren. Hierzu gehört insbesondere das Verletztengeld als Entgeltersatzleistung.

Hat die Krankenkasse für den fraglichen Zeitraum bereits Krankengeld geleistet, wie dies regelmäßig der Fall ist, gilt der Anspruch des Versicherten gegen den Unfallversicherungsträger in Höhe des geleisteten Krankengeldes als erfüllt (§ 107 SGB X); insoweit besteht ein Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegen den Unfallversicherungsträger nach § 105 SGB X. Da die Leistung nicht noch einmal erbracht werden kann, bezieht sich der Auftrag des Unfallversicherungsträgers nach § 189 SGB VII insofern nur noch auf einen eventuellen Differenzbetrag zwischen Krankengeld und Verletztengeld. Die Krankenkasse kann daher auch nur für diesen Spitzbetrag eine Entschädigung geltend machen. Dies wird oftmals übersehen und das volle Verletztengeld für die Berechnung der Verwaltungskosten in Ansatz gebracht. Das Bundesversicherungsamt wird auch weiterhin darauf achten, dass die Berufsgenossenschaften die Abrechnungen der Krankenkassen auf diese Problematik hin prüfen.

4. RENTENVERSICHERUNG

- 4.1 Finanzentwicklung in der gesetzlichen Rentenversicherung
- 4.2 Eingaben
- 4.3 Einzelfälle
- 4.4 Grundsatzfragen
- 4.5 Aufsichtsprüfungen
- 4.6 Internationales Sozialversicherungsrecht

4. RENTENVERSICHERUNG

4.1 Finanzentwicklung in der gesetzlichen Rentenversicherung

Der Bund trägt mit seinen Zahlungen (Zuschüsse, Beiträge, Erstattungen) in erheblichem Maße zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei. Im Jahr 2006 beliefen sich diese Bundeszahlungen, die durch das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet werden, auf insgesamt rund 77,7 Milliarden € (2005: rund 78,7 Milliarden €; 2004: rund 78,0 Milliarden €).

Die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung betrugen im Jahr 2006 mehr als 54,9 Milliarden €; das sind fast 0,1 Milliarden € mehr als im Jahr 2005. Die Bundeszuschüsse machen damit 23,3 Prozent der Gesamteinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung aus (2005: 24,5 Prozent; 2004: 24,2 Prozent). Ursächlich für den anteilmäßigen Rückgang ist vor allem die in 2006 geänderte Fälligkeitsregelung für den Sozialversicherungsbeitrag, die zu erheblichen Beitragsmehreinnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung führte. Ohne diesen Effekt hätte der Anteil bei rund 24,4 Prozent gelegen. Darüber hinaus zahlt der Bund für Zeiten der Kindererziehung Beiträge an die allgemeine Rentenversicherung, die 2006 fast 11,4 Milliarden € ausmachten (2005: 11,7 Milliarden €; 2004: 11,8 Milliarden €). Der Bund hat mit seinen Zuschüssen und mit seiner Beitragszahlung für Kindererziehungszeiten 29,0 Prozent der Gesamtausgaben der allgemeinen Rentenversicherung finanziert (2005 und 2004: jeweils 29,1 Prozent). Bezogen auf die Ausgaben für Rentenleistungen lag der Anteil dieser Bundeszah-

lungen bei rund 33,2 Prozent (2005 und 2004: jeweils 33,5 Prozent). Die Zahlungen des Bundes für sog. einigungsbedingte Leistungen (§ 291c SGB VI) sowie für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) sind grundsätzlich rückläufig; 2006 war jedoch ein leichter Anstieg auf fast 4,9 Milliarden € zu verzeichnen (2005 und 2004: jeweils 4,8 Milliarden €). Die angestiegene Erstattung in 2006 ist Folge der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 23. Juni 2004 (Az.: 1 BvL 3/98 u.a.) und des Bundessozialgerichts vom 26. Oktober 2004 (Az.: B 4 RA 27/04 R) zur Auslegung des AAÜG. Diese führten zu einer Änderung des AAÜG im Jahr 2005. Hieraus resultierten auch Nachzahlungen für zurückliegende Zeiträume. Ein Teil der Zahlungen nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2006: 2,4 Milliarden €).

Auf die Bundeszahlungen hat das Bundesversicherungsamt im Kalenderjahr 2006 Vorschüsse an die allgemeine Rentenversicherung in Höhe von insgesamt 71,2 Milliarden € oder monatlich rund 5,9 Milliarden € festgelegt und ausgezahlt (2005: 72 Milliarden €). Seit dem Jahr 2006 setzt das Bundesversicherungsamt nicht mehr die Vorschüsse auf die Rentenleistungen der Träger der allgemeinen Rentenversicherung fest, die über den Renten-Service der Deutschen Post AG an die Rentner ausgezahlt werden. Diese Aufgabe ist infolge der Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung auf die Deutsche Rentenversicherung Bund übergegangen.

In der knappschaftlichen Rentenversicherung zahlt der Bund keinen festen Zuschuss zu den Ausgaben. Der Bund übernimmt nach § 215 SGB VI vielmehr eine Defizitdeckung, indem er den Unterschiedsbetrag zwischen den Einnahmen und den Ausgaben eines Kalenderjahres trägt. Diese Bundesbeteiligung in der knappschaftlichen Rentenversicherung belief sich im Jahr 2006 auf rund 6,5 Milliarden € (2005: 6,8 Milliarden €; 2004: 7,0 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 innerhalb der allgemeinen Rentenversicherung einerseits und mit der knappschaftlichen Rentenversicherung andererseits, die Berechnung der Finanzausgleichszahlung der Deutschen Rentenversicherung Bund an die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung sowie die sog. Gemeinlastabrechnung für die Regionalträger zu nennen. Die Gemeinlastabrechnung (§ 219 SGB VI) bedeutet, dass insbesondere die Rentenausgaben, die Aufwendungen zur Krankenversicherung der Rentner und die Bundeszuschüsse auf die Regionalträger und die Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Bereich: allgemeine Rentenversicherung) – in der Trennung Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet und Beitrittsgebiet (§ 287 f SGB VI) – entsprechend ihrem jeweiligen Anteil an den Beitragseinnahmen aufgeteilt werden. Bei der im Jahr 2006 durchgeführten Abrechnung für das Kalenderjahr 2005 wurden im Rahmen dieser Gemeinlastabrechnung insgesamt mehr als 165 Milliarden € zwischen den Rentenversicherungsträgern umverteilt (2004: 167 Milliarden €). Der

von der Deutschen Rentenversicherung Bund zu leistende Finanzausgleich an die anderen Rentenversicherungsträger für das Jahr 2005 wurde auf rund 7,7 Milliarden € festgesetzt (2004: 5,3 Milliarden €). Der Gesamtbetrag aller Zahlungen zwischen der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung (Wanderversicherungsausgleiche, Wanderausgleich, Auftragsgeschäfte) belief sich für das Jahr 2005 bereits wie im Vorjahr auf rund 6,8 Milliarden €. Die Summe aller Bundeszahlungen an die allgemeine Rentenversicherung für das Jahr 2005 betrug rund 71,4 Milliarden € (2004: 71,0 Milliarden €).

Der aufgrund der Abrechnungen und unter Berücksichtigung der unterjährig geleisteten Vorschusszahlungen verbleibende Zahlungsausgleich zwischen den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung wurde nur noch buchungsmäßig und nicht wie in den Vorjahren durch Zahlungen ausgeglichen. Das war eine Folge der Neustrukturierung der Vorschussfestsetzung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, die aufgrund der Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung möglich wurde. Der verbleibende Zahlungsausgleich zwischen der allgemeinen Rentenversicherung mit anderen Institutionen wie insbesondere dem Bund konnte für das Abrechnungsjahr 2005 aufgrund der zahlreichen Verrechnungen zur Optimierung der Zahlungsströme auf netto rund 10,1 Millionen € begrenzt werden.

Allgemeine Rentenversicherung		
(in Millionen €)	2006 (vorläufig)	2005
Einnahmen;	235.797	224.212
hiervon:		
Beitragseinnahmen	179.148	167.979
Bundeszuschüsse	54.914	54.812
Zahlungen von der KnRV	321	335
Sonstige Einnahmen	1.414	1.086
Ausgaben;	228.324	228.160
hiervon:		
Rentenleistungen	199.453	198.818
KV / PV der Rentner	13.011	13.401
Zahlungen an die KnRV	7.076	6.988
Leistungen zur Teilhabe	4.450	4.497
Verwaltungskosten	3.525	3.658
Sonstige Ausgaben	809	798
Rechnungsergebnis	7.473	- 3.948
Finanzausgl.		
DRV Bund Regionalträger	2.498	7.522
Nachhaltigkeitsrücklage	9.550 (= 0,60 MA)	1.820 (= 0,12 MA)
nachrichtlich:		
Erstattungen des Bundes	4.864	4.837

Knappschaftliche Rentenversicherung		
(in Millionen EUR; gerundet)	2006 (vorläufig)	2005
Einnahmen; hiervon:	14.670	14.796
Beitragseinnahmen	1.069	974
Zahlungen von der ArV/AV	7.079	6.943
Defizitdeckung Bund	6.479	6.831
Sonstige Einnahmen	43	48
Ausgaben; hiervon:	14.670	14.796
Rentenleistungen	13.446	13.504
KV / PV der Rentner	885	941
Leistungen zur Teilhabe	116	126
Verwaltungskosten	158	162
Sonstige Ausgaben	65	63

4.2 Eingaben

Eingabestatistik Rentenversicherung

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der Eingaben gestiegen.

	Gesamtzahl der Eingaben
RV	1.025

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

4.3 Einzelfälle

Beschwerdeführer wenden sich häufig an das Bundesversicherungsamt mit der Bitte zu prüfen, ob sie eine Rentenleistung aufgrund einer Zusicherung beanspruchen können. Ob eine den Rentenversicherungsträger bindende Zusicherung (§ 34 SGB X) vorliegt und welchen Inhalt sie hat, kann auch von uns nur im Einzelfall durch Auslegung ermittelt werden. Dabei berücksichtigen wir das gesamte Verhalten des Trägers. Neben dem Wortlaut der Erklärung kommt es auf die Begleitumstände, insbesondere den Zweck der Erklärung an. Das Gesamtverhalten des Trägers ist außerdem vom Standpunkt des Versicherten zu bewerten, für den die Erklärung bestimmt ist. Ausschlaggebend ist, wie der Versicherte die Erklärung bei objektiver Würdigung verstehen durfte.

Aufgrund der Fülle der Themenbereiche, die den Gegenstand von Aufsichtsbeschwerden bildeten, welche das Bundesversicherungsamt erreichten, seien weiter stellvertretend folgende Fallgestaltungen herausgegriffen:

- Zulassung der Nachentrichtung eines freiwilligen Monatsbeitrages nach § 197 Abs. 3 SGB VI zur Aufrechter-

- haltung einer Anwartschaft auf eine Rente wegen Erwerbsminderung,
- Unzulässigkeit der Einbehaltung von Verrechnungsbeträgen durch den Rentenversicherungsträger, wenn der Versicherte gegen die Verrechnung Widerspruch eingelegt hat,
- Berechnung des Freibetrages bei der Anrechnung einer Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung im Beitrittsgebiet nach § 93 Abs. 2 SGB VI i.V.m. §§ 31, 84a Bundesversorgungsgesetz,
- Bestimmung des zehnjährigen Beschäftigungsverhältnisses bei Beschäftigten der Deutschen Reichsbahn nach § 256a Abs. 2 und § 307a Abs. 2 SGB VI.

4.4 Grundsatzfragen

Grundsatz- und Querschnittsaufgaben

Bis zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung unterlag die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) als bundesunmittelbarer Rentenversicherungsträger der Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt. Durch den Zusammenschluss der BfA mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zur Deutschen Rentenversicherung Bund nimmt diese seit dem 1. Oktober 2005 neben den originären Aufgaben als Rentenversicherungsträger auch die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung wahr (§ 138 Abs. 1 SGB VI).

Der Gesetzgeber hat dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Aufsicht übertragen, soweit die Deutsche Rentenversicherung Bund nun auch Grundsatz-

und Querschnittsaufgaben für die gesamte Deutsche Rentenversicherung wahrnimmt. Das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wiederum hat von der ihm eingeräumten Möglichkeit (§ 90 Abs. 2a Satz 2 SGB IV) Gebrauch gemacht und mit Erlass vom 31. August 2005 die Rechtsaufsicht über die Deutsche Rentenversicherung Bund, soweit diese Grundsatz- und Querschnittsaufgaben nach § 138 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 bis 4, 6 bis 14 und Nr. 16 SGB VI wahrnimmt, auf das Bundesversicherungsamt übertragen. Da der Gesetzgeber der Deutschen Rentenversicherung Bund das Recht einräumt, zu Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung Entscheidungen zu treffen, die die Rentenversicherungsträger rechtlich binden (sog. verbindliche Entscheidungen), kommt der Rechtsaufsicht hier eine besondere Bedeutung zu. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat im Jahr 2006 zwölf verbindliche Entscheidungen zur Klärung von grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung getroffen, die nach aufsichtsrechtlicher Prüfung nicht zu beanstanden waren.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund bedient sich insbesondere zur Klärung grundsätzlicher Fach- und Rechtsfragen der Fachausschüsse, in denen jeder Rentenversicherungsträger durch seinen Geschäftsführer vertreten ist (Fachausschüsse für Versicherung und Rente, für Rehabilitation, für Organisation und für Finanzen). Zu den Aufgaben dieser Ausschüsse zählt, in Sach- und Rechtsfragen eine gemeinsame Willensbildung und eine einheitliche Verfahrensweise bei den Rentenversicherungsträgern sicherzustellen sowie verbindliche Entscheidungen zu Grundsatz- und Querschnittsaufgaben vorzubereiten.

Die bisherigen praktischen Erfahrungen deuten darauf hin, dass es von der Empfehlung des Fachausschusses abhängt, ob eine verbindliche Entscheidung getroffen wird. Wir sehen es als unsere Aufgabe an, dafür Sorge zu tragen, dass hier kein aufsichtsfreier Raum entsteht.

Soweit das Bundesversicherungsamt die Rechtsaufsicht über die Grundsatzbeschlüsse der Deutschen Rentenversicherung Bund in den Bereichen „Finanzierung der Rentenversicherung“ und „Statistik“ wahrnimmt, stand im Jahr 2006 die Beratung der Deutschen Rentenversicherung Bund im Hinblick auf die mit der Organisationsreform erfolgte Übertragung von Aufgaben vom Bundesversicherungsamt auf die Deutsche Rentenversicherung Bund (u.a. Festsetzung monatlicher Vorschüsse für die laufenden Rentenzahlungen) im Vordergrund.

Koordination der Planung von Rehabilitationsmaßnahmen

Auf Veranlassung des Bundesversicherungsamtes hat die Deutsche Rentenversicherung Bund 2006 im Rahmen des § 138 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB VI zur Verbesserung der Koordination der Planung von Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere der Bettenbedarfs- und Belegungsplanung, eine umfassende Bestandsaufnahme (sog. Ist-Analyse) durchgeführt. Sie hat dazu die aktuellen Belegzahlen ermittelt sowie den aktuellen und zukünftigen Bedarf an stationären und ambulanten Einrichtungen (Kliniken etc.) prognostiziert. Auf der Grundlage der Bestandsaufnahme hat die Deutsche Rentenversicherung acht Grundsätze (u.a. Wirtschaftlichkeit, trägerübergreifende Kapazitätsplanung, indikationsgerechte Zuordnung der Versicherten) im Rahmen eines Gesamtbedarfskonzeptes

beschlossen. Dadurch sollen Überkapazitäten abgebaut bzw. mittelfristig ausgeschlossen werden. Ziel ist es, nur die Einrichtungen weiter zu betreiben, die erforderlich sind, um dem Gesamtbedarf aller Träger der Deutschen Rentenversicherung gerecht zu werden (vgl. § 221 Satz 2 SGB VI).

Zur Durchführung der Koordinierung werden an den Klinikstandorten Rehabilitationszentren gegründet, die die vorhandenen Kapazitäten erfassen und steuern. Ferner werden alle Träger der Deutschen Rentenversicherung in Regionalverbünden zusammengeführt, um den regionalen indikationsspezifischen Bedarf abzustimmen.

Beiträge für die Beschäftigung behinderter Menschen

Durch eine Anfrage wurde im Jahr 2006 erkennbar, dass es kein einheitliches Vorgehen der Rentenversicherungsträger bei der Berechnung der Beiträge für die Beschäftigung behinderter Menschen gibt, falls diese in Teilen eines Kalendermonats unentschuldigt fehlen. Einerseits wurden für diese Monate als Divisor die tatsächlichen Tage des Kalendermonats zur Berechnung herangezogen, andererseits berücksichtigten einige Rentenversicherungsträger pauschalierend 30 Kalendertage (jeweils abzüglich der unentschuldigten Fehltage). Unterschiede zwischen beiden Varianten ergeben sich demnach für den Februar und die Kalendermonate mit 31 Tagen.

Das Bundesversicherungsamt hat die Deutsche Rentenversicherung Bund darauf hingewiesen, dass eine einheitliche Verfahrensweise aller am Beitragseinzug beteiligten Stellen erforderlich ist. Daraufhin haben sich die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung im Rahmen

einer gemeinsamen Besprechung am 25. und 26. April 2006 auf eine einheitliche und sinnvolle Verfahrensweise verständigt. Danach werden für einen Kalendermonat mit Fehlzeiten Beiträge berechnet, indem die Beschäftigungstage zu den tatsächlichen Kalendertagen des Monats abzüglich der Fehlzeiten ins Verhältnis gesetzt werden.

Kontoauszugsverfahren

Bei Änderungen des Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung gibt die Deutsche Rentenversicherung seit Ende 2005 den Rentenbeziehern den neuen Zahlbetrag der Rente in der Regel nur noch durch einen Hinweis auf dem Kontoauszug bekannt (sog. Kontoauszugsverfahren). In der Vergangenheit hatten die Rentenversicherungsträger immer einen schriftlichen Bescheid erteilt. Das bedeutete einerseits einen hohen Aufwand für die Deutsche Rentenversicherung, stellte andererseits aber eine umfassende Information der Rentner sicher. Durch das Kontoauszugsverfahren soll der Aufwand für die Träger vermindert werden. Seit dem 30. März 2005 eröffnet das Gesetz nämlich die Möglichkeit, bei Änderungen des Beitragssatzes der Krankenkasse von einem besonderen Bescheid abzusehen. Zunächst war vorgesehen, im Rahmen der Einführung des Verfahrens auf eine Informationskampagne und eine Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen zu verzichten. Das Bundesversicherungsamt hat darauf aufmerksam gemacht, dass in diesem Fall eine ausreichende Information der Rentner nicht gesichert ist. Einen bloßen Hinweis auf den neuen Zahlbetrag in der Betreffzeile des Kontoauszugs übersieht der Rentner leicht, wenn er nicht im Vorfeld auf dieses neue Verfahren aufmerksam

gemacht wird. Daher haben die Rentenversicherungsträger sich entschlossen, die Information zu verbessern. Neben den Hinweisen auf das Kontoauszugsverfahren in den regulären Rentenbescheiden versenden sie in geeigneten Fällen gesonderte Informationsblätter. Zudem haben sie mit unserer Unterstützung die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gesucht, um das Kontoauszugsverfahren im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Kassen bekannt zu machen. Auch die Homepage der Deutschen Rentenversicherung ist mittlerweile auf unsere Anregung hin um entsprechende Informationen ergänzt worden.

Ausgleichsvereinigungen nach dem KSVG

Einen besonderen Problemkreis bilden die sogenannten Ausgleichsvereinigungen. Die künstlersozialabgabepflichtigen Unternehmen können sich zu Ausgleichsvereinigungen zusammenschließen, die für sie die Entrichtung der Künstlersozialabgabe übernehmen. Dabei können Vereinbarungen zugelassen werden, die eine vom Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) abweichende Ermittlung der Abgabe ermöglichen, um so den besonderen Verhältnissen der jeweiligen Branche entgegenzukommen. Der Vertrag über die abweichende Bemessungsgrundlage zwischen der Künstlersozialkasse (KSK) und der Ausgleichsvereinigung bedarf nach § 32 Abs. 1 Satz 3 KSVG der Zustimmung des Bundesversicherungsamtes. Nach Prüfung mehrerer bestehender Ausgleichsvereinigungen durch die KSK und regelmäßiger Überarbeitung der Vertragstexte hielten wir die Schaffung eines Vertragsmusters für notwendig. Das in Zusammenarbeit mit der KSK entworfene Muster enthält die aus unserer Sicht erforder-

derlichen Mindestanforderungen (Beschreibung der Bemessungsgrundlage und der Berechnung der Künstlersozialabgabe, Überprüfung der Bemessungsgrundlage nach fünf Jahren durch die KSK unter Beteiligung der Ausgleichsvereinigungen, Kündigungsmöglichkeit). Letztendlich ist für die Zustimmung des Bundesversicherungsamtes aber entscheidend, wie diese Kriterien im Einzelfall konkretisiert werden.

Verfahrensfragen

In das Blickfeld trat im Jahr 2006 auch die Ablehnung von Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten.

Gegenüber den unserer Aufsicht unterliegenden Rentenversicherungsträgern hat das Bundesversicherungsamt die Ablehnung von Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten mit dem Passus „weil die gesetzlichen Voraussetzungen nicht vorliegen“ beanstandet, da diese Formulierung nicht den Voraussetzungen einer hinreichenden Begründung gem. § 35 Abs. 1 SGB X genügt. Wir haben veranlasst, dass die Rentenversicherungsträger den Text nicht mehr verwenden und stattdessen eine individuelle Begründung für die Ablehnung von Erziehungszeiten formulieren.

Die einkommensgerechten Beiträge von versicherungspflichtigen Selbständigen orientieren sich am letzten Steuerbescheid. Eine Dynamisierung des Einkommens erfolgt bis zur Vorlage eines neuen Steuerbescheides anhand der allgemeinen Lohnentwicklung. Da die Berechnung vielfach für mehrere Kalenderjahre rückwirkend erfolgt, wurden die Beitragsbescheide häufig umfangreich und unübersichtlich. Verstärkt wurde dieser Umstand durch die

Gestaltung des Bescheidtextes, der eine Trennung der Berechnungszeiträume nicht erkennen ließ. Das Bundesversicherungsamt hat erreicht, dass diese Beitragsbescheide neu strukturiert wurden und die Berechnungsgrundlagen den jeweiligen Zeiträumen, für die sie gelten, zugeordnet werden. Das „Ab-Datum“ steht jetzt am Abschnittsbeginn und die einzelnen Berechnungszeiträume werden getrennt dargestellt.

Leistungsanträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger oder einer sonstigen zur Antragsannahme berechtigten Stelle gestellt werden, sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger abzugeben. Diese Weiterleitung kann auch in Form einer Mehrausfertigung der Urschrift erfolgen. Eine solche Verfahrensweise entspricht dem Beschleunigungsgebot aus § 14 Abs. 1 SGB IX, da bei Verzögerungen auch ein unzuständiger Leistungsträger die Leistungen gewähren müsste.

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes läuft ein grundsätzliches Warten auf die Originale auch der Intention des Gesetzgebers bei § 16 SGB I – Antragsentgegennahme auch durch unzuständige Stellen bei gleichzeitiger Rechtsverbindlichkeit des Antrages – zuwider. Dies gilt ebenso in Bezug auf § 14 SGB IX, wonach der Antrag und die damit verbundenen Informationen unverzüglich weitergeleitet werden sollen, um dem zuständigen Träger eine schnelle Prüfung und ggf. Leistungserbringung zu ermöglichen.

Wir konnten eine einheitliche Rechtsauffassung herstellen. Danach bleibt das Erfordernis der Urschriftlichkeit und der damit verbundenen zurechenbaren Willenserklärung im Hinblick auf eine wirksame Antragstellung zwar von Bedeutung,

im Verhältnis der Träger untereinander kommt es jedoch darauf nicht an.

Abgrenzung Zuzahlung RV/KV

Die geltenden Regelungen zur Zuzahlung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung führten in der Praxis immer wieder zu Irritationen. Insbesondere bestand ein Widerspruch zwischen den Belastungsgrenzen des § 62 SGB V einerseits und der Anrechnungsregelung des § 32 Abs. 1 Satz 3 SGB VI andererseits. Dies traf vor allem Bezieher von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die wegen Erreichens der Belastungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits von weiteren Zuzahlungen befreit waren. Die Rentenversicherungsträger forderten in solchen Fällen nach § 32 Abs. 1 Satz 3 SGB VI dennoch einen Selbstkostenanteil. Diese Rechtspraxis traf häufig Menschen mit chronischen Krankheiten und führte in allen Fällen zu besonderen Härten.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat im Zuge der Erörterungen Abhilfe geschaffen und eine verbindliche Entscheidung nach § 138 Abs. 2 SGB VI herbeigeführt. Jetzt werden vorausgegangene Zuzahlungen für einen Krankenhausaufenthalt bundeseinheitlich fiktiv berücksichtigt, wenn und soweit der Rehabilitand wegen Erreichens der Belastungsgrenze bereits von allen weiteren Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit ist.

Übergangsgeld

Die wirtschaftliche Absicherung von Rehabilitanden war bereits 2005 Gegenstand unserer Erörterungen mit den bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern. Im Fokus stand dabei vor allem die Wei-

terzahlung von Übergangsgeld für Lehrgangsteilnehmer, die sich ausnahmsweise im häuslichen Bereich auf eine Wiederholungsprüfung vorbereiten. Im Berichtszeitraum konnte nunmehr sogar eine bundeseinheitliche Regelung durchgesetzt werden. Grundlage hierfür ist eine verbindliche Entscheidung der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 138 Abs. 2 SGB VI, die auch die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung an die Auffassung des Bundesversicherungsamtes bindet.

4.5 Aufsichtsprüfungen

Durch die Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung und insbesondere die Bündelung der Grundsatz- und Querschnittsaufgaben bei der Deutschen Rentenversicherung Bund sind die Regional- und Bundesträger der gesetzlichen Rentenversicherung weiter zusammengewachsen. Um dieser Entwicklung im Rahmen der Aufsichtsprüfungen Rechnung zu tragen, hat das Bundesversicherungsamt auf der 68. Aufsichtsbehörden-tagung einen Erfahrungsaustausch aller für die Prüfung der Rentenversicherungsträger zuständigen Stellen der Aufsichtsbehörden initiiert.

An einem ersten Treffen am 26. Oktober 2006 im Bundesversicherungsamt nahmen Vertreter von sieben Bundesländern teil. Diskutiert wurden neben den Auswirkungen der Organisationsreform die jeweiligen Befugnisse und Vorgehensweisen der unterschiedlichen Prüfinstanzen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben einen jährlich stattfindenden Erfahrungsaustausch im Bundesversicherungsamt vereinbart.

Bei einer Prüfung hat das Bundesversicherungsamt festgestellt, dass die Pfän-

dungsmittelungen des Rentenversicherungsträgers an die Versicherten und die Gläubiger keinen entsprechenden Hinweis enthielten, wenn der Berechnung des pfändbaren Betrages keine unterhaltsberechtigten Personen zugrunde gelegt wurden. Dies konnten die Beteiligten nur durch eigene Ermittlung der Pfändungsfreigrenze anhand der Pfändungssumme erkennen.

Das Bundesversicherungsamt hat beim geprüften Rentenversicherungsträger angeregt, die Mitteilungen zu modifizieren. Für die Schuldner bzw. Gläubiger wird es künftig unmittelbar erkennbar sein, ob unterhaltsberechtigte Personen bei der Ermittlung der Pfändungsfreigrenzen berücksichtigt wurden oder nicht.

Versicherte haben Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wenn sie neben den medizinischen Voraussetzungen die allgemeine Wartezeit erfüllen und in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorliegen. Diese besondere versicherungsrechtliche Voraussetzung ist u.a. dann nicht erforderlich, wenn die Erwerbsminderung vor Ablauf von sechs Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eingetreten ist (sog. Tatbestand der vorzeitigen Wartezeiterfüllung – § 43 Abs. 5 i.V.m. § 53 Abs. 2 SGB VI).

Das Bundesversicherungsamt hat bei einem Versicherungsträger festgestellt, dass das Vorliegen des Tatbestandes der vorzeitigen Wartezeiterfüllung teilweise nicht oder nur unzureichend geprüft wurde und Rentenanträge daher zu Unrecht abgelehnt wurden.

Der Versicherungsträger hat auf unsere Veranlassung hin einen Hinweistext eingeführt, der die Sachbearbeitung im Rah-

men des Rentenverfahrens auf die Notwendigkeit der Prüfung dieser alternativen Anspruchsvoraussetzung aufmerksam macht. Der Hinweistext wird durch maschinelle Steuerung immer dann angezeigt, wenn das Versicherungskonto bereits Zeiten einer schulischen oder beruflichen Ausbildung enthält. Eine insoweit fehlerfreie Bearbeitung der Anträge ist nunmehr gewährleistet.

Beziehen Versicherte eine Altersvollrente, so sind sie ab deren Beginn in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungsfrei (§ 5 Abs. 4 Nr. 1 SGB VI). Die weitere Zahlung von Beiträgen, z.B. aufgrund nicht erwerbsmäßiger Pflegetätigkeit, ist folglich nicht mehr zulässig.

Das Bundesversicherungsamt hat festgestellt, dass Pflegekassen in der Vergangenheit den Wegfall der Versicherungspflicht von Pflegepersonen beim Bezug von vorgezogenen Altersrenten unzureichend überwacht und ungeachtet der o.g. Versicherungsfreiheit weiterhin Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben. Eine verbesserte Verfahrensweise zwischen den Rentenversicherungsträgern und den Pflegekassen ist inzwischen abgestimmt.

Im Rahmen einer Aufsichtsprüfung bei einem Rentenversicherungsträger hat sich das Bundesversicherungsamt einen Überblick über den Umfang und Inhalt der Bestandsfälle verschafft und dabei herausgefunden, dass die ab Altersvollrentenbeginn zu Unrecht entrichteten Pflegeentgelte teilweise im Versicherungskonto gespeichert und bei Folgerenten berücksichtigt wurden.

Vor diesem Hintergrund wurde der Träger um Bereinigung der betroffenen Versicherungskonten gebeten. Der Versicherungsträger hat nunmehr mit der Sachverhaltsaufklärung begonnen. Im Ergebnis

werden zu Unrecht entrichtete Pflegebeiträge beanstandet und – sofern noch nicht erfolgt – das Verfahren zur Verrechnung der Beiträge bei den Pflegekassen eingeleitet.

4.6 Internationales Sozialversicherungsrecht

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die auf Weisung ihres deutschen Arbeitgebers vorübergehend im Ausland für diesen Arbeitgeber eine Arbeit ausführen und während dieser Beschäftigung erkranken, sind nicht von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Sie erhalten die ihnen zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber. Der Arbeitgeber wiederum bekommt die Kosten der von ihm einstweilen für die Krankenkasse vorgeleisteten Maßnahmen von dem Krankenversicherungsträger erstattet.

Vor diesem Hintergrund war nun ein Krankenversicherungsträger der Ansicht, dass einem selbständig Erwerbstätigen, der sich berufsbedingt im Ausland aufhält, ein entsprechender Krankenversicherungsschutz in Form des Erstattungsanspruchs gewährt werden müsste. Ihre Auffassung stützte die Kasse mit dem Argument des gesetzlich vorgesehenen besonderen Schutzes für die Versicherten, die sich beruflich vorübergehend im Ausland aufhalten.

Wir konnten den Krankenversicherungsträger jedoch davon überzeugen, dass der Wortlaut wie auch Sinn und Zweck des § 17 SGB V eine Anwendung auf Selbständige nicht zulassen. Der Gesetzgeber hat Leistungen im Ausland im Rahmen des § 17 SGB V bewusst nur für Personen mit einem besonderen sozialen Schutzbedürfnis vorgesehen. Hierzu gehört ausschließlich der Personenkreis, der auf

Grund einer Weisung seines Arbeitgebers und für diesen vorübergehend im Ausland beschäftigt ist. Die Situation der freiwillig versicherten, auf eigene Rechnung im Ausland tätigen Selbständigen ist damit nicht vergleichbar.

Im Rahmen aufsichtsrechtlicher Prüfungen wurde festgestellt, dass Krankenkassen im Grenzgebiet zur Schweiz bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen aus Einkommen in schweizerischer Währung einen von ihrem Verband festgelegten Umrechnungskurs zu Grunde legen. Dies soll zur Vereinfachung des bürokratischen Aufwandes beitragen.

Die von den Krankenkassen praktizierte Verfahrensweise widerspricht der geltenden Rechtslage. Diese sieht vor, dass eine Umrechnung der in Schweizer Franken erzielten Einkommen nach dem Mittelkurs der Deutschen Bundesbank zu erfolgen hat. Die betroffenen Krankenkassen haben bestätigt, dass sie – sofern sie bisher nicht entsprechend handelten – künftig rechtskonform verfahren werden. Wir haben die Kassen darauf aufmerksam gemacht, dass die gesetzliche Vorschrift im Übrigen eine Regelung zur Verwaltungsvereinfachung, mit der die bisherige Verfahrensweise begründet wurde, enthält. Denn der erstmals angewandte Umrechnungskurs bleibt so lange maßgebend, bis sich das zu berücksichtigende Einkommen ändert oder eine Kursänderung von mehr als zehn Prozent gegenüber der letzten Umrechnung eintritt, jedoch nicht vor Ablauf von drei Kalendermonaten.

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

So hat im Berichtsjahr das Bundesministerium für Arbeit und Soziale Sicherheit das Bundesversicherungsamt als Sachver-

ständig zu den Gesprächen zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Ukraine und mit der Russischen Föderation ebenso wie zu den Gesprächen zum Abschluss eines Ergänzungsabkommens zum deutsch-australischen Sozialversicherungsabkommen hinzugezogen. Das beabsichtigte Ergänzungsabkommen mit Australien soll regeln, dass für Arbeitnehmer und ihre Arbeitgeber grundsätzlich die Vorschriften des Staates gelten, in dem die Beschäftigung tatsächlich ausgeübt wird. Für lediglich vorübergehend im anderen Staat eingesetzte Arbeitnehmer enthält das Abkommen besondere Bestimmungen, um einen Wechsel in das Sozialversicherungssystem des anderen Staates zu vermeiden.

Die Erörterung von Fragen, die sich aus der Anwendung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 ergeben, stand im Mittelpunkt der deutsch-estländischen, deutsch-lettischen, deutsch-ungarischen, deutsch-finnischen und der deutsch-griechischen Verbindungsstellenbesprechungen

5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

- 5.1 Gerichtsverfahren
- 5.2 Selbstverwaltung
- 5.3 Personal- und Dienstrecht sowie Verwaltung
- 5.4 Organisation – Datenverarbeitung
- 5.5 Prüfungen im Bereich Personal- und Verwaltungsangelegenheiten
- 5.6 Vermögenswirtschaft

5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

5.1 Gerichtsverfahren

Die Prozessstatistik des Bundesversicherungsamtes weist für das Jahr 2006 insgesamt 242 neue gerichtliche Verfahren aus, darunter vier Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz.

Dabei war das Bundesversicherungsamt im Jahre 2006 an 48 von den 242 neuen Rechtsstreitigkeiten als Beklagter bzw. Antragsgegner beteiligt. Die Gesamtzahl der Beiladungen beläuft sich auf 194.

Diese auffällig hohe Zahl an neuen Gerichtsverfahren erklärt sich dadurch, dass das Sozialgericht Hannover in insgesamt 192 Rechtsstreiten von Zahnärzten gegen bundesunmittelbare Krankenkassen die Beiladung des Bundesversicherungsamtes als Aufsichtsbehörde beschlossen hat. Gegenstand der vorgenannten Rechtsstreite sind Zahlungsklagen von Zahnärzten, die in einem mit anderen Zahnärzten abgestimmten Verhalten auf ihre vertragszahnärztliche Zulassung verzichtet hatten (kollektiver Zulassungsverzicht), dessen ungeachtet danach jedoch weiterhin Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung behandelten. Im Hinblick darauf, dass zu dieser Thematik inzwischen Revisionen vor dem Bundessozialgericht anhängig sind, ist ein Großteil der Verfahren, zu denen das Bundesversicherungsamt beigeladen wurde, zum Ruhen gebracht worden.

Abgesehen von diesen Verfahren bildeten erneut die Klagen aus dem Aufsichts- und Mitwirkungsbereich den thematischen Schwerpunkt. Damit setzt sich die bereits in den Vorjahren erkennbare Entwicklung fort, die vor dem Hintergrund der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verbundenen Neuregelungen vermutlich auch zukünftig Bestand haben wird.

Zahlenmäßig weiterhin rückläufig sind Klagen gegen Bescheide aus dem Bereich des Risikostrukturausgleichs (2004: 36 Verfahren, 2005: 26 Verfahren, 2006: sechs Verfahren) sowie gegen Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes auf dem Gebiet des Entschädigungsrentenrechts (ERG; 2006: zwei Verfahren).

Im Verlaufe des Jahres 2006 ergingen insgesamt 36 Urteile oder Beschlüsse in gerichtlichen Verfahren mit Beteiligung des Bundesversicherungsamtes. In 29 dieser Entscheidungen konnte sich das Bundesversicherungsamt dabei mit seinen den Rechtsstreitigkeiten zu Grunde liegenden Bescheiden durchsetzen.

Dies gilt insbesondere für alle drei Verfahren, in denen das Bundessozialgericht über Aufsichts- bzw. Mitwirkungsentscheidungen des Bundesversicherungsamtes zu befinden hatte (eine Sprungrevision, eine Revision sowie eine Nichtzulassungsbeschwerde). Hervorzuheben sind insoweit die beiden Revisionsurteile des Bundessozialgerichts vom 18. Juli 2006.

Gegenstand des ersten Rechtsstreits (Az.: B 1 A 2/05 R) war ein Verpflichtungsbescheid des Bundesversicherungsamtes, mit dem der klagenden Betriebskrankenkasse untersagt wurde, das nach der Öffnung vom Trägerunternehmen erhaltene Deckungskapital für Pensionsverpflichtungen in einem Investmentfonds mit 30 Prozent Aktienanteil anzulegen. Das Bundessozialgericht bestätigte mit seinem Urteil ausdrücklich die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes, dass eine derartige Anlageform wegen des damit verbundenen Kursrisikos gegen den Grundsatz des Verlustausschlusses nach § 80 Abs. 1 SGB IV verstoße. Dieser Grundsatz habe im Zweifel auch Vorrang vor den weiteren in § 80

Abs. 1 SGB IV genannten Anlagezielen (ausführlich dargestellt unter Punkt 5.6). Der zweite Rechtsstreit (Az.: B 1 A 1/06 R) betraf eine vom Bundesversicherungsamt insoweit abgelehnte Genehmigung des Satzungsnachtrags einer Krankenkasse, der einen „ermäßigten“ Erstattungssatz von 10 Prozent sowie einen entsprechenden Umlagesatz von 0,3 Prozent im Rahmen der sog. U 1-Umlage (Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit) nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG) vorsah. Das Bundesversicherungsamt hatte die Ablehnung der Genehmigung damit begründet, dass eine derartige Ermäßigung eine Umgehung der gesetzlichen Umsetzungspflicht des Umlageverfahrens gemäß § 1 i.V.m. § 9 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 1 AAG darstelle, weil der Erstattungssatz so gering sei, dass der mit einer Pflichtversicherung verbundene Gedanke der adäquaten Risikoabsicherung völlig in den Hintergrund trete. Auch hier schloss sich das Bundessozialgericht der Argumentation des Bundesversicherungsamtes an und hob auf die Sprungrevision des Amtes das klagestattgebende Urteil der ersten Instanz auf.

Von den im Berichtsjahr insgesamt ergangenen 36 Urteilen und Beschlüssen erwachsen zwanzig Entscheidungen in Rechtskraft. Hinzu kommen 261 Erledigungen von Rechtsstreitigkeiten auf sonstige Weise, also durch Klagerücknahme, Vergleiche oder Erledigterklärungen. Diese wie schon im Vorjahr erneut erfreulich hohe Anzahl ist wesentlich auf die flächendeckende Beendigung von ruhenden Rechtsstreiten zum Risikostrukturausgleich zurückzuführen. Hier hat die im Vorjahresbericht näher dargestellte höchstrichterliche Rechtsprechung zu Rechtsfrieden geführt.

In der Summe stehen somit 242 neuen gerichtlichen Verfahren 281 erledigte Rechtsstreite bzw. Antragsverfahren im einstweiligen Rechtsschutz gegenüber. Dementsprechend verringerte sich der Bestand anhängiger Gerichtsverfahren von 400 zum Ende des Jahres 2005 auf nunmehr 361 zum Ende des Jahres 2006.

5.2 Selbstverwaltung

Neufassung der Entschädigungsregelungen für die ehrenamtlichen Organmitglieder der Renten- und Unfallversicherungsträger

Bei der Zahlung von Entschädigungen an die ehrenamtlich tätigen Organmitglieder orientieren sich die Versicherungsträger an Empfehlungsvereinbarungen der Sozialpartner. Diese haben im Februar 2006 die Empfehlungsvereinbarung von 1999 für die Renten- und Unfallversicherungsträger überprüft und angepasst. Neben der Umstellung der Pauschbeträge von DM zu EURO erfolgte vor allem eine Überarbeitung der Bestimmungen über die Erstattung von Reisekosten der Organmitglieder, die sich weitgehend an dem zum 1. September 2005 neu gefassten Bundesreisekostengesetz orientieren.

Infolgedessen haben die Vertreterversammlungen zahlreicher Träger Änderungen und Neufassungen ihrer Entschädigungsregelungen beschlossen, die durch das Bundesversicherungsamt zu genehmigen waren.

5.3 Personal- und Dienstrecht sowie Verwaltung

Übertragung des Vollstreckungswesens der Krankenkassen

Durch Artikel 9 des Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) vom 30. März 2005 wurde § 66 SGB X geändert. Die Bestellung von Vollstreckungspersonal erfolgt seither fach- und nicht mehr funktionsbezogen. Außerdem hat der Gesetzgeber im Hinblick auf die bestehenden Probleme im Vollstreckungswesen (insbesondere kleinerer Krankenkassen) durch die Einführung des § 66 Abs. 1 Satz 4 SGB X den Verbänden der Krankenkassen sowie anderen Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, für diese Krankenkassen die Aufgabe der Vollstreckung zu übernehmen. Krankenkassen oder Verbände können somit beantragen, für andere Krankenkassen Vollstreckungsmaßnahmen vornehmen zu können, wenn die Voraussetzungen des § 66 Abs. 1 Satz 3 SGB X vorliegen. Hierdurch eröffnet der Gesetzgeber den Krankenkassen die Möglichkeit, für mehrere Kassen eine zentralisierte Verwaltungsvollstreckung aufzubauen. Die bundesunmittelbaren Krankenkassen haben bisher jedoch nur in geringem Umfang von der Neuregelung des § 66 Abs. 1 Satz 4 SGB X Gebrauch gemacht. Die Krankenkassen gehen stattdessen vermehrt dazu über, Aufgaben des Vollstreckungswesens an private Dritte auszulagern. Die Auslagerung dieser Aufgaben an private Dritte ist aufgrund des hoheitlichen Charakters der Zwangsvollstreckung grundsätzlich unzulässig. Vorbereitende oder unterstützende Hilfstätigkeiten können jedoch auf private Dritte ausgelagert werden, da sie lediglich eine dienende Funktion haben. Es muss sichergestellt

sein, dass Rechte der Selbstverwaltung und der Aufsicht gewahrt bleiben, die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beachtet werden, ein Weisungsrecht des Trägers gegenüber dem privaten Dritten besteht und in entsprechender Anwendung von § 88 Abs. 2 Satz 2 SGB X ein wesentlicher Teil des gesamten bzw. hoheitlichen Aufgabenbereiches beim Sozialversicherungsträger verbleibt. Im Hinblick auf eine klare Abgrenzung der hoheitlichen Vollstreckungsmaßnahme von der bloßen Hilfstätigkeit lässt sich das Bundesversicherungsamt im Vorfeld von den Kassen die Vertragsunterlagen zur Prüfung vorlegen und prüft darüber hinaus die Wirtschaftlichkeit der Aufgabenübertragung.

Urteile zur Veröffentlichungspflicht der Vorstandsvergütung

Seit 2004 sind die Krankenkassen verpflichtet, jeweils zum 1. März eines Jahres im Bundesanzeiger sowie in ihrer Mitgliederzeitschrift die Höhe der jährlichen Vergütungen ihrer Vorstandsmitglieder zu veröffentlichen (§ 35a Abs. 6 Satz 2 SGB IV). Einzelne Krankenkassen weigerten sich, dem nachzukommen. Sie sahen in der Veröffentlichungspflicht einen Verstoß gegen das Grundgesetz, weil dadurch das Grundrecht ihres Vorstandes auf informationelle Selbstbestimmung verletzt werde. Das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde musste seit dem Jahr 2004 insgesamt 51 Krankenkassen aufsichtsrechtlich beraten, die Höhe der Vergütung ihres Vorstandes bekannt zu geben. Die daraus resultierenden 26 Verpflichtungsbescheide – die übrigen Kassen waren der aufsichtsrechtlichen Beratung des Bundesversicherungsamtes gefolgt – führten allesamt zu Klageverfahren bei den jeweils örtlich zuständigen Sozialgerichten.

Von den 26 Klageverfahren haben sich zwischenzeitlich drei Verfahren durch Klagerücknahme der Krankenkassen erledigt. Von den verbleibenden Verfahren wurden bislang sechs in der ersten Instanz zu Gunsten des Bundesversicherungsamtes entschieden. In drei Fällen wurde gegen die Entscheidung des Sozialgerichts Berufung durch die Krankenkassen eingelegt. In den drei anderen Fällen wurde mit Zustimmung des Bundesversicherungsamtes Sprungrevision beim Bundessozialgericht eingelegt, von denen jedoch zwei von den Kassen wieder zurückgenommen wurden.

Am 14. Februar 2007 hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts (Az.: B 1 A 3/06 R) in dem verbleibenden Verfahren die Revision der Klägerin zurückgewiesen. Als Begründung führte das Bundessozialgericht an, dass die gesetzliche Verpflichtung zur Veröffentlichung der Vorstandsgehälter rechtmäßig sei. Der in der Veröffentlichung liegende Eingriff in das Grundrecht des Vorstandes auf informationelle Selbstbestimmung sei durch überwiegende öffentliche Interessen gerechtfertigt und verhältnismäßig. Die Veröffentlichungspflicht sei Teil des gesetzgeberischen Anliegens, im Gesundheitswesen eine höhere Transparenz über Angebote, Leistungen, Kosten und Qualität zu schaffen und trage dem Informationsbedürfnis der Beitragszahler und der Öffentlichkeit in Bezug auf die Vorstandsgehälter Rechnung.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Akzeptanz der gesetzlichen Veröffentlichungspflicht seit dem Jahr 2004 deutlich gestiegen ist. Es ist davon auszugehen, dass nach dem nun vorliegenden höchstrichterlichen Urteil auch die übrigen Rechtsstreite zum Abschluss gebracht werden können.

5.4 Organisation – Datenverarbeitung

Konsolidierung der Rechenzentren in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Die Konsolidierung der Informationstechnik in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV) ist ein Teilbereich der fachübergreifenden Organisationsreform. Ein wesentlicher Aspekt ist, die zersplitterte Struktur dezentraler Betriebsstätten (damals dreizehn Rechenzentren) zu einem gemeinsamen Rechenzentrum zusammenzuführen. Dieses Ziel ist durch den Gesetzgeber im Jahr 2001 vorgegeben worden (vgl. § 58b Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte – ALG).

Zur aufsichtsrechtlichen Begleitung der Organisationsreform wurde im Jahr 2001 eine Arbeitsgemeinschaft gebildet, die aus Vertretern des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, des heutigen Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesversicherungsamtes bestand. Dem Bundesversicherungsamt ist in diesem Zusammenhang die Aufgabe übertragen worden, den Konsolidierungsprozess unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten, aber auch nach den allgemeinen Grundsätzen der Datenverarbeitung und des Datenschutzes zu begleiten und das gemeinsame Rechenzentrum der LSV zu prüfen.

Die dezentralen Betriebsstätten sind nunmehr erfolgreich im gemeinsamen Rechenzentrum der LSV zusammengeführt worden, das von den Spitzenverbänden der LSV verwaltet und von der Gartenbau-Berufgenossenschaft in Kassel betrieben wird. Das Bundesversicherungsamt hat die Ergebnisse seiner Prüfung in einem Abschlussbericht zusammengefasst, der dem Bundesministerium für Ernährung, Land-

wirtschaft und Verbraucherschutz, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Bundesrechnungshof zur Kenntnis gegeben wurde.

Die Ziele des Gesetzgebers sind erreicht worden. Die IT-Strukturen konnten deutlich gestrafft und dadurch Einsparungen erzielt werden. Die Einwirkungsmöglichkeiten des Bundes auf die Informationstechnik in der LSV sind insgesamt gestärkt worden.

Die zweite Säule der Konsolidierung, die gemeinsame Software-Entwicklung (vgl. § 58b Abs. 4 ALG) führt jedoch dazu, dass sich die wirtschaftlichen Erfolge (noch) nicht haushaltsverkürzend auswirken. Während des Entwicklungsprozesses muss das Rechenzentrum zwei Systeminfrastrukturen parallel betreiben, was durch die erwirtschafteten Einsparungen der bereits erfolgten Konsolidierung nahezu ausgeglichen werden kann. Die neu entwickelte Software kommt voraussichtlich ab dem Jahr 2009 sukzessive zum Einsatz. Auch diesen Entwicklungsprozess wird das Bundesversicherungsamt begleiten.

5.5 Prüfungen im Bereich Personal- und Verwaltungsangelegenheiten

Das Bundesversicherungsamt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, in einer Sonderprüfung die Ausgaben der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (mit Ausnahme des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen) für Informations- und Aufklärungsaktivitäten zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zu überprüfen.

Im Vorfeld wurden die Spitzenverbände durch das Ministerium darauf hingewiesen, dass ihnen kein allgemeinpolitisches Mandat zustünde und dass sie die Gebote der Fairness, der Sachlichkeit und der Voll-

ständigkeit zu beachten hätten, wenn sie über die Eckpunkte der Gesundheitsreform informieren. Das Ministerium monierte insbesondere, dass die Aktivitäten der Spitzenverbände gezielt zur politischen Meinungsbildung eingesetzt und letztendlich nach seiner Auffassung rechtswidrig mit Mitgliedsbeiträgen finanziert würden.

Der Auftrag des Ministeriums an das Bundesversicherungsamt sah dementsprechend die Überprüfung der Verwendung der Haushaltsmittel der Bereiche Verwaltungsrats- und Vorstandsarbeit, politische Lobbyarbeit und Öffentlichkeitsarbeit vor. Es sollten insbesondere die Aufwendungen für politische Aktivitäten, Information und Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsaufklärung, Gutachtergebühren und Sachverständige, Reisekosten sowie für Vorstandskonferenzen und Verwaltungsratssitzungen untersucht werden.

Die Überprüfung der Haushaltsansätze und der Ausgaben in der Kontenklasse 7 haben ergeben, dass die Haushaltsansätze der Spitzenverbände für das Jahr 2006 bis zum Zeitpunkt der Erhebungen eingehalten wurden. Entscheidungen oder Planungen, die auf eine Überschreitung der Haushaltsmittel hinweisen, wurden nicht festgestellt. Ebenso wenig wurden verausgabte Mittel für andere Zwecke umgeleitet oder reserviert. Im Rahmen der Prüfung durch das Bundesversicherungsamt ließen sich lediglich Kosten für die Auftaktveranstaltung der Spitzenverbände am 28. Juni 2006 in Höhe von 8.638,91 € eindeutig und ausschließlich den Informations- und Aufklärungsaktivitäten der Spitzenverbände zur Gesundheitsreform zuordnen. Das Bundesversicherungsamt wies das Bundesministerium für Gesundheit darauf hin, dass die Informations- und Aufklärungsaktivitäten der Spitzenverbände zur Gesundheitsreform zum Zeitpunkt der Prüfung anlie-

fen, so dass ein Großteil der Kosten erst in Zukunft anfallen bzw. Ausgabenbelege und Rechnungen noch nicht vorliegen. Des Weiteren wurde angemerkt, dass entsprechend dem Konzept der Spitzenverbände ein Großteil der Aktivitäten auf der Ebene der Landesverbände durchgeführt wurde und somit keiner Überprüfung durch das Bundesversicherungsamt unterliegen.

5.6 Vermögenswirtschaft

Entscheidung des Bundessozialgerichts zu Aktienanlagen durch Sozialversicherungsträger

Sozialversicherungsträger dürfen ihr Vermögen nicht in Aktien anlegen. Das Bundessozialgericht hat am 18. Juli 2006 diese Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes bestätigt (Az.: B 1 A 2/05 R). Einer Betriebskrankenkasse hatten wir untersagt, Deckungskapital für die betriebliche Altersvorsorge ihrer Mitarbeiter in einem Wertpapier-Sondervermögen mit 30-prozentigem Aktienanteil anzulegen. Nach der Auffassung des Bundessozialgerichts hat das Bundesversicherungsamt die Krankenkasse zu Recht verpflichtet, das Deckungskapital nicht in Aktien anzulegen. Die Krankenkassen unterliegen in dem betroffenen Bereich nicht den Regeln eines privatrechtlich organisierten Unternehmens. Die Vorschriften über die private Versicherungsaufsicht seien daher nicht einschlägig. Als Prüfungsmaßstab ist nach Auffassung des Gerichts allein das Sozialgesetzbuch – § 80 Abs. 1 SGB IV – maßgebend. Danach hat ein Sozialversicherungsträger die Mittel so anzulegen und zu verwalten, „dass ein Verlust ausgeschlossen erscheint, ein angemessener Ertrag erzielt wird und eine ausreichende Liquidität gewährleistet ist“. Die Anlage des Deckungskapitals für Pensionsrückstellungen

in einem Wertpapier-Sondervermögen mit 30-prozentigem Aktienanteil war unzulässig, da im Gegensatz zu den festverzinslichen Wertpapieren (z.B. Pfandbriefe) ein Verlust bei Aktien gerade nicht ausgeschlossen werden kann. Der Grundsatz, „dass ein Verlust ausgeschlossen erscheint“, hat für einen Sozialversicherungsträger Vorrang. Diese möglichst große Sicherheit sieht das Bundessozialgericht bei Kapitalanlagen in Aktien ohne besondere bankenmäßige Einlagesicherung im Gegensatz zu einer gesicherten Anlage in fest-verzinslicher Form nicht als gegeben.

In Umsetzung des Urteils des Gerichts hat die Krankenkasse die Aktien veräußert. Sie hat inzwischen gemeinsam mit anderen Krankenkassen eine politische Initiative gestartet, um zur Absicherung von Altersvorsorgezusagen eine Zulassung von Aktienanlagen in beschränktem Umfang zu erreichen.

Genehmigungen und Anzeigen von Vermögensanlagen

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

Im Jahre 2006 wurde ein Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 140,5 Millionen € genehmigt bzw. angezeigt:

Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger			
Anlagegegenstand	Anlagevolumen in Millionen €		
	2004	2005	2006
Anzeigen:			
Beteiligungen	109,0*	19,0*	43,3
Genehmigungen:			
Darlehen	8,1	6,9	3,7
Erwerb von Grundstücken	13,8	1,1	0,8
Baumaßnahmen	33,8	39,5	92,7
Summe	164,7	66,5	140,5

*Ab März 2005 wurden die bis dahin genehmigungsbedürftigen Beteiligungen anzeigepflichtig.

(2005: 11 Projekte mit fast 184 Millionen € Volumen).

Das Anlagevolumen 2006 ist gegenüber dem Vorjahr deutlich gestiegen, insbesondere durch Umfang und Zahl der Baumaßnahmen im genehmigungsbedürftigen und anzeigepflichtigen Bereich. Außerdem haben wir 2006 auch eine Reihe von beantragten Projekten in einer Größenordnung von rund 203 Millionen € in enger Abstimmung mit den jeweiligen Sozialversicherungsträgern bis zur Entscheidungsreife bearbeitet, so dass diese im Jahr 2007 genehmigt werden können (2005: rd. 250 Millionen €).

In den einzelnen Maßnahmenbereichen wurden 2006 insgesamt 88 Vorgänge bearbeitet (2005: 61 Vorgänge/ 2004: 121 Vorgänge):

- Beteiligungen: 51
- Baumaßnahmen: 18
- Darlehen: 18
- Grundstückserwerb: 1

Im Jahr 2006 hat das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über insgesamt 51 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungsvolumen von 436 Millionen € geführt (2005: 56 laufende Projekte mit fast 406 Millionen € Volumen). Bei achtzehn Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt 57 Millionen € haben wir die Abschlussberichte geprüft

6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

- 6.1 Allgemeines
- 6.2 Jahresausgleich 2005
- 6.3 Monatliches Verfahren
- 6.4 Risikopool
- 6.5 Prüfungen nach § 15a RSAV
- 6.6 Gesundheitsreform – Berechnungen zur Regionalwirkung des Gesundheitsfonds

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 des Risikostrukturausgleiches ist es, die Ungleichverteilung der Morbiditätsrisiken, der Familienlasten sowie der Beitragseinnahmen zwischen den Krankenkassen, die zuvor zu erheblichen Beitragsdifferenzen geführt hatten, aufzuheben. Zur Erfassung der Risikostruktur werden die Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht, die Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, die Zahl der Erwerbsminderungsrentner, die Art des Krankengeldanspruchs sowie die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder herangezogen.

Die nur indirekte Morbiditätserfassung über Alter und Geschlecht berücksichtigt die Risikobelastungen von Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Morbiditäten ihrer Versicherten entstehen, noch nicht hinreichend. Daher soll die Morbidität der Versicherten künftig direkt auf der Grundlage von Diagnosen und Verordnungen erfasst werden. Im Übergang wird seit dem Jahr 2002 die Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Program – DMP) für chronisch Kranke als zusätzliches Morbiditätsmerkmal herangezogen. Daneben wird

der RSA mit dem Risikopool durch ein weiteres Ausgleichsverfahren ergänzt (siehe Abschnitt Risikopool).

Verwaltungskosten sowie Ermessens- und Erprobungsleistungen der Krankenkassen werden nicht in den Ausgleich einbezogen. Da somit nicht alle Ausgaben der Krankenkassen im Ausgleich berücksichtigungsfähig sind, werden Unterschiede in der Finanzkraft auch nur zu 91 % 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. „Verhältnismerte“) 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 Grundlohnsumme und dem vom Bundesversicherungsamt ermittelten, GKV-weit gültigen Ausgleichsbedarfssatz. Dieser 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.

Das Verfahren ist zweistufig. Die voraussichtlichen Werte für den Beitragsbedarf und die Finanzkraft werden monatlich angesetzt (siehe Abschnitt monatliches Verfahren). Nach Ablauf des Kalenderjahres werden dann Beitragsbedarf und Finanzkraft aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen sowie der detaillierten Datenmeldungen für den RSA endgültig ermittelt.

Der Unterstützung des Verfahrens dient der Schätzerkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Schätzerkreis). Er ist eine gemeinsame Einrichtung des Bundesversicherungsamtes und der Spitzenverbände der am RSA beteiligten Krankenkassen. Seine Aufgabe ist die vierteljährliche Schätzung der Eckdaten für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools.

6.2 Jahresausgleich 2005

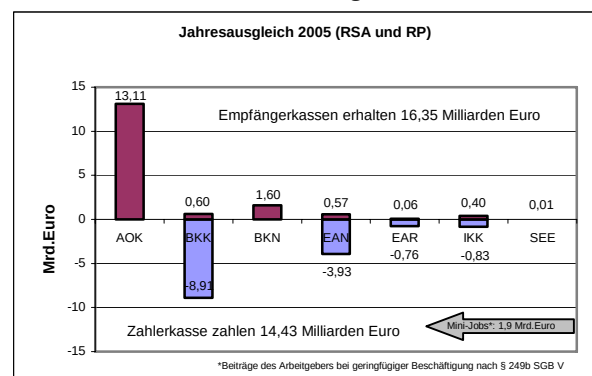
Die Jahresausgleiche 2005 für den Risikostrukturausgleich sowie den Risikopool wurden im November 2006 durchgeführt. Insgesamt 253 Krankenkassen nahmen am Jahresausgleichsverfahren teil. Das RSA-Umverteilungsvolumen betrug rund 15,6 Milliarden €. Im Risikopool wurden rund 0,8 Milliarden € zwischen den Krankenkassen umverteilt. Insgesamt ergibt sich ein Umverteilungsvolumen für das Jahr 2005 von rund 16,4 Milliarden € (vgl. Abbildung), das damit etwa 275 Millionen € 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.

Zur Deckung der gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im RSA in Höhe von etwa 124 Milliarden € wurde

ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz für das gesamte Bundesgebiet von 12,34 % ermittelt. Im Risikopool wurden weitere 5,2 Milliarden € ausgeglichen; hierfür wurde ein weiterer Ausgleichsbedarfssatz von 0,55 % erhoben. Die entsprechenden jährlichen durchschnittlich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für einen Versicherten im RSA betrugen somit im Bundesdurchschnitt 1.769 €. 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 2005 mit rund 2,58 Milliarden € über den Risikostrukturausgleich und mit rund 160 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 2005 mit einem Gewichtungsfaktor von 75 % zu berücksichtigen. Für 2005 bedeutete dies einen zusätzlichen Transfer von den West-Krankenkassen zu den Ost-Krankenkassen in Höhe von rund 769 Millionen €.

Abbildung



DMP im Jahresausgleich 2005

Seit dem Jahresausgleich 2003 werden für in Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) eingeschriebene Versicherte eigene Versichertengruppen gebildet. Im Jahr 2005 hatten sich rund 1,4 Millionen Versicherte in das Programm Diabetes-mellitus-Typ 2 eingeschrieben.

Bei der chronischen Krankheit Koronare Herzkrankheit gab es 2005 bereits über 250.000 eingeschriebene Versicherte. In das Programm Brustkrebs hatten sich rund 36.000 Versicherte eingeschrieben. Für die Programme Diabetes Typ 1 und Asthma bronchiale wurden 2005 noch keine gesonderten Ausgabenprofile ermittelt.

Im Durchschnitt erhielt jede Krankenkasse für jeden eingeschriebenen Altersdiabetiker 4.427 €, für jede eingeschriebene Brustkrebspatientin 6.652 € und für jeden eingeschriebenen Patienten mit Koronarer Herzkrankheit 4.462 € an Beitragsbedarf. Hätte es keine gesonderte Berücksichtigung dieser Gruppen gegeben, hätten die Krankenkassen für jeden Altersdiabetiker durchschnittlich 3.154 €, für jede Brustkrebspatientinnen 2.657 € und für jeden Patienten mit Koronarer Herzkrankheit durchschnittlich 3.494 € aus dem Risikostrukturausgleich erhalten.

Weiter wurden Aufwendungen für die Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation für strukturierte Behandlungsprogramme in Form einer Programmkostenpauschale von 84,46 € je Versichertenjahr über den Ausgleichsbedarfssatz finanziert.

Weitergehende Informationen zum Risikostrukturausgleich sind dem „Kurzbericht über den Jahresausgleich 2005 im Risikostrukturausgleich“ zu entnehmen, der im

Internet unter www.bva.de abgerufen werden kann.

6.3 Monatliches Verfahren

Im monatlichen Abschlagsverfahren für 2006 wurden zwischen den Kassen rund 16,5 Milliarden € im RSA umverteilt; hinzu kamen ca. 770,5 Millionen € im monatlichen Abschlagsverfahren für den Risikopool (Einzelheiten dazu in Tabellen 1 und 2 des Anhangs zum Tätigkeitsbericht).

Im monatlichen Abschlagsverfahren sind die Krankenkassen verpflichtet, die Höhe der monatlichen Ausgleichszahlungen auf Basis der bekannten Steuerungsgrößen selbst zu berechnen und die Ausgleichszahlungen zum 15. des jeweiligen Ausgleichsmonats an die Deutschen Rentenversicherung Bund zu leisten (§ 17 Abs. 1 und 5 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV).

Im Berichtsjahr wurde die Auslegungspraxis des Bundesversicherungsamtes bzgl. des Eintritts der Säumnis bei verspäteten Ausgleichszahlungen nach § 14 Abs. 3 Satz 1 RSAV rechtskräftig durch das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen bestätigt. Das Gericht stellte mit Urteil vom 29. Juni 2006 fest, dass mit dem Begriff „Zahlung“ im Sinne der Vorschrift die Wertstellung auf dem Empfängerkonto der Deutschen Rentenversicherung Bund gemeint ist (Az.: L 16 (2) KR 133/05). Voraussetzung hierfür seien die belastende Wertstellung und die Ausführung vor Bankannahmeschluss am jeweiligen Fälligkeitstag. Habe der Zahlungspflichtige alles in seiner Macht Stehende veranlasst, um eine rechtzeitige Wertstellung auf dem Empfängerkonto sicherzustellen, werde er so gestellt, als sei die Zahlung rechtzeitig erfolgt. Ziel ist, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund am Fälligkeitstag tat-

sächlich über die Ausgleichszahlung verfügen kann. Insoweit dient die Festsetzung von Säumniszuschlägen nach dem Willen des Ordnungsgebers der Verbesserung der Zahlungsdisziplin der Krankenkassen und gleichzeitig der Vermeidung von erheblichen Störungen im Ausgleichsverfahren und damit der Verhinderung unvertretbarer Liquiditätsbelastungen der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Ebenfalls in 2006 betont das Sozialgericht Köln in einem Urteil zudem die besonderen Überwachungspflichten der Krankenkassen im Rahmen einer ordnungsgemäßen Buchführung (Az.: S 19 KR 65/05). Danach seien die Sorgfaltspflichten der Kasse um so höher, desto näher am Fälligkeitstag die Überweisung veranlasst wird.

Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV

Im monatlichen Verfahren werden die Steuerungsgrößen aufgrund von Prognosen und Schätzwerten ermittelt. Ein Ausgleich der dadurch auftretenden Verwerfungen findet bereits sehr frühzeitig durch die Zwischenausgleiche (ZwA I für das 1. Halbjahr im September des laufenden Jahres, ZwA II für das 1. und 2. Halbjahr im März des Folgejahres) statt. Im Gegensatz zum monatlichen Abschlagsverfahren beruhen die Zwischenausgleiche auf Daten, die von den Krankenkassen tatsächlich gebucht wurden und in der Vierteljahrsstatistik über Einnahmen, Ausgaben und Vermögen der gesetzlichen Krankenversicherung (KV 45) jeweils für ein Kalenderjahr bzw. Kalenderhalbjahr dokumentiert sind. Dies führt bereits unterjährig zu einer Erhöhung der Kalkulationssicherheit der Krankenkassen.

Der Zwischenausgleich für das Kalenderjahr 2005 wurde unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Ja-

nuar bis Dezember 2005 nach § 17 Abs. 3a RSAV auf der Grundlage der KV 45/ 4. Quartal 2005 am 4. April 2006 durchgeführt. Der Zwischenausgleich für das erste Halbjahr 2006 erfolgte unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Januar bis Juni 2006 am 5. Oktober 2006.

Abteilung für die Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen

Seit dem Jahr 2004 leistet der Bund zu den Aufwendungen der Gesetzlichen Krankenversicherung für versicherungsfremde Leistungen einen pauschalen Abgeltungsbetrag (§ 221 SGB V i.V.m. der Pauschalabgeltungsverordnung vom 26. April 2004). Die jährliche Pauschale betrug für das Jahr 2006 4,2 Milliarden € und wurde jeweils zur Hälfte am 1. Mai und 1. November 2006 an die Krankenkassen gezahlt. Die Berechnung der auf die einzelnen Krankenkassen entfallende Beträge obliegt dem Bundesversicherungsamt. Die Auszahlung an die Krankenkassen erfolgt über das Bundesversicherungsamt und den AOK-Bundesverband als „Zentrale Stelle“. Im Gegensatz zu den sonstigen RSA-Regelungen werden auch die Landwirtschaftlichen Krankenkassen in dieses Verfahren mit einbezogen. Während bei den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen der Abgeltungsbetrag jedoch über den „Vordruck Teil D“ in das monatliche Verfahren eingebracht wird und zur Verringerung des Beitragsbedarfs führt, erhalten die Landwirtschaftlichen Krankenkassen den ihnen zustehenden Betrag direkt über die Zentrale Stelle. Im Risikostrukturausgleich vermindert der Gesamtabgeltungsbetrag im jeweiligen Auszahlungsmonat den Ausgleichsbedarfsatz für die GKV.

6.4 Risikopool

Der Risikopool nach § 269 SGB V i.V.m. § 28a RSAV ergänzt seit dem 1. Januar 2002 als zusätzliches Ausgleichsverfahren den Risikostrukturausgleich. Ziel ist die solidarische Finanzierung besonderer Risikobelastungen von Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Morbiditäten ihrer Versicherten entstehen und durch die indirekte Morbiditätszuordnung des Risikostrukturausgleichs nicht hinreichend berücksichtigt werden konnten.

Im Risikopool werden die finanziellen Belastungen für aufwändige Leistungsfälle zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen. Ausgleichsfähig sind dabei 60 % der Aufwendungen für einzelne Versicherte in den Leistungsbereichen Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, sowie nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse, soweit diese den Schwellenwert in Höhe von 21.051,48 € im Ausgleichsjahr 2006 übersteigen. Der Schwellenwert unterliegt seit 2004 einer jährlichen Anpassung, die sich nach der entsprechenden prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB V richtet.

Kennzahlen zum Risikopool sind der beigefügten Übersicht (Tabelle 3 Anhang zum Tätigkeitsbericht) zu entnehmen.

6.5 Prüfungen nach § 15a RSAV

Die Prüfung der von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool mitzuteilenden Daten sowie die Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten regelt § 15a RSAV. Mit diesem Verfahren soll die Rechtssicherheit der Durchführung des Risikostrukturausgleichsverfahrens und des Risikopools weiter erhöht werden. Die auf-

sichtsrechtlichen Prüfungen nach § 88 SGB IV werden davon nicht berührt.

Gegenstand der Prüfungen nach § 15a RSAV sind insbesondere die Bereiche, die im Risikostrukturausgleich finanzwirksam sind, d.h. die gemeldeten Versichertenzeiten, 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. Kernstück der Regelung ist, eine anhand der Prüfungen festgestellte Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle auf die jeweilige Gesamtheit der Versicherten der Kasse hochzurechnen und den auf Grund dieser Hochrechnung ermittelten Korrekturbetrag gegenüber der betroffenen Krankenkasse durch Bescheid geltend zu machen.

Während die RSAV sowohl für die Risikopooldatenmeldungen als auch für die Meldungen der in ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) eingeschriebenen Versicherten eine jährliche Stichprobenprüfung vorsieht (§ 15a Abs. 1 Satz 2 und Satz 4 RSAV), finden die Prüfungen der Versichertenzeiten grundsätzlich in einem Turnus von drei Jahren statt (§ 15 Abs. 1 Satz 1 RSAV).

Der erste Prüfturnus für die Versichertenzeiten 2001 und den Risikopool 2002 wurde in den Jahren 2004 und 2005 durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder vorgenommen.

Die RSAV räumt den im Rahmen einer Hochrechnung mit einem Korrekturbetrag belasteten Krankenkassen die Möglichkeit ein, die geprüften Datenmeldungen auf Grundlage einer Vollerhebung zu bereinigen. Sofern durch eine anschließende Wiederholungsprüfung festgestellt wird, dass die Datenmeldungen ordnungsgemäß korrigiert wurden, wird der Korrekturbetrag

im nächsten Jahresausgleich an die Krankenkasse zurückgezahlt (§ 15a Abs. 3 Satz 3 und 4 RSAV). Im Bereich der Versicherungszeiten haben bisher siebzehn Krankenkassen von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Aufgrund einer nochmaligen Hochrechnung wurde der Korrekturbetrag an vierzehn Krankenkassen vollständig zurückgezahlt. Bei drei Kassen konnte eine vollständige Rückzahlung des Korrekturbetrages trotz Vollerhebung und Wiederholungsprüfung nicht erfolgen.

Im zweiten Prüfturnus zum Risikopool wurden im Jahr 2006 die Meldungen für das Jahr 2003 (Berichtsjahr) geprüft. Von den insgesamt 245 geprüften Krankenkassen hatten 40 (= 16,3 %) einen Korrekturbetrag zu zahlen. Der Korrekturbetrag beläuft sich dabei auf eine Höhe von insgesamt ca. 4,3 Millionen €. Die Ergebnisse der Prüfung „Risikopool“ sind der Übersicht im Anhang zum Tätigkeitsbericht (Tabelle 4) zu entnehmen.

Für die Meldungen der Versicherten, die in den Jahren 2003 und 2004 finanzwirksam in die Behandlungsprogramme für chronisch Kranke eingeschrieben wurden (DMP-Versicherte) hat der erste Prüfturnus im Jahr 2006 begonnen. Ergebnisse hierzu liegen derzeit noch nicht vor.

Die Hochrechnungsbescheide nach § 15a RSAV sind seit der Durchführung der ersten Prüfungen in den Jahren 2004 und 2005 nicht selten Gegenstand gerichtlicher Überprüfungen gewesen. Die ersten – z.T. bereits rechtskräftigen – Urteile sind dieses Jahr ergangen und wurden durch das in RSA-Angelegenheiten gem. § 57a Abs. 2 SGG zuständige Sozialgericht Köln alle zugunsten des Bundesversicherungsamtes entschieden (z.B. Urteile Az.: S 19 KR 36/05 und S 9 KR 114/05).

Als rechtmäßig wurde insbesondere die Prüfung nach § 15a RSAV für Ausgleichsjahre, die vor dem Inkrafttreten der Vorschrift liegen, bewertet. Normzweck der Vorschrift sei gerade, Fehler der Verwaltungstätigkeit gesetzlicher Krankenkassen aufzuspüren, um daraus bezogene Vergünstigungen rückgängig zu machen. Damit greife die Vorschrift aber nicht in Rechtspositionen ein, sondern diene lediglich dazu, dem verletzten Recht Geltung zu verschaffen. Insoweit müsse die Überprüfung zwangsläufig in die Vergangenheit greifen. Dem Normgeber werde daher bei den anzuwendenden Verfahrensnormen ein weiter Spielraum eingeräumt. Dies hänge eng damit zusammen, dass es keinen Vertrauensschutz – der u.a. durch ein Rückwirkungsverbot bezweckt wird – für fehlerhaftes Verwaltungshandeln geben könne.

Bestätigt wurde auch, dass der Begriff des Fehlers i.S.d § 15a Abs. 2 RSAV ausreichend definiert ist. Fehlerhaftes Handeln liege dann vor, wenn die Krankenkasse Daten, die im Zeitpunkt der Meldung nicht belegt sind, zum RSA meldet. Die Fehlerhaftigkeit erschließe sich aus der rechtswidrigen Handlung.

Rechtlich nicht zu beanstanden seien auch die Anforderungen des Prüfhandbuchs und die entsprechenden Durchführungshinweise, die das Nachreichen von Unterlagen einschränken. Danach konnten für die Prüfungen Versicherungszeiten und Risikopool Unterlagen zwar bis zum Ende der örtlichen Erhebungen nachgereicht werden. Allerdings beschränkt sich diese Möglichkeit nur auf die Unterlagen, die in der Krankenkasse spätestens bis zu dem Tag eingegangen waren, an welchem der Prüfdienst die Stichprobenversicherten benannt hat. Wie das Sozialgericht Köln feststellt, ist die Prüfung auf die Richtigkeit der Datenmeldungen zum RSA ausgerich-

tet. Bezogen auf den geprüften Jahresausgleich ist damit entscheidend, dass die Krankenkasse den Nachweis erbringen kann, dass ihr die erforderlichen Unterlagen tatsächlich im Zeitpunkt der Datenmeldung vorgelegen haben. Werden fehlende Unterlagen nachgereicht, seien die Meldungen zum RSA zweifellos unrichtig gewesen. Grundsätzlich sei jede Kasse bereits nach § 266 Abs. 6 Satz 7 SGB V verpflichtet, Änderungen im Rahmen von entsprechenden Korrekturmeldungen vorzulegen, d.h. jederzeit dafür Sorge zu tragen, dass der zum RSA gemeldete Datenbestand fehlerfrei ist. Zudem wäre das vom Verordnungsgeber vorgesehene Instrument der Vollerhebung sinnlos, ließe man den Krankenkassen die Möglichkeit, schrittweise beanstandete Daten und Unterlagen nachzuliefern, die jeweils zu einer Neuberechnung des Korrekturbetrages führen würden.

6.6 Gesundheitsreform – Berechnungen zur Regionalwirkung des Gesundheitsfonds

In der politischen Debatte um die Einführung eines Gesundheitsfonds wurden besonders die regionalen Auswirkungen der Gesundheitsreform thematisiert. Wiederholt hatte das Bundesversicherungsamt im Jahr 2006 Einschätzungen zu den finanziellen Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer vorzunehmen.

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kennt keine regionale Differenzierung der Einnahmen- und Ausgabenseite. Grundsätzlich definiert § 1 Satz 1 SGB V die GKV als Ganzes als Solidargemeinschaft. Durch die gesetzlichen Regelungen werden Transfers zwischen den einzelnen Krankenkassen und mittelbar auch zwischen den Versicherten definiert, nicht aber

zwischen Regionen oder Bundesländern. Finanzielle Transfers zwischen den Ländern sind daher keine gesetzliche Bestimmungsgröße im System der GKV. So erläutert das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 18. Juli 2005 (Az.: 2 BvF 2/01) zum Risikostrukturausgleich: „Trotz der Zuordnung zur mittelbaren Staatsverwaltung können die Krankenkassen und die von ihnen verwalteten Beitragsmittel finanzverfassungsrechtlich nicht als Teil eines Landes und als Teil der Landeshaushalte betrachtet werden.“ (Rz. 103).

Mit Ausnahme der noch bis zum Jahresausgleich 2006 durchzuführenden Trennung nach den Rechtskreisen Ost und West liegen die Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nicht regional differenziert vor.

Um dem Anliegen der Politik nach Einschätzung eventueller regionaler Auswirkungen des Gesundheitsfonds nachzukommen, basieren die Modellrechnungen des Bundesversicherungsamtes daher auf einer Sonderauswertung aus dem Jahre 2004, die das Amt für die vom Bundestag eingesetzten „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Überprüfung des Risikostrukturausgleichs und weiterer Fragen zum Organisationsrecht“ vorgelegt hatte. Die Einnahmenseite wurde damals durch eine Auswertung des Sozioökonomischen Panels des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung regional geschätzt, während auf der Ausgabenseite die Stichprobe 2002 zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 Abs. 3 SGB V herangezogen wurde.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 entfällt die Finanzkraftkomponente im Risikostrukturausgleich. Die Krankenkassen erhalten – ab-

gesehen von Zusatzbeiträgen – keine eigenen Beitragseinnahmen, sondern einkommensunabhängige Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Hinsichtlich einer landesbezogenen Betrachtung bedeutet dies Folgendes: Alle GKV-Mitglieder sind gleichgestellt. Unabhängig vom Bundesland werden zukünftig die Beiträge nach einem für jedes Mitglied einheitlichen Beitragssatz an den Fonds entrichtet. Hiervon dient ein einheitlicher Beitragssatzanteil der Deckung von Verwaltungsausgaben sowie Satzungs- und Mehrleistungen der Krankenkassen. Für diese Ausgabenkomponenten erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen nach einem noch festzulegenden Verteilungsschlüssel.

Für seine Berechnungen hat das Bundesversicherungsamt für die Satzungs- und Mehrleistungen einen einheitlichen Betrag je Versicherten zugewiesen. Die Verwaltungsausgaben wurden zu 30 % nach der Zahl der Versicherten und zu 70 % nach der Höhe der standardisierten Leistungsausgaben geschlüsselt. Ausgehend von diesen Annahmen lassen sich die Auswirkungen der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs auf die Versicherten in den einzelnen Bundesländern ermitteln.

Auswirkungen eines vervollständigten Finanzkraftausgleichs auf die Versicherten je Bundesland

	Fondszuweisungen für...		Mehrzahlung an den Fonds für sonstige Ausgaben	Saldo (Zuweisungen abzüglich Mehrzahlung)
	Verwaltungs- ausgaben	Satzungs- und Mehrleistungen		
Bundesland	Mio. Euro	Mio. Euro	Mio. Euro	Mio. Euro
Schleswig-Holstein	267,2	92,5	347,4	12,3
Hamburg	148,9	53,4	247,3	-45,0
Niedersachsen	759,5	264,5	999,8	24,1
Bremen	67,9	21,8	84,4	5,4
Nordrhein-Westfalen	1.784,6	595,2	2.384,4	-4,6
Hessen	582,4	195,6	833,2	-55,2

	Fondszuweisungen für...		Mehrzahlung an den Fonds für sonstige Ausgaben	Saldo (Zuweisungen abzüglich Mehrzahlung)
	Verwaltungs- ausgaben	Satzungs- und Mehrleistungen		
Bundesland	Mio. Euro	Mio. Euro	Mio. Euro	Mio. Euro
Rheinland-Pfalz	365,4	131,7	493,3	3,8
Baden-Württemberg	1.022,1	344,9	1.423,3	-56,4
Bayern	1.177,5	400,7	1.614,7	-36,5
Saarland	107,1	34,5	141,8	-0,1
Berlin	327,1	104,2	426,7	4,6
Brandenburg	263,5	87,3	333,4	17,4
Mecklenburg-Vorpommern	181,3	59,6	233,7	7,2
Sachsen	465,4	149,2	540,3	74,2
Sachsen-Anhalt	268,8	87,8	334,1	22,5
Thüringen	254,4	82,0	310,1	26,2

Quelle: Bundesversicherungsamt, BMG (KJ1 2005, KM6 2005)

In der Tabelle werden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Versicherten in einem Bundesland den Belastungen dieser Versicherten über den einheitlichen Beitragssatzanteil im Gesundheitsfonds gegenübergestellt. Die Fondszuweisungen für sonstige Ausgaben errechnen sich aus den oben genannten Verteilungsschlüsseln. Die korrespondierenden Mehrzahlungen an den Fonds ergeben sich aus dem einheitlichen Beitragssatzanteil (1,1 Beitragssatzpunkte) im Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben, angewandt auf die beitragspflichtigen Einnahmen je Bundesland. Für die Berechnung der Werte in der Tabelle wurden die Daten aus der erwähnten Untersuchung des Bundesversicherungsamtes für die vom Bundestag eingesetzte Bund-Länder Arbeitsgruppe verwendet und auf die Rechnungsergebnisse der Krankenkassen für das Jahr 2005 hochgerechnet.

7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

- 7.1 Allgemeines
- 7.2 Finanzstatusprüfungen
- 7.3 Auswertung der RSA-Risikopool-Prüfungen 2006
- 7.4 Vorbereitung von DRG-Prüfungen
- 7.5 Aus dem Prüfgeschäft
- 7.6 Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung

7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

7.1 Allgemein

Statistik zur Arbeit des PDK 2006

Im Jahr 2006 hat der Prüfdienst Krankenversicherung im Bundesversicherungsamt (PDK) insgesamt 313 Prüfverfahren durchgeführt bzw. eingeleitet. Auch in diesem Jahr betraf ein Großteil dieser Prüfungen den Bereich des Risikostrukturausgleichs (RSA) nach § 15a RSAV. Alle 147 bundesunmittelbaren Kassen wurden hinsichtlich ihrer Aufwendungen für kostenintensive Leistungsfälle überprüft (sog. Risikopoolprüfung). Bei 47 Kassen wurde mit der RSA-Prüfung der Meldungen bei strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programms – DMP) begonnen. Außerdem erfolgte bei 35 Hauptverwaltungen und 41 Geschäftsstellen eine Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung nach § 274 Abs. 1 SGB V. Hinzu kamen zahlreiche Sonderprüfungen, die beispielsweise den Bereich der Informationstechnik betrafen und Fragen zur digitalen Signatur zum Inhalt hatten. Nachprüfungen bei mehreren Kassen sicherten den Erfolg und die Umsetzung früherer Prüffeststellungen. Sie zeigten, dass die Träger ihre im Abschlussgespräch mit dem Prüfdienst zugesagten Maßnahmen ganz überwiegend umgesetzt hatten. Wie schon im Vorjahr legte der Prüfdienst auch im Jahr 2006 besonderes Augenmerk auf die Finanzsituation der Kassen. Spezielle Finanzstatusprüfungen fanden bei fünfzehn Kassen statt und brachten auch für die Aufsichtsreferate des Bundesversicherungsamtes wichtige Erkenntnisse hinsichtlich der

Notwendigkeit, stabilisierende Maßnahmen zu ergreifen.

IGAS

Die Amtsleitungen des Bundesversicherungsamtes und der französischen Aufsichtsbehörde Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) haben eine länderübergreifende Prüfung der Innenrevision, des Controllings, der Fahrkosten- und Arzneimittelabrechnung in den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland und Frankreich vereinbart. Ziel der gemeinsamen Prüfung war ein Vergleich der Praktiken der verschiedenen Kontrollen in den deutschen und französischen Krankenkassen. Bereits die Organisation der Kassenlandschaft zeigte große Unterschiede. In Frankreich gibt es eine nationale Kasse mit 128 lokalen untergeordneten Kassen. Im Vergleich dazu hat Deutschland 253 unabhängige Kassen (Stand März 2006), deren Anzahl aber nicht konstant ist, sondern sich aufgrund des andauernden Fusionsprozesses ständig verringert. Frankreich verfügt über keinen kassenübergreifenden medizinischen Dienst, sondern hat den medizinischen Dienst innerhalb der jeweiligen Kasse organisiert. Dies ist aufgrund der geringeren Anzahl von Kassen und eines höheren Personalbestandes eher möglich als in Deutschland. Der zentralistische Aufbau der Kassenlandschaft in Frankreich gewährleistet eine zentrale Steuerungsmöglichkeit aller Prüfungen. Dies garantiert eine Gleichheit bei der Prüfung und fördert Synergieeffekte. Andererseits kann der hohe Abstimmungsbedarf auch negative Folgen auf die Kreati-

vität und Dynamik auf unterer Ebene haben.

In beiden Ländern sind Bemühungen spürbar, das Verhalten der Patienten sowie der Beschäftigten im Gesundheitswesen zu verändern. Dies geschieht in beiden Ländern auf mehreren Ebenen. So werden auf Kassenebene vermehrt Ärzte und Apotheker eingestellt und auch auf Verbandsebene wird dieser Bereich gefördert und unterstützt. Es ist jedoch festzustellen, dass die Kontrollen in Frankreich auf diesem und auch auf den anderen untersuchten Gebieten stärker formalisiert sind. In einigen Bereichen, z.B. bei der Rechnungsprüfung der Krankentransporte, wurden die Befugnisse und Verpflichtungen der lokalen Kasse zur Prüfung und Herausgabe der Transportakten im Rahmen einer konzertierten Aktion von der nationalen Kasse vorgeschrieben.

7.2 Finanzstatusprüfungen

Der PDK hat auch im Jahre 2006 bei Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung Sonderprüfungen des Finanzstatus durchgeführt. Davon betroffen waren insgesamt fünfzehn Kassen.

Sonderprüfungen dieser Art finden in der Regel unabhängig von den in § 274 Abs. 1 SGB V normierten Gesamtverwaltungsprüfungen und abweichend von dem hierfür vorgesehenen Fünfjahresrhythmus statt. Deshalb mussten weitere Prüfer aus dem Personalbestand des Prüfdienstes schrittweise mit den Besonderheiten von Finanzstatuserhebungen vertraut gemacht und in die bereits vorhandenen Prüfteams integriert werden. Darüber hinaus konnten die Abläufe im Rahmen der Prüfungen unter anderem durch Anpassung der Prüfwerkzeuge weiter optimiert werden.

Wie bereits in den vergangenen Jahren sind auch in 2006 einige Kassen dadurch

auffällig geworden, dass sie ihre zum Teil erheblichen Liquiditätsprobleme zu lösen versuchten, indem sie Zahlungsverpflichtungen gegenüber Leistungserbringern nicht termingerecht erfüllten. Zu diesen Problemen beigetragen hat nicht zuletzt ein Anstieg der Leistungsausgaben, insbesondere in den kostenintensiven Bereichen Krankenhaus- und Apothekenabrechnungen, der einige Kassen stark belastete.

Im Rahmen einer Finanzstatusprüfung wurde beispielsweise eine unzulässige Darlehensgewährung festgestellt, deren Finanzierung wegen einer fehlenden Rücklage aus Betriebsmitteln erfolgte und damit die Möglichkeiten der Kasse, ihre laufenden Ausgaben zu bestreiten sowie Einnahme- und Ausgabeschwankungen auszugleichen, erheblich einschränkte.

Andere Prüfungen ergaben, dass Kassen den vom Gesetzgeber vorgegebenen Schuldenabbau nicht in der erforderlichen Höhe realisieren. In einigen Fällen führte die Nichterfüllung des Sanierungskonzeptes zu aufsichtsrechtlichen Konsequenzen, insbesondere wenn Versicherungsträger selbst nicht in der Lage waren, die zulässige Kreditobergrenze einzuhalten und die Tragfähigkeit ihrer Sanierungskonzepte durch wirksame Maßnahmen wiederherzustellen.

Relativ häufig trugen auch nicht kostendeckende Beitragssätze zur finanziellen Schieflage einiger Kassen bei. Verstärkt im Blickfeld unserer Prüfungen standen darüber hinaus Methoden und Verfahren der Kassen zur Feststellung ihrer Finanzkraft. Diese basiert auf den beitragspflichtigen Einnahmen und hat im Falle fehlerhafter Berechnungen zum Teil erhebliche Auswirkungen auf die Ausgleichszahlungen zwischen allen Kassen im Risikostrukturausgleich. Da sich Finanzstatusprüfungen als wichtiges Instrument erwie-

sen haben, um Finanzprobleme frühzeitig zu erkennen und zu beheben, wird deren Bedeutung in Zukunft weiter zunehmen.

7.3 Auswertung der RSA-Risikopool-Prüfungen 2006

Im Jahr 2006 hat der PDK zum dritten Mal eine sog. Risikopoolprüfung durchgeführt. Auf der Rechtsgrundlage des § 15a Abs. 1 Satz 4 RSAV sind die Prüfdienste verpflichtet, jährlich zu prüfen, ob Aufwendungen für kostenintensive Leistungsfälle (der Schwellenwert betrug für das Berichtsjahr 2003 20.450,00 €) ordnungsgemäß gemeldet waren. Bei den Krankenkassen sind die Daten von mindestens zwei vom Hundert der nach § 28a Abs. 3 RSAV gemeldeten Fälle insbesondere in Bezug auf die Richtigkeit der gemeldeten Leistungsausgaben, die Personenidentität und das Bezugsjahr zu prüfen.

Für das Ausgleichsjahr 2003 ergibt die Auswertung dieser Risikopoolprüfung bei den bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträgern eine Fehlerquote hinsichtlich der gemeldeten Leistungsausgaben von lediglich 0,44 vom Hundert. Die Fehlerquote ist damit im Vergleich zum Vorjahr (0,84 Prozent) um fast die Hälfte gesunken.

Das Ergebnis basiert auf der Auswertung von 7.961 Risikopoolfällen (Versicherten), die auf der Grundlage eines Stichprobenziehungsverfahrens ermittelt wurden. Prüffelder waren die Leistungsausgaben für die Bereiche Arzneimittel, Krankenhaus, Krankengeld, Sterbegeld sowie erstmals Dialyse. Die bundesunmittelbaren Krankenkassen haben für die vorgenannten Leistungsfälle ein Ausgabevolumen von 280.899.110,63 € in den Risikopool gemeldet. Die Fehlerquote von 0,44 vom Hundert entspricht rechnerisch

1.222.217,97 € fehlerhaft gemeldeter Leistungsausgaben.

Dieser Betrag teilt sich wie folgt auf:

Bereich	Betrag
Krankenhaus	628.164,49 €
Arzneimittel	374.999,31 €
Dialyse	149.859,02 €
Krankengeld	67.095,15 €
Sterbegeld	ca.2.100,00 €

7.4 Vorbereitung von DRG-Prüfungen

Die im vierten Quartal 2005 vorgenommene Erhebung bei verschiedenen – repräsentativ ausgewählten – bundesunmittelbaren Krankenkassen hinsichtlich der Einführung des neuen Fallpauschalensystems auf der Grundlage diagnosebezogener Fallgruppen (Diagnosis-Related-Groups – DRG) verfolgte das Ziel, den Stand der Krankenhausfallbearbeitung festzustellen und Prüfansätze zu entwickeln.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme zeigte sich ein über Routineprüfungen hinausgehender Handlungsbedarf und die Notwendigkeit einer bundesweiten Schwerpunktprüfung „DRG“ in Zusammenarbeit mit den Landesprüfdiensten. Die Vorbereitungen für diese bundesweiten Schwerpunktprüfungen waren wegen der Komplexität des Prüftemas (ca. 20.000 Prüfregelein) außerordentlich schwierig, zumal die Prüfdienste des Bundes und der Länder hinsichtlich des Anfalls von vielen Millionen von Daten-

sätzen massiv auf EDV-Unterstützung angewiesen waren. So wurden in Zusammenarbeit mit den Landesprüfdiensten insgesamt 42 verschiedene Software-Anwendungen (sog. Tools) für spezielle Fragestellungen entwickelt, getestet, modifiziert und eingesetzt.

Durch das frühzeitige Einbringen eines Vorschlages für das von den Kassen zu liefernde Datenformat durch den PDK konnte die Entwicklung wesentlich beschleunigt werden. Auch wurden Verfahren und Tools zur rascheren Implementierung von Auswertungsvorgaben erarbeitet, so dass sich die Schwerpunktprüfung DRG auch für kommende Prüfverfahren insbesondere in technologischer Hinsicht als richtungsweisend erwiesen hat.

Neben dem eigentlichen Abrechnungsgeschäft erfolgte auch eine Untersuchung des näheren Umfelds der Krankenhausfallabrechnung, wie beispielsweise die Zusammenarbeit mit den Medizinischen Diensten, anderen Krankenkassen, Spitzenverbänden, Vereinbarung von Prüfungen nach § 17c KHG usw.

Mittlerweile wurden die Ergebnisse der Pilotprüfung veröffentlicht.

7.5 Aus dem Prüfungsgeschäft

Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung soll nach § 140a SGB V eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende und interdisziplinärfachübergreifende Versorgung der Versicherten ermöglichen.

Unter der Bezeichnung der integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V hat eine Krankenkasse ihren Versicherten einen sog. „Diabetes-TÜV“ zur Verfügung gestellt. Grundlage für diese Leistung bildete eine Vereinbarung zwischen der Kasse und einer Hausärztlichen Vertragsge-

meinschaft sowie dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands. Der „Diabetes-TÜV“ beinhaltete Untersuchungen zur Früherkennung von Folgeschäden bei Diabetes, die entweder vom Hausarzt oder Augenarzt durchgeführt und von der Kasse außerbudgetär vergütet wurden. Der vom Arzt auszufüllende Dokumentationsbogen diente lediglich als Grundlage für die Abrechnung der Untersuchungen, eine weitergehende Bedeutung kam ihm nicht zu.

Im Rahmen dieses „Diabetes-TÜV“ wurde entgegen den gesetzlichen Vorgaben zur integrierten Versorgung gerade keine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten ermöglicht, vielmehr wurde lediglich eine zusätzliche Untersuchung bei der laufenden Behandlung einer bereits bestehenden Erkrankung vorgenommen. § 140b SGB V sieht eine Ausweitung der gesetzlich vorgesehenen Leistungen der Krankenkassen nicht vor. Der „Diabetes-TÜV“ stellt hingegen eine solche unzulässige Ausweitung des Leistungskatalogs der Krankenkasse dar und fördert überdies keine fachübergreifende Versorgung der Versicherten, so dass die Kasse aufgefordert wurde, die Leistungen des „Diabetes-TÜV“ zukünftig nicht mehr zu erbringen.

Bei den Kassen, die eine integrierte Versorgung entsprechend den gesetzlichen Regelungen der §§ 140a ff. SGB V anbieten, fiel teilweise auf, dass diese Maßnahmen von den Versicherten nur zögerlich in Anspruch genommen werden. Dieser Umstand hat dazu geführt, dass einige Krankenkassen im Rahmen eines speziell entwickelten Controllings bemüht sind, dieser Entwicklung entgegenzusteuern.

Aufdeckung eines Betrugsfalles

Im Rahmen der Überprüfung von bereits abgeschlossenen Überweisungen bei einer Krankenkasse hat der PDK einen Betrugsfall feststellen können. Dabei hatte ein Kassenmitarbeiter über einen Zeitraum von vierzehn Monaten in 114 Fällen Leistungsansprüche von Versicherten fingiert und sich daraus resultierende Zahlungen auf ein eigenes Girokonto überwiesen. Der Schaden belief sich insgesamt auf 42.592,09 €.

Der Mitarbeiter nutzte dabei Sicherheitslücken im Datenverarbeitungsprogramm eines Software-Anbieters aus. Da es sich bei derartigen Überweisungen um ein „Massengeschäft“ handelte, war eine weitergehende inhaltliche Prüfung seitens der Kasse offensichtlich unterblieben. Der Betrugsfall konnte durch den Einsatz einer von den Prüfern verwendeten speziellen Selektionssoftware aufgedeckt werden. Der PDK riet der Kasse, sich mit dem Software-Anbieter in Verbindung zu setzen, um den Fehler beseitigen zu lassen. Dieser lehnte allerdings eine Änderung wegen des hohen Programmieraufwandes ab und wies darauf hin, dass das derzeitige Programm demnächst durch eine Neuentwicklung abgelöst werde.

Ermittlung von Doppelversicherungen

Der Einsatz der vom PDK benutzten Selektionssoftware führte auch bei der Überprüfung von Versichertenverhältnissen zum Erfolg. Der PDK konnte bei mehreren Kassen Fälle von doppelter Mitgliedschaft sowohl in der Krankenversicherung als auch in der Rentenversicherung in der Ost- und der West-Kasse feststellen.

Alle betroffenen Kassen haben inzwischen ihre Versichertenverzeichnisse bereinigt.

Rechtswidrige Gutachtenpraxis des MDK

Der PDK hat bei der Prüfung einer in Baden-Württemberg ansässigen Pflegekasse festgestellt, dass der dortige Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei der Erst- und Folgebegutachtung zur Frage der Pflegebedürftigkeit der Versicherten lediglich Kurzgutachten nach Aktenlage erstellt, ohne eine Befunderhebung vor Ort vorzunehmen. Dadurch können in den Gutachten keine nachvollziehbaren Aussagen zum zeitlichen Umfang der Pflegezeit der Pflegeperson gemacht werden. Ebenso fehlen die notwendigen Empfehlungen an die Pflegekasse zur Verbesserung der Pflege- und Versorgungssituation des Versicherten. Zudem kann bei einer ausschließlichen Begutachtung nach Aktenlage nicht beurteilt werden, ob eine Sicherstellung der Pflege gewährleistet ist.

Die vom MDK Baden-Württemberg regelmäßig durchgeführten Begutachtungen nach Aktenlage stehen im Widerspruch zu § 18 SGB XI sowie der Pflegebedürftigkeitsrichtlinie und der Begutachtungsrichtlinie vom 22. August 2001. Nach diesen Vorschriften hat eine Begutachtung unmittelbar durch den MDK im häuslichen Bereich oder in der stationären Einrichtung zu erfolgen. Eine Begutachtung nach Aktenlage ist nur in den Fällen möglich, in denen das Ergebnis der medizinischen Untersuchung des Pflegebedürftigen bereits feststeht. Für die Pflegekasse als Kostenträger ist die Begutachtung des MDK im häuslichen Bereich in der Regel die einzige gesicherte und neutrale Erkenntnisquelle hinsichtlich der tatsächlichen Pflegesituation des Versicherten. Auf diese Untersuchung darf daher nicht verzichtet werden. Der Pflegekasse ist empfohlen worden, ggf. unter Einbezie-

hung ihres Landesverbands darauf hinzuwirken, dass der MDK Baden-Württemberg zukünftig die Begutachtungen entsprechend den Vorgaben der Begutachtungsrichtlinie durchführt.

7.6 Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung

Im Mittelpunkt der Tätigkeit des Prüfdienstes Landwirtschaftliche Sozialversicherung im Bundesversicherungsamt (PDL) stand im Jahr 2006 die Schwerpunktprüfung zur Aufteilung der Verwaltungskosten zwischen der Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (ZLA) und dem Zusatzversorgungswerk für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (ZLF) in Kassel.

Die ZLA ist eine bundesunmittelbare Anstalt des öffentlichen Rechts. Sie gewährt aus Bundesmitteln eine Ausgleichsleistung zur gesetzlichen Rente für ehemalige land- und forstwirtschaftliche Arbeitnehmer.

Das Zusatzversorgungswerk für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (ZLF) hat den Zweck, den Arbeitnehmern in der Land- und Forstwirtschaft sowie ihren Hinterbliebenen zusätzlich zu der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung eine Geldleistung zu gewähren und damit ihre Gesamtaltersversorgung bzw. Hinterbliebenenversorgung zu verbessern. Das ZLF ist als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG) eine gemeinsame Einrichtung der Tarifvertragsparteien.

Die Aufgaben werden von beiden Organisationen gemeinsam erledigt. Dabei traten in jüngster Zeit Probleme bei der angemessenen Aufteilung der Verwaltungskosten zwischen der ZLA und dem ZLF auf. Um einen Aufteilungsschlüssel für die

Verwaltungskosten bei der ZLA und dem ZLF ab dem Jahr 2006 ermitteln zu können, wurde der PDL gebeten, den Verwaltungsaufwand bei ZLA und ZLF zu prüfen und dabei insbesondere die Aufbau- und Ablauforganisation sowie den derzeitigen und künftigen Personalbedarf zu untersuchen. Basierend auf den Ergebnissen seiner Prüfung unterbreitete der PDL Vorschläge zur Aufteilung der Verwaltungskosten zwischen beiden Institutionen im Rahmen der Haushaltsgenehmigung für das Jahr 2006 und die Folgejahre sowie zur Optimierung der Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe, die mit den Vertretern von ZLA und ZLF abschließend erörtert wurden.

Einen weiteren Schwerpunkt setzte der PDL mit dem Abschluss der im Jahre 2005 begonnenen Prüfung beim Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA) in Kassel zu dem Thema „Zentrale Rentenauszahlung gemäß § 45 Abs. 2 ALG“. Das Augenmerk des PDL galt insbesondere der Zusammenarbeit des GLA mit den an der zentralen Rentenauszahlung beteiligten Institutionen (Landwirtschaftliche Alterskassen, Gemeinsames Rechenzentrum der Träger der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Deutsche Bundesbank und Post AG).

Dabei stellte der PDL fest, dass die zur Auszahlung der Leistungen in der Alterssicherung der Landwirte (AdL) erforderlichen Bundesmittel seit dem Jahre 2004 vom GLA nicht – wie in der gesetzlichen Rentenversicherung üblich – am Fälligkeitstag der Leistungen, sondern bereits einen Tag früher abgerufen werden. Der vorzeitige Abruf der Bundesmittel war durch die Änderung des elektronischen Zahlungsverkehrs und der damit verbundenen Einführung des sog. „Cash-Concentration-Verfahrens“ erforderlich

geworden. In dieses Verfahren werden die Konten des GLA nicht eingebunden. Sie können bei der Deutschen Bundesbank seitdem nur als deckungspflichtige Konten geführt werden. Dies hat zur Folge, dass die Zahlaufträge für Rentenzahlungen bei der Bundesbank erst dann eingelesen werden, wenn die Konten eine entsprechende Deckung aufweisen.

Durch den zusätzlichen Bearbeitungstag für den Abruf der Bundesmittel führt diese Verfahrensweise zu einem Zinsmehraufwand für den Bund in Höhe von rund 240.000 € jährlich. Hierzu erklärte der GLA, dafür sei er nicht verantwortlich, da er den Vorgaben des Finanzministeriums Folge leisten müsse.

Angesichts dieses erheblichen Zinsverlustes hat das zuständige Prüfungsamt des Bundes die Feststellungen des PDL aufgegriffen und das Bundesministerium der Finanzen um Auskunft gebeten, aus welchen Gründen die Konten des GLA nicht in das „Cash-Concentrations-Verfahren“ der Bundesbank eingebunden wurden.

8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBIG

8.1 Ausbildungsplatzsituation

8.2 Ausbildungsberatung

8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBIG

8.1 Ausbildungsplatzsituation

Nachdem die Anzahl neuer Ausbildungsverträge im Jahr 2005 erstmals nach drei Jahren wieder gestiegen war, hatten wir angenommen, der mehrjährige Abwärtstrend sei gestoppt. Die Zahlen des Jahres 2006 bestätigen diese Erwartung leider nicht. Die Anzahl der neuen Ausbildungsverträge ging wieder auf 1.282 (Vorjahr 1.326) zurück. Dies ist zwar nur ein Rückgang in Höhe von 3 %. Die Abwärtsentwicklung scheint sich allerdings im Jahr 2007 fortzusetzen und sogar zu beschleunigen. Das Ergebnis einer Abfrage zur Planung der Versicherungsträger von Ende 2006 lässt das befürchten. Allein bei den Sozialversicherungsfachangestellten könnte es danach zu einem Rückgang von rd. 10 % kommen. Wir hoffen jedoch, dass diese Planungen noch nicht „das letzte Wort“ sind.

Auch im Ausbildungsjahr 2006 stellten die Sozialversicherungsfachangestellten mit 1.255 den Hauptanteil der neu eingestellten Auszubildenden. Das bestätigt unsere Annahme, dass die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger weiterhin auf dieses Berufsbild setzen und insbesondere in den sog. Büroberufen keine Alternative sehen. Dies gilt letztlich auch für die Kauffrau/den Kaufmann im Gesundheitswesen. Eine Nachfrage bei den Trägern ergab, dass sich daran auch 2007 nichts ändern wird, wenngleich drei Versicherungsträger insgesamt 84 Ausbildungsplätze für diesen Beruf anbieten wollen, darunter wieder die schon seit einigen Jahren hier aktive Techniker Krankenkasse mit 68 Plätzen. Zahlreiche Kassen haben sich unter Abwägung aller Ge-

sichtspunkte ganz bewusst dafür entschieden, weiterhin Sozialversicherungsfachangestellte auszubilden. Diese verfügten neben ihren fundierten Kenntnissen im Sozialversicherungsrecht auch über allgemeine verwaltungstechnische Fähigkeiten und böten somit ein breiteres Verwendungsspektrum.

916 und damit 73 % der Ausbildungsverträge für Sozialversicherungsfachangestellte (= 0,9 % mehr als im Vorjahr) wurden von Trägern der allgemeinen Krankenversicherung geschlossen. Während bei den Ersatzkassen (ohne Gmünder Ersatzkasse – GEK) leichte Rückgänge zu verzeichnen sind, haben die Betriebskrankenkassen leicht, Innungskrankenkassen immerhin 5,5 % und die GEK sogar rund 6 % zugelegt. Es hätten, so war zu hören, sogar noch mehr Ausbildungsplätze zur Verfügung gestanden. Für sie hätte es aber keine geeigneten Bewerber gegeben. Dies ist sehr bedauerlich. Offenbar ist das anderen Berufen bereits bekannte Problem der mangelnden Qualifikation der Bewerber jetzt auch in der Sozialversicherung angekommen.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben die Anzahl der Ausbildungsplätze von 87 im Jahr 2005 auf 95 im Berichtsjahr erhöht. Das ist eine erfreuliche Steigerung von 9 %. Ob das ein Anzeichen für einen wegen der Einführung eines Fachhochschulstudienganges (vgl. Jahresrückblick 2004) dauerhaften Bedarf ist, lässt sich, zumal wegen der anstehenden Fusionen in diesem Bereich, überhaupt nicht abschätzen.

Dass es bei den Sozialversicherungsfachangestellten insgesamt gleichwohl zu ei-

nem Minus von 2,6 % kam, ist darauf zurückzuführen, dass die Fachrichtung knappschaftliche Sozialversicherung und die Deutsche Rentenversicherung Bund deutlich weniger Ausbildungsplätze als im Jahr 2006 anboten. In der Fachrichtung knappschaftliche Sozialversicherung waren es nur 86 % der Ausbildungsplätze des Vorjahres und damit nur noch so viele, wie sie die Bundesknappschaft vor der Organisationsreform der Rentenversicherung allein zur Verfügung gestellt hatte. Noch negativer – unsere Prognose im Jahresrückblick 2005 wurde leider voll bestätigt – hat sich die Situation bei der Deutschen Rentenversicherung Bund entwickelt. 22,5 % Auszubildende weniger als noch im Jahr 2005 sind ein Einbruch, der dem aus der Organisationsreform resultierenden Mitarbeiterüberhang geschuldet ist. Die Organisationsreform ging zumindest bisher eindeutig zu Lasten der Ausbildung von Nachwuchskräften.

Nur in wenigen Bundesländern wurden mehr Ausbildungsverträge für Sozialversicherungsfachangestellte als im Vorjahr geschlossen. Insgesamt hielt die Abwärtstendenz an, und zwar unverändert stark. Hatte das Minus zum Stichtag 31. Dezember 2005 9,2 % betragen (3.750 Ausbildungsverhältnisse), waren es am 31. Dezember 2006 nochmals fast 9 % weniger Ausbildungsverhältnisse (3.421). Verglichen mit dem Jahr 2004 sind das rund 17 % weniger. Im Bund-Länder Vergleich betreute das Bundesversicherungsamt zum Stichtag 49,77 % der Auszubildenden, die zur/zum Sozialversicherungsfachangestellten ausgebildet werden. Dies ist in etwa der gleiche Prozentsatz wie im letzten Jahr.

Nachdem sich die Renten- und die knappschaftliche Sozialversicherung

schon in den Vorjahren von der Ausbildung zu Fachangestellten für Bürokommunikation zurückgezogen hatten, haben sich nunmehr auch die Träger der Kranken- und der gesetzlichen Unfallversicherung verabschiedet, die im Jahr 2005 insgesamt noch mit acht Auszubildenden einen Vertrag abgeschlossen hatten. Es scheint so, als ob bei den sog. Büroberufen inzwischen der des Verwaltungsfachangestellten die Oberhand gewonnen hat. So hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Jahr 2006 erneut 24 neue Ausbildungsverträge für Verwaltungsfachangestellte geschlossen. Auch das Bundesversicherungsamt hat drei Nachwuchskräfte in diesem Beruf und damit eine Nachwuchskraft mehr als im Vorjahr eingestellt. Insgesamt stieg die Zahl der Ausbildungsverträge für diesen Beruf von 25 auf 27 und damit um 8 %.

Der Anteil der vom Bundesversicherungsamt betreuten Auszubildenden mit Hochschul- oder Fachhochschulreife ist erneut leicht gestiegen. Er betrug 60,1 % (2005: 58,9 %). Die Steigerung geht auf die stärkere Berücksichtigung entsprechend vorgebildeter Bewerber in den Fachrichtungen allgemeine Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung zurück. Sie wäre sogar noch höher ausgefallen, wären in der Fachrichtung knappschaftliche Sozialversicherung nicht deutlich weniger Auszubildende mit Hochschul- oder Fachhochschulreife als sonst eingestellt worden. Auf Realschüler oder Auszubildende mit gleichwertigem Abschluss entfallen 39,1 %, auf Hauptschüler 0,79 %. Wie immer verfügen nur in der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung mehr als die Hälfte der Auszubildenden über die Hoch- oder Fachhochschulreife, und zwar 69,4 %.

8.2 Ausbildungsberatung

Im Jahr 2006 hat das Bundesversicherungsamt rund 3.600 Auszubildende in 309 Veranstaltungen anlässlich von Lehrgängen und in Geschäftsstellen beraten und sich dabei davon überzeugen können, dass die Versicherungsträger insgesamt weiterhin auf hohem Niveau ausbilden.

In Zeiten, in denen sich insbesondere bei den Krankenkassen die Organisationsstrukturen drastisch verändern, ist die Sicherung der Ausbildungsqualität besonders wichtig. In diesem Zusammenhang spielt derzeit die Zentralisierung von Aufgaben auch bei den Beratungen eine besonders wichtige Rolle. Sie führt dazu, dass den Auszubildenden nicht mehr alle Lerninhalte an einem Ausbildungsort vermittelt werden können. Hier sind die betreffenden Kassen gefordert, Ausbildungskonzepte zu entwickeln, die sicherstellen, dass die praktische Ausbildung dennoch nicht auf der Strecke bleibt, d.h. weiterhin möglichst alle Ausbildungsinhalte auch praktisch vermittelt werden. Um diese Vorgaben zu erfüllen, findet die praktische Ausbildung bei einigen Kassen deshalb an unterschiedlichen Orten statt. Das ist allerdings mit vielen Reisen sowie hohem Organisations-, Zeit- und Kostenaufwand verbunden. Andere Träger wollen die Auswirkungen der Organisationsänderungen mit aufwändigen E-Learning-Programmen auffangen. Das ist nach unserer Überzeugung gleichfalls ein möglicher Weg. Wir haben das E-Learning-Konzept einer Ersatzkasse analysiert und sehen gewährleistet, dass damit im betrieblichen Alltag die fehlende praktische Vermittlung bestimmter Ausbildungsinhalte kompensiert werden kann. Das Bundesversicherungsamt befürwortet im Übrigen ganz generell die Integration neuer

Medienkonzepte zur Förderung selbstorganisierten Lernens.

Leider mussten wir feststellen, dass einige Versicherungsträger ihrer gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtung nicht nachgekommen waren. Sie hatten sich darauf beschränkt, die Ausbildungsinhalte nur noch theoretisch vollständig zu vermitteln, praktisch hingegen nur noch das, was in der jeweiligen Ausbildungsstätte gerade anfiel. Bei diesen Kassen hat sich das Bundesversicherungsamt in Gesprächen mit den Ausbildern intensiv um tragfähige Lösungen bemüht. Meist mit Erfolg. Die darauf eingeleiteten Maßnahmen führten, wie Überprüfungen erwiesen, zu einer Verbesserung der Qualität der Ausbildung. Nur bei ganz wenigen Trägern – vornehmlich dort, wo Auszubildende mehr als billige Arbeitskräfte gesehen wurden – blieben die Gespräche mit den Ausbildern erfolglos. In diesen Fällen mussten die notwendigen Korrekturen und Veränderungen von den in der Hierarchie höher angesiedelten Verantwortlichen bis hin zum Vorstand eingefordert werden. Eine mangelhafte Ausbildung ist für die betroffenen jungen Leute verhängnisvoll. Denn sie werden oft, nach verständlicherweise sehr mäßigem Erfolg in der Abschlussprüfung, nicht übernommen. Auf der Suche nach einem Arbeitsplatz stehen sie dann in fast aussichtsloser Konkurrenz zu besser ausgebildeten Mitbewerbern. Das haben wir – wie die Prüfungsergebnisse zeigten – mit unseren Interventionen verhindert.

Neben der Überwachungsfunktion sehen wir die Ausbildungsberatung aber auch als Angebot an alle am Ausbildungsverhältnis Beteiligten zum Gespräch, um sich frühzeitig über neue Entwicklungen oder eventuelle Problemfälle zu informieren

und Lösungsmöglichkeiten zu erörtern. Die Träger geben derzeit nach eigenen Angaben pro Jahr über 100 Mio. Euro für Ausbildung aus. Es liegt auch in unserem Interesse, dass diese Gelder wirtschaftlich und effektiv für eine gute und zukunftsorientierte Ausbildung eingesetzt werden.

**9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN, NICHTTECHNISCHEN DIENST
IN DER SOZIALVERSICHERUNG**

9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN, NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG

Ergebnisse der Laufbahnprüfungen

In zwei Laufbahnprüfungen wurden 453 Verwaltungsinspektorenanwärter/innen geprüft. 360 kamen von der Deutschen Rentenversicherung Bund, die anderen 93 von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (ehemals Bundesknappschaft), darunter 21, die noch bei der ehemaligen Bahnversicherungsanstalt eingestellt worden waren, und drei, die das Bundesversicherungsamt dort ausbilden ließ.

Von 170 Teilnehmer/innen der Deutschen Rentenversicherung Bund an der Frühjahrsprüfung bestanden 34 die Prüfung nicht. Die Misserfolgsquote von 20 Prozent war damit deutlich niedriger als bei der entsprechenden Prüfung im Jahr 2005, bei der die Durchfallerquote mit 37,1 Prozent allerdings ungewöhnlich hoch gewesen war. Noch besser als im Frühjahr fiel das Ergebnis bei der Herbstprüfung aus. Von 190 Anwärtinnen und Anwärter verfehlten (nur) 32 (16,84 Prozent) das Ziel. Bei der Frühjahrsprüfung bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (ehemals Bundesknappschaft) bestanden immerhin sieben von 25 Prüflingen die Prüfung nicht (darunter einer vom Bundesversicherungsamt), das sind 28 Prozent. Das war deutlich schlechter als bei der Frühjahrsprüfung 2005, die „lediglich“ 14,7 Prozent ohne Erfolg absolviert hatten. Erfolgreicher verlief dagegen die Herbstprüfung. Hier bestanden nur acht der 68 Prüflinge die Prüfung nicht (11,76 Prozent).

87 Prüflinge legten gegen die Prüfungsentscheidung Widerspruch ein; achtzehn

nahmen ihn aber nach Einsicht in ihre Prüfungsarbeiten zurück. 62 Widersprüche wurden bisher als unzulässig bzw. als unbegründet zurückgewiesen, zwei Widersprüchen wurde abgeholfen, fünf Verfahren konnten noch nicht abgeschlossen werden. Die hohe Anzahl der Widersprüche erklärt sich weiterhin aus der Übernahmepraxis der Deutschen Rentenversicherung Bund bzw. der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Nur eine festgelegte geringe Anzahl der Anwärtinnen und Anwärter mit sehr guten oder allenfalls guten Prüfungsergebnissen wird als Beamtin oder Beamter auf Probe übernommen. Die übrigen Prüflinge erhalten dagegen nur befristete Verträge im Angestelltenverhältnis. Diese sehen daher im Widerspruch ihre Chance, ein für sie günstigeres Prüfungsergebnis zu erzielen, um zumindest auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besser da zu stehen.

In neun Fällen wurde Klage zum Verwaltungsgericht erhoben. Davon wurden vier Verfahren zwischenzeitlich beendet. In drei dieser Verfahren obsiegte das Bundesversicherungsamt vor dem Verwaltungsgericht Berlin. In einem weiteren Verfahren hat der Kläger die Klage zurückgenommen. Die restlichen fünf Verfahren sind noch anhängig.

III. ANHANG

TABELLEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

ÜBERSICHT AUFSICHTSPRÜFUNGEN

ÜBERSICHT DER BUNDESUNMITTELBAREN TRÄGER, VERBÄNDE UND
EINRICHTUNGEN DER SOZIALVERSICHERUNG

ORGANISATIONSPLAN

BVA-Referat VII 3
Monatliches Abschlagsverfahren 2006
- Risikostrukturausgleich -

TABELLE 1

		AOK	BKK	IKK	See-KK	Knappschaft	EAN	EAR	Gesamt
Monatliches Abschlagsverfahren West									
	Empfängerkassen (Anzahl)	11	32	8	1	1	3	1	57
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	8.649.067.043	547.491.308	402.236.751	4.801.366	1.214.518.934	421.638.032	63.171.837	11.302.925.271
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	161	6	0	0	4	2	173
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-7.585.886.391	-753.709.311	0	0	-3.645.524.235	-754.656.486	12.739.776.423
									0
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	8.649.067.043	-7.038.395.084	-351.472.560	4.801.366	1.214.518.934	-3.223.886.203	-691.484.649	-1.436.851.152
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)								
Monatliches Abschlagsverfahren Ost									
	Empfängerkassen (Anzahl)	5	9	2	0	1	3	0	20
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	4.218.075.127	158.761.541	29.045.668	0	444.215.314	341.424.924	0	5.191.522.574
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	101	7	1	0	3	3	115
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-753.311.396	-360.166.894	-184.855	0	-352.138.750	-78.710.287	-1.544.512.182
									0
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	4.218.075.127	-594.549.856	-331.121.226	-184.855	444.215.314	-10.713.827	-78.710.287	3.647.010.391
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)								
Monatliches Abschlagsverfahren Bund									
	Empfängerkassen (Anzahl)	16	41	10	1	2	6	1	77
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	12.867.142.170	706.252.848	431.282.419	4.801.366	1.658.734.249	763.062.956	63.171.837	16.494.447.844
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	262	13	1	0	7	5	288
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-8.339.197.788	-1.113.876.205	-184.855	0	-3.997.662.986	-833.366.772	14.284.288.605
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	12.867.142.170	-7.632.944.939	-682.593.786	4.616.511	1.658.734.249	-3.234.600.030	-770.194.935	2.210.159.239
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)								

Angaben in gerundeten € - Beträgen

BVA-Referat VII 3
Monatliches Abschlagsverfahren 2006
- Risikopool -

TABELLE 2

		AOK	BKK	IKK	See-KK	BKn	EAN	EAR	Gesamt
Monatliches Abschlagsverfahren West									
	Empfängerkassen (Anzahl)	11	26	7	0	1	3	1	49
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	410.848.772	31.387.675	19.793.759	0	32.486.556	38.981.410	3.193.272	536.691.444
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	167	7	1	0	4	2	181
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-390.574.087	-47.383.802	-61.039	0	-202.712.317	-39.171.256	-679.902.501
									0,00
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	410.848.772	-359.186.412	-27.590.043	-61.039	32.486.556	-163.730.907	-35.977.984	-143.211.057
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)								
Monatliches Abschlagsverfahren Ost									
	Empfängerkassen (Anzahl)	5	12	1	1	1	2	0	22
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	185.934.180	10.567.654	1.312.723	16.635	15.648.973	16.644.915	0	230.125.078
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	98	8	0	0	4	3	113
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-36.668.956	-30.073.041	0	0	-19.292.935	-4.580.315	-90.615.247
									0,00
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	185.934.180	-26.101.302	-28.760.319	16.635	15.648.973	-2.648.020	-4.580.315	139.509.831
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)								
Monatliches Abschlagsverfahren Bund									
	Empfängerkassen (Anzahl)	16	38	8	1	2	5	1	71
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	596.782.952	41.955.329	21.106.482	16.635	48.135.528	55.626.325	3.193.272	766.816.522
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	265	15	1	0	8	5	294
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-427.243.043	-77.456.843	-61.039	0	-222.005.252	-43.751.571	-770.517.749
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	596.782.952	-385.287.714	-56.350.362	-44.404	48.135.528	-166.378.927	-40.558.299	-3.701.227
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)								

Angaben in gerundeten € - Beträgen

Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2005 – Tabelle 3

	Anzahl Versicherte	Ausgaben Apotheken	Ausgaben Krankenhaus	Ausgaben Dialyse	Ausgaben Krankengeld	Gesamtsumme ¹
RSA gemeldet	70.097.318	26.692.913	49.697.186	1.614.660	5.864.861	131.740.873
RP gemeldet	550.806	4.155.916	13.492.861	1.453.092	1.410.506	20.512.375
Proz. Anteil RP an RSA pro HLB	0,79%	15,57%	27,15%	89,99%	24,05%	15,57%
RP-Beträge		1.090.214	3.466.123	390.458	243.340	5.190.136
Proz. Anteil RP- Betrag an RSA pro HLB		4,08%	6,97%	24,18%	4,15%	3,94%
Alle Angaben in Tausend €						

Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2004

	Anzahl Versicherte	Ausgaben Apotheken	Ausgaben Krankenhaus	Ausgaben Dialyse	Ausgaben Krankengeld	Gesamtsumme ²
RSA gemeldet	69.750.883	24.240.218	48.468.868	1.590.698	6.359.081	129.017.356
RP gemeldet	542.023	3.537.394	12.842.671	1.416.122	1.568.540	19.364.724
Proz. Anteil RP an RSA pro HLB	0,78%	14,59%	26,50%	89,03%	24,67%	15,01%
RP-Beträge		814.836	3.137.335	376.458	231.613	4.560.243
Proz. Anteil RP- Betrag an RSA pro HLB		3,36%	6,47%	23,67%	3,64%	3,53%
Alle Angaben in Tausend €						

¹ In der Gesamtsumme RSA sind auch Ausgaben der Ärzte und Zahnärzte enthalten, die im RP nicht ausgleichsfähig sind.

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

**Zusammenfassung der Ergebnisse der Prüfung Risikopool nach § 15a RSAV
Berichtsjahr 2003, Ausgleichsjahr 2004**

TABELLE 4

geprüfte Krankenkassen

	Anzahl d. Mitglieds- kassen*	Anzahl RP- Fälle	Stichprobe	Ausgaben insgesamt	geprüfte Ausgaben	festgestellte Fehler	Fehler in %	Anteil des Fehler im HLB an dem gesamten Fehler					Anzahl Korrektur- beträge
								Apotheke	Krankenhaus	Sterbegeld	Dialyse	Kranken- geld	
AOK	17	248.910	5.042	8.677.502.354,15 €	175.951.082,30 €	276.856,30 €	0,1573%	24,78%	68,44%	0,00%	2,80%	3,98%	0
BKK	200	86.387	4.255	3.038.445.686,24 €	148.884.581,93 €	845.790,75 €	0,5681%	24,26%	63,33%	0,12%	4,19%	8,10%	38
BKN	1	20.103	403	658.733.763,90 €	12.453.767,15 €	23.151,71 €	0,1859%	21,51%	49,29%	0,00%	23,38%	5,83%	0
IKK	16	25.881	823	910.451.655,01 €	29.523.796,81 €	105.146,31 €	0,3561%	23,53%	68,91%	0,00%	0,00%	7,56%	1
SEE-KK	1	767	40	26.285.705,12 €	1.409.086,82 €	279,95 €	0,0199%	87,16%	1,71%	0,00%	0,00%	11,13%	0
VdAK/AEV	10	181.542	3.741	6.495.092.077,21 €	132.700.425,24 €	569.666,05 €	0,4293%	31,90%	42,95%	0,28%	21,55%	3,33%	1
Gesamt	245	563.590	14.304	19.806.511.241,63 €	500.922.740,25 €	1.820.891,07 €	0,3635%	26,66%	57,86%	0,14%	9,41%	5,92%	40

*ohne Rechtskreistrennung

Durchgeführte Aufsichtsprüfungen im Jahr 2006

<i>Aufsichtsprüfungen</i>						
Referat	durchgeführte Prüfungen nach Prüfplan		Prüfungen außerhalb des Prüfplans		Prüfungen insgesamt	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
I 4	3	1	0	1	3	2
I 5	5	7	2	9	7	16
I 6	0	4	0	0	0	4
II 4	119	93	6	42	125	135
III 4	7	12	0	0	7	12
IV 5	9	7	4	4	13	11
V 5	5	5	5	9	10	14
Gesamt	148	129	17	65	165	194

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.05	Anzahl 31.12.06
Träger der gesetzlichen Krankenversicherung³		
Ersatzkassen für Arbeiter	2	2
Hamburgische Zimmererkrankenkasse Gmünder Ersatzkasse		
Ersatzkassen für Angestellte	6	6
Barmer Ersatzkasse Deutsche Angestellten Krankenkasse Kaufmännische Krankenkasse Hamburg-Münchener Ersatzkasse Hanseatische Krankenkasse Techniker Krankenkasse		
Innungskrankenkassen	8	8
Die nord- und mitteldeutsche IKK Innungskrankenkasse Hamburg IKK gesund plus IKK Weser-Ems Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG) Vereinigte IKK IKK-Direkt IKK Niedersachsen		

³ nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.05	Anzahl 31.12.06
Sonstige Krankenkassen	2	2
See-Krankenkasse Knappschaft		
Landwirtschaftliche Krankenkassen	2	2
Krankenkasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutsch- land		
Betriebskrankenkassen⁴	124	118
in Baden-Württemberg	18	16
in Bayern	13	12
in Berlin	1	1
in Brandenburg	-	-
in Bremen	1	2
in Hamburg	11	9
in Hessen	15	13
in Mecklenburg-Vorpommern	1	1
in Niedersachsen	13	12
in Nordrhein-Westfalen	39	40
in Rheinland-Pfalz	9	8
in Sachsen	2	2
in Sachsen-Anhalt	1	1
im Saarland	-	-
in Schleswig-Holstein	2	1
in Thüringen	-	-
Krankenversicherungsträger insgesamt	144	138

⁴ einschließlich Bundesverwaltungskassen

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.05	Anzahl 31.12.06
Träger der gesetzlichen Unfallversicherung		
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	26	26
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		
Berufsgenossenschaft Metall Süd		
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		
Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft – BG BAU		
Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel		
Verwaltungs-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen		
Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen		
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohl- fahrtpflege		
See-Berufsgenossenschaft		

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.05	Anzahl 31.12.06
Übertrag	26	26
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	31	31

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.05	Anzahl 31.12.06
Träger der gesetzlichen Rentenversicherung		
Träger der allgemeinen Rentenversicherung	1	1
Deutsche Rentenversicherung Bund		
Träger der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung	1	1
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See		
Rentenversicherungsträger insgesamt	2	2

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.05	Anzahl 31.12.06
Träger der Alterssicherung der Landwirte	2	2
Alterskasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Alterskasse Berlin		
Alterskassen insgesamt	2	2
Verbände	1	1
Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen		
Verbände insgesamt	1	1
Weitere Einrichtungen	3	3
Seemannskasse Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft GVersorgungsträger Ernst-Abbé-Stiftung		
Weitere Einrichtungen insgesamt	3	3
Zusammenstellung		
Krankenversicherungsträger	144	138
Unfallversicherungsträger	31	31
Rentenversicherungsträger	2	2
Alterskassen	2	2
Verbände	1	1
Weitere Einrichtungen	3	3
Insgesamt	195	189



Bundesversicherungsamt

Organisationsplan

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

Stand: November 2006

