

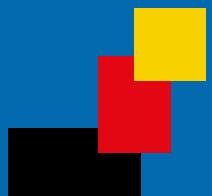


Bundesamt
für Soziale Sicherung



TÄTIGKEITSBERICHT 2019

Bundesamt für Soziale Sicherung



Einleitung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

seit dem 1. Januar 2020 sind wir das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Die **Umbenennung** des bisherigen Bundesversicherungsamtes erfolgte anlässlich der Reform des Sozialen Entschädigungsrechts. Bei einem Festakt hat der Bundesminister für Arbeit und Soziales, Hubertus Heil, begleitet von Staatssekretär Dr. Thomas Steffen aus dem Bundesministerium für Gesundheit und in Anwesenheit von Bürgermeister Reinhard Limbach der Bundesstadt Bonn die Namensänderung vollzogen.

Der neue Name hat aus dem „alten“ Bundesversicherungsamt allerdings keine neuen Behörde mit grundlegend neuen Aufgaben gemacht.

Aufgabe des BAS ist und bleibt es vor allem, **ein stabiles und funktionierendes Sozialversicherungssystem** in Deutschland zu gewährleisten. In der aktuellen **Corona-Pandemie** zeigt sich die **besondere Systemrelevanz** unserer Tätigkeit. In kürzester Zeit wurde das Krankenhausentlastungsgesetz auf den Weg gebracht und das BAS hat die Aufgabe übernommen, die Auszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für die Einnahmeausfälle der Krankenhäuser zu realisieren. Auch weitere Rettungsschirme wurden vom Gesetzgeber aufgespannt und werden über den Gesundheitsfonds finanziert sowie vom BAS ausgezahlt.



Frank Plate —
Präsident des Bundesamtes für Soziale Sicherung

Die Corona-Pandemie hat uns global erfasst. Die Folgen sind noch lange nicht absehbar und gewohnte Strukturen und Ordnungen könnten durch neue abgelöst werden – neue Wege müssen wir in jedem Fall beschreiten. Die Krise hat uns und unsere Arbeit (auch intern) stark betroffen und wird es auch auf absehbare Zeit tun. Das BAS wird jedoch alles Erforderliche dazu beitragen, damit das deutsche Sozialversicherungssystem diesen Stresstest gesund übersteht. Dafür bedarf es einer Balance zwischen Stabilität und Flexibilität, die ständig angepasst und bestmöglich weiterzuentwickeln ist – hierüber wird im Tätigkeitsbericht für 2020 entsprechend zu berichten sein.

Eine Rückschau nach 2019 ist durch vielfältige Themen und Anforderungen geprägt, so auch durch die Digitalisierung. Diese betrifft alle Lebensbereiche und macht auch vor der **Sozialversicherung** nicht halt. Vieles wird dadurch besser, aber nicht immer unkomplizierter. Der Digitalausschuss im BAS spielt eine zentrale Rolle bei Digitalisierungsfragen. Wir wollen durch diesen unsere Rechtsauffassung nicht nur allen Sozialversicherungsträgern transparent machen, sondern insgesamt die Spannbreite der digitalen Anwendungsmöglichkeiten in der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung aufzeigen und auf diese Weise den digitalen Transformationsprozess insgesamt befördern. Auch Entwicklungen wie Messaging-Dienste oder Cloud-Computing werden von uns unterstützt, wenn sie Rücksicht auf den Schutz von Sozialdaten nehmen. In 2019 haben wir zahlreiche **Gesetzesvorhaben und -änderungen**, insbesondere im Bereich der **Krankenversicherung**, begleitet und umgesetzt. Hervorzuheben sind hier das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das Digitale Versorgungsgesetz (DVG) und das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG). Diese enthalten wesentliche Änderungen für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt, wie die Einführung digitaler Versorgungsprodukte oder Neuregelungen zum Wettbewerb unter den Krankenkassen. Im Fokus unseres aufsichtsrechtlichen Handelns standen auch die Hilfsmittelversorgung, Vergütungsvereinbarungen in der vertragsärztlichen Versorgung

sowie erneut die Beurteilung der Angemessenheit von Vorstandsvergütungen.

Auch die **Pflegeversicherung** entwickelt sich stets weiter. Seit 25 Jahren beaufsichtigt das BAS besonders die Versorgungsqualität. Nach den zahlreichen Gesetzen in der vergangenen Legislaturperiode steht nun deren Umsetzung im Vordergrund. Dabei geht es vor allem um die Themen „qualitativ gute Pflegeberatung“ und „Ausbau von Pflegekursen“.

Der **Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung** hat aufgrund der Digitalisierung seinen Fokus ebenfalls auf IT-Themen gelegt, beispielsweise – gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Prüfdienste der Länder – auf die Prüfung der Allgemeinen Datenverarbeitung beim Thema Internetpräsenz. Der Prüfdienst hat in weiteren IT-Prüfungen festgestellt, dass für die durch die DSGVO geforderten Löschkonzepte für personenbezogene Daten bei den Kranken- und Pflegekassen noch hoher Beratungsbedarf besteht. Daneben wurden Vergabeverfahren für externe Dienstleistungen, die Aufteilung von Regressforderungen zwischen Kranken- und Pflegekassen sowie die Soziale Sicherung von Pflegepersonen geprüft. Dauerhaft hat der Prüfdienst auch die ordnungsgemäße Beitragszahlung im Hinblick auf den Gesundheitsfonds sowie die korrekten Datenmeldungen im Hinblick auf den Risikostrukturausgleich zu prüfen.

Unabhängig von dem Aufsichtsgeschehen für die bundesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen hat das BAS im vergangenen Jahr **umfangreiche Verwaltungsaufgaben für alle** (d.h. auch die landesunmittelbaren) **Kranken- und Pflegekassen** wahrgenommen.

Der **morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich** (RSA) stellt hierbei die größte Verwaltungsaufgabe dar. Neben der Durchführung des RSA begleitete das BAS auch die (gesetzgeberische) Weiterentwicklung des komplexen Ausgleichsystems. Mit dem GKV-FKG steht ein **umfangreiches Reformvorhaben für den RSA** an, das ab dem 1. April 2020 umzusetzen ist und seine Wirkung erstmals ab dem RSA des Jahres 2021 entfaltet.

Auch die **Finanzierung der Pflegeversicherung** über den Ausgleichsfonds entwickelt sich stetig weiter. Seit dem Jahr 2019 werden im Rahmen des Finanzausgleichs zusätzliche Mittel für besondere Aufgaben der Pflegekassen bereitgestellt. Hierzu gehören die Finanzierung von zusätzlichem Pflegepersonal in vollstationären Einrichtungen, die Förderung von Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Mitfinanzierung der Ausbildung in Pflegeberufen sowie Zuschüsse zur Finanzierung von Maßnahmen zur Digitalisierung.

Das **Aufsichtsgeschehen in der Rentenversicherung** war im Berichtsjahr weiterhin geprägt von der Umsetzung der Gesetzgebung zur Mütterrente, aber auch von den Themen Renteninformation und Bearbeitungszeiten. Weitere Schwerpunkte lagen bei den Leistungen zur Teilhabe und zahlreichen Eingaben wegen abgelehnter Anträge auf Erwerbsminderungsrenten.

Bei der **Unfallversicherung** zeigt sich im Aufsichtsgeschehen, dass es sich um einen Zweig der Sozialversicherung handelt, der sich politisch im ruhigen Fahrwasser bewegt. Besondere Schwerpunkte ergaben sich hier nicht, sondern eher ein breites Spektrum an Fragestellungen. Hervorzuheben ist, dass das BAS nunmehr seit 10 Jahren auch die Aufsicht über den Spitzenverband der Unfallversicherung, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), führt.

Die zahlreichen und wachsenden Aufgabenbereiche erfordern auch **BAS-intern** einen ständigen Modernisierungs- und Änderungsprozess. Um die Antragstellung für das Mutterschaftsgeld zu erleichtern, haben wir eine neue Software eingeführt, die den Bürgerinnen eine komfortable Online-Lösung für den Antrag anbietet. Gleichzeitig haben wir einen neuen und modernen Internetauftritt realisiert, der unsere komplexen Aufgaben transparent und verständlich auch außerhalb der Expertenebene zugänglich machen soll. Zudem versuchen wir unsere Verwaltungssprache verständlicher und leichter für Bürgerinnen und Bürger zu formulieren.

Das **BAS** als starke, zentrale, unabhängige und neutrale Behörde in der Sozialversicherung wird auch in Zukunft seine ganze Kraft in die Erhaltung und Weiterentwicklung eines funktionsfähigen und auch finanziell stabilen Sozialversicherungssystems investieren.

Ich wünsche Ihnen einen interessanten Einblick in unsere Aufgaben und bleiben Sie gesund

Ihr

Frank Plate

Inhalt

Einleitung	3	2. Teil Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung	58
Überblick: Aufgaben des BAS und Kennzahlen 2019	8		
1. Teil Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger	10		
1. Krankenversicherung	12	1. Finanzen in der gesetzlichen Krankenversicherung	60
1.1 Krankenversicherung in Zahlen	14	1.1 Gesundheitsfonds	61
1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht	16	1.2 Schätzerkreis	64
2. Pflegeversicherung	20	1.3 Risikostrukturausgleich	65
3. Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung	24	1.4 Einkommensausgleich	71
4. Rentenversicherung	32	2. Innovationsfonds	72
4.1 Themen der Aufsicht	33	3. Krankenhausstrukturfonds	76
4.2 Prüfungen	36	4. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung	80
5. Unfallversicherung	38	4.1 Verwaltung des Ausgleichsfonds	81
5.1 Themen der Aufsicht	39	4.2 Finanzausgleich und Finanzentwicklung	82
5.2 Prüfungen	42	4.3 Finanzierung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	84
6. Landwirtschaftliche Sozialversicherung	44	5. Strukturierte Behandlungsprogramme	86
6.1 Themen der Aufsicht	45	6. Aufsicht über die ZfP/Ordnungswidrigkeitenbehörde/Meldestelle	88
6.2 Prüfungen	46	7. Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung	92
7. Übergreifende Aufsichtsthemen	48	8. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung	94
7.1 Finanzen	49		
7.2 Digitalisierung	50		
7.3 Sozialdatenschutz	54		
7.4 Vergabe	56	3. Teil Sonderaufgaben	96
7.5 Internationales Sozialversicherungsrecht	56	1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz	98
7.6 Gerichtsverfahren	57	1.1 Ausbildungsplatzsituation	99
		1.2 Überwachung und Beratung	101
		1.3 Prüfungen	103
		2. Mutterschaftsgeldstelle	104
		Blick nach innen 2019	106
		Übersicht der Träger	114
		Organigramm	118
		Impressum	120

Überblick: Aufgaben des BAS und Kennzahlen 2019

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) führt die **Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und Arbeitsgemeinschaften** der:

- gesetzlichen Krankenversicherung
- gesetzlichen Pflegeversicherung
- gesetzlichen Rentenversicherung
- gesetzlichen Unfallversicherung.

Im Rahmen dieser Aufsichtstätigkeiten erreichen das BAS auch Beschwerden, Eingaben und Petitionen zu Entscheidungen der Sozialversicherungsträger. Im Jahr 2019 erhielt das BAS **5665** solcher **Eingaben**, davon gehörten zur:

- Krankenversicherung: 3411
- Pflegeversicherung: 437
- Rentenversicherung: 1412
- Unfallversicherung: 290
- Themenübergreifend: 115.

Beim BAS ist auch der **Prüfdienst für die bundesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen (PDK)** angesiedelt.

Das BAS nimmt außerdem zahlreiche **Verwaltungsaufgaben** wahr, dazu gehören u. a.:

- Mitwirkung bei der **Finanzschätzung in der gesetzlichen Krankenversicherung** (Schätzerkreis)
- Verwaltung des **Gesundheitsfonds**:
246,4 Milliarden Euro Beitragseinnahmen und Bundeszuschuss
245,6 Milliarden Euro Zuweisungen an die Krankenkassen
- Durchführung des **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs**:
222,2 Milliarden Euro abschließender Jahresausgleich für 2018
- Durchführung des **Einkommensausgleichs**:
15 Milliarden Euro abschließender Jahresausgleich für 2018
- Verwaltung des **Krankenhausstrukturfonds**:
14,9 Millionen Euro Fördermittel ausgezahlt
- Verwaltung des **Innovationsfonds**:
148 Millionen Euro Fördermittel ausgezahlt

- Verwaltung des **Ausgleichsfonds** und Durchführung des **Finanzausgleichs** in der **gesetzlichen Pflegeversicherung**:
16,2 Milliarden Euro Zuweisungen an die Pflegekassen
1,5 Milliarden Euro Zuführungen an den Pflegevorsorgefonds
26,5 Millionen Euro Fördergelder zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ausgezahlt

- Zulassung von Behandlungsprogrammen für **chronisch Kranke** (Disease-Management-Programme – DMP):
9.132 Programme mit rund **8,4 Millionen** Versicherten bis Ende 2019 zugelassen

- Rechtsaufsicht über die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge (ZfP), Meldestelle für die privaten Versicherungsunternehmen und Ordnungswidrigkeitenbehörde für diese
- Mitwirkung bei der **Finanzschätzung in der gesetzlichen Rentenversicherung** (Schätzerkreis)
- Festsetzung, Zuweisung und Abrechnung des **Bundeszuschusses** an die Rentenversicherung:
98,6 Milliarden Euro Bundesmittel an die gesetzliche Rentenversicherung ausgezahlt
- Durchführung der **Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung**:
811 Millionen Euro bewegt

Darüber hinaus hat das BAS folgende **Sonderaufgaben**:

- **Zuständige Stelle im Sinne des Berufsbildungsgesetzes** für die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und das eigene Haus:
2.855 Auszubildende betreut
2.794 Nachwuchskräfte in Ausbildung beraten
2.064 Prüfungen abgenommen
- Zahlung des **Mutterschaftsgeldes** nach § 19 Abs. 2 und des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nach § 20 Abs. 3 Mutterschutzgesetz:
16.400 Anträge auf Mutterschaftsgeld
2,2 Millionen Euro ausgezahlt

Organisation des BAS

Ende Dezember 2019 hatte das BAS **632** Beschäftigte, von denen **518** am Hauptsitz in Bonn und **114** in den Außenstellen des Prüfdienstes Krankenversicherung in Berlin, Cloppenburg, Duisburg, Fulda und Ingolstadt tätig waren.

Das BAS ist organisatorisch in sechs Fachabteilungen mit **43** Referaten, einer Zentralabteilung mit fünf Referaten, einer IT-Abteilung mit vier Referaten sowie in den Leitungsbereich mit drei Stabsstellen gegliedert.



1. Teil

Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungs- träger



1. Krankenversicherung

Einleitung

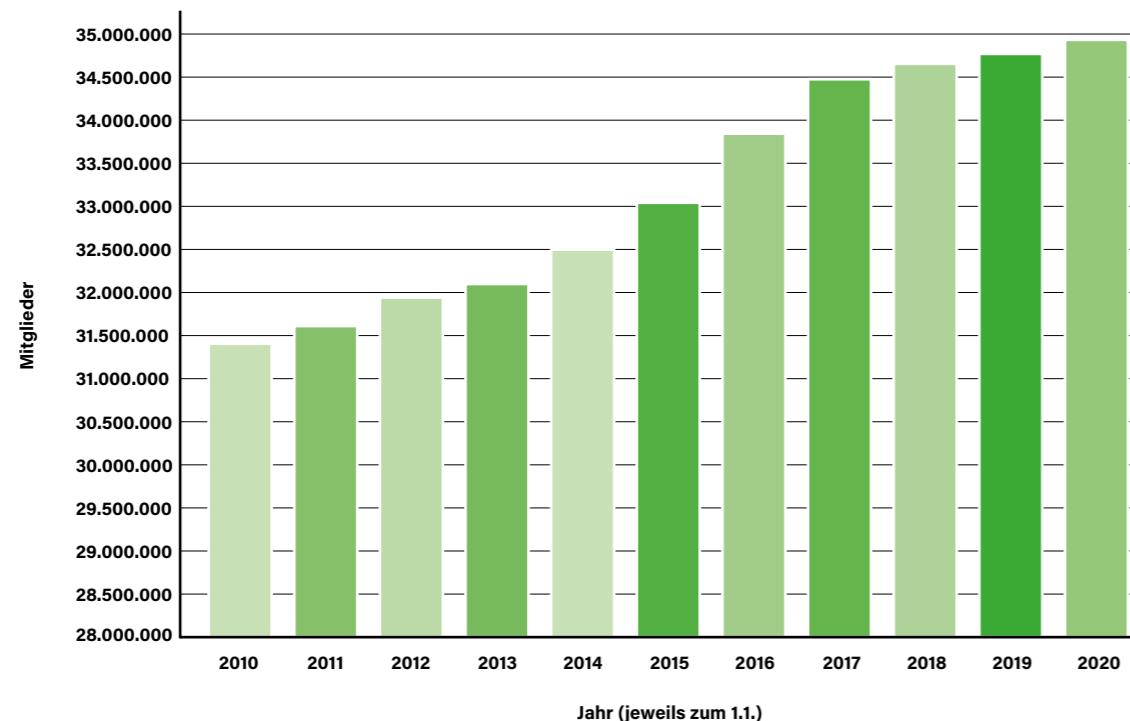
Das Jahr 2019 war aufgrund der Vielzahl und Tragweite gesetzlicher Änderungen ein turbulentes Jahr für die gesetzliche Krankenversicherung und damit auch für das Bundesamt für Soziale Sicherung. Insoweit hervorzuheben ist die bemerkenswert hohe Schlagzahl der seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erarbeiteten Gesetzesvorhaben. Nicht weniger als rund 20 Gesetzes- und Verordnungsvorhaben hat das BAS im Berichtsjahr begleitet. Hervorzuheben sind hier die Gesetzesvorhaben zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), zum Digitale Versorgungsgesetz (DVG) und zum Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG). Diese enthielten wesentliche Änderungen für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt, wie die Einführung digitaler Versorgungsprodukte oder die Neuregelung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen. Das BAS bewertet die Gesetzes- und Versorgungsvorhaben unter Einbringung seiner fachlichen Erfahrung aus dem Aufsichtshandeln und unterbreitet dem BMG auch eigene Vorschläge. Nach Inkrafttreten der Neuregelungen ergeben sich zahlreiche Auslegungsfragen, die gemeinsam mit den Krankenkassenträgern und deren Verbänden erörtert wurden. Nicht zuletzt haben auch Fragen

der Digitalisierung und des Datenschutzes die gesetzliche Krankenversicherung beschäftigt. Diese Themen werden unter 7.2 und 7.3 erläutert.

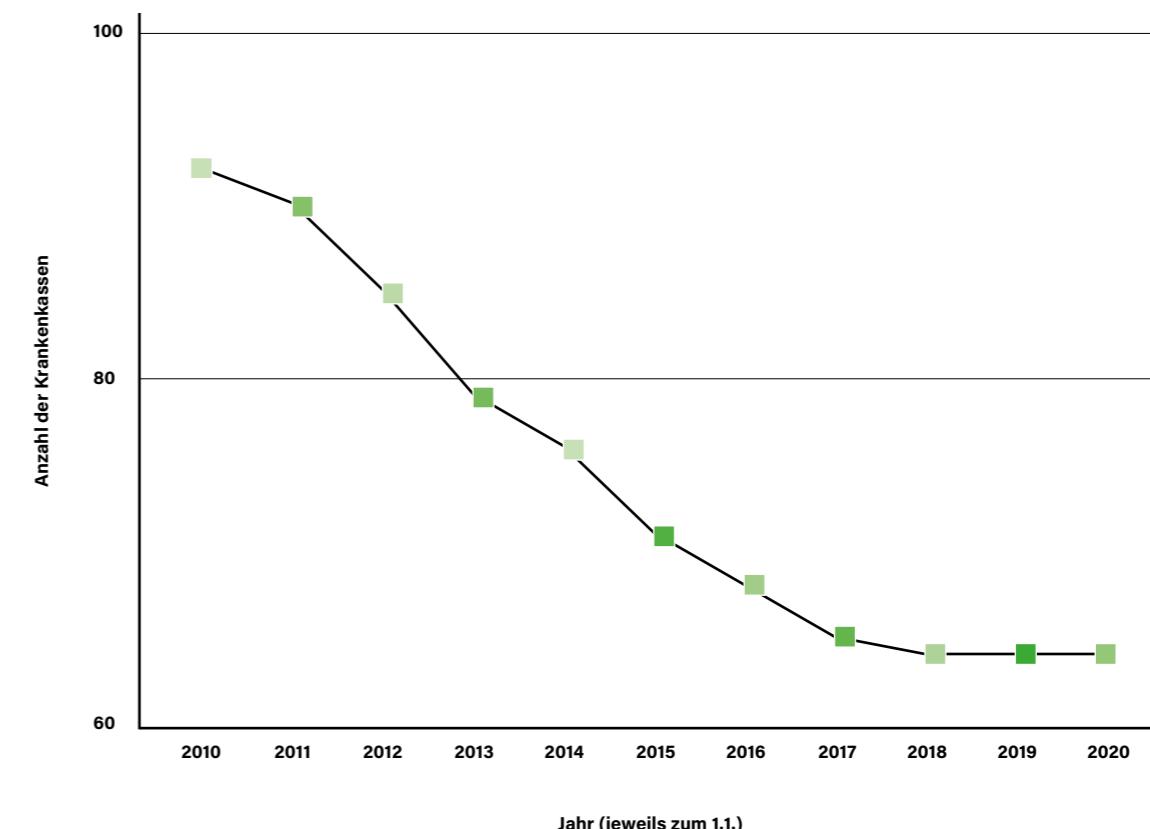
Auch im Berichtsjahr 2019 wurde das BAS durch Eingaben von Versicherten und Leistungserbringern auf zahlreiche Rechtsprobleme im Verwaltungshandeln von Krankenkassen aufmerksam. In Zusammenarbeit mit den Aufsichtsreferaten und dem Prüfdienst wurden Prüfschwerpunkte bei den Krankenkassen erörtert. Vor allem die Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) und des TSVG waren Schwerpunkt der Prüfungen des BAS. Insoweit wird auch auf die Ausführungen des Prüfdienstes Kranken- und Pflegeversicherung unter Punkt 3 verwiesen.

1.1 Krankenversicherung in Zahlen

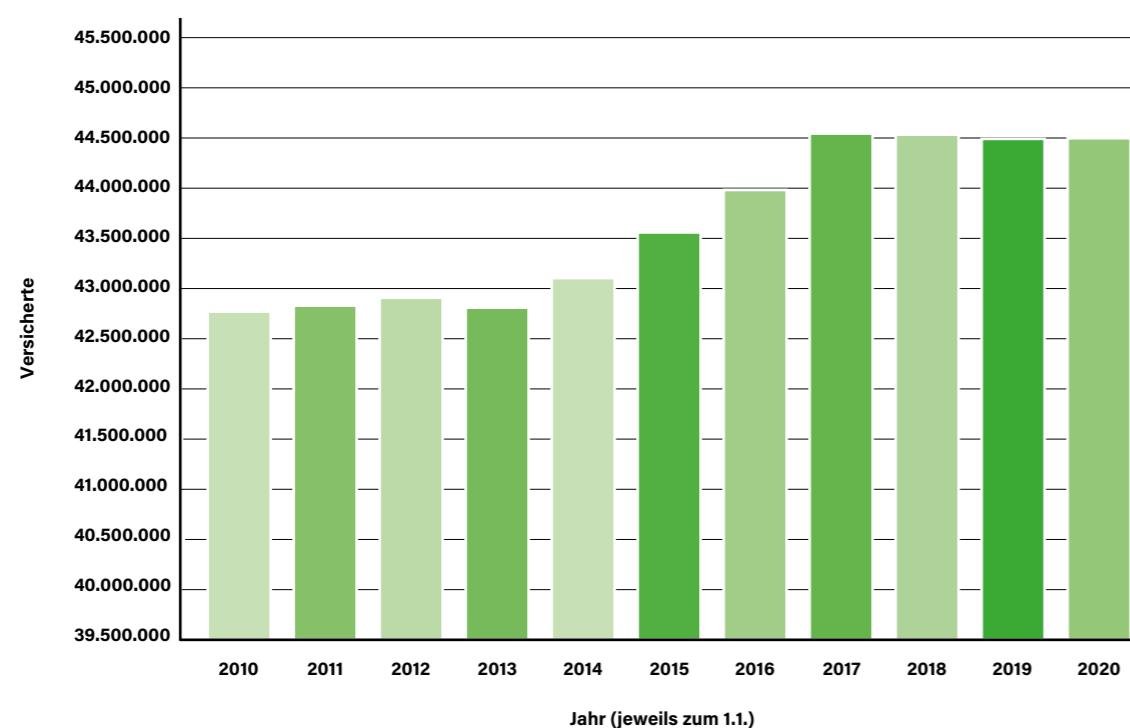
Mitgliederentwicklung bунdesunmittelbarer Krankenkassen



Anzahl bунdesunmittelbarer Krankenkassen



Versichertenentwicklung bунdesunmittelbarer Krankenkassen



Finanzentwicklung der bунdesunmittelbaren Krankenkassen

Im Jahr 2019 erzielten die 65 bунdesunmittelbaren Krankenkassen insgesamt einen Überschuss der Ausgaben in Höhe von 1,38 Milliarden Euro. Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen betrug das Betriebsmittel- und Rücklagevermögen am Jahresende rd. 9,7 Milliarden Euro, was 0,77 Monatsausgaben entspricht. Alle bунdesunmittelbaren Krankenkassen verfügten über die vorgeschriebene Mindestrücklage in Höhe von 0,25 Monatsausgaben. Von 42 bунdesunmittelbaren Krankenkassen mit mehr als 50 Tsd. Mitgliedern überschritten 14 Krankenkassen am Jahresende 2019 die im GKV-Versichertenteilastungsgesetz eingeführte Obergrenze der Betriebsmittel und Rücklage nach § 260 Abs. 2 SGB V in Höhe von einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Die betroffenen Krankenkassen müssen das eine Monatsausgabe übersteigende Vermögen bis zum Ende des Jahres 2022 abbauen.

Entwicklung der Zusatzbeitragssätze

Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat Ende 2019 die Haushaltspläne aller bунdesunmittelbaren Krankenkassen für das Jahr 2020 geprüft und bei zwei Krankenkassen Senkungen des Zusatzbeitragssatzes um bis zu 0,2% genehmigt. Bei 19 Krankenkassen wurden Anhebungen des Zusatzbeitragssatzes um bis zu 0,66% genehmigt.

Tagesaktuelle Informationen über die Höhe der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen können dem Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes unter www.gkv-spitzenverband.de entnommen werden.

Freiwillige Vereinigungen von Krankenkassen

Auch im Jahr 2019 wurden die Krankenkassen bei ihren Vorhaben zu freiwilligen Vereinigungen begleitet. So fusionierte zum 1. Januar 2020 die Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG, Melsungen, mit der landesunmittelbaren BKK Aesculap, Tuttlingen, zur BKK B. Braun Aesculap. Außerdem fusionierte die Continentale Betriebskrankenkasse, Hamburg, mit der landesunmittelbaren Betriebskrankenkasse HENSCHEL Plus, Kassel. Auch eine Dreier-Fusion konnte erfolgreich abgeschlossen werden: Ebenfalls zum 1. Januar 2020 fusionierten die BKK Verkehrsbau Union, Berlin, die landesunmittelbare TBK, Erfurt, und die landesunmittelbare Brandenburgische BKK, Eisenhüttenstadt.

Das BAS unterstützt die Krankenkassen bei ihren Fusionsvorhaben bestmöglich. Leider legen die Krankenkassen oftmals die erforderlichen Unterlagen für das Genehmigungsverfahren erst kurzfristig vor, so dass ein großer Zeitdruck im Verwaltungsverfahren besteht.

1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Vergütungsvereinbarungen der vertragsärztlichen Versorgung unter Beobachtung

Im Berichtsjahr hat sich das Bundesamt für Soziale Sicherung flächendeckend mit den Gesamtvergütungsvereinbarungen in der vertragsärztlichen Versorgung in allen 17 Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) befasst.

Die Vertragspartner – dies sind die KVen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen – regeln in den Vergütungsvereinbarungen die Ausgabenobergrenze für alle ärztlichen Leistungen. Unter bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen können einzelne vertragsärztliche Leistungen besonders gefördert werden. Auf Grund von Hinweisen auf Mängel der Vertragsgestaltung für das Jahr 2018 erfolgte eine vertiefte Prüfung dieser Verträge. Ein Ergebnis war, dass wesentliche Anforderungen an die Vertragsabschlüsse nach § 87a SGB V von den Vertragspartnern auf Landesebene zum Teil nicht beachtet wurden. Nachdem das BAS bereits Ende 2018 ein Rundschreiben zu diesem Themenkomplex an die bundesunmittelbaren Gesamtvertragspartner versendet hatte – beklagt durch eine Vielzahl von KVen – folgte im Berichtsjahr der einzelfallbezogene Austausch mit den Vertragspartnern unter Einbeziehung der jeweiligen Landesaufsichtsbehörde. Ein Schwerpunkt der aufsichtsrechtlichen Prüfung lag, neben der Beachtung rechtlicher Vorgaben, auch auf der Herstellung von mehr Transparenz in den Gesamtvergütungsvereinbarungen.

Trotz verbleibender Skepsis bei den Gesamtvertragspartnern ist die Entwicklung des Weiteren aufsichtsrechtlichen Dialogs zu diesem Thema positiv zu bewerten. Bisher wurden keine förmlichen aufsichtsrechtlichen Beanstandungen der Vergütungsvereinbarungen bis zum Jahr 2019 vorgenommen.

Lediglich in einem Fall wurde eine Krankenkasse im Hinblick auf die Aufnahme von Verhandlungen zu Vertragsanpassungen aufsichtsrechtlich beraten. Das BAS wird seine Prüfungen weiter fortsetzen.

Auf die insgesamt 14 Klagen Kassenärztlicher Vereinigungen gegen das oben genannte Rundschreiben von 2018 gibt es bisher keine sozial-/landessozialgerichtliche Entscheidung zu den materiellen Inhalten des Rundschreibens. In zwei Fällen wies das angeführte Landessozialgericht die Klage der Kassenärztlichen Vereinigung jedoch bereits als unzulässig zurück und bestätigte insoweit die Rechtsauffassung des BAS.

Hilfsmittelversorgung: Unwirksame Ausschreibungsverträge mit Ablauf des 30. November 2019

Der Gesetzgeber hat durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), welches am 11. Mai 2019 in Kraft getreten ist, eine wesentliche Änderung des § 127 SGB V vorgenommen: Krankenkassen haben die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten ausdrücklich im Verhandlungswege durch Rahmenverträge mit Beitrittsmöglichkeit sicherzustellen. Die Möglichkeit zur Ausschreibung der Hilfsmittelversorgung wurde im Gegenzug aufgehoben. Die bis zum 10. Mai 2019 mittels Ausschreibung geschlossenen Verträge galten zwar für eine Dauer von sechs Monaten fort und wurden aber mit Ablauf des 30. November 2019 qua Gesetz unwirksam.

Die mit dieser Änderung einhergehenden Rechtsfolgen führten sowohl bei den Krankenkassen, als auch den Hilfsmittleistungserbringern sowie den Versicherten zu diversen rechtlichen Folgeproblemen, z.B. die rechtmäßige Bekanntmachung von Vertragsverhandlungsabsichten oder der Umgang mit über den 30. November 2019 hinausgehenden ärztlichen Dauerverordnungen. Um ein rechtskonformes Verhalten aller seiner Aufsicht unterstehenden Krankenkassen sicherzustellen, hat das BAS am 2. Oktober 2019 ein Rundschreiben zu den Rechtsfolgen des Unwirksamwerdens der nach § 127 Absatz 1 SGB V a. F. abgeschlossenen Verträge veröffentlicht

(vgl. www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/krankenversicherung/rundschreiben). Das BAS hat sich hier nicht nur um die Einhaltung des gelgenden Rechts bemüht, es stand mit dem Bundesministerium für Gesundheit in einem fortlaufenden Austausch über eine zielgerichtete Weiterentwicklung des § 127 SGB V im Interesse einer wirtschaftlichen, aber auch qualitätsvollen und serviceorientierten Versorgung der Versicherten.

Kein Outsourcing von Aufgaben des Versorgungsmanagements

Bereits seit 2016 stehen Verträge von Krankenkassen mit privaten Dienstleistern im Fokus des BAS, die auf ein versichertenindividuelles Fallmanagement für psychisch oder psychosomatisch erkrankte Versicherte abzielen. Mit Urteil vom 8. Oktober 2019 (Az. B 1 A 3/19 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) nunmehr die Rechtsauffassung des BAS volumäglich bestätigt. Hiernach dürfen Krankenkassen Programme für ein solches Versorgungsmanagement nicht in Kooperation mit privaten Beratungsunternehmen durchführen.

Zwar haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung seit 2007 Anspruch auf ein Versorgungsmanagement (§ 11 Absatz 4 SGB V), insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang von verschiedenen Versorgungsbereichen. Soweit die Krankenkasse selbst Unterstützungsleistungen in diesem Bereich erbringt, handelt es sich um eigene Kernaufgaben, die sie nicht auf Dritte übertragen darf. Durch die unzulässige Einbeziehung privater Dritter verstößen die Krankenkassen zugleich gegen den Datenschutz.

Darüber hinaus hat das BSG den unbestimmten Rechtsbegriff der „wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten“, die nach § 197b Satz 2 SGB V nicht auf private Dienstleister ausgelagert werden dürfen, näher ausgelegt. Danach dürfen die sozialrechtliche Beratung von Versicherten sowie alle Aufgaben im Rahmen der Leistungsgewährung an Versicherte nicht an Dritte ausgelagert werden.

Gestaltungsspielräume für Satzungsregelungen werden genutzt

Die Möglichkeit zur Kostenübernahme für zusätzliche Leistungen wird von den Krankenkassen weiterhin rege genutzt. Das BAS unterstützt die Krankenkassen bei der Implementierung neuer Satzungsleistungen und erarbeitet im konstruktiven Austausch zum Teil selbst Lösungsvorschläge für entsprechende Satzungsregelungen, bspw. für die sog. medizinische Tastuntersuchung im Bereich der Brustkrebsvorsorge.

Auch bei den Vorsorgeleistungen hat sich die Regelversorgung weiterentwickelt. Alternative Satzungsleistungen zur Früherkennung von Gendefekten (Trisomie) ungeborener Kinder wurden obsolet, weil diese Leistungen nun durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in seine Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung aufgenommen wurden. Die Leistung wird Regel-leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die vom G-BA noch zu erarbeitende verpflichtende Versicherteninformation beschlossen wird.

Zu geringes Vermögen ausgewiesen

Das BAS hatte eine Krankenkasse aufgefordert, die in ihrer Jahresrechnung gebildeten Rückstellungen für Haftungsrisiken durch Schließung anderer Betriebskrankenkassen auszubuchen, da es in den von den Krankenkassen zu beachtenden Rechnungsbestimmungen dafür keine Grundlage gab und dadurch Finanzvermögen der Krankenkassen nicht ordnungsgemäß ausgewiesen wurde. Die Krankenkasse hat gegen den entsprechenden Bescheid geklagt. Das Bundessozialgericht hat im Berichtsjahr die Rechtsauffassung des BAS abschließend bestätigt: Es ist nicht zulässig, unter Bezugnahme auf das Vorsichtsprinzip von den Vorschriften des für die Krankenkassen geltenden Kontenrahmens abzuweichen. Die Krankenkasse muss die Verpflichtung, durch die sie ihr Vermögen deutlich zu niedrig ausgewiesen hat, auflösen.

Weiterentwicklung der Grundsätze zur Beurteilung der Angemessenheit der Vorstandsvergütung

Gemäß § 35a Absatz 6a SGB IV bedarf der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrages zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Im Jahr 2019 hat der Gesetzgeber mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wichtige Änderungen des § 35a Absatz 6 und Absatz 6a SGB IV beschlossen. So müssen jetzt die jährlichen Vergütungen am 1. März im Bundesanzeiger, in der Mitgliederzeitschrift und auf der Internetseite veröffentlicht werden. Der Gesetzgeber hat auch klar gestellt, dass die Zahl der Versicherten entscheidendes Kriterium für die Angemessenheit der Vergütung ist und darüber hinaus nur die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen ist.

Außerdem sind künftig nur noch beitragsorientierte Vereinbarungen für die Zukunftssicherung zulässig. D.h. bei der betrieblichen Altersversorgung dürfen bei erstmalig abzuschließenden Vorstandsdienstverträgen keine sogenannten Direktzusagen mehr vereinbart werden. Für laufende Verträge sowie bei Vertragsverlängerungen gilt gem. § 121 SGB IV Bestandsschutz.

Auf der 94. Aufsichtsbehördentagung vom 8. bis 9. Mai 2019 in Wiesbaden haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder die Umsetzung der erforderlichen Änderungen an der allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Vorstands- und Geschäftsführerverträge im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Veröffentlichungsmuster für Vorstandsvergütungen und der Orientierungshilfe für einen Vorstandsdienstvertrag beschlossen. Darüber hinaus haben sich die Aufsichtsbehörden auf eine Berechnungsempfehlung für die Aufwendungen bei nicht beitragsorientierten betrieblichen Altersversorgungszusagen geeinigt. Alle Dokumente können auf der Internetseite des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/alle-sozialversicherungszweige-personal/heruntergeladen werden.

Das BAS hat 2019 bei 53 bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen die Dienstverträge geprüft und 46 formelle Zustimmungsbescheide erteilt. Weitere 6 Anträge befanden sich Ende des Jahres noch in der Abstimmung. In allen vorgelegten Fällen konnte dem Antrag der Krankenkasse auf Zustimmung entsprochen werden, nur in einem Fall wurde der Krankenkasse geraten, ihren Antrag zurückzunehmen.

Das BAS hat im Rahmen der Zustimmung zu Vorstandsvorträgen einen Interessenausgleich zu schaffen: Zwischen dem Interesse der Beitragszahler an einer sparsamen Mittelverwendung einerseits und dem Interesse der Vertragsparteien an einer Vertragsgestaltung unter Respektierung der Einschätzungsprärogative der Selbstverwaltung andererseits. Diese Herausforderung nimmt das BAS an und versucht in jedem Fall eine interessengerechte und wirtschaftlich sinnvolle Entscheidung zu finden.

Eingaben

Im Berichtszeitraum haben sich – ebenso wie in der Vergangenheit – zahlreiche Versicherte mit insgesamt 3411 Eingaben aus dem Bereich der Krankenversicherung an das BAS gewandt. Hier konnte festgestellt werden, dass sich die Zahl der Eingaben auf sehr hohem Niveau stabilisiert hat. Dabei betreffen die Eingaben alle wesentlichen Bereiche der Krankenversicherung, wobei bestimmte Schwerpunkte hervorzuheben sind: Leistungen, Beitragsbemessung bei Pflicht- und freiwillig Versicherten, rückständige Beiträge (Vollstreckung), Verwaltungsverfahren sowie Mitgliedschaft.

Außerdem haben sich, wie auch in den vergangenen Jahren, zahlreiche Versicherte beim BAS darüber beschwert, dass ihre Krankenkasse keine Haushaltshilfe gewähren oder finanzieren würde. Der Hintergrund ist, dass gesetzlich Versicherte in bestimmten Fällen bei Krankheit Anspruch auf Haushaltshilfe haben. Das bedeutet, dass eine vorübergehende Unterstützung bei der privaten Lebensführung bzw. Kinderbetreuung durch die Krankenkasse finanziert wird, wenn keine andere Person im Haushalt die Arbeiten leisten kann.

Von den Leistungen, die zu zahlreichen Eingaben führen, sind besonders das als Entgeltersatzleistung für die Versicherte von den Krankenkassen zu finanzierende Krankengeld sowie Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl) zu nennen.



2. Pflegeversicherung

Während im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung der Fokus auf der Begleitung und Umsetzung einer Vielzahl an Gesetzen lag, hat das Bundesamt für Soziale Sicherung in der sozialen Pflegeversicherung insbesondere die Sicherstellung der Versorgungsqualität durch die bundesunmittelbaren Pflegekassen geprüft. Auch die soziale Absicherung von Pflegepersonen war, wie bereits in vorangegangenen Jahren, im Berichtsjahr ein laufend präsentes Thema in der Aufsichtstätigkeit.

Fragebogenaktion bei den Pflegekassen

Das BAS hat 2019 die bundesunmittelbaren Pflegekassen zur Umsetzung von Pflegeberatung und Pflegekursen befragt. Alle 65 Pflegekassen haben sich an der Fragebogenaktion beteiligt.

Die Antworten zeigen, dass nur 40 Prozent dieser Pflegekassen selbst eine Pflegeberatung anbieten, und diese oft telefonisch. Die übrigen 60 Prozent haben die Pflegeberatung an Dienstleister ausgelagert. Der Anteil der Beratungen durch Pflegestützpunkte beträgt nur zwischen 1 und 10 Prozent, je

nach Region. Die Kosten für eine Pflegeberatung werden nicht einheitlich ermittelt und verbucht, weil entsprechende verbindliche Vorgaben fehlen.

Eigene Pflegekurse vor Ort bieten nur knapp 10 Prozent der Pflegekassen an. Die übrigen haben Verträge mit Dritten geschlossen. 60 Prozent der Pflegekassen bieten auch digitale Pflegekurse an. Diese sind eine wertvolle Ergänzung der Pflegekurse vor Ort, weil sie flexibel wahrgenommen werden können. Zum Teil erstatten die Pflegekassen allerdings die Kosten für diese Pflegekurse nur, wenn eigene Versicherte gepflegt werden, und nicht für alle an der ehrenamtlichen Pflege Interessierten.

Eingaben

Im Berichtszeitraum haben sich – wie auch in den letzten Jahren – zahlreiche Pflegepersonen oder Versicherte mit insgesamt 437 Eingaben und Petitionen aus dem Bereich der Pflegeversicherung an das BAS gewandt. Diese Zahl der Eingaben hat sich auf einem hohen Niveau stabilisiert.

Die Eingaben betreffen – wie auch in den vorhergehenden Jahren – alle grundlegenden Leistungsbereiche der Pflegeversicherung.

Besonders hervorzuheben sind insbesondere die Dauer des Verwaltungsverfahrens bei den Pflegekassen in Zusammenhang mit der Zuordnung zu einem Pflegegrad, der Auszahlung der Leistungen bei Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.

Darüber hinaus werden von den Pflegepersonen bzw. Versicherten die Abführung von Rentenversicherungsbeiträgen für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI und dessen Übertragbarkeit auf das folgende Kalenderhalbjahr sowie die unterschiedlichen landesrechtlichen Regelungen in diesem Zusammenhang angesprochen.

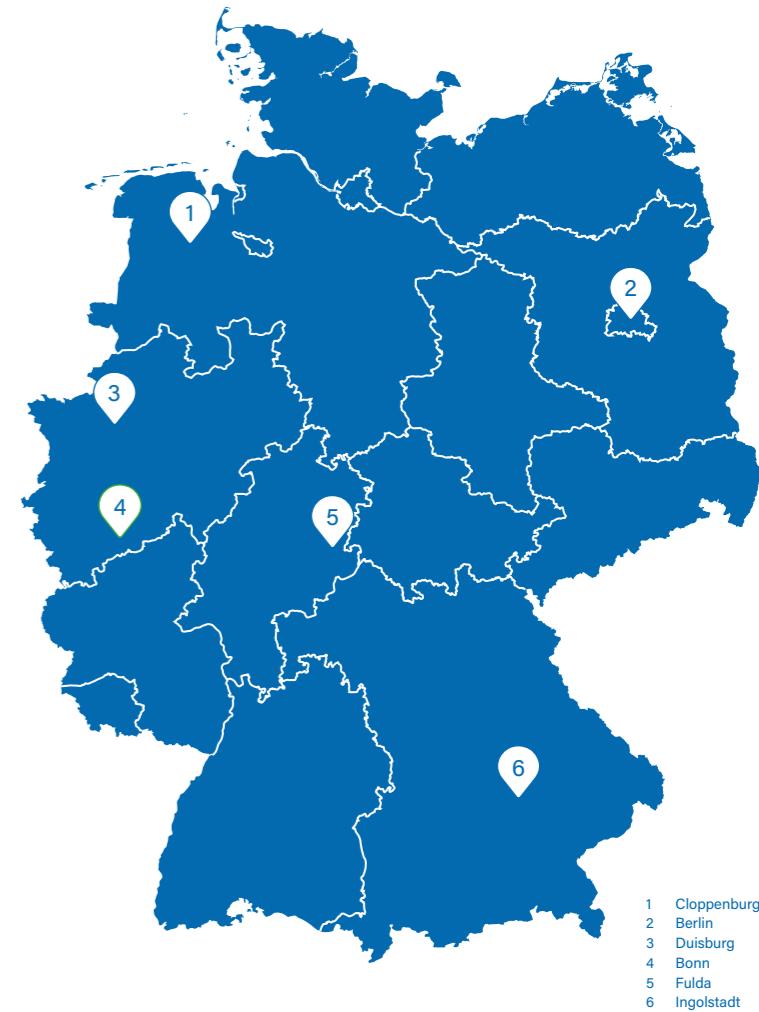




3. Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung

Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung (PDK) hat in erster Linie die Aufgabe, die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie deren Arbeitsgemeinschaften in regelmäßigen Abständen zu prüfen und zu beraten. Mit seinen ca. 150 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bildet er die größte Abteilung des Bundesamtes für Soziale Sicherung und unterscheidet sich von den anderen Einheiten des Hauses aufgrund seiner dezentralen Struktur. Neben den drei Referaten in Bonn – ein Prüfreferat und zwei Steuerungseinheiten – sind fünf Außenstellen über das Bundesgebiet verteilt. Jede Außenstelle ist mit 5 bis 7 Fach-Prüfgruppen besetzt, die ihrerseits aus drei bis fünf Personen bestehen.

Da die Prüfaufgaben in aller Regel vor Ort, d. h. in der Hauptverwaltung der Krankenkassen, den regionalen Geschäftsstellen oder den Kompetenzzentren stattfinden, ermöglicht diese dezentrale Struktur kurze Anfahrten und einen engen Kontakt zum Sozialversicherungsträger. Es werden beispielsweise kasseninterne Arbeitsabläufe begutachtet, Genehmigungs- und Ablehnungsentscheidungen kontrolliert, Einnahmen und Ausgaben hinterfragt oder auch Vergabeverfahren auf ihre Rechtmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit hin überprüft. Stoßen die Prüferinnen und Prüfer auf Fehler oder sehen sie



Verbesserungspotential, so geben sie Empfehlungen im Rahmen eines Prüfberichtes ab. Die Prüfungen sind als Beratungsprüfungen angelegt und sollen präventiv wirken. Dem PDK stehen daher selbst keine Zwangsmittel zur Umsetzung seiner Empfehlungen zur Verfügung. Dies bedeutet aber nicht, dass seine Empfehlungen damit nur bei einem einsichtigen Sozialversicherungsträger wirken. Weigert sich eine Kranken- oder Pflegekasse ein Fehlverhalten abzustellen, bleibt dem PDK immer noch die Möglichkeit, die Aufsicht zu informieren, damit diese den Sachverhalt aufgreift und mit den ihr zur Verfügung stehenden Zwangsmitteln für rechtmäßiges Handeln sorgt.

Daneben bestehen noch zwei weitere dauerhafte gesetzliche Prüfaufträge für den PDK.

Bei den Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V geht es um die korrekte Beitragszahlung, damit der Gesundheitsfonds das ihm zustehende Geld auch tatsächlich erhält. Gegenstand dieser Prüfungen ist die Beitragsfestsetzung, der Beitragseinzug und die Weiterleitung der Beiträge nach § 252 Abs. 2 S. 2 SGB V an den Gesundheitsfonds.

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das zentrale Element der solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung (siehe zweiter Teil Punkt 1.3). Ob die für die Berechnung der Ausgleichsbeträge von den Krankenkassen gemeldeten Daten zutreffend ermittelt und an die RSA-Stelle des BAS gemeldet wurden, prüft der PDK im Auftrag der RSA-Stelle in den Prüfungen nach § 42 RSAV. Festzustellen ist, ob die Datenmeldungen der Krankenkassen zu Versicherungszeiten/DMP und Morbi-RSA zum Zeitpunkt der Meldung rechtmäßig erfolgt sind. Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht zur Anzahl der verschiedenen durchgeführten Prüfungen und Prüfarten in den Jahren 2018 und 2019:

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2018	Durchgeführte Prüfverfahren 2019
Prüfung nach § 274 SGB V/ § 46 SGBXI		
Standardprüfungen	61	49
– Allgemeine Verwaltung	7	10
– Finanzen/ Kassensicherheit	12	10
– Mitgliedschaft/ Beiträge	0	0
– Leistungen Krankenversicherung	14	8
– Leistungen Pflegeversicherung	15	11
– DRG	3	3
– EDV/ Informationstechnik	8	7
– Prüfungen Spitzenverbände	2	–*
Sonderprüfungen	1	1
Schwerpunktprüfungen		
– Leistungen Krankenversicherung	6	5
– Leistungen Pflegeversicherung	2	3
– Mitgliedschaft/ Beiträge	–	1
Prüfungen nach § 252 SGB V		
Standardprüfungen	20	22
Sonderprüfungen	2	1
Prüfungen nach § 42 RSAV		
Versichertenzeiten/DMP	60	6
Morbi-RSA	2	66
Summe Prüfungen	154	154

Für die Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V – das eigentliche Kerngeschäft – konnte der PDK im vergangenen Jahr letztendlich nur 62% seiner für Prüfungen vorgesehenen Personalkapazitäten einsetzen, weil die Prüfungen nach § 252 SGB V und § 42 RSAV vorrangig durchzuführen waren.

Vergabeverfahren

Im Prüfgebiet Allgemeine Verwaltung standen Vergabeverfahren im besonderen Fokus des PDK, da Krankenkassen immer häufiger auf die Unterstützung externer Berater zurückgreifen.

Die Prüfung zeigte, dass bei der Beauftragung, Durchführung und Umsetzung von Beratungsleistungen immer wieder Mängel auftreten, weil Beschaffungs- und Vergabevorschriften nicht hinreichend beachtet werden. Außerdem fehlten häufig Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen.

In einem Extremfall wurden sämtliche Verträge mit externen Dienstleistern ohne ordnungsgemäßes Vergabeverfahren geschlossen. Selbst die von der Kasse eingerichtete zentrale Vergabestelle blieb außen vor.

Aufteilung von Regressforderungen zwischen Kranken- und Pflegekasse

Prüfungen im Finanzbereich haben grundsätzlich das Ziel, das Verwaltungshandeln der Kranken- und Pflegekassen in den Prüffeldern Haushalts-, Kassen- und Rechnungswesen, Finanz- und Vermögenswirtschaft sowie der Kassensicherheit zu untersuchen. Dabei spielen insbesondere die kasseninternen Kontrollmechanismen eine große Rolle.

Im Rahmen der Prüfungen werden zahlreiche Unterlagen eingesehen, Gespräche geführt und Daten der Kasse aus dem Finanzbereich stichprobenhaft im Hinblick auf ihre Validität ausgewertet. Auf diese Weise entsteht ein Bild der finanziellen Lage der Kasse und der auf diese einwirkenden Faktoren.

Neben den in jeder Prüfung zu thematisierenden allgemeineren Bereichen der Finanzprüfung geraten im Verlauf der Untersuchungen auch Einzelfälle in den Blick des PDK. In der Praxis stieß er immer wieder auf Bearbeitungsfehler. Dank seiner intensiven Prüfung konnte der PDK wiederholt Korrekturbedarf bei finanzrelevanten Sachverhalten feststellen, deren Bereinigung sich – in unterschiedlicher Höhe – auf die Rechnungsergebnisse der Kasse auswirkt.

So wurde bei einem Sozialversicherungsträger festgestellt, dass die Verteilung von Zahlungen aus Regressforderungen zwischen Kranken- und Pflegekasse deutlich zu Gunsten der Krankenkasse erfolgte. Insbesondere nach Unfällen ist häufig nicht sofort klar, in welcher Höhe und für welche Maßnahmen Aufwendungen zum Ausgleich von Unfallschäden entstehen. In der Praxis kann eine sachgerechte Verteilung der Aufwendungen zwischen Kranken- und Pflegekasse häufig erst nach dem Behandlungsverlauf vorgenommen werden. Bevor ein Sozialversicherungsträger entscheidet, sollten deshalb konkrete Anhaltspunkte vorliegen. Besonders in Fällen, in denen die Schäden auf Basis bestehender Vereinbarungen in pauschalisierte Form über eine Haftpflichtversicherung erstattet werden, fordert der PDK eine möglichst genaue Prognose, auf deren Grundlage die Verteilung der Regresszahlungen zwischen Kranken- und Pflegekasse erfolgen kann.

Wegen der unterschiedlichen Finanzierungssysteme von Kranken- und Pflegeversicherung besteht ein Anreiz für die Krankenkasse, einen möglichst großen Teil der Einnahmen bei sich zu verbuchen und somit das finanzielle Jahresergebnis positiv zu beeinflussen. Eine Einnahme zugunsten der Pflegekasse hätte hingegen zur Folge, dass die Zahlung nicht unmittelbar der eigenen Pflegekasse zugutekommt, sondern über das Umlageverfahren allen Pflegekassen anteilig zukommt.

* Prüfzuständigkeit seit 1. Januar 2019 beim Bundesministerium für Gesundheit

IT Prüfungen

Die fortschreitende Digitalisierung wird im Gesundheitswesen deutlich spürbar. Kranken- und Pflegekassen setzen beispielsweise in immer stärkeren Maße IT-gestützte Verfahren ein. Daher hat der PDK Mitte des Jahres 2019 eine weitere IT-Prüfgruppe eingerichtet, um zukünftig Themen insbesondere in Zusammenhang mit der Automatisierung der Prozesse und digitalen Kommunikation noch besser aufgreifen zu können.

Insgesamt konnten im vergangenen Jahr durch den PDK mit den schon bestehenden Prüfgruppen sieben IT-Prüfungen nach § 274 SGB V abgeschlossen werden.

Neu konzipiert wurde im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Prüfdienste der Länder und des PDK im BAS nach § 274 SGB V zur Prüfung der Allgemeinen Datenverarbeitung das Thema „Internetpräsenz“. Nach einer intensiven Vorbereitung wurde die Thematik durch den PDK bei einer Krankenkasse geprüft. Inhaltlich ging es bei der Prüfung um die Einhaltung der Schutzziele der Informationssicherheit (Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität). Außerdem lag ein weiterer Schwerpunkt auf dem Bereich Rechtssicherheit und Datenschutz. Als der PDK Handlungsbedarf aufzeigte, erklärte die Kasse, sie werde die Empfehlungen bei der Gestaltung ihrer neuen Internetpräsenz beachten.

Eine weitere Prüfung, die nach dem Inkrafttreten von DSGVO und der Umsetzung im SGB X sehr wichtig geworden ist, betraf die Löschkonzepte der Kranken- und Pflegekassen. Bei den Kassen werden sehr große Mengen an Daten (u. a. auch personenbezogene Daten) verarbeitet, die zur Erledigung ihrer Aufgaben benötigt werden. Diese dürfen rechtmäßig gespeichert und verarbeitet werden, da entsprechende gesetzliche Grundlagen dies ermöglichen. Sobald die Voraussetzungen für eine weitere Speicherung jedoch nicht mehr gegeben sind, müssen die Daten gelöscht werden. Die ersten Erhebungen des PDK haben gezeigt, dass hier weiterhin Beratungsbedarf besteht.

Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Da dem Gesetzgeber die soziale Sicherung der Pflegepersonen besonders wichtig ist, hat der PDK diese Thematik insbesondere im Hinblick auf die Umsetzung der rentenversicherungsrechtlichen Regelungen aufgegriffen. In der Praxis zeigte sich, dass die mit dem PSG II zum 1. Januar 2017 in Kraft getretenen weitreichenden Rechtsänderungen von einigen Pflegekassen nicht gesetzeskonform umgesetzt werden. Eine Vielzahl von Pflegepersonen wurde in der Folge gar nicht bzw. fehlerhaft übergeleitet. Obwohl zur korrekten Beurteilung aller rentenversicherungspflichtigen und nicht rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen eine individuelle Betrachtung jedes Einzelfalles hätte vorgenommen werden müssen, setzten einige Pflegeversicherungsträger diese Vorgabe nicht um. So wurde beispielsweise die mit der Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes einhergehende Berücksichtigung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen bei der Feststellung der Rentenversicherungspflicht außer Acht gelassen. Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage zur Abführung der Rentenversicherungsbeiträge an den Rentenversicherungsträger wurde bei der Pflege durch mehrere Pflegepersonen (sog. Mehrfachpflege) teilweise nicht beachtet, dass nunmehr der individuelle Pflegeaufwand der Pflegeperson ins Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand aller Pflegepersonen zu setzen und die Beitragsabführung quotiert zu berechnen ist. Ob alle diese Pflegepersonen die Voraussetzungen der Versicherungspflicht erfüllen, spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle.

Umsetzung von Empfehlungen aus Gutachten des Medizinischen Dienstes

In jedem zweiten Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit werden u. a. auch Empfehlungen zur Inanspruchnahme von Heilmitteln oder zur Weiterführung einer Heilmittelversorgung ausgesprochen. Die Prüfungen machten jedoch deutlich, dass diese Empfehlungen oftmals unberücksichtigt blieben und die Pflegekassen somit ihrer Verpflichtung, die für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren, nicht im gebotenen Umfang nachkommen. Die Pflegekassen sind aufgefordert, mit den verschiedenen Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammenzuarbeiten. Dabei kommt dem anlässlich der Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellten Gutachten des MDK eine zentrale Bedeutung zu. Es enthält Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse, ob über die derzeitige Versorgungssituation hinaus weitere Leistungen (z. B. zur medizinischen Rehabilitation, Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel, Heilmittel und andere therapeutische Maßnahmen, wohnfeldverbessernde Maßnahmen, edukative Maßnahmen/Beratung/Anleitung und präventive Maßnahmen) notwendig sind. Da Pflegebedürftigkeit in der Regel kein unveränderbarer Zustand ist, sondern ein Prozess, der durch verschiedene Maßnahmen positiv beeinflussbar ist, sollten die Pflegekassen die im Gutachten als erforderlich und erfolgversprechend vorgeschlagenen Maßnahmen aufgreifen und deren Inanspruchnahme aktiv unterstützen und somit ihrer Koordinationsverpflichtung nachkommen. Die Beratung von Pflegebedürftigen durch die Pflegekasse sollte darauf abzielen, die im Gutachten empfohlenen Heilmittel ärztlich verordnen zu lassen, damit die Krankenkasse entsprechend tätig werden kann. Das Bundesgesundheitsministerium hat diese Erkenntnisse zum Anlass genommen, den Sachverhalt nochmals mit Blick auf gesetzlichen Regelungsbedarf zu prüfen.

Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

Im vergangenen Jahr sah es der PDK als notwendig an, Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V näher zu beleuchten, weil die Leistungen intensiv zu Marketingzwecken und zur Positionierung im Wettbewerb genutzt werden können.

Krankenkassen können ihren Versicherten nach § 11 Abs. 6 SGB V in der Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen anbieten. Diese zusätzlichen Leistungen sind nur in ausdrücklich genannten Bereichen zulässig. Da die gesetzliche Regelung einen Rahmen für die Satzungsleistung vorgibt, müssen insbesondere die Art, die Dauer und der Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung von den Krankenkassen in der Satzung bestimmt werden. Von dieser Möglichkeit haben die Krankenkassen regen Gebrauch gemacht.

Die Prüfungen gaben häufig Anlass für Beanstandungen, weil Krankenkassen bei der Leistungsgewährung die von ihnen selbst festgelegten Voraussetzungen für die Erbringung der Leistung, wie etwa das Vorliegen bestimmter Risikofaktoren oder die Vorlage von ärztlichen Verordnungen, nicht sorgfältig kontrollierten.

Wiederholte zeigte sich, dass die Krankenkassen die Kosten für diese Satzungsleistungen nicht auf die dafür vorgesehenen Konten, sondern auf die jeweiligen Leistungskonten verbucht haben. Da die Kosten für die zusätzlichen Satzungsleistungen aus Eigenmitteln (zum Beispiel durch Einsparungen oder entsprechende Zusatzbeiträge) und nicht aus Zuweisungen des Gesundheitsfonds finanziert werden dürfen, sind sie in der Rechnungslegung gesondert auszuweisen. Auf Veranlassung des BAS mussten entsprechende Umbuchungen erfolgen.

Hilfsmittelversorgung unter dem Blickwinkel der Sicherstellung der Qualität der Leistungserbringung

Neben der Leistungsgewährung hat der PDK auch die Qualität bei der Versorgung mit Hilfsmitteln in seine Prüfung einbezogen, da der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) ein besonderes Augenmerk auf die Verbesserung der Versorgungsqualität für die Versicherten gelegt hat. Ein Ziel des HHVG besteht darin, Qualitätsdefizite bei der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln zu beseitigen. Dies soll u.a. durch eine konsequenteren Überwachung der Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung erreicht werden. Damit soll auch die Einhaltung der im Hilfsmittelverzeichnis und den Versorgungsverträgen enthaltenen Anforderungen an die Produkte und die mit ihnen verbundenen Leistungen gewährleistet werden.

Bei den Prüfungen wurde deutlich, dass die Krankenkassen in Bezug auf ihre Aufgabe, die Qualität der Hilfsmittelversorgung sicher zu stellen, sensibilisiert sind. So beinhalten die abgeschlossenen Hilfsmittelversorgungsverträge in der Regel Bestimmungen, die dies sicherstellen sollen. Zum Teil verfügen die Krankenkassen auch über ein internes Beschwerdemanagement, an das sich die Versicherten wenden können, wenn sie mit einer Versorgung nicht einverstanden sind. Diesen Fällen gehen die Kassen dann auch nach. Es fehlt jedoch häufig an einer institutionalisierten, kontinuierlichen Überprüfung der Qualität der Leistungserbringung. Zwar sind die Kassen verpflichtet, Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchzuführen, genutzt wird dieses Instrument von ihnen bislang aber nur selten.

Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V

Bei diesen Prüfungen geht es um die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, die nicht von den Arbeitgebern oder sonstigen Institutionen festgesetzt werden, sondern von den Krankenkassen selbst zu verwalten sind. Zu diesen sogenannten „sonstigen Beiträgen“ gehören z. B. auch die Krankenversicherungsbeiträge, die von selbstständig Erwerbstätigen zu zahlen sind, die sich freiwillig gesetzlich versichert haben.

Überprüft wird anhand von Stichproben, ob die Krankenkassen die Beiträge richtig festgesetzt, eingezogen und an den Gesundheitsfonds weitergeleitet haben. Dabei werden sowohl die Versicherungsverläufe und Beitragszeiten einzelner Mitglieder als auch die Verbuchung der Gelder betrachtet. Stellt der PDK Fehler bei der Bearbeitung durch die Krankenkassen fest, wird berechnet, welche Einnahmen dem Gesundheitsfonds dadurch entgangen sind.

Die monetären Schäden je Einzelfall stellt der PDK in einem Bericht zusammen, den er anschließend an den Gesundheitsfonds übermittelt. Auf dieser Grundlage erlässt der Gesundheitsfonds einen Bescheid, in dem er den Schaden gegenüber der Krankenkasse geltend macht.

Im Jahr 2019 hat der PDK 23 Prüfungen abgeschlossen und die Ergebnisse an den Gesundheitsfonds übermittelt. Dabei wurden unter anderem mehr als 5.200 versichertenbezogene Stichprobenfälle überprüft. Der ermittelte Gesamtschaden lag bei 662.269,63 Euro.

Neben der Durchführung der Prüfungen bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen arbeitet der PDK im BAS eng mit den Prüfdiensten der Länder zusammen. Die aktuellen Inhalte der Prüfungen sowie erforderliche Anpassungen des Prüfverfahrens aufgrund von Gesetzesänderungen werden in regelmäßigen Sitzungen miteinander abgestimmt.

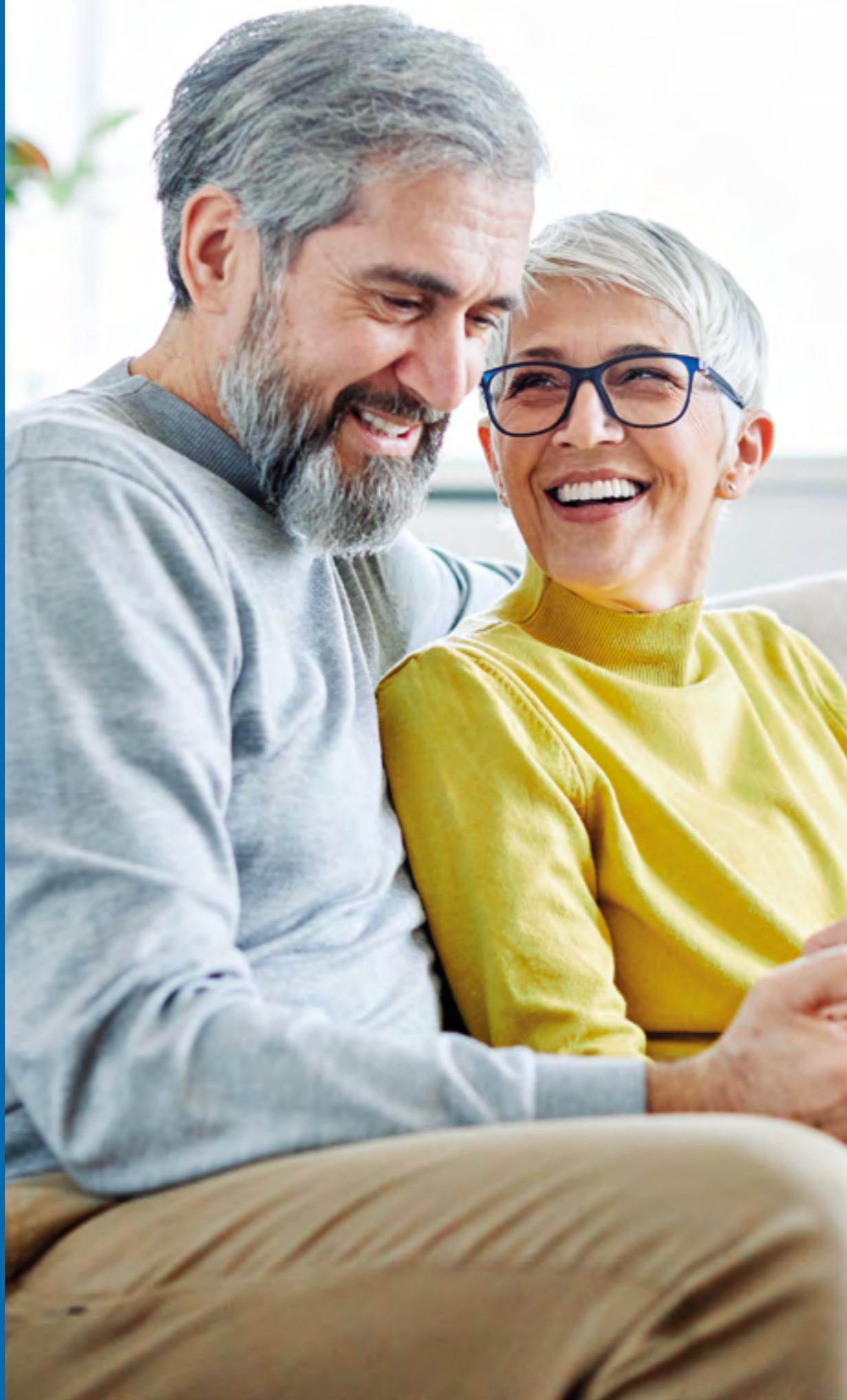
Prüfungen nach § 42 RSAV

Aufgrund des turnusbedingten jährlichen Wechsels standen im vergangenen Jahr bei den sog. RSA-Prüfungen (§ 42 RSAV) wieder die Morbi-RSA-Prüfungen (Datenmeldungen für das Ausgleichsjahr AJ 2014) an. Mit diesen Prüfungen soll geklärt werden, ob die von den Krankenkassen gemeldeten Diagnosen etc. zum Risikostrukturausgleich (RSA) auch tatsächlich belegt waren und die darauf basierenden Auszahlungen des Gesundheitsfonds zu Recht erfolgten. Die für den PDK sehr zeitaufwändigen Prüfungen zeigten erneut, dass die Datenmeldungen der Krankenkassen zum RSA – von wenigen Ausnahmen abgesehen – weitgehend korrekt erfolgten.

Die Stichprobe umfasste 137.222 Versicherte. Bei 65 bundesunmittelbaren Krankenkassen bedeutete dies einen Durchschnitt von 2.111 Versicherte pro Kasse. Insgesamt umfasste die Prüfung für die Stichprobenversicherten mehr als 3 Millionen zu prüfende Datensätze (insbesondere Diagnosen und Arzneimittelverordnungen). Vor Ort mussten Belege zu 27.449 Datensätzen geprüft werden, da diese nicht durch maschinelle Prüfungen zugeordnet werden konnten.

Die Gesamtfehlerzahl bei allen bundesunmittelbaren Krankenkassen lag bei 1.829 und damit erneut unter den Werten der Vorjahre (Prüfung AJ 2012: 3.186; Prüfung AJ 2010: 4.401).

Obwohl zunächst 6 Krankenkassen aufgrund der festgestellten Fallfehler auffällig waren, mussten sie sich keiner weiteren Prüfung (sog. Stufe-2-Prüfung) stellen, da die monetäre Auswirkung der Fehler nach Feststellung der RSA-Stelle des Hauses einen vorgegebenen Schwellenwert nicht überschritten.



4. Rentenversicherung

4.1 Themen der Aufsicht

Keine Renteninformationen von Amts wegen für Bezieher von Erwerbsminderungsrenten

Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt die Rechtsaufsicht über die Rentenversicherungsträger Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) und Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS). Darüber hinaus übt es die Rechtsaufsicht über die DRV Bund aus, soweit diese gemeinsame Angelegenheiten und Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Rentenversicherungsträger wahrnimmt und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) dem BAS die Aufsicht über diese Grundsatz- und Querschnittsaufgaben übertragen hat.

Die Rentenversicherungsträger sind gemäß § 109 SGB VI verpflichtet, ihren Versicherten ab dem 27. Lebensjahr jährlich eine Renteninformation sowie ab dem 55. Lebensjahr alle drei Jahre eine Rentenauskunft von Amts wegen zu übermitteln. Gleichwohl stellen die Rentenversicherungsträger mit dem Beginn der Zahlung einer Erwerbsminderungsrente die automatische Übermittlung der Renteninformationen und Rentenauskünfte ein. Die Prüfung des Bundesamtes für Soziale Sicherung hat ergeben, dass die Rechtsauffassung der DRV Bund, dass keine gesetzliche Verpflichtung besteht, Rentenbezieherinnen und Rentenbeziehern automatisch eine Renteninformation zuzusenden, rechtlich vertretbar ist. Da der Wortlaut der Vorschrift nicht eindeutig ist und das BAS immer wieder Beschwerden zu diesem Thema erreichen, hat das BAS beim BMAS angeregt, gesetzlich klarzustellen, welchem

Personenkreis gemäß § 109 SGB VI eine Renteninformation zugestellt werden muss. Nachdem die DRV Bund das Ministerium ebenfalls um eine Klarstellung gebeten hat, sieht der Entwurf des 7. SGB IV-ÄndG Ergänzungen vor. Zum einen endet demnach der Versand von Renteninformationen, sobald eine Rente aus eigener Versicherung gezahlt wird, spätestens aber wenn die Regelaltersgrenze erreicht ist. Zum anderen soll geregelt werden, dass die Erziehungs- oder Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner auf Antrag eine unverbindliche Auskunft über die voraussichtliche Höhe einer späteren Altersrente erhalten.

Ermittlung des Zugangsfaktors für Zuschläge an Entgeltpunkten aus Beiträgen nach Beginn einer Rente wegen Alters

Für Beiträge, die nach Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt werden, wird gemäß § 76d SGB VI ein Zuschlag an Entgeltpunkten ermittelt. Das BAS hat sich grundsätzlich mit der Frage beschäftigt, wie der Zugangsfaktor für diese Zuschlagsentgeltpunkte ermittelt wird. Nach eingehenden Erörterungen mit einem Rentenversicherungsträger hat das BAS festgestellt, dass die Verfahrensweise dieses Trägers in sich schlüssig und rechtlich vertretbar ist.

Umsetzung der Mütterrente

Immer neue Fragen stellen sich im Zusammenhang mit der Mütterrente I und II. So hat sich das BAS mit der Frage befasst, welchem Elternteil die Kindererziehungszeiten zuzuordnen sind, wenn ein Wechsel der Erziehung im Laufe eines Kalendermonats erfolgt. Ein Rentenversicherungsträger hat diesen Monat der Erziehungszeit nicht demjenigen Elternteil zugeordnet, der das Kind in diesem Monat überwiegend erzogen hat, sondern demjenigen, der das Kind zu Beginn des Monats erzogen hat. Nach Auffassung des BAS hätte die Erziehungszeit demjenigen Elternteil zugeordnet werden müssen, der das Kind in diesem Monat überwiegend erzogen hat. Da allerdings

im Gesetz nicht geregelt ist, wie die Prüfung der überwiegenden Erziehung vorzunehmen ist (gesonderte Prüfung eines jeden einzelnen Kalendermonats oder eine Prüfung nach den jeweils zusammenhängenden Zeiträumen überwiegender Erziehung vom Tag des Beginns der überwiegenden Erziehung durch einen Elternteil bis zum Tag des Wechsels der Erziehungssituation) ist die abweichende Rechtsauffassung des Rentenversicherungsträgers vertretbar und damit aufsichtsrechtlich nicht zu beanstanden.

Die weitere Frage, wann die Regelaltersrente beginnt, wenn die Wartezeit erstmals durch die Mütterrente I und II erfüllt wird und der Rentenantrag nicht rechtzeitig gestellt wurde, hat das BAS zur erneuten Prüfung an den Grundsatz- und Querschnittsbereich der DRV Bund gegeben.

Unbefriedigende Bearbeitungszeiten

Viele Versicherte waren mit der Bearbeitungsdauer eines Rentenversicherungsträgers unzufrieden. Das BAS hat sich in jedem Einzelfall erklären lassen, warum es zu Verzögerungen kam. Zudem hat der Rentenversicherungsträger erläutert, welche generellen Maßnahmen er bereits ergriffen hat, um seine Laufzeiten zu verkürzen. Das BAS wird weiter aufmerksam beobachten, ob diese Maßnahmen greifen.

Überprüfung von Erwerbsminderungsrenten

In besonders vielen Eingaben wandten sich Versicherte dagegen, dass ihre Anträge auf Erwerbsminderungsrente abgelehnt wurden. Begründet haben die Rentenversicherungsträger dies oft damit, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nicht vorliegen. Das BAS achtet daher in seiner Aufsichtspraxis vor allem darauf, dass die Rentenversicherungsträger die vorliegenden medizinischen Befunde hinreichend würdig und berücksichtigen. Sind bestimmte Diagnosen unberücksichtigt geblieben oder deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht

schlüssig und nachvollziehbar dargelegt worden, wird der Rentenversicherungsträger aufgefordert, diese Aspekte zu berücksichtigen und seine Entscheidung zu überprüfen.

Insgesamt hat das BAS festgestellt, dass Eingaben zur Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit stark rückläufig sind, da deren Bezug nur noch für Versicherte in Frage kommt, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind. Für alle Versicherten, die nach diesem durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20. Dezember 2000 festgelegten Stichtag geboren sind, erfolgt die Prüfung der Erwerbsminderung in der Regel in Bezug auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes. Der zuvor ausgeübte Beruf spielt in diesem Zusammenhang dann keine Rolle mehr.

Leistungen zur Teilhabe

Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe spielt der ausgeübte Beruf hingegen nach wie vor eine entscheidende Rolle. Dies zeigt sich bei den zahlreichen Eingaben zu dem Thema „Auswahl von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“. Hier müssen die Rentenversicherungsträger Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit der Versicherten berücksichtigen. Gleichzeitig haben sie jedoch auch darauf zu achten, dass durchzuführende Maßnahmen leidensgerecht und wirtschaftlich sind. In diesem Spannungsverhältnis achtet das BAS darauf, dass die Entscheidungen der Rentenversicherungsträger im Rahmen des vom Gesetzgeber eingeräumten Ermessensspielraums nachvollziehbar sind und alle Aspekte des Einzelfalls berücksichtigen.

Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit sind ebenfalls die Kriterien, die das BAS bei der aufsichtsrechtlichen Bearbeitung von Beschwerden über abgelehnte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besonders im Fokus hat. Die dabei durch die Rentenversicherungsträger zu klarenden medizinischen Wertungsfragen thematisieren besonders häufig, ob anstelle der beantragten Leistung zur medizinischen Rehabilitation zunächst eine Akutbehandlung

erforderlich ist bzw. ausgeschöpft werden sollte. Hintergrund hierfür ist unter anderem die Regelung des § 13 Absatz 2 SGB VI, nach der die Träger der Rentenversicherung in der Regel keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit oder anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung erbringen.

Diese sozialmedizinische Abgrenzung stellt in einigen Fällen insbesondere für den Bereich der psychischen Erkrankungen eine schwierige Aufgabe dar, da viele Antragsteller bislang keine Therapie für psychisch Kranke in Anspruch genommen oder in ihrer Region noch keinen Therapieplatz gefunden haben. Auch hier achtet das BAS darauf, dass bei der Entscheidung die eingereichten Befunde und alle Umstände des Einzelfalls berücksichtigt werden und dass das medizinische Votum nachvollziehbar und schlüssig begründet worden ist. Darüberhinausgehende Möglichkeiten, wie zum Beispiel eigene medizinische Ermittlungen durchzuführen, hat das BAS bei der Bearbeitung von Eingaben und Petitionen jedoch nicht.

Eingaben

Das BAS hat im Jahr 2019 insgesamt 1.111 Eingaben und Petitionen aus dem Bereich Rentenversicherungsrecht (ohne internationales Sozialversicherungsrecht) bearbeitet. Das BAS hat die Anliegen anhand der Verwaltungsakten und von Stellungnahmen der betroffenen Rentenversicherungsträger daraufhin überprüft, ob diese sich an das geltende Recht gehalten haben.

Das BAS erreichten neben den zahlreichen Beschwerden über abgelehnte Erwerbsminderungsrenten, Leistungen zur Teilhabe und zu lange Bearbeitungszeiten viele Eingaben, in denen die Rentenberechnung zu überprüfen war, weil Rentenleistungen als zu gering empfunden wurden oder Zweifel an der Rechtmäßigkeit der komplexen Rentenberechnung bestanden. Oftmals war hier eine vertiefte Prüfung erforderlich, um den Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführern die

Hintergründe der Berechnung zu erklären. In einigen Fällen wurden aber auch fehlende Zeiten oder eine fehlerhafte Berücksichtigung besitzgeschützter Entgeltpunkte festgestellt, sodass es nach erneuter Prüfung des Rentenversicherungsträgers zu einer Änderung der Rentenhöhe kam.

Des Weiteren haben das BAS Beschwerden von Auftragnehmern beschäftigt, die die Entscheidungen über ihren sozialversicherungsrechtlichen Status nicht nachvollziehen konnten. Zudem war das BAS in Eingaben gebeten worden, zu prüfen, ob die Vorschriften des Rentenüberleitungsrechts zutreffend angewandt worden sind oder die Mitteilungen eines Rentenversicherungsträgers an die Finanzämter korrekt waren.

4.2 Prüfungen

Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt systematische Aufsichtsprüfungen bei den bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern durch. Dazu gehören insbesondere die DRV Bund und die DRV KBS. Ziel ist es, bei den Rentenversicherungsträgern nicht nur Fehler im Einzelfall aufzudecken, sondern durch eine systematische Analyse der Fehlerquellen und Fehlerschwerpunkte eine fehlerfreie verfahrensrechtliche und materiell-rechtliche Rechtsanwendung sicherzustellen. Einen Schwerpunkt der Prüftätigkeit des BAS bilden generell gesetzliche Neuregelungen und ihre Umsetzung in der Praxis durch die Rentenversicherungsträger.

Im Jahr 2019 erfolgte u. a. ein Prüfverfahren zur „Rente mit 63“. Die aufsichtsrechtliche Prüfung erstreckte sich hierbei schwerpunktmäßig vor allem auf die Absenkung der entsprechenden Altersgrenze, die Erfüllung der hierfür notwendigen neu geregelten Wartezeit, die Berücksichtigung von rentenrechtlichen Versicherungszeiten sowie die hierfür notwendigen Verwaltungsverfahren.

Darüber hinaus wurden bei der DRV Bund und der DRV KBS neue Aufsichtsprüfungen u. a. auf den Gebieten „Geschiedenenwitwenrenten“ und „Versorgungsausgleich“ eingeleitet. Beide Prüfverfahren dauern noch an. Die Ergebnisse sind einem späteren Tätigkeitsbericht vorbehalten.





5. Unfallversicherung

5.1 Themen der Aufsicht

Eingaben

Beim Bundesamt für Soziale Sicherung sind im Jahr 2019 im Bereich Unfallversicherung 270 Eingaben und Petitionen eingegangen. Diese haben sich, wie in den vergangenen Jahren, mit verschiedensten Themen der gesetzlichen Unfallversicherung einschließlich der landwirtschaftlichen Unfallversicherung befasst. Die Anliegen und Beschwerden der Versicherten sind vielfältig. Sie umfassen die unterschiedlichsten, meist sehr komplexen Fallkonstellationen des Leistungs-, Beitrags- und Mitgliedschaftsrechts. Die Lebensumstände und Erkrankungen aus dem Beruf oder nach Arbeitsunfällen oder die Höhe und Erhebung von Beiträgen beschäftigen die Betroffenen.

Diese bemängeln zum Beispiel in Verfahren bei den Unfallversicherungsträgern, dass diese nicht rasch genug oder nicht korrekt durchgeführt würden. Ferner beschweren sie sich, dass Leistungen nicht gewährt oder zu gering angesetzt seien. Auf

Unverständnis stößt bei Unfällen oder Krankheiten zum Teil auch, dass sie nicht dem Beruf oder der Arbeit zugeordnet werden.

Mitwirkungsangelegenheiten

Das BAS hat den Unfallversicherungsträgern die beantragten Satzungs- und Gefahrtarifänderungen genehmigt. In einzelnen Satzungen wurden beispielsweise die Versicherungssummen für pflichtversicherte Unternehmerinnen und Unternehmer oder bei der Zusatzversicherung geändert. Auch der Höchstbetrag des Jahresarbeitsverdienstes wurde angehoben. Das elektronische Lohnnachweisverfahren ist begrifflich klarer gefasst worden. Außerdem sind nun weitere Personen versichert, ohne dafür Beiträge zu zahlen, wenn sie sich auf dem Gelände eines Betriebs aufhalten. Der Kreis der Personen, die sich von der Unternehmerpflichtversicherung befreien lassen können, wurde an einer Stelle enger gefasst.

Bei dem zur Genehmigung vorgelegten 1. Nachtrag zum Gefahrtarif eines Unfallversicherungsträgers stand vor allem die Klarstellung der bestehenden Regelungen im Vordergrund. Bei der Genehmigung

solcher Regelungen, sind bestimmte Formalien einzuhalten. Das BAS hat den Unfallversicherungs trägern im Berichtsjahr eine überarbeitete Checkliste sowie ein musterhaftes Beispiel übersandt, um diese bei der richtigen Antragstellung zu unterstützen.

Durchschnittsentgelte Seeleute, Beitragszuschüsse Küstenländer

Für den Bereich der Seeleute gelten einige gesetzliche Besonderheiten. So genehmigte das BAS die jährlich von der zuständigen Berufsgenossenschaft festgelegten sogenannten Durchschnittsheuern. Das sind durchschnittliche Beträge, die bei der Berechnung von Leistungen und Beiträgen herangezogen werden.

Darüber hinaus werden die Unternehmen der Küstenfischerei bei der Beitragszahlung durch die Küstenländer unterstützt. Die betreffenden fünf Länder zahlen jährlich wechselnde Zuschüsse. Das BAS hat auch im Berichtsjahr diese Beträge festgesetzt. Vorher hat es die Länder entsprechend einbezogen.

Beteiligung an Gesetzgebungsvorhaben

Das BAS hat verschiedene Gesetzentwürfe bewertet und zu einzelnen Vorhaben Stellungnahmen abgegeben. Auf dem Gebiet der Unfallversicherung wichtig war zuletzt der Entwurf eines Änderungsgesetzes zum 4. Sozialgesetzbuch (7. SGB IV ÄndG), mit dem u.a. eine Fortentwicklung des Rechts der Berufskrankheiten beabsichtigt ist.

10 Jahre Aufsicht über DGUV

Das BAS führte im Berichtsjahr seit zehn Jahren die Aufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) für bestimmte Aufgaben des Spitzenverbands. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hatte dem damaligen Bundesversicherungsamt diese Rechtsaufsicht ab 1. November 2009 übertragen. Bei den Aufgaben handelt es sich um

bestimmte Richtlinien und Verträge, die die DGUV erlassen bzw. schließen muss. Das sind Gemeinsame Richtlinien für die Mitglieder der DGUV zu Hilfsmitteln, zur häuslichen Krankenpflege, zur Kraftfahrzeughilfe, zur Wohnungshilfe sowie zu Reisekosten. Bei den Verträgen geht es darum, wie Heilbehandlungen durchgeführt, Ärzte und Zahnärzte vergütet werden und wie abgerechnet wird.

Das BAS hat in den vergangenen Jahren zahlreiche Änderungen oder komplett Überarbeitungen der Richtlinien und Verträge aufsichtsrechtlich begleitet. Dabei hat es sich regelmäßig über Berichte und in Gesprächen mit der DGUV ausgetauscht.

Im Jahr 2019 befasste sich das BAS mit Gebühren erhöhungen sowie Änderungen, Ergänzungen und Neufassungen verschiedener Punkte für ärztliche Leistungserbringer. Zu Gebührenanpassungen (Anhebungen einzelner Punktwerte) kam es zudem im Bereich der zahnärztlichen Versorgung der Unfallversicherten. Insgesamt bewertete das BAS die beschlossenen Vertragsänderungen als plausibel und nachvollziehbar.

Beginn von Renten an Versicherte bei Mehrfachbeschäftigung

Im BAS war zudem die Frage aufgeworfen worden, ob sich der Beginn von Renten an Versicherte mit mehreren Beschäftigungen an der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu orientieren habe oder die Gegenansicht vorzugswürdig sei. Das Bundessozialgericht (Urteil vom 23. Juli 2015, Az.: B 2 U 6/14 R) hatte entschieden, dass bei mehreren Beschäftigungen die Verletztenrente bereits dann beginnt, wenn sich die Höhe des Anspruchs auf Verletztengeld ändert, weil in einer der Beschäftigungen die Arbeitsunfähigkeit endet. Nach gegenteiliger Auffassung beginnt die Versichertenrente bei mehreren Beschäftigungen der Versicherten mit zu unterschiedlichen Zeitpunkten endender Arbeitsunfähigkeit erst nach endgültigem Wegfall der Verletztengeldzahlung.

Das BAS folgt der Entscheidung des Bundessozialgerichts und dessen Argumentation. Insbesondere stehe für den Gesetzgeber die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung im Vordergrund. Zudem sei dem Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG Rechnung zu tragen. Dieser werde nicht hinreichend beachtet, wenn die Gruppe der Versicherten mit mehreren Beschäftigungen gegenüber der Gruppe der Versicherten mit nur einer Beschäftigung hinsichtlich des Rentenbeginns ungleich behandelt würden.

Die Berechnung des Verletztengeldes gemäß den gesetzlichen Vorgaben der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sieht das BAS dabei als Aufgabe der Unfallversicherungsträger im Rahmen ihres Selbstverwaltungsrechts. Einem Verfahren, das sich an den Bestimmungen zum Ausschluss und der Kürzung des Krankengeldes orientiert, kann sich das BAS hier nicht anschließen.

Anträge nach dem Informationsfreiheitsgesetz

Das BAS musste im Berichtsjahr im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung über 17 Anträge nach dem Gesetz zur Regelung des Zugangs zu Informationen des Bundes (IFG) entscheiden. Hierbei war vor allem zu klären, ob das BAS bei ihm vorhandene Informationen über einzelne Berufsgenossenschaften zugänglich machen muss bzw. darf, weil hierdurch die wirtschaftlichen Interessen der Sozialversicherung sowie die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der Unfallversicherungsträger berührt werden könnten. Ein Anspruch auf Informationszugang besteht nur, wenn nach dem IFG schützenswerte Belange der Sozialversicherungen nicht beeinträchtigt werden. Vom Schutzbereich umfasst sind beispielsweise vorhandene anonymisierte Leistungs- und Abrechnungsdaten sowie Mitglieder-, Vertrags- und Finanzdaten. Weiterhin hatte das BAS zu beachten, dass Zugang zu Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen nur nach Zustimmung der Betroffenen gewährt werden darf.

Zur Bearbeitung der Anträge waren die betroffenen Unfallversicherungsträger als Dritte einzubinden. Im Anschluss musste das BAS das gegenläufige Vorbringen auf Antragstellerseite sowie das der betroffenen Dritten auswerten. Eine gefestigte Rechtsprechung existiert bislang noch nicht. Den Anträgen konnte nur teilweise stattgegeben werden. Der Informationszugang war teilweise ausgeschlossen, weil sich die Möglichkeit einer Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Interessen der Sozialversicherung ergeben hätte sowie die erforderliche Zustimmung zur Preisgabe von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen seitens der betroffenen Unfallversicherungsträger fehlte. In mehreren Fällen wurden gegen unsere Entscheidungen Widersprüche eingelegt und auch Klagen erhoben, sowohl von Antragstellerseite als auch von Seiten der dritt betroffenen Unfallversicherungsträger. Derzeit sind vier Klageverfahren anhängig.

Arbeitsgemeinschaften der Unfallversicherungsträger

Im Berichtsjahr sind im Bereich der Unfallversicherung Arbeitsgemeinschaften der Träger vom BAS überprüft worden. Die Träger können diese errichten, um sich im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben gegenseitig zu unterstützen und eng zusammenzuarbeiten. Dabei ist zu beachten, dass nur Geschäfte geführt werden dürfen, die zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Unfallversicherungsträger gehören. In der Vergangenheit war dies für das BAS vor allem bezogen auf Versorgungsleistungen, also Dienstleistungen für bzw. an Patientinnen und Patienten zu klären. Hier hat sich zwischenzeitlich mit dem Fortschreiten der Digitalisierung ein Wandel vollzogen. So war im Berichtsjahr im Schwerpunkt zu bewerten, ob die von einer Arbeitsgemeinschaft von Unfallversicherungsträgern angebotene Standardisierung von Verwaltungsprozessen und IT-Anwendungen noch der Aufgabenerfüllung der gesetzlichen Unfallversicherung dient. Das Leistungsangebot dieser Arbeitsgemeinschaft ist darauf gerichtet, Verwaltungsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger in digitaler Form anzubieten. Dazu gehört die Möglichkeit, Antragsverfahren

oder Meldepflichten von Bürgerinnen und Bürgern oder Unternehmen als digitalen Prozess online anzustoßen und erledigen zu können, z. B. Gewerbean-, -um- und -abmeldungen. Ferner unterstützt die Arbeitsgemeinschaft mit ihren Produkten die Unfallversicherungsträger bei der Erfüllung weiterer Aufgaben, wie beispielsweise im Falle von Betriebsprüfungen durch die gesetzliche Rentenversicherung oder die Übermittlung von Leistungsdaten zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern sowie an die Finanzämter. Nach Klärung des Umfangs des Tätigkeitsfeldes ergaben sich nach durchgeföhrter rechtlicher Bewertung keine Bedenken.

Resultat der Prüfung war unter anderem, dass der Unfallversicherungsträger in einzelnen Fällen, selten in ganzen Fallgruppen, Leistungen nicht bzw. fehlerhaft festgestellt hatte. Als Konsequenz hieraus waren Nachzahlungen an Versicherte in Höhe eines sechsstelligen Betrages zu erbringen. Im Gegenzug konnten fehlerhafte Zahlungen/Leistungen korrigiert bzw. Rückforderungen geltend gemacht werden. Unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse werden künftig weitere Einsparungen möglich sein.

Im Ergebnis war die Art und Durchführung der Prüfung folgerichtig und wird daher bei weiteren fusionierten gesetzlichen Unfallversicherungsträgern fortgesetzt.

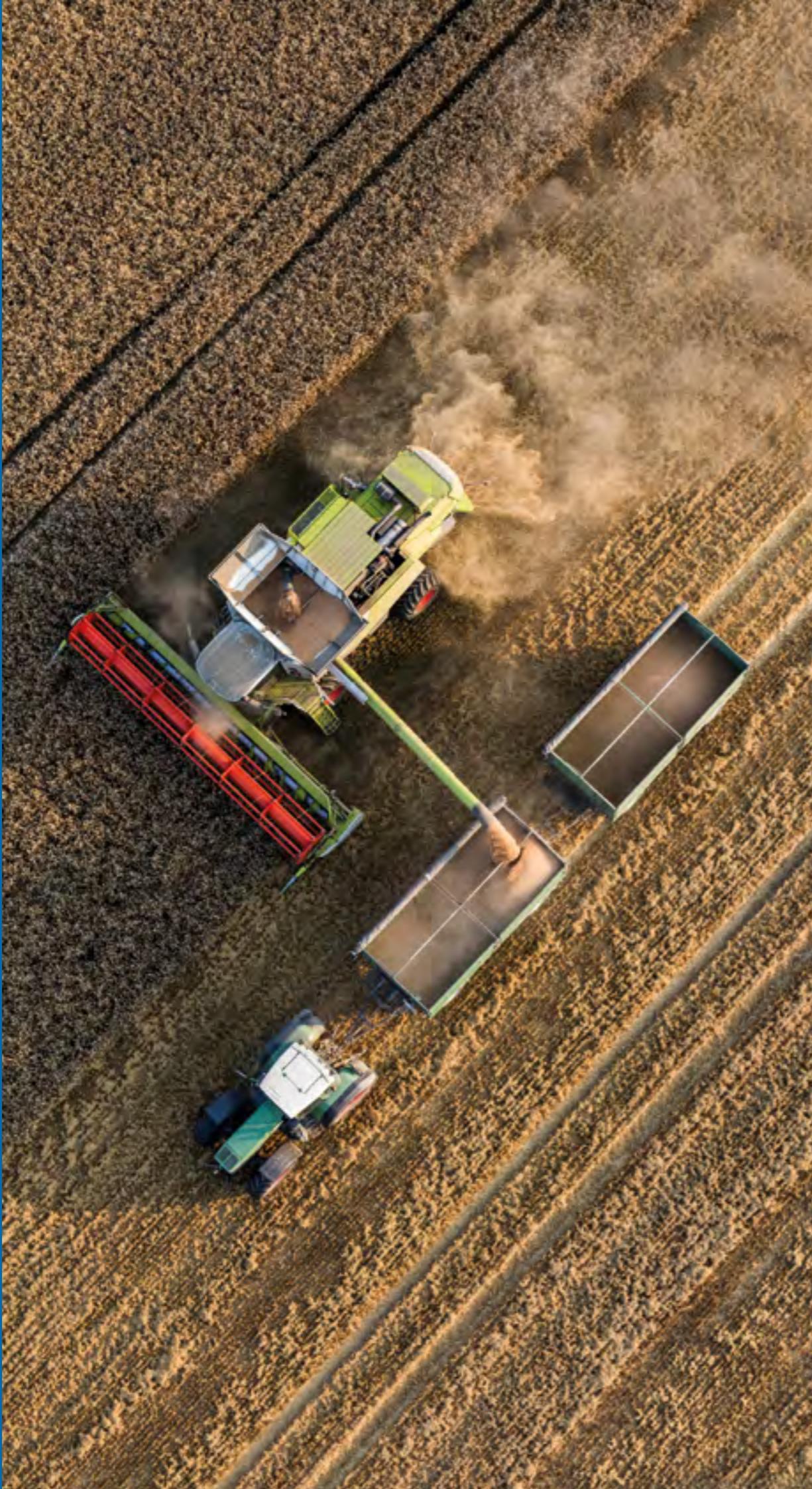
5.2 Prüfungen

Prüfung zum Stand der Fusionsumsetzung auf dem Gebiet des Leistungswesens

Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat dieaufsichtsrechtlichen Prüfungen zum Stand der Fusionsumsetzungen auf dem Gebiet des Leistungswesens mit dem Schwerpunkt Vereinheitlichung der Arbeitsweisen bei einer weiteren Berufsgenossenschaft, erweitert um eine Querschnittsprüfung, fortgeführt.

Die Prüfung der Angleichung von Arbeitsweisen (unterstützt durch einheitliche Richtlinien, Dienst- und Arbeitsanweisungen, Vordrucke) hat gezeigt, dass der Unfallversicherungsträger bereits eine wirksame Basis zur Gewährleistung guter und einheitlicher Verfahren geschaffen hat. Er wird weiterhin seinen Fokus darauf legen, kontinuierlich die Qualität und Quantität bei der Erbringung von Leistungen weiter zu verbessern.





6. Landwirtschaftliche Sozialversicherung

6.1 Themen der Aufsicht

Die landwirtschaftliche Sozialversicherung stellt einen Sonderfall in der gesetzlichen Sozialversicherung dar. Unter dem Dach eines Einheitsträgers finden sich sowohl die landwirtschaftliche Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pflegeversicherung als auch die Alterssicherung der Landwirte.

Neben den Eingaben und Petitionen zur landwirtschaftlichen Unfallversicherung, die bereits oben unter „Unfallversicherung“ mitbetrachtet wurden, erhielt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Berichtsjahr 2019 20 Eingaben und Petitionen zur Alterssicherung der Landwirte. Diese beinhalteten unter anderem Fragen zur Versicherungs- und Beitragspflicht, Kritik an langen Verwaltungsverfahren, die Vollstreckung von Beitragsforderungen sowie Anliegen, die mit der Abschaffung der sogenannten Hofabgabeklausel in Verbindung standen. Hintergrund ist die im Jahr 2018 nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes erfolgte Gesetzesänderung, mit der die Verpflichtung zur Abgabe des Hofes als Anspruchsvoraussetzung für eine Rentengewährung weggefallen ist. Hierdurch kam

es zu einem erheblichen Anstieg der Rentenanträge, besonders im 1. Quartal des Berichtsjahres. Neben den Eingaben zu dieser Gesetzesänderung prüfte das BAS auch verschiedene rechtliche Fragen, die mit der Abschaffung der Hofabgabeverpflichtung in Verbindung standen.

Von den im Berichtsjahr für den Bereich der Alterssicherung der Landwirte zu bewertenden Gesetzesentwürfen war besonders der Entwurf eines Änderungsgesetzes zum 4. Sozialgesetzbuch (7. SGB IV ÄndG) bedeutsam. Neben verschiedenen Folgeänderungen, die auf der Abschaffung der Hofabgabeverpflichtung beruhen, sieht der Entwurf u.a. vor, für Leistungen der Prävention den satzungsgesetzlichen Gestaltungsauftrag an den Träger der landwirtschaftlichen Alterssicherung zu präzisieren.

6.2 Prüfungen

Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat eine Aufsichtsprüfung auf dem Gebiet „Leistungen der Alterskasse“ mit den Schwerpunkten „Beschleunigung des Feststellungsverfahrens“, „Verwaltungsverfahren“ und „Rechtsbehelfsverfahren“ durchgeführt. Zudem wurde die Angleichung der Arbeitsweisen der einzelnen Standorte bzw. Dienstleistungszentren insbesondere im Hinblick auf einheitliche Richtlinien und Vordrucke untersucht.

Während der Prüfung fielen Fälle auf, in denen zustehende Leistungen nicht korrekt festgestellt bzw. fehlerhaft nicht erbracht worden waren.

Außerdem ermittelte der Sozialversicherungsträger rückwirkend alle Fälle, in denen eine Beitragserstattung in Betracht kam, weil die für die jeweiligen Altersrenten erforderlichen Wartezeiten nicht mehr erfüllt werden und daher die gezahlten Beiträge nicht (mehr) zu einem Leistungsanspruch führen konnten.

Der Sozialversicherungsträger hat sein Verwaltungsverfahren dahingehend verbessert, dass künftig bereits in Ablehnungsbescheiden fallabhängig eine Information über ggf. bestehende Beitragserstattungsmöglichkeiten mitaufgenommen wird.





7. Übergreifende Aufsichtsthemen

7.1 Finanzen

Prüfungen im Bereich Finanzen

Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt jährlich Prüfungen zu den Geldanlagen der Sozialversicherungsträger durch. Diese verfügten Ende 2018 über rund 72 Milliarden Euro an liquiden Mitteln, die sie gemäß den gesetzlichen Vorschriften vorrangig sicher und liquidierbar anlegen müssen, um ihre gesetzlichen Aufgaben jederzeit erfüllen zu können. In 2019 hat das BAS bei mehreren Sozialversicherungsträgern geprüft, ob die erworbenen Geldanlagen zulässig sind und ob diese Träger über ein funktionierendes Anlage- und Risikomanagement verfügen. Die Überprüfung der Geldanlagen wird durchgeführt, um eine sichere Anlagepraxis in der Sozialversicherung zu gewährleisten.

Die Sozialversicherungsträger, deren Eigenbetriebe und Beteiligungen müssen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit beachten. Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeits- und Sparsamkeitsgebots ist ein kontinuierliches Schwerpunktthema von Aufsichtsprüfungen des BAS. 2019 wurde bei verschiedenen

Sozialversicherungsträgern und mehreren Eigenbetrieben geprüft, ob die gesetzlichen Aufgaben unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erfüllt werden. Im Rahmen der Prüfung einer Beteiligung wurde der Frage nachgegangen, ob diese wirtschaftlich zum Vorteil der beteiligten Sozialversicherungsträger betrieben wird.

Baumaßnahmen

Das BAS prüft nach § 85 SGB IV die Genehmigungsanträge und Anzeigen von Vermögensanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger wie Grunderwerbe, Bauvorhaben sowie die Gewährung von Darlehen und Zuschüssen. Es orientiert sich dabei an den vom BAS erstellten Genehmigungs- und Anzeigeverfahrensgrundsätzen für Immobilienmaßnahmen, den sogenannten Grundsätzen 85.

Durch die Kontrolle der Bauvorhaben werden durchschnittlich 5 % an Einsparungen bezogen auf das beabsichtigte Bauvolumen der Sozialversicherungsträger erzielt.

Im Kalenderjahr 2019 wurden Baumaßnahmen, Grunderwerbe, Darlehen und Zuschüsse mit einem Gesamtvolumen in Höhe von 149,9 Millionen Euro bearbeitet.

Darüber hinaus wurde die Aufsicht über insgesamt 62 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von 890,7 Millionen Euro geführt.

Eine Arbeitsgemeinschaft muss auch als Aktiengesellschaft das Aufsichtsrecht beachten

2002 gründeten Betriebskrankenkassen eine Arbeitsgemeinschaft (AG) zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) für dauerhaft (chronisch) Erkrankte in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft.

Die AG vertrat die Auffassung, gegenüber der Aufsichtsbehörde keine Informations- oder Auskunftspflichten zu haben. Das Aktienrecht sei gegenüber dem Sozialgesetzbuch vorrangig und verpflichtete die Organe der Aktiengesellschaft zur Verschwiegenheit. Das BAS erließ daher 2012 eine aufsichtsrechtliche Anordnung gegenüber allen seiner Aufsicht unterstehenden Aktionären, die Satzung der Aktiengesellschaft dahingehend zu ändern, der Aufsichtsbehörde ein Informations- und Prüfrecht einzuräumen. Dagegen erhoben die Aktionäre Klage. Nachdem bereits das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen am 21. Februar 2018 die Anordnung als rechtmäßig bestätigte, entschied am 8. Oktober 2019 auch das Bundessozialgericht, dass die Aktiengesellschaft der Aufsichtsbehörde ein Informations- und Prüfrecht einräumen muss.

Die aktienrechtliche Verschwiegenheitspflicht steht den aufsichtsrechtlichen Prüf- und Informationsrechten nicht entgegen, da sich aus den gesetzlich geregelten Aufsichtsrechten eine Offenlegungspflicht der Aktiengesellschaft ergibt. Der Aufsichtsbehörde ist die Prüfung der Geschäfts- und Rechnungsführung zu ermöglichen, ihr sind die zur Ausübung des Aufsichtsrechts erforderlichen Unterlagen vorzulegen

und Auskünfte zu erteilen. Verletzt die Aktiengesellschaft diese Pflichten, kann die Aufsichtsbehörde auf die Aktionäre einwirken, die Aktiengesellschaft aufzulösen.

7.2 Digitalisierung

Auch im vorliegenden Berichtsjahr hat sich das Bundesamt für Soziale Sicherung wieder intensiv mit der Digitalisierung in der Sozialversicherung befasst. Die schon in den letzten Tätigkeitsberichten ausgeführten Themenschwerpunkte waren weiterhin Hauptgegenstand der Beratungen. Um die Digitalisierung in der Sozialversicherung voranzutreiben und die Sozialversicherungsträger bestmöglich aus der Perspektive einer Rechtsaufsichtsbehörde zu beraten, hat das BAS im Jahr 2017 einen Digitalausschuss errichtet. Viele Sozialversicherungsträger haben ihre Vorhaben in diesem Kreis vorgestellt und mit dem BAS vor allem aus der leistungsrechtlichen, datenschutzrechtlichen, sicherheitstechnischen und verwaltungsökonomischen Perspektive diskutiert (vgl. auch schon die Tätigkeitsberichte aus den Jahren 2017 und 2018 zu diesem Thema).

Der Digitalausschuss

In der Regel treffen sich die Vertreter aus den Fachabteilungen im 2-Wochen-Rhythmus, um aktuelle Anfragen oder andere Themen aus den jeweiligen Fachabteilungen aus der Gesamtperspektive der

Statistische Daten

Berichtsjahr	2019	2018	2017
Anzahl der Sitzungen des Digitalausschusses im Berichtsjahr	24	24	25
Anzahl der Sitzungen mit Vertretern von Sozialversicherungsträgern, deren Arbeitsgemeinschaften und/oder Dienstleistern	8	9	0
Anzahl schriftlicher Anfragen an den Digitalausschuss	56	28	17

Digitalisierung zu diskutieren. Soweit erforderlich werden auch konkrete Maßnahmen abteilungsübergreifend über den Ausschuss koordiniert. Die folgende Abbildung stellt die wesentlichen Kennzahlen des Digitalausschusses dar.

Der für das vorliegende Berichtsjahr verzeichnete Anstieg von Anfragen an den Digitalausschuss spiegelt nicht nur die zunehmende Bekanntheit dieser zentralen Anlaufstelle für offene Auslegungsfragen in Sachen Digitalisierung wider, sondern gibt auch einen Hinweis darauf, dass die Vorhaben im Kontext der Digitalisierung in der Sozialversicherung insgesamt zunehmen. Dies ist nicht zuletzt auch auf die im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung festzustellende Dynamik in der Gesetzgebung zurückzuführen (im Berichtsjahr vor allem das Terminservice- und Versorgungsgesetz sowie Digitale Versorgung-Gesetz).

Auch im Berichtsjahr 2019 nutzten zahlreiche Krankenkassen das Angebot, ihre digitalen Projekte im Digitalausschuss vorzustellen. Neben digitalen Serviceangeboten (z. B. Online-FAMI-Bestandspflege, elektronische Übermittlung von Rechnungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) waren Apps mit Informationen rund um Gesundheit in digitaler Form Themenschwerpunkt. Das BAS prüft bei diesen Anwendungen deren Einordnung in verwaltungs- und leistungsrechtlicher Sicht (Heilmittel, Hilfsmittel, Prävention, Patientenschulungsmaßnahme u.a.). Die mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) eingeführte neue Leistungsart der „digitalen Gesundheitsanwendungen“ nach § 33a SGB V wird zukünftig neue Möglichkeiten schaffen, digitale Versorgungsprodukte als Regelleistung anzubieten.

Im Ergebnis hat sich bei den Beratungen gezeigt, dass die stets offenen und konstruktiven Diskussionen zu einem Erkenntnisgewinn sowohl auf Seiten des BAS als auch auf Seiten der Sozialversicherungsträger beitragen konnten. Als Feedback ist häufig das abteilungsübergreifende Beratungsangebot als hilfreich angeführt worden. Aus diesem Grund werden wir dieses Beratungs- und Abstimmungsgremium auch weiterführen und die Unterstützungsleistungen ausbauen.

Bestandsaufnahme zum Digitalausschuss veröffentlicht

Über die Beratungsschwerpunkte des Digitalausschusses hat das BAS im vorliegenden Berichtsjahr eine Bestandsaufnahme veröffentlicht (vgl. www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/digitalausschuss). Ziel dieses Dokuments ist es, die in den letzten Jahren diskutierten Themen, den jeweiligen rechtlichen Handlungsrahmen sowie die Rechtsauffassung des BAS hierzu darzustellen. Mit dieser Bestandsaufnahme will das BAS aber nicht nur die oftmals mit einzelnen Sozialversicherungsträgern diskutierte Rechtsauffassung allen Trägern transparent machen, sondern die Spannbreite der digitalen Anwendungsmöglichkeiten in der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung aufzeigen und auf diese Weise den digitalen Transformationsprozess insgesamt befördern.

Im Ergebnis konnte der Digitalausschuss in der Bestandsaufnahme festhalten, dass von den vorgestellten und diskutierten Vorhaben – teilweise durch weite Ausschöpfung des rechtlichen Auslegungsspielraums und teilweise durch leichte Anpassung der digitalen Verfahren – keine digitale Lösung im Ganzen beanstandet bzw. komplett verhindert wurde. Problematisch waren jedoch häufig die Einbindung externer digitaler Lösungen in die eigenen Prozesse, wenn hierfür mit den Anbietern keine wirksamen Auftragsverarbeitungsvereinbarungen geschlossen werden konnten (wie z.B. bei Messaging-Diensten – siehe unten und im Einzelnen in der Bestandsaufnahme).

Der Digitalausschuss wird zukünftig die Bestandsaufnahme aktuell halten und wesentliche Diskussionsergebnisse zeitnah einpflegen.

Rahmenbedingungen für den Einsatz von Cloud-Lösungen in der Sozialversicherung

Unter dem Begriff „Cloud-Computing“ wird in der Regel die Nutzung von Internet-basierten Hardware-, Software- oder Plattformdiensten verstanden. Wesentliche Vorteile solcher Lösungen liegen in der Unabhängigkeit von eigenen IT-Ressourcen und der sich daraus ergebenden Flexibilität bei der Abbildung von Geschäftsprozessen. Soll beispielsweise eine neue Service-App für Versicherte angeboten werden, müssen hierzu keine eigenen Rechenzentrumskapazitäten eingerichtet werden – stattdessen kann die zum Betrieb der App erforderliche Rechenleistung bei einem Dienstleister „eingekauft“ werden. Gegenüber den Vorteilen sind jedoch auch die entstehenden Risiken abzuwägen: Neben einer möglichen Abhängigkeit des Geschäftsbetriebs von Cloud-Dienstleistern sind hierbei insbesondere Aspekte des Datenschutzes und der Informations sicherheit kritisch zu würdigen.

Grundsätzlich steht das BAS dem Einsatz von Cloud- Computing-Lösungen in der Sozialversicherung offen gegenüber. Allerdings ist es hierbei von wesentlicher Bedeutung, dass die bestehenden rechtlichen Vorgaben, zum Beispiel zum Ort der Verarbeitung (vgl. § 80 Absatz 2 SGB X), beachtet und etwaige Risiken durch organisatorische oder technische Maßnahmen adressiert werden (vgl. Artikel 28 DSGVO in Verbindung mit § 80 SGB X).

Im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit begleitet das BAS bereits seit mehreren Jahren Sozialversicherungsträger bei der Planung und Umsetzung von Cloud-Computing-Lösungen. Anknüpfend an die hierbei gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen hat das BAS das Rundschreiben an die Sozialversicherungsträger zum Einsatz von Cloud-Computing-Lösungen umfassend überarbeitet und im März 2019 in aktualisierter Fassung veröffentlicht. Ausgangspunkt dieser Überarbeitung waren die häufigsten Diskussionspunkte aus der Aufsichtspraxis. Diese werden im Rundschreiben konkret aufgegriffen und es wird auf mögliche Lösungsansätze hingewiesen.

Das Thema wird auch in den kommenden Jahren nicht an Aktualität verlieren. Entsprechend wird das BAS die seiner Aufsicht unterstehenden Sozialversicherungsträger auch weiterhin bei den entsprechenden Vorhaben sowohl beratend als auch prüferisch begleiten.

Rahmenbedingungen für den Einsatz von Messaging-Diensten in der Sozialversicherung

Bereits im Jahr 2017 hat das BAS in einem Rundschreiben an die Sozialversicherungsträger im Aufsichtsbereich die Rahmenbedingungen für den Einsatz von Messaging-Diensten und sozialen Medien für die Kommunikation mit Versicherten dargelegt.

Das BAS begrüßt die Bereitstellung innovativer und unkomplizierter Kommunikationsangebote für Versicherte. Allerdings muss auch hier jederzeit – im Einklang mit den bestehenden datenschutz- und sozialrechtlichen Vorgaben – der Schutz der verarbeiteten Sozialdaten sichergestellt werden.

Zentrale Bedeutung kommt dabei einer zwischen dem Sozialversicherungsträger und dem Diensteanbieter zu treffenden Vereinbarung über die Verarbeitung von Sozialdaten im Auftrag zu (vgl. § 80 SGB X). In dieser Vereinbarung werden unter anderem die erforderlichen technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen und Vorgaben zum Umgang mit den Daten der Versicherten durch den Diensteanbieter festgeschrieben. In dieser Vereinbarung wird beispielsweise auch geregelt, dass eine Zweckentfremdung der Daten, etwa zu Marketing- oder Werbezwecken, nicht statthaft ist.

Leider lassen sich gerade Anbieter populärer, kostenfreier Messaging-Dienste oftmals nicht auf eine datenschutzkonforme Gestaltung ein. In diesem Falle dürfen die Dienste auch nicht durch die Sozialversicherungsträger für die Versichertekommunikation genutzt werden.

In den Jahren 2018 und 2019 hat das BAS mehrere Krankenkassen hinsichtlich des Einsatzes von Messaging-Diensten zur Versichertenkommunikation beraten. Sämtliche betroffene Kassen haben die Nutzung der Dienste nach entsprechenden Hinweisen durch das BAS eingestellt. Erfreulicherweise ist die Möglichkeit zum Austausch von Kurznachrichten mit den Versicherten nicht in allen Fällen ersatzlos weggefallen. Teilweise haben Krankenkassen eigene Messaging-Dienste rechtskonform als Funktion in die Online-Geschäftsstelle integriert. Dies begrüßt das BAS sehr, weil die Kommunikation über Messaging-Diensten gegenüber anderen Kommunikationsformen situationsbezogen vorteilhaft sein kann.

Umsetzung der GKV-SV Richtlinie „Kontakt mit Versicherten“ – hier: Video-Ident-Verfahren

Die Richtlinie „Kontakt mit Versicherten“ des GKV-Spitzenverbands nach § 217f Absatz 4b SGB V ist seit dem 6. Februar 2019 in Kraft. Für die Umsetzung der Vorgaben bei bestehenden Verfahren war eine Übergangsfrist von 12 Monaten vorgesehen. Im Digitalausschusses des BAS wurde u. a. ein Identifizierungsverfahren mittels Videoaufzeichnung (Video-Ident-Verfahren) diskutiert, das bei einigen Krankenkassen zum Einsatz kommt. Fraglich war, ob dieses Verfahren dem „aktuellen Stand der Technik“ entspricht. Die folgende Zusammenfassung soll die Herangehensweise des Digitalausschusses an solche Beurteilungen verdeutlichen.

In der Richtlinie werden u. a. Anforderungen an Verfahren zur Authentifizierung bei Kontakten über Portale oder Anwendungen aufgestellt. Die sichere Identifizierung der Berechtigten vor der Nutzung zählt zu den Anforderungen (siehe Richtlinie des GKV-Spitzenverbands zu Punkt 6). In einer Anlage A zu dieser Richtlinie hat der GKV-Spitzenverband Möglichkeiten zur Umsetzung der Anforderungen aufgeführt (sog. Umsetzungsleitfaden). In diesem wird für Authentifizierungsverfahren die abstrakte Anforderung aufgestellt, dem „aktuellen Stand der Technik“ zu entsprechen. Bei Video-Ident-Verfahren

kann der Stand der Technik beispielsweise dann angenommen werden, wenn die Verfahren dem jeweiligen Anforderungsstand des Rundschreibens 3/2017 (GW) der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) entspricht (vgl. Umsetzungsleitfaden zur Anforderung A 7.2.4).

Nach dem Rundschreiben der BaFin ist aber eine zeitlich synchrone Durchführung der Identifizierung durch eine natürliche Person eine wesentliche Ein gangsvoraussetzung für eine rechtssichere Identitätsprüfung. Fraglich ist daher, ob Video-Ident-Verfahren, die zwar alle übrigen Anforderungen des BaFin-Rundschreibens erfüllen, aber zeitlich asynchron ausgewertet werden, den Stand der Technik erreichen können. Nach Vorstellung eines konkreten Verfahrens im Digitalausschuss konnten keine Anhaltspunkte erkannt werden, die dagegensprechen. Zum einen wird bei dem vorgestellten Verfahren der fehlende „sinnliche Eindruck“ bei aufgenommenen Videosequenzen durch neue technische Sicherheitsverfahren substituiert. Die verschiedenen Sicherheitsmerkmale des Personalausweises sind im Ergebnis durch verschiedene Aufzeichnungssequenzen alle prüfbar. Zum anderen wird in Zweifelsfällen auf eine manuelle Prüfung („sinnlicher Eindruck“) durch besonders geschultes Personal zurückgegriffen. Im Ergebnis kann ein so ausgestaltetes Video-Ident-Verfahren damit grundsätzlich ein vergleichbares Sicherheitsniveau wie ein Verfahren unter Anwesenden erreichen. Auch erkennt das BAS keine Hinweise, die nahe legen, dass durch das Video-Verfahren eine mögliche Verwendung gefälschter Ausweisdokumente leichter möglich sein soll als Face-to-Face. Insoweit sieht das BAS in dieser Lösung den Stand der Technik abgebildet.

7.3 Sozialdatenschutz

Datenschutz in Zahlen – Eingaben, Meldungen und Genehmigungen

Das vorliegende Berichtsjahr war weiterhin gekennzeichnet von der Anwendung der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und den nationalen Sonderregelungen hierzu. Die Tendenzen des letzten Jahres – was die Zunahme von Anfragen, Beschwerden und Meldungen anbelangt – haben sich weiter verfestigt, sodass nunmehr dauerhaft von einem höheren Arbeitsaufwand durch die Anwendbarkeit der DSGVO ausgegangen werden kann.

Im Berichtsjahr 2019 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung im Bereich Datenschutz:

- 35 Eingaben von Versicherten mit ausschließlich datenschutzrechtlichen Anliegen,
- 710 Anzeigen von Auftragsverarbeitungen gemäß § 80 SGB X und
- 1.248 Meldungen von Datenschutzverletzungen nach § 83a SGB X bearbeitet,
- 51 Datenübermittlungen für Forschungsvorhaben nach § 75 SGB X genehmigt, die sich zu einem großen Teil auf neue Versorgungsformen bezogen, die auch aus dem Innovationsfonds durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert werden, sowie
- 18 Beratungen aufgrund von Anfragen von Sozialversicherungsträgern durchgeführt.

In Eingaben beschwerten sich Versicherte häufig darüber, dass die Sozialversicherungsträger Daten an andere Stellen übermitteln oder von anderen Stellen übermittelt bekommen, ohne dass die Versicherten eine ausdrückliche Einwilligung dazu erteilt haben. Nach Auffassung der Beschwerdeführer ist darin eine Verletzung des Datenschutzes zu erkennen.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht liegt in solchen Fällen jedoch in den allermeisten Fällen keine Datenschutzverletzung vor, nämlich immer dann, wenn Sozialversicherungsträger im Rahmen bestehender gesetzlicher Übermittlungsbefugnisse Daten an andere Stellen übermitteln. Dies ist zulässig, ohne zuvor bei den Versicherten eine Einwilligung einzuholen. Voraussetzung ist, dass eine gesetzliche Vorschrift diese Übermittlung ausdrücklich vorsieht (vgl. § 67b Absatz 1 Satz 1 SGB X). Hintergrund ist, dass bestimmte Verfahren eine Datenübermittlung von Sozialversicherungsträgern oder an diese erfordern. In diesen Fällen soll eine Datenübermittlung ermöglicht werden, ohne dass diese von einer Einwilligung der Versicherten abhängig ist.

Wenn also eine Vorschrift den Sozialversicherungsträgern eine Datenübermittlung erlaubt, brauchen diese bei den Versicherten dafür keine Einwilligung einzuholen.

Umfang und Fristen für Auskünfte nach Artikel 15 DSGVO

Das BAS hat mehrere Anfragen von Sozialversicherungsträgern zur Erfüllung von Auskunftsansprüchen von Versicherten nach Artikel 15 DSGVO erhalten. In Ermangelung einer gefestigten Rechtsprechung zur Auslegung von Artikel 15 DSGVO ist oft unklar, wie mit den Auskunftsanträgen konkret umzugehen ist.

Für die Auskunftserteilung empfiehlt das BAS ein gestuftes Vorgehen, um Auskunftsansprüchen hinreichend nachzukommen:

Auf einer ersten Stufe sind der betroffenen Person zunächst die in Artikel 15 Absatz 1 DSGVO genannten Informationen zu erteilen und der erweiterte Stammdatensatz zur Verfügung zu stellen. Dieser enthält die wesentlichen Informationen, welche Daten von der betroffenen Person verarbeitet werden. Der Antragsteller erhält somit nachvollziehbar die wesentlichen Informationen, ohne mit umfangreichen Datenmengen (z. B. aus großen Aktenbänden) „überschwemmt“ zu werden.

Sollte die betroffene Person danach noch weitergehende Informationen verlangen, sind auf einer zweiten Stufe die weiteren Informationen zur Verfügung zu stellen, sofern das Auskunftsersuchen nicht offensichtlich unbegründet oder exzessiv ist (Artikel 12 Absatz 5 Satz 2 DSGVO), oder sonstige Gründe die Auskunft verbieten. Ist unklar, welche Informationen der Antragsteller verlangt, kann der Sozialversicherungsträger zunächst eine Konkretisierung des Auskunftsersuchens, insbesondere hinsichtlich des Zwecks der Auskunft, fordern.

Datenschutzrechtliche Bewertung von sog. Freundschaftswerbung

Im aktuellen Berichtsjahr sind mehrfach Beratungsanfragen hinsichtlich der Zulässigkeit von sogenannter „Freundschaftswerbung“ an das BAS herangetragen worden. In der Praxis wird vermehrt beobachtet, dass Krankenkassen im Zuge von telefonischen Beratungen von Versicherten bei diesen Kontaktdaten sowie Erreichbarkeit von Bekannten oder Verwandten erfragen. Im Anschluss werden diese Personen dann telefonisch kontaktiert und die Krankenkasse wirbt für sich und bezieht sich dabei auf das versicherte Mitglied (sogenannte Freundschaftswerbung).

Diese Freundschaftswerbung ist aus mehreren Gründen unzulässig. Erstens dürfen Krankenkassen nur unter strengen Voraussetzungen Werbemaßnahmen durchführen (vgl. § 284 Absatz 4 SGB V). Danach dürfen ausschließlich öffentlich zugängliche Quellen wie z. B. Telefonbücher oder Interneteinträge für Werbung genutzt werden. Eine Datenerhebung über eigene Mitglieder ist davon nicht erfasst und stellt sich daher als unzulässig dar.

Zweitens verstößt die Krankenkasse außerdem gegen die sogenannten „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze“. Diese Grundsätze gelten für alle Krankenkassen und legen unter anderem auch konkrete Anforderungen an die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen fest. Telefonische Werbung ist danach nur zulässig, wenn der Angerufene zuvor ausdrücklich eingewilligt hat (vgl. § 7 UWG). Die Krankenkasse muss

nachweisen können, dass ihr diese Einwilligungs-erklärung vorliegt. Diese Anforderungen werden bei den durchgeführten Freundschaftswerbungen in der Regel nicht eingehalten.

Ausblick: Prüfung der Einrichtung geeigneter organisationsweiter Datenschutzmanagementsysteme

In einem Rundschreiben vom 22. Mai 2018 hat das BAS im Zuge der Anwendung der DSGVO einen Ordnungsrahmen aufgespannt, der die wesentlichen Anforderungen an ein organisationsweites Datenschutzmanagementsystem abbildet. Es ist mittlerweile unstrittig, dass sich die Umsetzung der DSGVO nicht auf die Einführung einzelner Datenschutzinstrumente begrenzt, sondern vielmehr nur ganzheitlich aus Sicht eines organisationsweiten Managementsystems effektiv und effizient umgesetzt werden kann. Nicht zuletzt die Rechenschaftspflichten der Verantwortlichen erfordern einen gut dokumentierten Nachweis der systematischen Einhaltung datenschutzrechtlicher Grundsätze (Artikel 5 Absatz 2 DSGVO).

Im vorliegenden Berichtszeitraum hat das BAS eine Prüfgruppe eingerichtet, die zukünftig auf dem Gebiet des Datenschutzes im Aufsichtsbereich prüfen und beraten soll. Wie in dem eingangs erwähnten Rundschreiben angekündigt, wird mit einer Prüfung der Einrichtung von Datenschutzmanagementsystemen bei den Sozialversicherungsträgern stichprobenartig begonnen. Ziel ist es, die effektive und effiziente Umsetzung der Anforderungen der DSGVO im Sinne eines organisationsweiten Management-systems festzustellen und aus der externen Sicht etwaige Verbesserungen der betrieblichen Abläufe zur Gewährleistung der komplexen Datenschutzanforderungen aufzuzeigen. Die Prüfungen orientieren sich inhaltlich grob an dem im o. a. Rundschreiben dargestellten Ordnungsrahmen (vgl. www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/alle-sozialversicherungszweige-informationstechnik-und-daten-schutz/archiv).

7.4 Vergabe

Im Jahre 2019 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung erneut eine Vielzahl an Beschaffungen von bundesunmittelbaren Sozialversicherungs trägern auf die Vereinbarkeit mit dem Vergaberecht überprüft. Die Sozialversicherungsträger sind öffentliche Auftraggeber und müssen daher bei ihren Beschaffungen, also bei Lieferleistungen (z. B. Büromaterialien), Dienstleistungen (z. B. Wartungsarbeiten) und Bauleistungen (z.B. Verwaltungsgebäuden), das Vergaberecht beachten. Je nach Wert der einzelnen Beschaffung gelten im Vergaberecht unterschiedliche Regeln. Ab einem bestimmten Wert einer Beschaffung, dem so genannten Schwellenwert, gelten europäisch geprägte Regeln, unterhalb dieses Wertes gelten national geprägte Regeln. Als Faustregel kann man sagen, dass eine Beschaffung ab dem Schwellenwert europaweit ausgeschrieben werden muss, aber unterhalb des Schwellenwertes eine nationale Ausschreibung ausreicht. Je nachdem, wer welche Leistung beschafft, gibt es unterschiedliche Schwellenwerte, von denen die meisten alle zwei Jahre durch die EU-Kommission geändert werden. Bei der Veränderung der Schwellenwerte durch die EU-Kommission handelt es sich um eine internationale Vorgabe.

Im Jahr 2020 ist der Schwellenwert für Liefer- und Dienstleistungen auf 214.000 Euro und der für Bauleistungen auf 5.350.000 Euro gesunken. Über die neuen Schwellenwerte hat das BAS die Sozialversicherungsträger mit einem Rundschreiben informiert, welches auch auf der Internetseite des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de/de/service/rundschreiben abgerufen werden kann.

Um festzustellen, ob eine Beschaffung den Schwellenwert erreicht, müssen die Sozialversicherungsträger den Wert der beabsichtigten Beschaffung schätzen. Dies müssen sie unter den Voraussetzungen des § 3 VgV umsetzen.

Im Jahr 2019 hat das BAS beispielsweise im Rahmen einer Prüfung festgestellt, dass einem Sozialversicherungsträger bei der Schätzung eines mehrjährigen Auftrags nicht bewusst war, dass er nicht

einfach fingieren darf, dass dieselbe Leistung jedes Jahr neu vergeben wird. Er soll bei der Schätzung des Auftragswertes den Leistungsumfang unter Berücksichtigung der tatsächlichen Laufzeit beachten.

Ebenso ergab sich zum Beispiel aus einer weiteren Prüfung im Jahr 2019, dass ein Sozialversicherungsträger nicht beachtet hat, dass bei der Abfrage eines Haupt- und Nebenauftrags (Optionen) dieser Nebenauftrag trotzdem in die Schätzung des Auftragswertes einzubeziehen ist. Dies gilt auch, wenn der Nebenauftrag nicht zum sofortigen Zeitpunkt beauftragt wird bzw. nicht eindeutig ist, ob überhaupt eine Beauftragung des Nebenauftrags erfolgt.

7.5 Internationales Sozialversicherungsrecht

Im Berichtszeitraum erreichten das Bundesamt für Soziale Sicherung 301 Eingaben sowie Petitionen von Versicherten mit internationalem Bezug. Die Anliegen betrafen alle wesentlichen Bereiche wie Mitgliedschaften, Beiträge und Leistungen aus der gesetzlichen Unfall-, Renten-, Kranken- sowie der sozialen Pflegeversicherung. So bot etwa die Versorgung von Krankengeld für die Dauer eines Urlaubs im Ausland oder von Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung bei ausländischem Wohnort wiederholte Anlass für Beschwerden. Oft wandten sich die Versicherten auch gegen die Beitragserhebung aus ihren in fremden Währungen erhaltenen ausländischen Renten und den von den Kranken- und Pflegekassen für die Umrechnung in Euro berücksichtigten Umrechnungskurs. Ebenso gab es häufiger Streit über die Höhe der von den Krankenkassen zurückerstatteten Kosten für die von den Versicherten im europäischen Ausland gezielt in Anspruch genommenen stationären und ambulanten Krankenbehandlungen. In einigen Fällen kritisierten im Ausland wohnhafte Berechtigte die geringe Höhe der ihnen gezahlten Renten, fehlende ausländische und deutsche Versicherungszeiten, die Dauer der

Demgegenüber konnten im Laufe des Jahres 2019 insgesamt 30 gerichtliche Verfahren unter Beteiligung des BAS beendet werden. In 17 Klage- und

Rentenverfahren bei Beteiligung mehrerer Staaten sowie die vorübergehende Unterbrechung ihrer deutschen Rentenzahlung.

Darüber hinaus wurde das BAS vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu Besprechungen im internationalen Bereich hinzugezogen. So konnte der Sachverständige aus der aufsichtsrechtlichen Praxis in die Gespräche zur Novellierung der Sozialversicherungsabkommen mit den Vereinigten Staaten von Amerika und mit Kanada eingebrochen werden.

7.6 Gerichtsverfahren

Im Laufe des Jahres 2019 war das Bundesamt für Soziale Sicherung an insgesamt 35 neuen gerichtlichen Verfahren beteiligt. Hierbei handelt es sich um 32 Klagen und drei Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz. Die Zahl der neuen Rechtsstreite ist damit gegenüber dem Vorjahr gleich geblieben. Bis auf zwei der Verfahren, zu denen das BAS beigeladen wurde, ist das BAS ausschließlich als Beklagte an den Rechtsstreiten beteiligt.

Wie im Vorjahr betreffen die meisten der neuen Rechtsstreite (24 der 35 neuen Rechtsstreite) Maßnahmen im Aufsichts- und Mitwirkungsbereich. Bei neun dieser Rechtsstreite handelt es sich um Klagen der Kassenärztlichen Vereinigungen gegen das Rundschreiben des BAS vom 13. September 2018, das die Anforderungen der Rechtsaufsicht an die Vereinbarungen zur Gesamtvergütung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen für das Jahr 2019 thematisiert. Hinsichtlich der Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) wurde ein Bescheid beklagt, je drei Verfahren betrafen Korrekturprüfungen für den RSA sowie die Prüfung von Beitragszahlungen. Im Bereich des Informationsfreiheitsgesetzes ergingen vier Klagen.

vorläufigen Rechtsschutzverfahren ergingen gerichtliche Entscheidungen (Urteile und Beschlüsse). Hierdurch wurden zehn Verfahren rechtskräftig beendet. In fünf Rechtsstreiten (davon eine Nichtzulassungsbeschwerde) hat das Bundessozialgericht letztinstanzlich zu Gunsten des BAS entschieden. Neun Urteile bzw. Beschlüsse ergingen durch die Landessozialgerichte, zwei Rechtsstreite wurden durch die Sozialgerichte entschieden. Bis auf einen Rechtsstreit wurde hierbei die jeweilige Rechtsauffassung des BAS durch die Gerichte bestätigt, sodass insgesamt 16 von 17 Entscheidungen zu Gunsten des BAS ergingen.

Weitere 20 Verfahren endeten ohne Urteil. Dabei wurden 14 eingelegte Rechtsmittel seitens der Kläger zurückgenommen, vier Rechtsstreite wurden durch Erledigungserklärungen beendet. Ein Verfahren wurde eingestellt, ein weiteres Verfahren als erledigt ausgetragen.

Im Ergebnis hat sich aufgrund der vorgenannten Umstände der Bestand der Rechtsstreite von 86 Fällen am Anfang des Jahres 2019 auf 91 Fälle zum Ende des Jahres 2019 erhöht. Von diesen betreffen nur noch drei Verfahren Rechtsstreite gegen Bescheide auf dem Gebiet des RSA (zu Beginn des Jahres: vier Fälle).



2. Teil

Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung



1. Finanzen in der gesetzlichen Krankenversicherung

1.1 Gesundheitsfonds

Verwaltung der Krankenversicherungsbeiträge

Das Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet seit 2009 als Sondervermögen die Mittel zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsfonds). Hierzu gehören in erster Linie die von den Krankenkassen eingezogenen und an den Gesundheitsfonds weitergeleiteten Krankenversicherungsbeiträge. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Krankenversicherungsbeiträge für Rentner und die Minijob-Zentrale Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ab. Direktzahler sind die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger für die Beiträge aus Arbeitslosengeld I und II, die Künstlersozialkasse sowie das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr. Darüber hinaus leistet der Bund den Bundeszuschuss nach § 221 SGB V an den Gesundheitsfonds.

Zahlungsverkehr

Aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben Zuweisungen, die sich mittels des Risikostrukturausgleichsverfahrens aus einer Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen und Zuweisungen für sonstige Ausgaben zusammensetzen. Darüber hinaus erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds die Beiträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder in der Höhe, die sich nach dem Einkommensausgleich ergibt. Risikostrukturausgleich und Einkommensausgleich werden unter 1.3 und 1.4 näher erläutert.

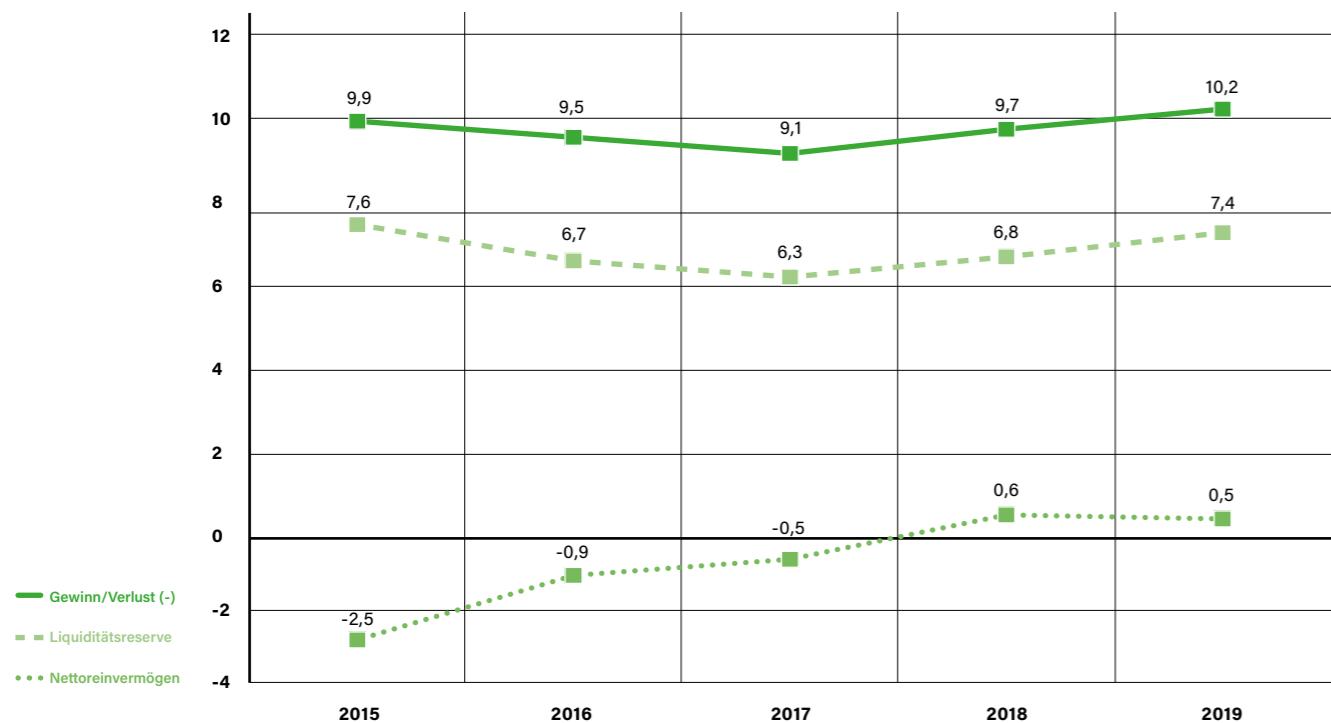
Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

Das Jahr 2019 hat der Gesundheitsfonds mit einem Überschuss der Einnahmen in Höhe von rd. 548,9 Millionen Euro abgeschlossen, davon entfallen rd. 94,8 Millionen Euro auf den Saldo des Einkommensausgleiches. Den Einnahmen in Höhe von rd. 246,4 Milliarden Euro stehen Ausgaben in Höhe von rd. 245,8 Milliarden Euro gegenüber. Die Einnahmen

setzen sich mit rd. 232,0 Milliarden Euro größtenteils aus Beitragseinnahmen (inkl. Zusatzbeiträge) und weiteren Einnahmen von rd. 14,4 Milliarden Euro zusammen. Von den Ausgaben entfallen rd. 245,6 Milliarden Euro auf Zahlungen an die Krankenkassen (RSA-Zuweisungen und Zahlungen aus dem Einkommensausgleich), rd. 135,7 Millionen Euro auf Zuführungen aus der Liquiditätsreserve an den Innovations- und Strukturfonds und rd. 54,6 Millionen Euro auf die Verwaltungskosten. Diese setzen sich aus der Einzugskosten-Vergütung an die Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rd. 36,4 Millionen Euro, den Kosten für Beitragsprüfungen von 5,6 Millionen Euro, den sonstigen Vergütungen an andere von rd. 3,0 Millionen Euro, den DMP-Vorhaltekosten von 1,9 Millionen Euro sowie den originären Verwaltungskosten des BAS von rd. 7,7 Millionen Euro zusammen. Einzelheiten zu den Rechnungsergebnissen des Gesundheitsfonds können dem jährlich erscheinenden Begleitbericht zur Jahresrechnung entnommen werden. Diese Berichte sind auf der Homepage des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/gesundheitsfonds veröffentlicht.

Rechnungsergebnisse 2019 des Gesundheitsfonds in Euro (lt. KJ1)	
Beitragseinnahmen	232.018.630.702,11
– davon aus Zusatzbeiträgen:	14.664.694.385,11
weitere Einnahmen (Bundeszuschuss, Zinsen)	14.368.727.251,14
Einnahmen gesamt	246.387.357.953,25
Zahlungen an Krankenkassen	245.646.810.020,58
– davon für Einkommensausgleich:	14.569.870.397,83
Verwaltungskosten	54.597.531,32
Zuführung an Innovations- und Strukturfonds	135.657.573,59
Sonstige	1.383.501,36
Ausgaben gesamt	245.838.448.626,85
Überschuss der Einnahmen	548.909.326,4

Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds im Zeitablauf



Aufgrund des Einnahmenüberschusses des Jahres 2019 erhöht sich das Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds zum 31.12.2019 auf rd. 7,4 Milliarden Euro. Die zum Stichtag 15.1.2020 ermittelte Liquiditätsreserve beträgt rd. 10,2 Milliarden Euro.

Im Jahr 2019 hatten die Krankenkassen Anspruch auf Zuweisungen (inklusive Einkommensausgleich) in Höhe von rd. 20,5 Milliarden Euro je Monat. Die Auszahlung der Zuweisungen erfolgte im Zeitraum vom 16. bis zum letzten Bankarbeitstag des Monats, die anschließend eingehenden Beträge werden bis zum nächsten 16. angelegt. Die konkrete Höhe der täglichen Zuweisungen hängt von der Höhe der täglichen Einnahmen des Gesundheitsfonds ab; auszahlungsstärkster Tag ist in der Regel der 16. (= 1. Tag der neuen Auszahlungsperiode).

Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds

Entwicklung der Beitragseinnahmen und -rückstände

Im Rahmen der Verwaltung des Gesundheitsfonds überwacht das BAS die Entwicklung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und bildet seit dem Jahr 2010 die Entwicklung der Beitragsrückstände in der Sozialversicherung für den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (GSV-Beitrag) gegenüber den beteiligten Stellen und dem Bundesrechnungshof nach einheitlich abgestimmten Kriterien ab. Seit dem 1. Januar 2011 werden auch die sogenannten Sonstigen Krankenversicherungsbeiträge (bspw. Freiwillige Versicherung, Versorgungsbezüge) ausgewiesen. Seit dem 1. Januar 2014 werden die entsprechenden Werte zusätzlich auf der Homepage des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/gesundheitsfonds veröffentlicht.

Beitragsrückstände sind definiert als die Summe aus den laufenden Rückständen (monatlicher Fehlbetrag) und Listenrückständen (im wesentlichen Bestandswerte).

Im Bereich des GSV-Beitrages ist der Einziehungsereignis seit Jahren auf einem hohen Niveau stabil. So wurden auch 2019 regelmäßig ca. 99,6 Prozent dieser Beitragsforderungen umgehend realisiert. Zur dauerhaften Sicherstellung dieser positiven Entwicklung wird die Innendienstprüfung des BAS seit dem Jahr 2011 u.a. ergänzt durch die sogenannte Einzugsstellenprüfung. Gemäß § 28q Abs. 1a SGB IV prüfen die Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit für das BAS bei den Krankenkassen in ihrer Funktion als Einzugsstellen die Geltendmachung der Beitragsansprüche, den Einzug, die Verwaltung, die Weiterleitung und die Abrechnung des KV-Anteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag.

Die entsprechenden Vor-Ort-Prüfungen wurden im Jahr 2019 flächendeckend bei rund 200 Prüfstellen durchgeführt. Dabei werden beständig weiterentwickelte und individuell auf die maßgeblichen Softwarelösungen der Krankenkassen abgestimmte Datenselektionsprogramme zur Gewährleistung effektiver und zielgerichteter Prüfungen genutzt. Durch die sowohl kontinuierliche als auch anlassbezogene Überwachung wird gewährleistet, dass der Sozialversicherung keine vermeidbaren Beitragsverluste entstehen.

Im Jahr 2019 wurden dabei allein beim KV-Anteil inkl. Zusatzbeitrag ca. 750.000,- Euro Beitragsschäden gegenüber den Einzugsstellen geltend gemacht. Weiterhin wurden die Einzugsstellen verpflichtet, ca. 1,8 Millionen Euro innerhalb der Monatsabrechnungen zugunsten des Gesundheitsfonds umzubuchen. Die Beitragsrückstände bei den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen – speziell die freiwillig versicherter Personen – steigen seit Jahren mit hoher Dynamik auf einen Höchststand von über 10,4 Milliarden Euro. Durch die Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 323 SGB V (s.u.) wurden einerseits einmalig die Beitragsrückstände auf ca. 8,6 Milliarden Euro gesenkt und andererseits die Dynamik des Anstiegs signifikant verringert. Das BAS steht allerdings auch weiterhin im Dialog mit den Krankenkassen, um weitere Ursachen für die Beitragsrückstände zu identifizieren und um diese noch weiter zu verringern.

Prüfung der Beitragszahlung nach § 251 Abs. 5 SGB V und § 60 Abs. 3 SGB XI

Die Beitragszahlung für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II (sogenanntes Hartz IV) erfolgt nicht über die Einzugsstellen der Krankenkassen. Vielmehr zahlen die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge direkt an den Gesundheitsfonds, der wiederum den auf die Pflegeversicherung entfallenden Beitrag an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung weiterleitet.

Als Verwalter des Gesundheitsfonds ist das BAS auch für die Prüfung dieser Beitragszahlungen zuständig. Seit Übertragung der Prüfberechtigung im Jahre 2009 wurden 288 der bundesweit existierenden 567 Institutionen geprüft. Das bedeutet, eine flächendeckende Prüfung unter Beachtung des vierjährigen Verjähruungszeitraums ist nicht möglich.

Die Durchführung der örtlichen Erhebungen bei den Jobcentern und Agenturen für Arbeit nehmen feststehende Prüfteams der AOK Bremen/Bremerhaven, der AOK Nordost, der AOK Sachsen-Anhalt und des BKK Landesverbands Süd im Auftrag des BAS wahr. Diese finden verstärkt auch als Remote-Prüfungen statt. Im Jahr 2019 wurden insgesamt 47 Institutionen (10 Agenturen für Arbeit, 33 gemeinsame Einrichtungen und 4 zugelassene kommunale Träger) geprüft. Dabei wurden rund 40.000 Fälle fehlerhafter Zahlungen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an den Gesundheitsfonds festgestellt.

In 2019 betragen – wie bereits im Vorjahr – die Einnahmen aus den Prüfungen zugunsten des Gesundheitsfonds sowie des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung ca. 17,5 Millionen Euro.

Im Bereich der Prüfung der Beitragszahlung aus Arbeitslosengeld I sind gegenwärtig 3 Klagen vor dem Sozialgericht Nürnberg anhängig. Strittig sind der Zeitpunkt des Eintritts der Verjährung bei fehlerhaft von Agenturen für Arbeit vorgenommenen

Absetzungen gegenüber dem Gesundheitsfonds sowie die Beitragspflicht bei außerhalb der Dreimonats-Frist des § 8 Abs. 2 SGB V gestellten Befreiungsanträgen.

1.2 Schätzerkreis

Der nach § 220 Abs. 2 SGB V beim Bundesamt für Soziale Sicherung gebildete Schätzerkreis hat am 10. und 11. Oktober 2019 die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2019 und 2020 geschätzt.

Dem Schätzerkreis gehören Finanz-Fachleute des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des GKV-Spitzenverbandes und des BAS an. Auf der Basis verschiedener Indikatoren (amtliche Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung, gesamtwirtschaftliche Eckdaten, Gesetzesänderungen) bewertet er die Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung des laufenden Jahres und trifft auf dieser Grundlage eine Prognose über die Entwicklung im jeweiligen Folgejahr.

Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes, für die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs.

Für das Jahr 2020 erwartet der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 240 Milliarden Euro (einschließlich 14,4 Milliarden Euro Bundeszuschuss, ohne Einnahmen aus Zusatzbeiträgen). Auf diesen Betrag wurde das Zuweisungsvolumen für das Jahr 2020 festgelegt. Die voraussichtlichen zuweisungsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen in 2020 belaufen sich auf rund 256,8 Milliarden Euro. Damit unterschreitet das fixierte Zuweisungsvolumen aus dem Gesundheitsfonds die zu erwartenden Ausgaben der Krankenkassen um rund 16,6 Milliarden Euro. Dieser Fehlbetrag wird durch kassenindividuelle Zusatzbeiträge finanziert.

Das BMG hat den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2020 auf 1,1% festgelegt. Hierbei handelt es sich um eine rechnerische Größe für die gesetzliche Krankenversicherung. Die kassen-individuellen Zusatzbeitragssätze werden auf der Grundlage der einzelnen Haushaltspläne von den Selbstverwaltungen der Krankenkassen festgelegt.

Weitergehende Informationen zum Schätzerkreis finden Sie im Internet unter www.bundesamtsozialsicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich.

1.3 Risikostruktur- ausgleich

Grundlagen

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das zentrale Element der solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. Unterschiede in den Ausgaben der Krankenkassen, die auf Differenzen in der Risikostruktur, d.h. Abweichungen im Alter, im Geschlecht oder in den Erkrankungen der Versicherten einer Krankenkasse beruhen, werden ausgeglichen, um gleiche Wettbewerbschancen zu ermöglichen. Die Notwendigkeit ergibt sich, da durch das Solidarprinzip der Umfang des Krankenversicherungsschutzes eines Versicherten gesetzlich vorgegeben ist und unabhängig von der Höhe seiner geleisteten Beiträge besteht. Ein weiteres Merkmal des Solidarprinzips ist die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen und der Kontrahierungszwang, d.h. gesetzliche Krankenkassen dürfen eine Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger und Versicherungsberechtigter nicht ablehnen. Es liegt auf der Hand, dass ein Wettbewerb unter diesen Bedingungen ohne flankierende Regelungen lediglich Krankenkassen mit jungen und gesunden Versicherten – also mit einer günstigen Risikostruktur – belohnen würde, nicht jedoch eine bessere Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung oder eine höhere Qualität der Versorgung erzielen würde.

Der Grundgedanke des RSA ist daher, die finanziellen Folgen der unterschiedlichen Versichertenstrukturen zwischen den Krankenkassen auszugleichen. Bei Einführung im Jahr 1994 waren allein Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus als Risiken zu berücksichtigen. Seit dem Jahr 2009 wird der Ausgleich um Morbiditätszuschläge für 80 Krankheiten ergänzt. Daraus resultiert die oft verwendete Bezeichnung „morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich“ oder „Morbi-RSA“.

Für jeden Versicherten erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale, die sich aus den durchschnittlichen erwarteten Ausgaben aller Versicherten errechnet. Diese Grundpauschale wird durch ein System alters-, geschlechts- und risikoadjustierter Zu- und Abschläge an den erwarteten Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse angepasst. Konkret sind dies (vgl. Schaubild – Von der Diagnose zum Risikoausgleich auf Seite 68):

- alters- und geschlechtsadjustierte Zu- und Abschläge für Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG),
- risikoadjustierte Zuschläge für Erwerbsminderungsgruppen (EMG),
- risikoadjustierte Zuschläge für hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG),
- Krankengeldzuschläge differenziert nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentenstatus,
- gesonderte Regelungen zur Ermittlung der Zuschläge für Versicherte, die Kostenernstattung gewählt haben (KEG), und Zuschläge für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland (AusAGG).

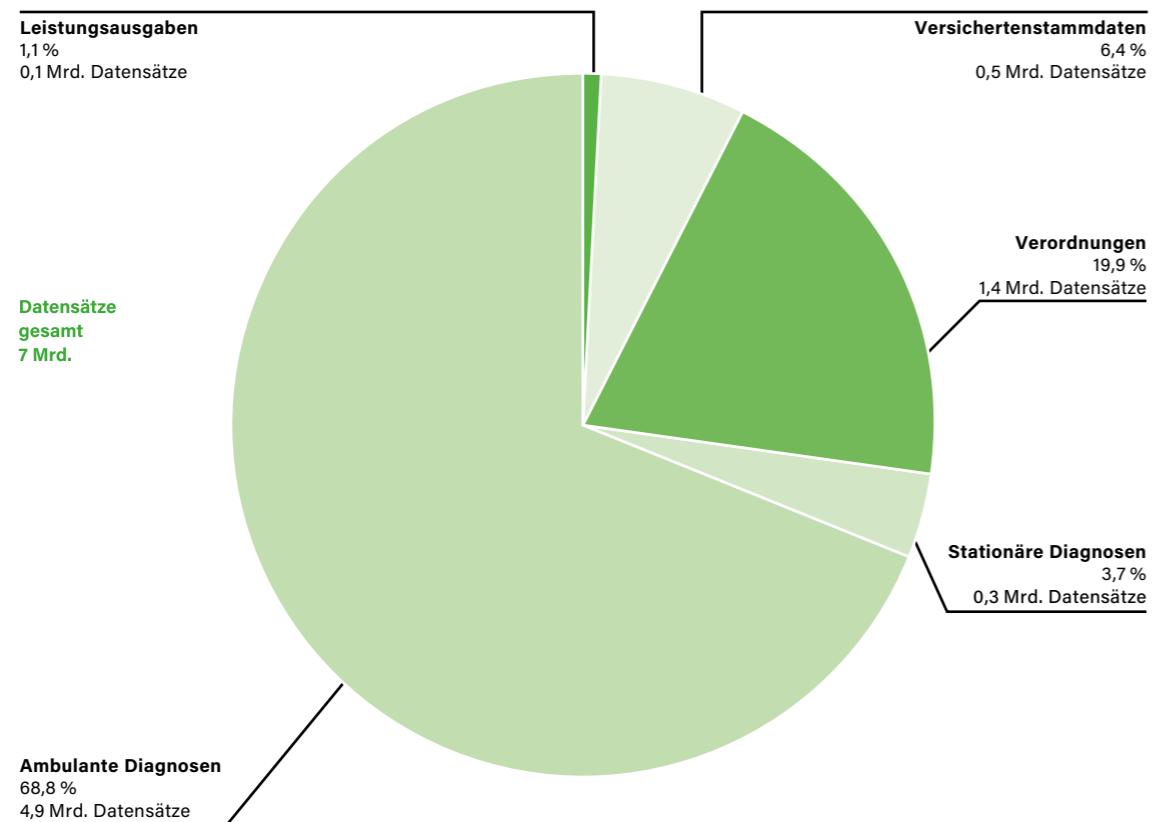
Die Berechnung der Zuweisungen je Krankenkasse fußt gem. § 266 SGB V auf kasseneinheitlichen Werten, die jährlich vom Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt und bekannt gegeben werden. Dies sind insbesondere die o. g. Grundpauschale, die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge sowie die standardisierten Verwaltungsausgaben (bezogen auf Versicherungszeiten bzw. Leistungsausgaben) und die standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und

Ermessensleistungen. Allein die DMP-Programmkostenpauschale wird vom GKV-Spitzenverband festgelegt.

Das BAS berechnet die Höhe der Zuweisungen und führt den Zahlungsverkehr durch. Das Verfahren ist als monatliches Abschlagsverfahren mit drei Strukturanpassungen und einem abschließenden Jahresausgleich mit einmaliger Korrektur im Folgejahr ausgestaltet.

Grundlage für die Berechnungen im morbiditätsorientierten RSA sind umfangreiche Datenmeldungen der Krankenkassen an das BAS, da die Morbidität der Versicherten auf Basis sämtlicher abgerechneter ärztlicher Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe erfasst wird. Insgesamt wurden im Jahr 2019 mehr als sieben Milliarden Datensätze angenommen und verarbeitet. Die Zusammensetzung dieser Datensätze zeigt das folgende Diagramm:

Datenlieferung 2019



Monatliches Abschlagsverfahren 2019

Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als monatliche Abschlagszahlungen. Dabei findet jeden Monat eine Anpassung an die veränderten Versichertenzahlen einer Krankenkasse statt. Anpassungsfaktoren gewährleisten, dass jeden Monat insgesamt ein Zwölftel des fixierten Jahreszuweisungsvolumens an die GKV ausgezahlt wird.

Daher erfolgte bereits im monatlichen Abschlagsverfahren eine Kürzung der Zuweisungen (mitgliederbezogene Veränderung) um jeweils 19,48 Euro je Mitglied einer Krankenkasse. Die Zuweisungen für Pflichtleistungen und Verwaltungsausgaben werden zudem um die Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) bereinigt.

Jahresausgleich 2018

Da sich auch die jeweiligen Versichertengruppen einer Krankenkasse im Zeitverlauf verändern, werden im Rahmen unterjähriger Strukturanpassungen sowohl die Höhe der zukünftigen Zuweisungen angepasst als auch die bislang geleisteten Zuweisungen rückwirkend neu ermittelt. Die Anpassungen erfolgen jeweils im März und September des Ausgleichsjahrs und im März des Folgejahrs.

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen erfolgte im November 2019 die abschließende Festsetzung der Zuweisungen für das Jahr 2018 (Jahresausgleich). Die Zu- und Abschläge werden im Jahresausgleich erstmalig auf Basis der versichertenbezogenen erfassten Leistungsausgaben des Ausgleichsjahrs und der endgültigen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen berechnet.

Im Abschlagsverfahren werden die Zuweisungen bezogen auf die im Schätzerkreis erwarteten Ausgaben für Pflichtleistungen, Verwaltungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen ermittelt. Die für 2019 erwarteten Ausgaben belaufen sich auf 244 Milliarden Euro.

Das Gesamt-Zuweisungsvolumen ist jedoch auf die Höhe der für 2019 erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds über 231 Milliarden Euro begrenzt.

Die endgültige Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten für das Ausgleichsjahr 2018 ist der folgenden Übersicht zu entnehmen.

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2018 (RSA)

Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung	Gesamt
AOK	85,7 Mrd. €	4,4 Mrd. €	0,420 Mrd. €	0,409 Mrd. €	-4,5 Mrd. €	86,4 Mrd. €
BKK	29,5 Mrd. €	1,6 Mrd. €	0,172 Mrd. €	0,115 Mrd. €	-1,8 Mrd. €	29,6 Mrd. €
VdEK	84,1 Mrd. €	4,4 Mrd. €	0,443 Mrd. €	0,332 Mrd. €	-4,8 Mrd. €	84,6 Mrd. €
IKK	14,7 Mrd. €	0,8 Mrd. €	0,082 Mrd. €	0,064 Mrd. €	-0,9 Mrd. €	14,8 Mrd. €
KBS	6,8 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,025 Mrd. €	0,038 Mrd. €	-0,3 Mrd. €	6,9 Mrd. €
GKV	220,8 Mrd. €	11,5 Mrd. €	1,142 Mrd. €	0,958 Mrd. €	-12,2 Mrd. €	222,2 Mrd. €

Dem zugesagten Zuweisungsvolumen für 2018 in Höhe von 222,2 Milliarden Euro stehen tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von 234,4 Milliarden Euro gegenüber. In der Summe über alle Krankenkassen decken die Zuweisungen knapp 95% der Ausgaben.

Daraus resultiert eine mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen in Höhe von 215,24 Euro je Mitglied für das Ausgleichsjahr 2018. Über alle Krankenkassen bedeutet dies zwar eine Kürzung der Zuweisungen um rund 12 Milliarden Euro. Dem gegenüber stehen jedoch die über den Einkommensausgleich (vgl. Kapitel 1.4) zugewiesenen Mittel für 2018 in Höhe von rund 15 Milliarden Euro.

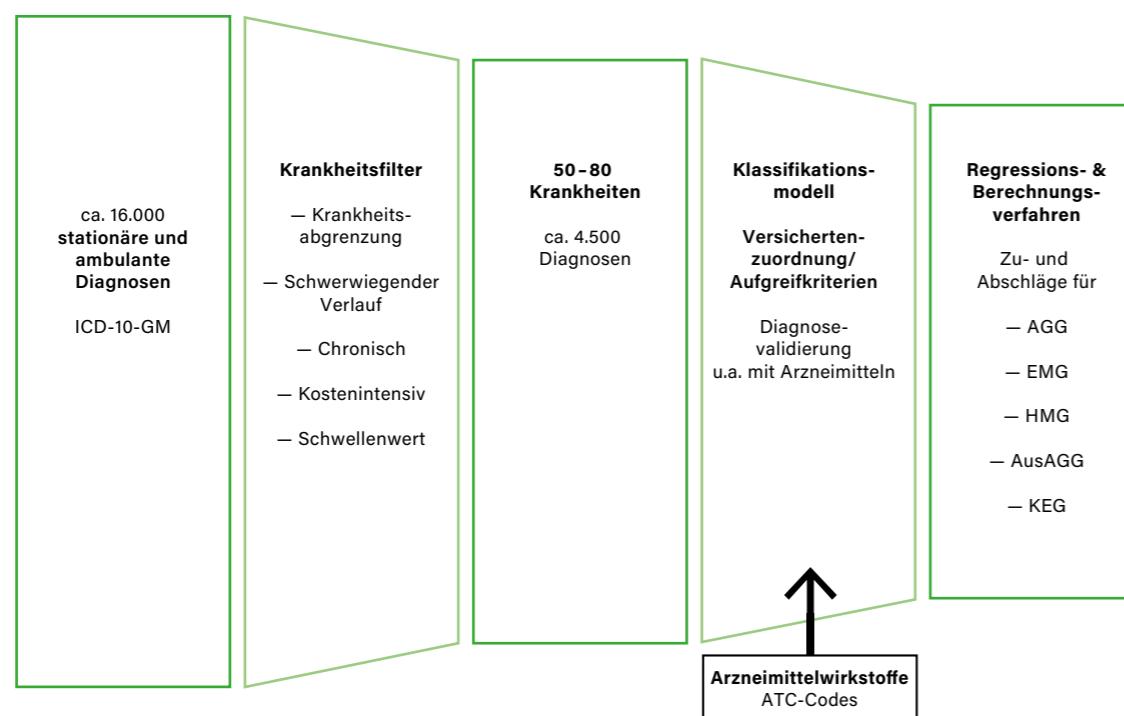
Weiterentwicklung

Der Morbi-RSA wird jährlich bis zum 30. September an die aktuelle Datenlage und das Versorgungs-geschehen angepasst (Festlegungen gemäß § 31

Abs. 4 RSAV). Dies betrifft insbesondere die zu berücksichtigenden Krankheiten (Krankheitsauswahl) und das darauf basierende Versichertenklassifikationsmodell einschließlich der Risikozuschläge für z. B. Alter und Krankheit. Dabei wird das BAS vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beraten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Wissenschaftlichen Beirat in den Jahren 2017 und 2018 mit der Erarbeitung von zwei Gutachten zu den Wirkungen des Morbi-RSA beauftragt. Zugleich wurde die Durchführung der Krankheitsauswahl („Krankheitsfilter“) für die Ausgleichsjahre 2018 und 2019 ausgesetzt. Es galt also in diesen beiden Jahren weiterhin die Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017. Für das Ausgleichsjahr 2020 hat das BAS die 80 Krankheiten wieder neu festgelegt und am 23. Mai 2019 bekannt gegeben. Es sind acht Krankheiten entfallen (z. B. „Demenz [einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz]“) bzw. ergänzt worden (z. B. „Makuladegeneration“).

Schaubild – Von der Diagnose zum Risikozuschlag



Im Juni 2019 hat der Wissenschaftliche Beirat Vorschläge zur Anpassung des Klassifikationsmodells beraten. Die Schwerpunkte bilden die Einordnung der acht neuen Krankheiten, die Einführung sogenannter „mehrfacher Arzneimitteldifferenzierungen“ bei ausgewählten Krankheiten und die Abgrenzung von Morbiditätsgruppen nach Alter („Alterssplits“). Der Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2020 wurde am 12.07.2019 veröffentlicht. Nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und Beratung mit dem Wissenschaftlichen Beirat hat das BAS die Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2020 mit insgesamt 231 Morbiditätsgruppen zum 30. September 2019 bekannt gegeben.

Weitergehende Informationen zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten RSA gibt es im Internet unter www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich.

Ausblick RSA-Reform

Mit dem im Oktober 2019 als Kabinettsentwurf vorgelegten „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV]“ (GKV-FKG) wird der RSA umfänglich reformiert. Das BAS hat das Gesetzgebungsverfahren im Jahr 2019 fachlich begleitet und bereitet die Umsetzung der anstehenden Reformen vor. Die Maßnahmen zur Reformierung des Morbi-RSA entfalten erstmalig im Ausgleichsjahr 2021 ihre Finanzwirksamkeit.

Die Reform umfasst den Wegfall der Krankheitsauswahl und die Berücksichtigung des gesamten Krankheitsspektrums (Vollmodell). Durch die Einführung eines Risikopools werden Hochkostenfälle (z.B. durch sehr teure, neue Arzneimitteltherapien) gesondert ausgeglichen. Rabatte für Arzneimittel werden für jeden Versicherten individuell angerechnet. Der Bezug einer Erwerbsminderungsrente wird als Risikomerkmal im Ausgleichsverfahren gestrichen. Das Klassifikationsmodell wird um eine

regionale Komponente erweitert, durch die regionale Unterschiede bei der Berechnung der Zuweisungen berücksichtigt werden. Morbiditätsgruppen, deren Besetzung GKV-weit mehr als eine bestimmte Rate steigt, sollen von der Berechnung der Risikozuschläge im Jahresausgleich ausgenommen werden. Krankenkassen erhalten für jeden Versicherten eine Vorsorgepauschale, sobald eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung oder eine Schutzimpfung in Anspruch genommen wurde.

Gutachten zu Auslandsversicherten und Krankengeld

Das BAS hat in 2019 die Erstellung der Fol gegutachten zu den „Zuweisungen für Krankengeld“ und „Zuweisungen für Auslandsversicherte“, die im Vorjahr in Auftrag gegeben worden sind, fachlich begleitet. Diese haben das Ziel, für die Berechnung des RSA neue Verfahren in den Bereichen Krankengeld und Auslandsversicherte zur Umsetzungsreife zu bringen (§269 Abs. 3a SGB V). Hierfür mussten in Absprache mit dem GKV-SV zusätzliche Daten erhoben und verarbeitet werden.

Die IGES GmbH hat das Fol gegutachten zum Krankengeld erarbeitet, die WIG2 GmbH gemeinsam mit der EsFoMed GmbH und dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen das zu den Auslandsversicherten. Beide Gutachten wurden dem BAS zum 31. Dezember 2019 vorgelegt und sind auf der Homepage des BAS veröffentlicht.

Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 323 SGB V

Mit der Einführung der Regelung des § 323 SGB V wurde ein rückwirkender Beendigungstatbestand für bestimmte freiwillige Mitgliedschaften und davon abgeleiteten Familienversicherungen geschaffen. Voraussetzung für die Beendigung war, dass seit der Begründung der Mitgliedschaft die Krankenkasse

keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

Soweit nach dieser Übergangsvorschrift eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung rückwirkend aufgehoben worden ist, sind die entsprechenden Versichertenzeiten nicht mehr für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu berücksichtigen.

Hierzu haben die Krankenkassen in 2019 in einer gesonderten Datenmeldung das Ergebnis ihrer internen Bestandsbereinigung gemeldet. Auf Basis dieser Datenmeldung hat das BAS im Januar 2020 dann für die Jahre 2013 bis 2017 insgesamt Zuweisungen in Höhe von 272,5 Millionen Euro von den betroffenen Krankenkassen zurückgefordert. Die Einnahmen aus diesem Bereinigungsverfahren werden im nächsten Jahresausgleich wieder an alle Krankenkassen ausgeschüttet.

Sicherung der Datengrundlagen

Grundlage für den morbiditätsorientierten RSA sind Datenmeldungen der Krankenkassen an das BAS, die u.a. die ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen umfassen. Die Prüfung dieser Daten erfolgt einerseits durch das BAS in seiner Funktion als Durchführungsbehörde auf der Grundlage des § 273 SGB V, andererseits finden gemäß § 20 RSAV Prüfungen vor Ort durch die Prüfdienste statt, die durch das BAS als RSA-Durchführungsbehörde zentral koordiniert und ausgewertet werden.

Bei der Prüfung nach § 273 SGB V unterzieht das BAS die von den Krankenkassen für ihre Versicherten gemeldeten Morbiditätsdaten einer Überprüfung, deren Ziel es ist, rechtswidrig erzeugte und gemeldete Daten zu identifizieren. Das Verfahren ist dreistufig angelegt und setzt sich aus kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfungen, Einzelfallprüfungen sowie ggf. der Erhebung von Korrekturbeträgen zusammen. Letzteres bedeutet, dass das BAS bei

einem nachgewiesenen Datenmeldeverstoß die von der Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhaltenen Zuweisungen nachträglich kürzt. Im Jahr 2019 wurden auf dieser Grundlage Korrekturbeträge in Höhe von 33 Millionen Euro erhoben; weitere Verfahren laufen.

Bei den Prüfungen der RSA-Daten durch die Prüfdienste der Länder und des BAS nach § 20 RSAV müssen die Krankenkassen für eine vom BAS gezogene Stichprobe ihrer Versicherten die Richtigkeit der gemeldeten RSA-Daten anhand von Original-Unterlagen (bspw. Mitgliedsbescheinigungen, Abrechnungsdaten der Leistungserbringer etc.) belegen. Im Jahr 2019 hat das BAS die von den Prüfdiensten gemeldeten Ergebnisse aus der Prüfung der sog. „Morbiditätsdaten“ des Ausgleichsjahres 2014 (§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV) ausgewertet. Im Ergebnis konnte eine hohe Datenqualität festgestellt werden. Zur Erhebung von Korrekturbeträgen kam es nicht. Inzwischen wurde die Prüfung der Versichertenzeiten des Ausgleichsjahrs 2016 durch Ziehung der Stichproben und Übermittlung an die Prüfdienste eingeleitet.

1.4 Einkommens- ausgleich

Zum 1. Januar 2015 wurde der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von 15,5% auf 14,6% abgesenkt. Da die risikoadjustierten Zuweisungen in der Summe auf die Höhe der Einnahmen des Gesundheitsfonds begrenzt sind, müssen die Krankenkassen die entstandene Deckungslücke durch Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages von den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder schließen.

Damit die unterschiedliche Einkommensstruktur der Mitglieder der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen für einzelne Krankenkassen führt, wurde mit § 270a SGB V ab 2015 ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt. Ohne einen solchen Ausgleich würden aus der unterschiedlichen Einkommensstruktur der Mitglieder der Krankenkassen erhebliche Unterschiede bei den mit den Zusatzbeitragssätzen erzielten Beitragseinnahmen resultieren. Dies hätte zur Folge, dass die Zusatzbeitragssätze letztlich nicht mehr vergleichbar wären und kein funktionsfähiger Wettbewerb im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung entstehen könnte.

Die Zusatzbeiträge werden daher unmittelbar an den Gesundheitsfonds abgeführt. Auf Basis des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes, der voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied sowie der aktuellen Mitgliederzahlen ermittelt das Bundesamt für Soziale Sicherung die der Krankenkasse zustehenden Mittel und zahlt diese monatlich gemeinsam mit den Zuweisungen aus. Durch diesen Einkommensausgleich erhalten Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder einen höheren Betrag aus dem Gesundheitsfonds als sie an den Fonds abgeführt haben und umgekehrt. Im Übrigen ist das Verfahren – entsprechend dem Verfahren des RSA – als monatisches Abschlagsverfahren mit drei Strukturanpassungen und einem abschließenden Jahresausgleich im Folgejahr ausgestaltet.

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse des Jahresausgleichs für 2018, den das BAS im November 2019 für den Einkommensausgleich durchgeführt hat sowie die Auszahlungen im Abschlagsverfahren 2019.

Zugewiesene Mittel aus dem Einkommensausgleich

Kassenart	im Jahresausgleich 2018	im Abschlagsverfahren 2019
AOK	4.825,1 Mio. €	4.718,5 Mio. €
BKK	2.356,0 Mio. €	2.305,2 Mio. €
VdEK	6.160,8 Mio. €	5.951,4 Mio. €
IKK	1.202,9 Mio. €	1.122,3 Mio. €
KBS	413,0 Mio. €	370,2 Mio. €
GKV	14.957,9 Mio. €	14.467,6 Mio. €



2. Innovationsfonds

Grundlagen

Das Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet seit 2016 die Mittel des Innovationsfonds. Aus dem Innovationsfonds werden neue sektorenübergreifende Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte gefördert, die über die Regelversorgung hinausgehen. Die geförderten Vorhaben zur Versorgungsforschung müssen konkret auf eine Verbesserung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sein, von hoher praktischer Relevanz sein und eine besondere Nähe zur praktischen Patientenversorgung haben. In 2019 stand für die Förderung von Projekten letztmals eine Fördersumme von bis zu 300 Millionen Euro zur Verfügung, ab 2020 bis 2024 beläuft sich die jährliche Fördersumme auf bis zu 200 Millionen Euro.

Während der beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtete Innovationsausschuss die Schwerpunkte wie auch Kriterien für die Förderung festlegt und über die Förderungsfähigkeit der eingereichten Anträge entscheidet, verwaltet das BAS die Mittel, berechnet die einzelnen Finanzierungsanteile, zieht diese ein und zahlt die Fördermittel an die Fördermittelempfänger aus.

Nach Abzug des Finanzierungsanteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) von knapp einem Prozent wird der Innovationsfonds jeweils zur Hälfte durch die am Risikostrukturausgleich (RSA) teilnehmenden Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.

Fördermittelauszahlungen in 2019

Die Auszahlung von Fördermitteln erstreckt sich jeweils über die gesamte Laufzeit der geförderten Vorhaben, die bis zu vier Jahre beträgt. In 2019 wurden Fördermittel in Höhe von rd. 148,0 Millionen Euro an 262 Projekte ausgezahlt. Rd. 65,8 Millionen Euro entfallen auf in 2016 bewilligte Projekte, rd. 67,3 Millionen Euro auf in 2017 bewilligte Projekte und 14,9 Millionen Euro auf in 2018 bewilligte Projekte. An die in 2019 bewilligten Projekte wurden keine Zahlungen geleistet. Aufgrund der jahresübergreifenden Projektlaufzeit werden die bewilligte Projekte unabhängig von den tatsächlichen Auszahlungen im Jahr der Bewilligung als Aufwand gebucht. Daher ist aus den nachfolgenden Finanzergebnissen kein Rückschluss auf die tatsächlichen Zahlungen möglich.

Finanzergebnisse des Innovationsfonds

Die Gesamtausgaben des Innovationsfonds für das Geschäftsjahr 2019 betragen rd. 243,1 Millionen Euro. Davon entfallen rd. 166,6 Millionen Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der neuen Versorgungsformen (NVF), rd. 68,7 Millionen Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der Versorgungsforschung (VSF) und rd. 7,9 Millionen Euro auf Verwaltungskosten. Dabei beliefen sich die Verwaltungskosten der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses (GBA) auf rd. 7,6 Millionen Euro, die des BAS auf rd. 0,2 Millionen Euro und die Kosten der wissenschaftlichen Evaluation auf rd. 59 Tausend Euro. Die Verwaltungskosten verursachen einen Anteil von rd. 3,2 % der Gesamtausgaben.

Den Ausgaben stehen gleich hohe Einnahmen gegenüber, was zu einem Rechnungsergebnis von +-0 führt. An der Finanzierung haben sich im Geschäftsjahr 2019 die LKK mit rd. 2,1 Millionen Euro sowie die RSA-Krankenkassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit jeweils rd. 120,6 Millionen Euro beteiligt.

Rechnungsergebnisse 2019 des Innovationsfonds in Euro (It. KJ1)

Finanzierungsanteile:	
Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)	2.093.775,52
RSA-Krankenkassen	120.527.945,26
Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds	120.527.945,26
Einnahmen gesamt	243.149.666,04
Bewilligungen NVF	166.567.132,07
Bewilligungen VSF	68.726.003,05
Verwaltungskosten BAS	204.968,32
Verwaltungskosten GBA	7.592.764,88
Kosten der wissenschaftlichen Evaluation	58.797,72
Ausgaben gesamt	243.149.666,04
Rechnungsergebnis	+0





3. Krankenhausstrukturfonds

Seit dem Jahr 2019 führt das Bundesamt für Soziale Sicherung die Förderung zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung mit Mitteln des von ihm verwalteten Strukturfonds in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich fort (Strukturfonds II). Zu diesem Zweck können die Länder noch bis zum Jahr 2022 die ihnen aufgrund des Königsteiner Schlüssels rechnerisch zugewiesenen Mittel beim BAS abrufen. Diese Mittel stehen den Ländern – nach Vorwegabzug der Verwaltungskosten – zu 95 % für landesindividuelle und zu 5 % für länderübergreifende Investitionsvorhaben zur Verfügung.

Wie die Förderung durch den bereits 2016 beim BAS errichteten Strukturfonds I, aus dem bis Ende 2019 insgesamt rund 467 Millionen Euro ausgezahlt wurden, dient auch die Förderung mit Mitteln des Strukturfonds II dem Abbau von Überkapazitäten, der (neu geregelten) Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie der Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen. Darüber hinaus ist die Förderung durch den Strukturfonds II auch auf die Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern, auf die Schaffung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, auf die Bildung

integrierter Notfallzentren sowie auf die Schaffung bzw. Erweiterung von Ausbildungskapazitäten in der pflegerischen Versorgung hin ausgerichtet.

Das BAS hat im ersten Halbjahr 2019 für sämtliche Fördertatbestände (ausschließlich der noch reformgegenständlichen integrierten Notfallversorgung) neue Antragsformulare entwickelt und auf seiner Internetseite bereitgestellt. Deren Fassung berücksichtigt bereits die beschlussweise Abstimmung mit den Ländern über zahlreiche Grundsatz-, Verfahrens- und Auslegungsfragen, wie sie das BAS zur Befassung im Rahmen eines am 27. März 2019 in Bonn durchgeführten Bund-Länder-Arbeitstreffens initiiert und vorbereitet hat. Die mehr als 30 dort gefassten Beschlüsse widmen sich unter anderem der Antragstellung (z.B. bei länderübergreifenden Vorhaben), den allgemeinen Fördervoraussetzungen (z.B. der Behandlung und Bestimmbarkeit förderschädlicher Rückzahlungsverpflichtungen), der Auslegung einzelner Fördertatbestände (z.B. der Anforderung an die Nachhaltigkeit von Krankenhauskooperationen zur Förderung privilegierter Konzentrationen), der Förderfähigkeit spezifischer Kostenpositionen nach Maßgabe des Investitionsbezugs oder der Messung des Erfüllungsaufwands.

Im gesamten Jahr 2019 war das BAS mit zahlreichen weiteren Voranfragen höchst unterschiedlicher Natur sowie mit informellen Vorprüfungsanträgen von Seiten der Länder befasst. Förmliche Anträge wurden bis dato indes noch nicht gestellt. Die Länder sind intensiv mit der Vorbereitung der Antragstellung beschäftigt. Sie bündeln geeignete Anträge im Wege landesinterner Interessensbekundungs-, Auswahl- und Entscheidungsverfahren; zugleich bedarf es der Herstellung des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen. Nach Auskunft der Länder hat der Strukturfonds II hier bereits wichtige Anreize gesetzt, die im Rahmen der fördergegenständlichen Ausarbeitung bzw. Darstellung der Vorhaben noch konkretisiert werden müssen. Dabei können die Länder, soweit sie den ihnen jährlich zustehenden Anteil an Fördermitteln nicht ausschöpfen, den verbleibenden Anteil noch bis zum 31.12.2022 beantragen.

Schließlich hat das BAS in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen bereits die erforderlichen Schritte eingeleitet, um einen Auftrag zu vergeben, der auch die mit dem Strukturfonds II erzeugten Wirkungen der Förderung zugunsten eines messbaren Strukturwandels auswerten soll. Das Verfahren war zum Ende des Jahres 2019 allerdings noch nicht abgeschlossen.

Parallel zu den Arbeiten zur Implementierung der Verwaltung des Strukturfonds II war das BAS im Rahmen der andauernden Verwaltung auch des Strukturfonds I damit befasst, die Folgen des Eintretens nachträglicher Änderungen für den Bestand bereits ergangener Bewilligungsentscheidungen zu beurteilen. Hier hat das BAS vereinzelt Änderungs- bzw. Rückforderungsbescheide erlassen. Teilweise haben einzelne Länder unmittelbar Rückzahlungen zugunsten des Strukturfonds vorgenommen und Ersatzanträge (nach § 4 Abs. 1 Satz 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung) gestellt.

Einen weiteren Schwerpunkt der Verwaltung des Strukturfonds I, mit dessen Förderung gemäß Zielstruktur der Vorhaben insgesamt rund 3.240 Betten abgebaut werden sollen, bildeten die Prüfung der

von den Ländern gegenüber den Krankenhäusern erlassenen Förderbescheide, die Prüfung der von den Ländern übermittelten Verwendungsnachweisinformationen sowie die Prüfung der Bereitstellung der Mittel zur Ko-Finanzierung und die Prüfung der Einhaltung der Investitionsförderquote der Länder. Schließlich wurden im Gefolge der Rückzahlungen und Änderungen Nachjustierungen und -berechnungen im Rahmen des so genannten Nachverteilungsverfahrens erforderlich; hier werden – voraussichtlich im 2. Quartal 2020 – nochmals rund 14,9 Millionen Euro an Fördermitteln bewilligt werden, soweit die Ko-Finanzierung auf Seiten der Länder weiterhin sichergestellt ist.

Finanzergebnisse des Strukturfonds

Im Jahr 2019 hat das BAS aus dem Strukturfonds Fördermittel in Höhe von insgesamt rd. 14,9 Millionen Euro an die Bundesländer ausgezahlt. Neben den Fördermitteln erstattete der Strukturfonds die Verwaltungskosten des BAS in Höhe von rd. 333,7 Tausend Euro und Kosten der wissenschaftlichen Auswertung der Wirkung der Förderung in Höhe von rd. 24 Tausend Euro.

Die Ausgaben des Strukturfonds wurden zu rd. 99 Prozent aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert, der Rest wird von der landwirtschaftlichen Krankenkasse aufgebracht.

Insgesamt sind bis zum Ende des Jahres 2019 rund 467 Millionen Euro an Fördermitteln bewilligt und ausgezahlt worden (inkl. Rückzahlungen), davon rund 454 Millionen Euro im Erst- und rund 13 Millionen Euro im Nachverteilungsverfahren.

Rechnungs-ergebnisse des Strukturfonds (in Euro)	2016 (lt. KJ 1)	2017 (lt. KJ 1)	2018 (lt. KJ 1)	2019 (lt. KJ1)	Gesamt
Finanzierungsanteile:					
Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)	95.048,29	1.795.649,97	2.278.657,79	131.413,70	4.300.769,75
Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds	9.542.083,04	188.332.548,64	251.269.429,60	15.129.628,33	464.273.689,61
Einnahmen gesamt	9.637.131,33	190.128.198,61	253.548.087,39	15.261.042,03	468.574.459,36
Aufwendungen zur Förderung von Vorhaben der Länder nach § 12 KHG	9.328.500,00	189.647.913,33	253.109.631,14	14.902.820,73	466.988.865,20
Verwaltungskosten BAS nach § 12 KHG	308.631,33	455.385,28	414.795,25	196.568,92	1.375.380,78
Kosten der wissenschaftlichen Evaluation nach § 14 Satz 4 KHG	0,00	24.900,00	23.661,00	24.494,00	73.055,00
Aufwendungen zur Förderung von Vorhaben der Länder nach § 12a KHG				0,00	0,00
Verwaltungskosten BAS nach § 12a KHG				137.158,38	137.158,38
Kosten der wissenschaftlichen Evaluation nach § 14 Satz 5 KHG				0,00	0,00
Ausgaben gesamt	9.637.131,33	190.128.198,61	253.548.087,39	15.261.042,03	468.574.459,36
Rechnungs-ergebnis	+0	+0	+0	+0	+0



4. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung

4.1. Verwaltung des Ausgleichsfonds

Das Jahr 2019 zeugt von Kontinuität und Dynamik in der nunmehr 25-jährigen Verwaltung des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung. Der Ausgleichsfonds, dessen Mittel allen Pflegekassen gemeinschaftlich zustehen, ist eine wichtige Säule im System der Finanzierung der Pflegeversicherung. Er ist längst mehr als nur Schwankungsreserve zur Durchführung eines Finanzausgleichs (s. 4.2) zwischen den Pflegekassen, sondern auch zentrale Finanzierungsstelle, die mittels Bereitstellung von Fördergeldern Aufgaben der Leistungsverwaltung übernimmt und für die Finanzierung besonderer Einrichtungen und Aufgaben verantwortlich ist (dazu 4.3). Schließlich leistet der Ausgleichsfonds monatlich Zuführungen an den Pflegevorsorgefonds zum Zwecke der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung – im Jahr 2019 insgesamt rd. 1,5 Milliarden Euro.

Seit dem Jahr 2019 werden im Rahmen des Finanzausgleichs zusätzliche Mittel bereitgestellt, die der Wahrnehmung besonderer Finanzierungsaufgaben durch die mit der Zahlung unmittelbar beauftragten Pflegekassen dienen, nämlich

- der Finanzierung zusätzlichen Pflegepersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen (jährlich bis zu 684 Millionen Euro)
- der Förderung von Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf der in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (jährlich bis zu 100 Millionen Euro)
- der zuschussweisen Finanzierung von Maßnahmen zur Investition der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Digitalisierung (einmalig bis zu 12.000 Euro pro Pflegeeinrichtung) und
- der Finanzierung unterstützender Maßnahmen für Beschäftigte vollstationärer Pflegeeinrichtungen für die Erhebung von Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität (einmalig 1.000 Euro für jede zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung).

Ebenfalls seit dem Jahr 2019 ist das BAS mittels direkter Zahlungen für die Finanzierung der fachlich unabhängigen Institution (Datenauswertungsstelle) und für die Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege (in Höhe von 3,6% des Finanzierungsbedarfs im jeweiligen Land) verantwortlich.

Vor diesem Hintergrund hat das BAS im Jahr 2019 initiativ und vertragsgestaltend darauf hingewirkt, dass die zur Implementierung der neuen Aufgaben erforderlichen zwei- bzw. dreiseitigen Vereinbarungen mit dem GKV-Spitzenverband und/oder dem Verband der privaten Krankenversicherung abgeschlossen werden konnten. Diese Vereinbarungen regeln zum einen die Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel durch den Ausgleichsfonds, zum anderen die Feststellung, Erhebung und Abrechnung der Beträge der an der Finanzierung beteiligten privaten Versicherungsunternehmen sowie – im Bereich der Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegepersonal – der gesetzlichen Krankenkassen. Darüber hinaus wurde eine Finanzierungsvereinbarung mit den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI zur Finanzierung der Datenauswertungsstelle geschlossen.

Auch das Verfahren und die Finanzierungsbeteiligung zur Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege wurden im Jahr 2019 eigens geregelt. Das BAS hat dazu Kontakte zu den zuständigen Stellen auf Landesebene etabliert, das Verfahren zum Abruf mittels Vordrucks gestaltet und die Liquiditätsplanung entsprechend ausgerichtet. Weil die Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) in vielen Ländern erst nach dem 1. Januar 2020 begonnen hat, hat das BAS zum Ende des Jahres 2019 zunächst nur Zahlungen an vier zuständige Stellen in Höhe von insgesamt 18,7 Millionen Euro geleistet. Soweit die für die Finanzierung im Land zuständigen Stellen Beliehene sind und in ihrem Mittelabruft über §§ 32 und 33 PflBG hinaus auch die Erstattung der Umsatzsteuer in Ansatz bringen, hat das BAS dem nicht entsprochen.

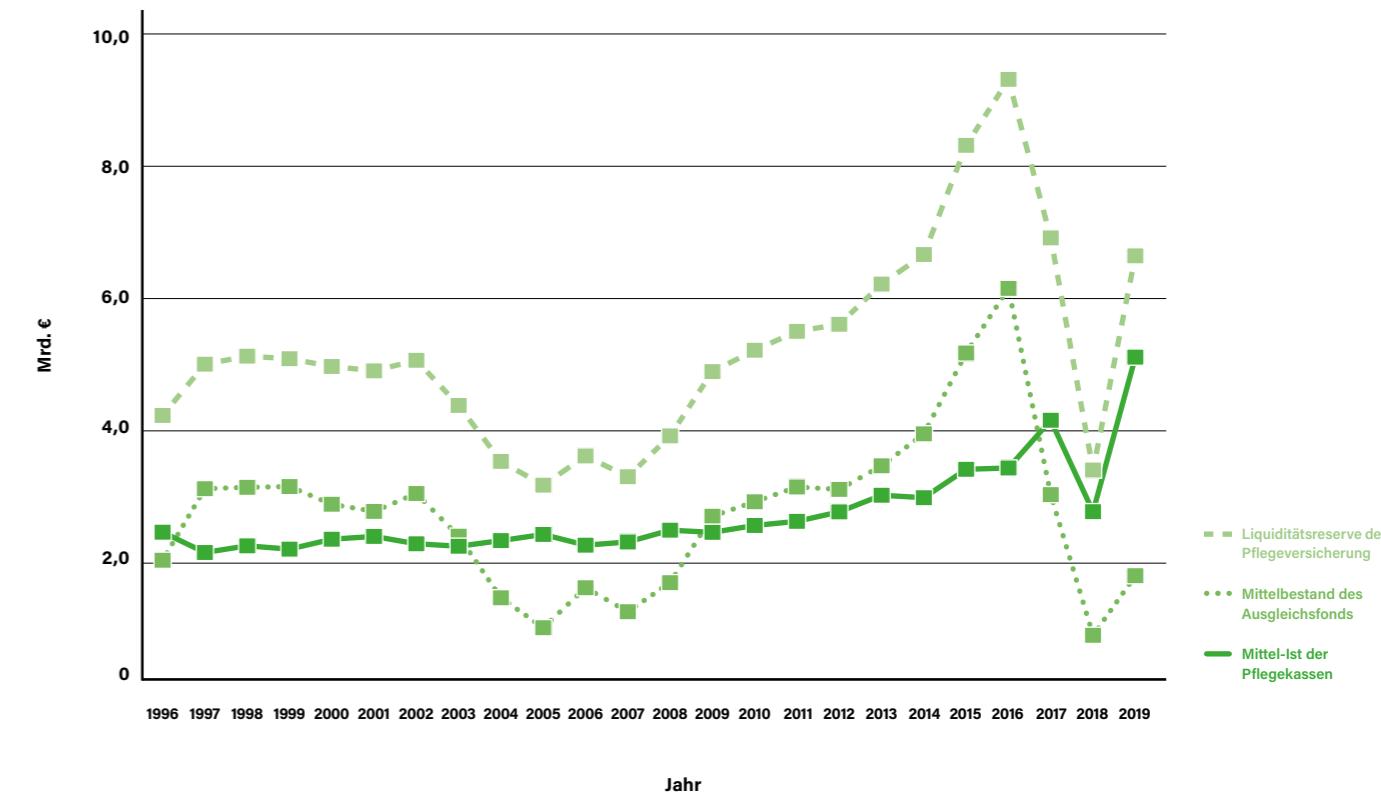
4.2. Finanzausgleich und Finanzentwicklung

Im Jahr 2019 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung monatsdurchschnittlich gut 1,3 Milliarden Euro (insgesamt rd. 16,2 Milliarden Euro) aus Mitteln des Ausgleichsfonds an diejenigen Pflegekassen überwiesen, denen weniger Mittel zur Verfügung standen als an Betriebsmitteln und zwecks Rücklage gesetzlich vorzuhalten sind. Dem gegenüber standen Zahlungen an den Ausgleichsfonds in Höhe von monatsdurchschnittlich rd. 685 Millionen Euro (insgesamt rd. 8,2 Milliarden Euro) durch diejenigen Pflegekassen, deren Mittel-Ist das Soll überstieg. Der hinter diesen Kennzahlen stehende Liquiditätsausgleich zwischen den Pflegekassen ist erforderlich, weil die Pflegekassen aufgrund ihrer unterschiedlichen Versichertenstruktur über unterschiedlich hohe Einnahmen verfügen und unterschiedlich hohe Ausgaben verzeichnen, während gleichzeitig ein für alle Pflegekassen einheitlicher, seit 2019 auf 3,05% an gehobener Beitragssatz gilt (mit Zuschlag für nicht Kinder Erziehende in Höhe von 0,25%). Es gilt das den Liquiditätsausgleich tragende Prinzip, dass die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen werden.

Beginnend mit dem Monat August 2019 konnte die im Jahr 2018 zur Sicherstellung des Finanzausgleichs auf eine halbe Monatsausgabe abgesenkte Deckungsquote des Betriebsmittelsolls (Ausgaben deckungsquote von „0,5“) um den Wert „0,1“ pro Monat stufenweise wieder angehoben werden. Damit wurden in jedem Monat der weiteren Anhebung rd. 355 Millionen Euro mehr wieder an die Pflegekassen zurückgeführt, bis im Dezember der Wert von „1,0“ wieder erreicht wurde.

Über die Einzahlungen im Rahmen des Finanzausgleichs hinaus hat der Ausgleichsfonds im Jahr 2019 rd. 9,7 Milliarden Euro an direkten Beiträgen vereinnahmt. Betrug der Mittelbestand des Ausgleichsfonds zum Ende des Jahres 2018 noch

Entwicklung des Mittelbestands der sozialen Pflegeversicherung



rd. 0,6 Milliarden Euro, nahm er im Laufe des Jahres 2019 deutlich zu, auf rund 1,6 Milliarden Euro zum Jahresende 2019. Unter Hinzurechnung der Mittelbestände der Pflegekassen in Höhe von insgesamt 4,9 Milliarden Euro zum Ende des Jahres 2019 betrug die so zusammen gesetzte Liquiditätsreserve der Sozialen Pflegeversicherung 6,5 Milliarden Euro.

In Anbetracht der Aufwendungen für die Wiederanhebung der Ausgabendeckungsquote konnten im Jahr 2019 lediglich kurz laufende Geldanlagen von ein bzw. zwei Monaten getätigt werden. Zugunsten der Flexibilität wurden vielfach kündbare Einlagen vorgehalten. Im Zeichen des hier insgesamt vorzufindenden Marktumfeldes negativer Zinsen beläuft sich das saldierte Zinsergebnis auf -3,98 Millionen Euro.

Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung 2019		
	Beiträge 2019 absolut in Millionen Euro	Veränderungen gegenüber 2018 in %
Einnahmen		
Beitrags-einnahmen	rd. 46.528	rd. 23,60
Sonstige Einnahmen	rd. 716	rd. 994,37
Einnahmen insgesamt	rd. 47.244	rd. 25,52
Ausgaben		
Leistungs-ausgaben	rd. 40.688	rd. 6,35
Verwaltungs-kosten	rd. 1.282	rd. 12,31
Hälften der Kosten des MDK	rd. 488	rd. 7,70
Zuführung zum Vorsorgefonds	rd. 1.477	rd. 4,47
Sonstige Ausgaben	rd. 17	rd. -20,64
Ausgaben insgesamt	rd. 43.951	rd. 6,49
Jahres-überschuss	rd. 3.294	

Quelle: Statistiken
PVM und PV45

4.3. Finanzierung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Als zentrale Finanzierungsstelle der Pflegeversicherung stellt der Ausgleichsfonds Mittel zur Förderung der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen sowie zur Förderung von Maßnahmen und Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung einschließlich ihrer wissenschaftlichen Begleitung zur Verfügung. In einer Mehrzahl der Tatbestände erfolgt die Förderung mit Mitteln des Ausgleichsfonds und unter Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Wege der ergänzenden zuschussweiten Mitfinanzierung (Anteilsfinanzierung), die an die Förderung aus Mitteln der Länder oder Kommunen anknüpft. Hinzu kommt die Finanzierung von Einrichtungen und Vorhaben im Wege der ausschließlichen Finanzierung aus Mitteln der Pflegeversicherung.

Mit erneut rund 3.000 Fällen dominierten auch im Jahr 2019 Auszahlungsanträge für Angebote zur Unterstützung im Alltag und des Ehrenamtes in der Pflege sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen das Verwaltungsgeschehen. Hinzu kommen über 300 Auszahlungsanträge für Angebote der Selbsthilfe einschließlich Modellvorhaben. Hervorzuheben ist ferner die zunehmende Förderung der strukturierten Zusammenarbeit in rund 80 regionalen Netzwerken. Insbesondere aufgrund des sehr hohen Antragsaufkommens zum Ende des Jahres 2019 konnte ein Teil der Mittelabrufe erst im ersten Quartal des Jahres 2020 zur Auszahlung gebracht werden. Erstmals im Jahr 2019 wurden Mittel zur Finanzierung der „unabhängigen Institution“ nach § 113 SGB XI gezahlt, die zwecks Entwicklung von Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der Pflege tätig wird.

Das Verwaltungsgeschehen erschöpft sich nicht in einer Formalprüfung mit Auszahlung. Vielmehr sind im Zuge der gesetzlich je nach Tatbestand vorgegebenen, zum Teil mehrstufigen Budgetermittlungen und -übertragungen einschließlich der Abrechnung von Finanzierungsanteilen der privaten Versicherungsunternehmen vielfach komplexe Berechnungen vorzunehmen. Hinzu kommt die Auseinandersetzung mit einer sehr heterogenen Rechts- und Verfahrenspraxis in den Ländern, soweit es um Vorhaben der Anteilsfinanzierung geht.

Im Bereich der Förderung der Selbsthilfe sind zum Jahr 2019 einige (bereits im Bericht des Vorjahres skizzierte) Neuerungen in Kraft getreten. Unter anderem wurde der Anteil der Förderung mit Mitteln der Pflegeversicherung auf 75 % erhöht. In diesem Zusammenhang ist das Bundesamt für Soziale Sicherung dem Ansinnen zur Bildung vorhabenindividueller Budgetguthaben durch „Verzicht“ auf den erhöhten Anteil der Pflegeversicherung bei bereits bestehenden Vorhaben entgegengetreten.

Die zur Förderung der „Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“ insgesamt eingesetzten Mittel des Ausgleichsfonds in Höhe von 26,5 Millionen Euro wurden für folgende Tatbestände (mit einer Förderung im Umfang von mind. 0,1 Millionen Euro) verausgabt:

Einsatz von Förder- und Finanzierungsmitteln des Ausgleichsfonds im Bereich der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	
Fördertatbestand/ Art der Maßnahme	Volumen in Millionen Euro
Angebote zur Unterstützung im Alltag	8,23
Förderung des Ehrenamtes	1,07
Förderung der Selbsthilfe	1,48
Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen	7,42
Modellvorhaben im Bereich der Selbsthilfe	0,84
Modellvorhaben zur Erprobung neuer Wohnformen	0,18
Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle	1,84
Regionale Netzwerke	1,12
Finanzierung der Datenauswertungsstelle	1,99
Modellvorhaben der Spitzenverbände nach § 8 Abs. 3 SGB XI	2,37



5. Strukturierte Behandlungsprogramme

Das Bundesamt für Soziale Sicherung ist für die zentrale Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme – DMP) der bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen zuständig.

Die Zahl der neuen DMP-Indikationen hat sich im Berichtsjahr deutlich erhöht: so sind in 2019 chronischer Rückenschmerz und Depression zu den bereits bestehenden 7 Indikationen Asthma Bronchiale, Brustkrebs, COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, KHK und Herzinsuffizienz hinzugekommen. Zwei weitere Indikationen sind für 2020 vorgesehen.

Ziel der Programme ist eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen, insbesondere durch leitlinienorientierte Behandlung und Koordinierung der Behandlungsprozesse über die Grenzen der einzelnen Versorgungsebenen hinweg.

Hier sind regelmäßig deutlich steigende Teilnehmerzahlen zu verzeichnen. In 2019 waren es rund 8,4 Millionen Versicherte, – von denen 1,2 Millionen in mehr als einem DMP eingeschrieben sind – die an insgesamt 9.132 Programmen teilgenommen haben.

Indikation	Zulassungen 31.12.2019	Zulassungen 01.01.2020	Teilnahme am DMP 31.12.2019
Asthma Bronchiale	1.528	1.495	995.581
Brustkrebs	1.471	1.445	140.897
COPD	1.539	1.506	769.515
DM 1	1.507	1.482	230.657
DM 2	1.564	1.528	4.321.720
KHK	1.523	1.493	1.908.925
Insgesamt	9.132	8.949	8.367.295



6. Aufsicht über die ZfP/Ordnungswidrigkeitenbehörde/Meldestelle

Rechtsaufsicht über die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge (ZfP) sowie Ordnungswidrigkeitenverfahren gegenüber privaten Versicherungsunternehmen

Die staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge ist in den §§ 126 – 128 SGB XI und in der Pflegedurchführungsverordnung (PflvDV) festgelegt. Die bei der Deutschen Rentenversicherung Bund angesiedelte ZfP nimmt diese gesetzlichen Aufgaben wahr. Wie bereits in den Vorjahren hat das Bundesamt für Soziale Sicherung auch im Berichtsjahr seine Aufsichtsprüfungen bei der ZfP fortgesetzt. Prüfschwerpunkte der Rechtsaufsicht waren u.a. die Rückforderungsverfahren, das Festsetzungsverfahren, Finanzen-Kassensicherheit-Schwachstellenanalyse, die Informationen auf der Homepage sowie die Kommunikationshandbücher.

In diesem Zusammenhang hat das BAS auch seine Aufgabe als zuständige Verwaltungsbehörde für Ordnungswidrigkeiten gemäß § 121 Absatz 1 Nummer 7, Absatz 3 SGB XI wahrgenommen: Ordnungswidrig handelt ein privates Versicherungsunternehmen, wenn es vorsätzlich oder leichtfertig entgegen § 128 Abs. 1 Satz 4 SGB XI die dort genannten Daten nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig an die ZfP übermittelt.

Es wurden im Jahr 2019 gegenüber privaten Versicherungsunternehmen 108 Ordnungswidrigkeitenverfahren eingeleitet, die in 20 Fällen zu einem Bußgeldbescheid geführt haben. Die verhängten Geldbußen wurden beglichen, ohne dass eines der betroffenen Unternehmen einen Rechtsbehelf eingelegt hätte.

Dabei waren zwei Fälle, die zu einem Bußgeldbescheid geführt haben, besonders auffällig: Die privaten Versicherungsunternehmen haben Zulagen beantragt, obwohl eine der Grundvoraussetzungen für die Antragstellung, nämlich die Vollendung des 18. Lebensjahres des Versicherten, nicht vorgelegen hat.

Einleitung von Ordnungswidrigkeitenverfahren bei Versicherten im Bereich der privaten Pflegeversicherung

Dem BAS sind Versicherte zu melden, die ihrer Pflicht zum Abschluss oder zur Aufrechterhaltung eines Vertrages für eine private Pflegeversicherung nicht nachkommen oder mit der Entrichtung von sechs insgesamt vollen Monatsprämien in Verzug geraten sind. Im letzten Tätigkeitsbericht wurde bereits erläutert, dass für das vorstehende Verfahren aktuell ein elektronischer Meldeweg implementiert wurde.

Im Berichtsjahr wurden dem BAS 143.240 Meldungen erstattet. Die Anzahl der Meldungen ist – ebenso wie im letzten Jahr – im Verhältnis zum Vorjahr (146.646) leicht zurückgegangen. Wie auch in den vergangenen Jahren erfolgen die Meldungen überwiegend aufgrund des Prämienverzuges von versicherten Personen. Das BAS prüft die erstatteten Meldungen und leitet sie dann an die für die Verfolgung und Ahndung der entsprechenden Ordnungswidrigkeiten zuständigen Verwaltungsbehörden in den Bundesländern weiter.





7. Zuschüsse zur gesetzlichen Renten- versicherung

Das Bundesamt für Soziale Sicherung bewirtschaftet die Mittel des Bundes, die an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt werden; dabei wurden in 2019 insgesamt ca. 98,6 Milliarden Euro überwiesen. Diese Summe entspricht ca. 29,0 % der Einnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung und trägt damit wesentlich zur finanziellen Stabilität des Rentenversicherungssystems bei.

In diesem Betrag enthalten sind u.a. die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung in Höhe von 72,3 Milliarden Euro und die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten in Höhe von 15,4 Milliarden Euro sowie die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Versorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) in Höhe von 5,6 Milliarden Euro.

Auch die Zuschüsse des Bundes an die Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger (VdBS) werden durch das BAS bewirtschaftet und stiegen in 2019 auf 76,7 Millionen Euro im Vergleich zu 75,4 Millionen Euro im Jahr 2018 an.



8. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung

Seit 2009 wird die jährliche Lastenverteilung zwischen den neun gewerblichen Berufsgenossenschaften (BG) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung durchgeführt. Jede BG trägt im Rahmen der Lastenverteilung zunächst ihre eigenen Rentenlasten entsprechend der Wirtschaftsstruktur, während die sog. „Überaltlasten“ von allen BG getragen werden.

Für das Jahr 2019 betrug die Lastenverteilung insgesamt ca. 810,7 Millionen Euro und hat sich damit gegenüber dem Vorjahr um ca. 32,2 Millionen Euro erhöht. Dabei sind in der Regel fünf BGen ausgleichspflichtig (Verwaltungs-BG, BG Handel und Warenlogistik, BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse, BG Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation) und vier BGen ausgleichberechtigt (BG Rohstoffe und chemische Industrie, BG der Bauwirtschaft, BG Holz und Metall und BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe).



3. Teil

Sonderaufgaben



1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz

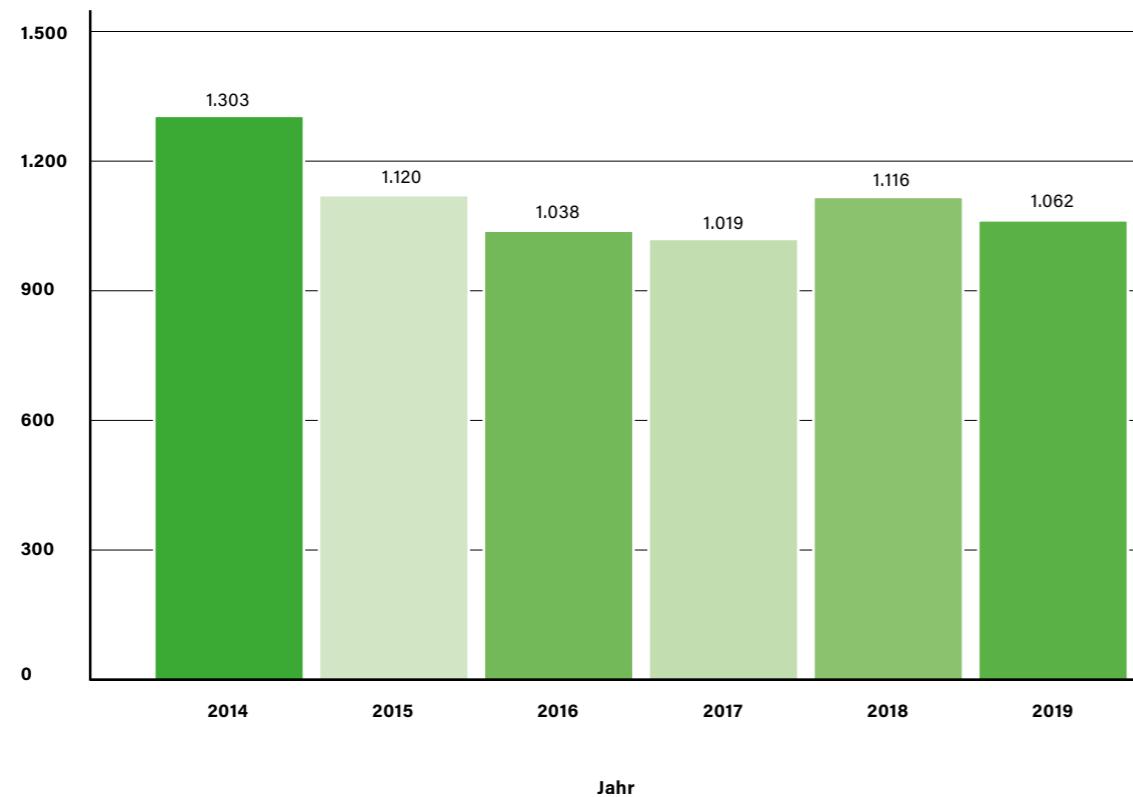
Als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz überwacht das Bundesamt für Soziale Sicherung die Ausbildung bei den bundesunmittelbaren Trägern der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung und bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Darüber hinaus nimmt es die Zwischen- und Abschlussprüfungen für Sozialversicherungs- und Verwaltungsfachangestellte, Kaufleute für Büromanagement sowie die Fortbildungsprüfungen zum/zur Verwaltungsfachwirt/-in, Krankenkassenfachwirt/-in, Fachwirt/-in für Management und Führung in Krankenkassen und Geprüften Sozialversicherungsfachwirt/-in sowie die Ausbildungsergebnisprüfung ab.

1.1 Ausbildungsplatzsituation

Am Stichtag 31.12.2019 betreute das Bundesamt für Soziale Sicherung insgesamt 2.855 Ausbildungsvorverhältnisse der Einstellungsjahrgänge 2017 bis 2019 in den verwaltungseigenen Berufen. Davon 2.823 zu Sozialversicherungsfachangestellten, 21 zu Kaufleuten für Büromanagement, vier zu Verwaltungsfachangestellten und sieben beim BAS selbst zu Verwaltungsfachangestellten.

Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsvorverträge bei den Sozialversicherungsträgern in den verwaltungseigenen Berufen ist mit 1.062 leicht rückläufig. Hiervon entfielen 1.054 auf Sozialversicherungsfachangestellte, sechs auf Kaufleute für Büromanagement und zwei auf Verwaltungsfachangestellte.

Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in verwaltungseigenen Berufen



Verteilung der Ausbildungsverhältnisse in verwaltungseigenen Berufen auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

Einstellungs-jahr	Sozialversicherungsfachangestellte					Verwaltungsfachangestellte					Fachangestellte für Bürokommunikation/Kaufleute für Büromanagement				
	KV	RV	KBS	LSV	UV	KV	RV	KBS	LSV	UV	KV	RV	KBS	LSV	UV
2013	1035	129	143	28	123	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1
2014	904	128	135	21	101	0	0	0	0	0	9	0	0	0	5
2015	774	130	112	10	90	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
2016	700	137	104	9	83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
2017	677	164	100	0	73	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3
2018	668	235	99	34	68	0	0	0	0	2	6	0	0	0	4
2019	605	247	98	34	70	0	0	0	0	2	4	0	0	0	2

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat im Berichtsjahr 247 Ausbildungsverträge im Beruf der Sozialversicherungsfachangestellten abgeschlossen. Das sind 12 mehr als im Vorjahr. Bei den Krankenversicherungsträgern ist die Ausbildungszahl in diesem Beruf um 63 Ausbildungsverträge auf 605 zurückgegangen. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind die Einstellungszahlen nahezu gleichgeblieben. Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau hat im Berichtsjahr erneut 34 Ausbildungsverträge abgeschlossen und bei den Unfallversicherungsträgern ist die Einstellungszahl mit 70 Ausbildungsverträgen ebenfalls nahezu gleichgeblieben.

Neben den verwaltungseigenen Berufen, für die das BAS allein zuständige Stelle ist, haben die Sozialversicherungsträger im Berichtsjahr auch wieder zahlreiche Ausbildungsverträge in den Berufen Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen – mit weiter steigender Tendenz – und Kaufmann/Kauffrau im Dialogmarketing, für die auch die Industrie- und Handelskammern zuständig sind, abgeschlossen. Das BAS ist in diesen Fällen zuständige Stelle für die Überwachung der Ausbildung einschließlich Ausbildungsberatung sowie Feststellung der Eignung von Ausbildungsstätten und Ausbildern. Die Eintragung der Ausbildungsverhältnisse und die Prüfungsabnahme erfolgen bei den Industrie- und Handelskammern.

Der Ausbildungsberuf Kaufmann/Kauffrau für Büromanagement wird bei den Unfallversicherungsträgern (zwei Verträge), bei einer Betriebskrankenkasse (zwei Verträge) sowie bei einer Innungskrankenkasse und einer Ersatzkasse (je ein Vertrag) ausgebildet.

1.2 Überwachung und Beratung

Die Ausbildungsberatung des Bundesamtes für Soziale Sicherung als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz hat im Berichtszeitraum bundesweit in 213 Veranstaltungen rund 2.800 Nachwuchskräfte der Ausbildungsberufe zur/zum Sozialversicherungsfachangestellten, zur Kauffrau/zum Kaufmann im Gesundheitswesen, zur Kauffrau/zum Kaufmann für Büromanagement sowie zum/zur Fachinformatiker/-in über die bevorstehenden Zwischen- und Abschlussprüfungen beraten. Hierzu wurden die Geschäftsstellen und der Vollzeitunterricht in den Bildungszentren der Sozialversicherungsträger besucht. Die meisten Veranstaltungen fanden – wie auch schon in den vergangenen Jahren – bei den angehenden Sozialversicherungsfachangestellten und Kaufleuten im Gesundheitswesen statt, von denen mehr als 80 % bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung ausgebildet werden.

Anzahl der beratenen Auszubildenden nach Sozialversicherungsträgern

	Lehr-gänge	Ge-schäfts-stellen	Gesamt	in %
KV	2.103	187	2.290	81,96
DRV Bund	180	0	180	6,44
UV	173	4	177	6,34
SVLFG	7	0	7	0,25
DRV KBS	140	0	140	5,01
Summe	2.603	191	2.794	100,00

Die Ausbildung bei den Sozialversicherungsträgern verlief weitgehend reibungslos und unproblematisch. Sie gewährleisten auch in Zeiten andauernder Umstrukturierung eine nachhaltige und effektive Ausbildung. Der Erfolg spiegelt sich dann auch in guten bis zufriedenstellenden Prüfungsergebnissen wider. Hohe Übernahmезahlen sprechen für sich.

Wie die Statistik zeigt, lag der Schwerpunkt der Arbeit der Ausbildungsberatung wieder in der Beratung von Auszubildenden und Ausbildern in den Vollzeitlehrgängen der Sozialversicherungsträger. Dort kamen vor allem Fragen zur Zwischen- bzw. Abschlussprüfung zur Sprache. Seitens der Auszubildenden bestand besonderes Interesse am Ablauf der Prüfungen, insbesondere an den Herausforderungen des mündlichen Teils der Abschlussprüfung.

Großer Informationsbedarf bestand bei der zunehmenden Zahl von Auszubildenden mit Migrationshintergrund. Umstritten war bei vielen Beratungen, insbesondere bei der DRV Bund, die Frage, ob es bei Sprach- und Verständnisschwächen Prüfungserleichterungen z.B. in Form von längerer Schreibzeit gebe.

Ein zentrales Anliegen der Zuständigen Stelle ist die Wahrung des Qualitätsstandards. Bei den Beratungen in Ausbildungsstätten überprüften die Berater/-innen daher nicht nur die Eignung der Ausbildungsstätten durch Begehung der Arbeitsplätze und Lehrräume, sondern informierten sich auch intensiv über die Strukturen der Ausbildung und die Inhalte der Lehrpläne. Einige Lehrpläne wurden von den Ausbildenden nach entsprechenden Hinweisen angepasst, damit alle prüfungsrelevanten Inhalte auch vermittelt werden.

Da insbesondere die großen Ersatzkassen in ihren Schwerpunktzentren nur noch einen Bruchteil der praktischen Ausbildung vermitteln, waren zuweilen Hinweise notwendig, die Defizite durch Hospitationen in anderen Schwerpunktzentren zu kompensieren und so für eine umfassende facettenreiche Ausbildung zu sorgen. Dies erfordert organisatorische und finanzielle Mühen. Die Ausbildungsberater/-innen erinnerten dann aber an die Vorgaben des Berufsbildungsgesetzes und an die im Ausbildungsvertrag übernommene Verpflichtung zu einer kompletten Ausbildung in Theorie und Praxis für eine umfassende berufliche Handlungsfähigkeit – auch im Fall der Nichtübernahme.

Diese Ermahnungen waren bei gegebenem Anlass nicht nur bei der Ausbildung zu Sozialversicherungsfachangestellten notwendig, sondern auch

bei jenen Sozialversicherungsträgern, die nur noch oder inzwischen überwiegend Kaufleute im Gesundheitswesen ausbilden. Auch hier besteht bei einigen Kassen die Tendenz, Auszubildende sehr spezialisiert und eindimensional auszubilden. Da bei diesem Berufsbild externe Hospitationen in Krankenhäusern und Apotheken notwendig sind, wurden die Sozialversicherungsträger aufgerufen, die jungen Leute bei der Suche nach einem geeigneten Hospitationsplatz zu unterstützen.

Ein wichtiges Beratungsthema war wie in den Vorjahren wieder die vielerorts zu frühe Einbindung in die Sachbearbeitung. Geschäftsstellenleiter/-innen sehen angesichts von Umstrukturierungen, Mehrarbeit und Personalengpässen oft keine andere Wahl, als Auszubildende als Personalaersatz einzusetzen. Hier wurde mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass die kompletten drei Jahre für Ausbildungszwecke zu nutzen sind und Sachbearbeitung zur Vorbereitung auf den späteren Arbeitsplatz erst ab Beginn/Mitte des dritten Ausbildungsjahres erfolgen soll.

Alles in allem waren die Auszubildenden aller Sozialversicherungsträger mit ihrer Berufsausbildung aber sehr zufrieden. Wenn mal Kritik geäußert wurde ging es häufig um unterschiedliche Qualitätsstandards der Ausbildung innerhalb einer Geschäftsstelle: Anders als in Vollzeitlehrgängen, wo allen Auszubildenden die komplette Theorie gemeinsam vermittelt wird, gebe es in der Praxisschulung doch zuweilen Unterschiede. Manche Auszubildende hätten alle Abteilungen durchlaufen, andere nicht. Einige fühlten sich daher benachteiligt und schlechter auf die Prüfungen vorbereitet.

Neben den zahlreichen dienstreiseintensiven Vor-Ort-Beratungen wurden viele Fragen von Ausbildern, Auszubildenden, Schulen oder auch besorgten Eltern am Telefon oder per E-Mail beantwortet. Dabei war das Themenspektrum vielfältig. Selten ging es um die Verletzung der Lernpflicht und eventuelle Konsequenzen wie Abmahnung oder Auflösung des Ausbildungsvertrags. Meist kamen Themen wie Verlängerung der Ausbildung wegen langfristiger Erkrankungen, Verkürzung wegen herausragender Leistungen, Nachteilsausgleich, Zeugnisverlust,

Teilzeitausbildung oder Überstunden zur Sprache. Einmal ging es um die Frage, ob die Tätowierungen von Auszubildenden auch im Kundengespräch sichtbar sein dürfen. Mehrfach beschwerten sich Auszubildende über ausbleibende Erstattungen von Ausgaben für Dienstreisen zu Lehrgangsorten oder Hospitationen. Vereinzelt war eine Moderation notwendig, wenn zwischenmenschliche Probleme zwischen Auszubildenden und Ausbildern die Ausbildung erschweren. Psychologisches Geschick der Ausbildungsberater/-innen war gefragt, wenn leistungsschwache Auszubildende mit Prüfungsangst anriefen oder besorgte Eltern. Durch offene konstruktive Gespräche, Empfehlungen und Tipps haben die Ausbildungsberater/-innen die Probleme bis auf wenige Ausnahmefälle gelöst.

sowie von der BARMER teil. 12 davon kamen von landesunmittelbaren Kassen und wurden vom BAS in Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die bisher keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Fünf Prüfungsausschüsse waren im Einsatz. 98 Prüflinge bestanden die Prüfung (90,1%). Bei der Organisation wurde das BAS von der BKK Akademie, der IKK Akademie und der BARMER unterstützt.

Zudem hat das BAS neun Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 108 Ausbilder/-innen teilnahmen. 16 dieser Ausbilder/-innen arbeiten bei Krankenkassen, 22 bei Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, 63 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und sieben bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

1.3 Prüfungen

Im Jahr 2019 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung mit 2.064 Prüflingen rund 8,1 Prozent weniger geprüft als im Vorjahr und damit nochmals fünf Prozent weniger gegenüber dem Vorberichtszeitraum.

An neun Zwischenprüfungen nahmen 876 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten und drei angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei wurden 52 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 14 Abschlussprüfungen, bei denen 67 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 941 Prüflinge teil, darunter 11 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/-r entfielen 928 Prüflinge, drei auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte/-r und 10 auf den Ausbildungsberuf Kaufleute für Büromanagement. 923 Prüflinge bestanden die Prüfung (98,1%). Unter den 928 Prüflingen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellte/-r waren 34, die nach § 45 Absatz 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Diese kamen von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zum/zur Krankenkassenfachwirt/-in nahmen insgesamt 108 Mitarbeiter/-innen von Betriebs- und Innungskrankenkassen



2. Mutterschaftsgeldstelle

Seit 40 Jahren ist die Mutterschaftsgeldstelle des Bundesamtes für Soziale Sicherung für die Zahlung von Mutterschaftsgeld nach § 19 Absatz 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG) zuständig. Anspruchsbe rechtigt sind Frauen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und die zudem wegen der Schutzfristen vor und nach der Entbindung (§ 3 MuSchG) kein (Arbeits-) Entgelt erhalten. Dies gilt auch für Frauen, deren Beschäftigungsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach der Entbindung vom Beschäftigungsbetrieb mit Zustimmung der zuständigen Behörde für Arbeitsschutz gekündigt wurde. In diesen Fällen und auch dann, wenn der Beschäftigungs betrieb aufgrund eines Insolvenzereignisses zahlungsunfähig ist, zahlt das BAS neben dem Mutterschaftsgeld auch den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 20 Absatz 3 MuSchG.

Die Ausgaben für Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft beliefen sich im Berichtsjahr auf rund 2,2 Millionen Euro. Darin enthalten sind Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung, welche das BAS für Frauen abführt, die vor Beginn der Schutzfrist sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren und daher der Arbeitslosenversicherungspflicht unterliegen.

Im Berichtsjahr wurden rund 16.400 Anträge auf Mutterschaftsgeld gestellt. Dies sind rund 8,9% weniger als im Vorjahr. Mehrheitlich werden Anträge von Frauen in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen gestellt. Wie auch im Vorjahr waren rund drei Viertel aller Anträge erfolgreich und wurden mit einem positiven Bescheid abgeschlossen.

2019 wurde eine neue standardisierte Software zur Beantragung von Mutterschaftsgeld sowie zur internen Bearbeitung der Anträge eingeführt. Nachdem bisher bereits die Möglichkeit bestand, den Antrag online zu stellen, können die Antragstellerinnen nun auch die erforderlichen Dokumente online übermitteln. Zudem kann im Internet der Bearbeitungsstatus abgerufen werden. Ziel ist eine effizientere und schnellere Bearbeitung der Anträge.

Mit dem Relaunch der Webseite des BAS wurde insbesondere auch der Auftritt der Mutterschaftsgeldstelle erneuert. Ein strukturierter und bürger naher Themenbereich, in dem sich die Nutzerinnen besser zurechtfinden sollen, ist das Ergebnis. Neu ist außerdem eine fast vollständige Übersetzung der Themenseiten Mutterschaftsgeld in die Sprachen Englisch, Türkisch und Russisch.



Blick nach innen 2019

Aufgaben im Wandel – „Vom BVA zum BAS“

Mit dem Gesetz zur Reform des Sozialen Entschädigungsrechts wurde das Bundesversicherungsamt (BVA) am 11.2020 in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) umbenannt. In der Vorbereitung auf den neuen Namen haben sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses mit der Geschichte der Behörde beschäftigt. Am Ende entstand eine Chronik, die den steten Aufgabenzuwachs seit 1956 widerspiegelt. Der neue Name ist eine logische Folge aus dieser Aufgabenentwicklung. Die Chronik in Form einer Broschüre wurde schließlich mit einem Mitarbeiterfoto betitelt. Eine Aktion, die den Gemeinschaftsgeist im Haus bildlich bewiesen hat. Die Broschüre „Vom BVA zum BAS“ finden Sie auf unserer Website unter www.bundesamtsozialesicherung.de/de/service/downloadcenter.

Einen Blick auf die eigene Geschichte zu werfen hat gezeigt, dass der Gesetzgeber dem Amt im Laufe der Jahre immer mehr verantwortungsvolle Aufgaben übertragen hat. Zur ursprünglichen

Aufsichtstätigkeit sind vielfältige Prüf- und Verwaltungsaufgaben hinzugekommen. Zu nennen sind hier u.a. die Mutterschaftsgeldstelle, der Prüfdienst Krankenversicherung, der Risikostrukturausgleich und der Gesundheitsfonds. Auch die Disease-Management-Programme sowie der Krankenhaus- und der Innovationsfonds haben sukzessive in das Aufgabenportfolio des BAS Einzug gehalten. Durch die Reform des Sozialen Entschädigungsrechts werden auch in Zukunft neue Aufgaben auf das BAS zukommen.

Am 7. Januar 2020 haben wir unsere Umbenennung mit einem Festakt begangen. Besonders gefreut haben wir uns über die Teilnahme vom Bundesminister für Arbeit und Soziales, Herrn Hubertus Heil. Außerdem durften wir Dr. Thomas Steffen, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, und den Bonner Bürgermeister Reinhard Limbach in unserem Foyer begrüßen.

„Fluch der guten Tat“

Der Minister würdigte in seinem Grußwort die Arbeit der Expertinnen und Experten im BAS. Diese würden dabei mithelfen, aus Sozialrecht soziale Wirklichkeit zu machen und den Bürgerinnen und Bürgern die Ausübung ihrer sozialen Bürgerrechte ermöglichen. Dies zeigte sich bei der Bearbeitung der Beschwerden über die gesetzlichen Sozialversicherungsträger, aber auch bei der Auszahlung von Mutterschaftsgeld. Aus der sehr guten Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BAS resultierte folglich der Aufgabenzuwachs der Behörde: „Das ist der Fluch der guten Tat: wenn Sie so gute Arbeit leisten, dass sich die Politik einfallen lässt, Ihnen neue Aufgaben zu übertragen.“ Die massiven Veränderungen im Aufgabenspektrum führten zur Umbenennung der Behörde von BVA in BAS.



Bundesminister für Arbeit und Soziales Hubertus Heil hält sein Grußwort

Der Präsident des BAS Frank Plate hob die Bedeutung der Umbenennung in seinem Grußwort hervor: „Die Umbenennung ist ein Meilenstein in der Geschichte des Hauses. Der Blick in unsere Geschichte hat mir gezeigt, dass wir bereits viele Veränderungen gemeistert haben. Daher ist der neue Name eine Bestätigung für unseren Weg, den wir als moderne und vielseitige Behörde weitergehen werden.“

Im Anschluss an die Grußworte wurde gemeinsam das neue Namensschild des BAS enthüllt. Außerdem eröffnete Präsident Frank Plate die Ausstellung „Vom BVA zum BAS“, die die Geschichte des Hauses sowie seine Aufgaben beleuchtet.



Eröffnung der Ausstellung „Vom BVA zum BAS“: Bürgermeister Reinhard Limbach, Präsident Frank Plate, Bundesminister für Arbeit und Soziales Hubertus Heil, Staatssekretär im BMG Dr. Thomas Steffen, Vorsitzender des Hauptpersonalrates im BMAS Michael Schmidt und Vizepräsidentin Sylvia Bohlen-Schöning (v.l.n.r.)

Presse und Kommunikation

Im Berichtsjahr hat die Pressestelle über 300 Presseanfragen beantwortet. Dabei waren die Anlage der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in der Niedrigzinsphase und die vom Gesundheitsfonds zu zahlenden Negativzinsen von besonderem medialen Interesse. Außerdem standen die Vorstandsvergütung und der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Versorgung der Versicherten mit Heil- und Hilfsmitteln im Fokus der Presseanfragen. Die Diagnosekodierung im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich zeigte sich des Weiteren als Thema von öffentlichem Interesse. Das Jahr 2019 war im BAS auch durch eine Neuausrichtung der Kommunikationsmaßnahmen nach außen geprägt. Eine Behörde, die hochkomplexe Fachthemen juristisch korrekt kommuniziert, läuft Gefahr, nicht verstanden zu werden. Mit hausinternen Schulungen zur bürgernahen Sprache hat das BAS begonnen, seine Arbeit transparenter und verständlicher nach außen zu transportieren.

Neue Website

Der in 2019 konzipierte moderne neue Web-Auftritt hat ebenfalls das Ziel, die komplexen Sachverhalte des BAS verständlich darzustellen, ohne dabei an inhaltlicher Tiefe zu verlieren. Bürgernahe Texte führen in die Themenbereiche ein, in denen weiterhin auch Detailinformationen für Fachleute dargestellt sind. Eine neue Struktur und Navigationshilfen sollen den Nutzerinnen und Nutzern helfen, sich auf der Webseite zurechtzufinden. Hierzu steht ebenfalls eine verbesserte Suche, z. B. auch über alle Rundschreiben des BAS, zur Verfügung. Die neue Website erreichen Sie unter www.bundesamtsozialesicherung.de/

Bahn-See in Bochum statt. Während des Studiums werden die Studierenden in ein Beamtenverhältnis in der Laufbahn des gehobenen Dienstes übernommen. Daneben bildet das BAS jedes Jahr am Standort Bonn in Zusammenarbeit mit dem Bundesverwaltungsfachangestellte aus.

Details zur Ausbildung im BAS sowie die aktuellen Stellenangebote des BAS sind auf der Internetseite des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de/ karriere zu finden. Hier gibt es auch weitere Informationen zum Arbeiten im BAS.

Das BAS – ein attraktiver Arbeitgeber

Als Bundesoberbehörde bietet das BAS seinen Beschäftigten einen konjunkturunabhängigen, sehr attraktiven Arbeitsplatz mit vielfältigen Fortbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten. „Wir entwickeln uns weiter“ ist das Motto der berufsbegleitenden Personalentwicklung im BAS. Durch fachliche Fortbildungsmöglichkeiten mit dem Besuch externer Seminarangebote oder Inhouse-Schulungen sowie durch Coachings für Führungskräfte und persönlichkeitsfördernde Seminare sorgt das BAS dafür, dass sich jede und jeder beruflich und persönlich weiterentwickeln kann. Dabei achtet das BAS in besonderem Maße auch auf die Belange schwerbehinderter Menschen, um ihnen eine selbstbestimmte Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen.

Einen hohen Stellenwert hat im BAS die Gewinnung und Ausbildung von Nachwuchskräften. So bietet das BAS einen dualen Bachelor-Studiengang zur Regierungsinspektorin bzw. zum Regierungsinspektor an. Das Studium findet an der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung in Berlin und bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-

Im Sommer 2019 wurde dem BAS bereits zum 4. Mal das Zertifikat der Hertie-Stiftung zum audit „beruf- und familie“ verliehen, mit welchem unser Haus bereits seit 2010 für sein Engagement zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie ausgezeichnet wird. Die Überzeugung von der Vereinbarkeit des Berufs mit der Familie haben wir nicht erst seit kurzem entdeckt. Wir sind seit über zehn Jahren dabei und damit quasi Pioniere der Vereinbarkeit.

Ganz besonders erfreulich war bei dieser Auditierung, dass mit ausdrücklichem Respekt gewürdigt wurde, wie „beeindruckend“ umfangreich und rasch sich der Fortschritt im BAS vollzieht. Das BAS bietet seinen Beschäftigten unter anderem flexible Gleitzeitregelungen, individuelle Teilzeitmodelle, Telearbeit, Beratung durch einen externen Familien-Service-Dienstleister und arbeitet kontinuierlich daran, seinen hohen Standard an Angeboten zur work-life-balance auszubauen.

Home Office gehört für uns dazu. Kontingente innerhalb der Telearbeit wurden in einer neuen Dienstvereinbarung bereits aufgehoben, so dass deutlich mehr Beschäftigte von dieser Möglichkeit oder dem Angebot der mobilen Arbeit profitieren. Und alle Beschäftigten, auch wenn sie Betreuungspflichten haben, sollen natürlich unsere

Fortbildungsangebote nutzen können. Darum werden die während einer Fortbildung anfallenden Betreuungskosten übernommen.

Wie familienfreundlich das BAS als Arbeitgeber tatsächlich ist, wurde dann noch einmal besonders deutlich, als unser Haus im November 2019 – während der sog. „Woche der Vereinbarkeit“ – gleich zweimal als „best practice“-Vorbild einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt wurde (Arbeitszeitvereinbarungen und die Dienstvereinbarung Telearbeit). In diesem Sinne sind neue Kolleginnen und Kollegen bei uns herzlich willkommen, mit ihrer besonderen Expertise, mit ihren Familien und ihrer ganz individuellen Situation.

Gesund Arbeiten

Die Gesundheit der Beschäftigten hat im BAS einen hohen Stellenwert – daher hat der Arbeitsschutz höchste Priorität. Außerdem unterstützt das systematische Betriebliche Gesundheitsmanagement die Beschäftigten aller Altersgruppen und Funktionen mit vielfältigen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Sozialberatung, durch ergonomische Ausstattung der Arbeitsplätze und durch ein Betriebliches Eingliederungsmanagement für länger erkrankte Beschäftigte. Dazu gehören auch Bewegungs- und Entspannungsangebote in einem eigenen Gesundheitsraum, die auch Menschen mit weniger Zeit und sportlichem Ehrgeiz leicht in den Arbeitsalltag einbauen können. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement wird stetig weiterentwickelt und umfasst auch eine gesundheitsförderliche Führungskultur, die durch entsprechende Angebote der Personal- und Führungskräfteentwicklung unterstützt wird.

Schutz vor Korruption

Das BAS setzt die Richtlinie der Bundesregierung zur Korruptionsprävention in der Bundesverwaltung vom 30. Juli 2004 um und schützt so seine Beschäftigten vor den Gefahren der Korruption. Ein Schwerpunkt der Korruptionsprävention im BAS bildeten auch im Jahr 2019 die Bestrebungen, die Beschäftigten in diesem Bereich zu schulen und so für die Thematik zu sensibilisieren. Dabei ist es ein besonderes Anliegen des BAS, allen neuen Beschäftigten die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen zur Korruptionsprävention zu ermöglichen.

Die Beschäftigten werden regelmäßig – so auch im Jahr 2019 – durch Informationen zu ausgewählten Themen auf die Gefahren der Korruption aufmerksam gemacht. Außerdem steht den Beschäftigten eine Ansprechperson für Korruptionsprävention zur Verfügung, die einzelfallbezogen berät. Auf diese Weise konnten im Jahr 2019 zahlreiche Fragen zum Umgang mit möglichen Gefährdungen geklärt werden.

Wandel der Arbeitswelt

Im Bewusstsein, dass ein Gelingen des umfassenden und beschleunigten Wandels in erster Linie von den Menschen abhängt, die ihn gestalten und führen, lag ein besonderes Augenmerk auf dem Thema Veränderungsmanagement. Der Führungsebene, aber auch den übrigen Beschäftigten, haben wir in unterschiedlichen Formaten die Bedeutung und Notwendigkeit der aktuellen Veränderungen bewusst gemacht. Das Erkennen unterschiedlicher Verhaltensarten von Menschen im Wandel stand hierbei ebenso im Mittelpunkt wie die Anforderungen an ein erfolgreiches Veränderungsmanagement, das deren Bedürfnisse ausreichend berücksichtigt und mit ihnen den erforderlichen Wandel umsetzt. Hierfür wird im Jahr 2020 ein Veränderungsmanagement auf der Amtsleitungsebene seine Arbeit aufnehmen.

Auf dem Weg zur Einführung der E-Akte Bund im BAS haben wir umfassende Vorarbeiten geleistet. Unter anderem sind die Geschäftsprozesse zur Schriftgutverwaltung erhoben und mögliche Optimierungen im Hinblick auf deren digitale Gestaltung betrachtet worden. Darüber hinaus haben wir übergreifend alle Geschäftsprozesse des Hauses einheitlich erfasst und anschließend deren Schutzbedarfe unter Beteiligung sämtlicher Organisationseinheiten festgelegt. Die ermittelten Schutzbedarfe bilden eine wesentliche Grundlage für den Einsatz der E-Akte Bund.

Indem wir die Herausforderungen des digitalen Wandels annehmen und Schritt für Schritt in machbare und sinnvolle Lösungen überführen, entwickeln wir das BAS als moderne, leistungsfähige und attraktive Behörde kontinuierlich weiter.

Informationstechnik im BAS

Im BAS bestehen aufgrund der verwalteten Sozial- und Gesundheitsdaten sowie der besonderen Anforderungen im Zahlungsverkehr hohe betriebliche Anforderungen an die Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit der Daten und damit an die gesamte IT-Infrastruktur. Diese umfasst derzeit über 350 virtualisierte und physikalische Serversysteme, die in zwei gegeneinander gespiegelten Rechenzentren hochverfügbar auf über 250 Terabyte Produktionsdaten zugreifen. Die IT-Infrastruktur unterliegt hinsichtlich der Server, Datenbanken, Speichersysteme und Netzwerkinfrastrukturen inklusive der Anbindung externer Netze einem ständigen Modernisierungsprozess und wurde auch in 2019 weiter ausgebaut.

Von der eigenen Softwareentwicklung werden rund 60 Fachanwendungen sowie zwei Dutzend Services und Komponenten gepflegt und weiterentwickelt. Mit neu übertragenen Aufgaben kommen auch immer wieder neu entwickelte Produkte hinzu. Außerdem wurde inzwischen der gesamte Softwarebereitstellungsprozess für Webanwendungen vollständig automatisiert. Die interne Softwareentwicklung erfolgt seit Jahren erfolgreich nach agilen Prinzipien und der Methode Scrum.

In 2019 bestand eine große Herausforderung darin, alle Arbeitsplatzsysteme des BAS auf eine neue Version von Windows umzustellen. Ausgerichtet an der einheitlichen IT-Ausstattung für die Bundesverwaltung wurde das Betriebssystem Windows 10 sowie Office 2019 im Stammhaus und in den Außenstellen ausgerollt. Zusätzlich wurde mit dem Austausch aller Arbeitsplatzrechner die Infrastruktur modernisiert. Damit steht allen Beschäftigten des BAS nun eine homogene und sehr leistungsfähige Arbeitsplatzumgebung zur Verfügung.

Für eine effektivere Zusammenarbeit innerhalb des Hauses wurde die Einführung von Applikationen für Kollaboration und Kommunikation, für Service- und Projektmanagement sowie für Wissensmanagement weiter ausgebaut. Auf diese Weise wurden Service-Abläufe beschleunigt, die Bereitstellung und Kommunikation von Wissen transparent gemacht sowie der Wissensaustausch verbessert.

Ein Schwerpunkt der letzten Jahre war die kontinuierliche Erhöhung der operativen IT-Sicherheit. Im Jahr 2019 wurden weitere umfangreiche Maßnahmen zur Stärkung dieser Sicherheit durchgeführt, um Netze und Daten weiter angemessen zu schützen. Dies umfasste neben dem Einsatz von BSI-zertifizierten Komponenten beispielsweise den Ausbau eines automatisierten Patchmanagements, eine verstärkte Absicherung von Endgeräten über zusätzliche Authentifizierungsmechanismen, den weiteren Ausbau von Verschlüsselungsprozessen und die Verfeinerung von Schutzmechanismen im Bereich der Netzwerk-Infrastruktur.

Das BAS verfügt damit über eine leistungsfähige und sichere IT-Infrastruktur sowie über moderne Arbeitsplätze und ist bestens gerüstet, die Anforderungen im digitalen Zeitalter zu erfüllen.

Datenschutz und Informations-sicherheit im BAS

Der Datenschutz und die Informationssicherheit haben seit jeher einen sehr hohen Stellenwert im BAS – dies gilt besonders in Zeiten zunehmender Digitalisierung.

So legt das BAS sehr großen Wert auf ein hohes Datenschutzniveau. Ziel ist es, bei der täglichen Verwaltungsarbeit die Persönlichkeitsrechte und damit auch das Recht auf informationelle Selbstbestimmung eines Jeden zu achten. Maßstab unseres Handelns sind das Grundgesetz, die Datenschutz-Grundverordnung, das Bundesdatenschutzgesetz sowie das Sozialgesetzbuch.

Die Datenschutzbeauftragte (DSB) im BAS berät die Amtsleitung und alle Beschäftigten über ihre datenschutzrechtlichen Pflichten, sensibilisiert in Schulungen und überwacht die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Gesetze sowie der internen Vorschriften und Strategien.

Auch Informationen jeglicher Art stellen im BAS wichtige Werte dar. Informationen sind an vielfältigen Stellen vorhanden: auf Papier, in den Köpfen der Beschäftigten oder in der Informationstechnik. Gehen sie verloren, drohen Schäden, Imageverluste, rechtliche oder auch existentielle Konsequenzen.

Die Informationssicherheitsbeauftragte (ISB) unterstützt die Fachbereiche bei der Erstellung von Sicherheitskonzepten, kontrolliert die Einhaltung von Informationssicherheitsmaßnahmen, entwickelt Richtlinien für das Haus und behält die aktuelle Sicherheits- und Gesetzeslage im Blick. Außerdem

nimmt die ISB gegenüber der Leitungsebene ihre Berichts- und Beratungsfunktion zu Themen der Informationssicherheit wahr. Maßgeblich hierfür sind vor allem das IT-Sicherheitsgesetz sowie das BSI-Gesetz; hieraus ergeben sich Mindestanforderungen, Standards und Vorgaben, zu denen wir als Bundesbehörde verpflichtet sind.

Um die besondere Bedeutung sowie die Unabhängigkeit von DSB und ISB gegenüber den Fachbereichen hervorzuheben, hat das BAS zum 1. April 2019 zwei Stabstellen für diese Aufgaben eingerichtet. Beide Beauftragten sind der Amtsleitung zugeordnet, die DSB agiert jedoch als Kontrollinstanz entsprechend der Datenschutz-Grundverordnung letztlich weisungsfrei.



Übersicht der bundes-unmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt die Aufsicht über folgende Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung:

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt: 65)

Ersatzkrankenkassen (insgesamt: 6)

- BARMER Ersatzkasse - BARMER
- DAK-Gesundheit
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Techniker Krankenkasse (TK)

Innungskrankenkassen (insgesamt: 4)

- BundesInnungskrankenkasse Gesundheit – BIG direkt gesund
- IKK classic
- IKK gesund plus
- Innungskrankenkasse Nord

Betriebskrankenkassen (insgesamt: 53)

- actimonda BKK (actimonda krankenkasse)
- atlas BKK ahlmann
- Audi BKK
- BAHN-BKK
- Bertelsmann BKK
- Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG
- Betriebskrankenkasse der BMW AG (BMW BKK)
- Betriebskrankenkasse der Deutsche Bank Aktiengesellschaft
- BKK MTU
- Betriebskrankenkasse der SIEMAG – SIEMAG BKK
- Betriebskrankenkasse exklusiv – BKK exklusiv
- Betriebskrankenkasse firmus – BKK firmus
- Betriebskrankenkasse
- Herford Minden Ravensberg – BKK HMR
- Betriebskrankenkasse Linde – BKK Linde
- Betriebskrankenkasse Miele
- Betriebskrankenkasse Mobil Oil – BKK Mobil Oil
- Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers

- Betriebskrankenkasse RWE
- Betriebskrankenkasse Technoform
- Betriebskrankenkasse WMF Württembergische Metallwarenfabrik – WMF Betriebskrankenkasse
- BKK Diakonie
- BKK Freudenberg
- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- BKK Melitta Plus
- BKK Pfalz
- BKK ProVita
- BKK Salzgitter
- BKK VerbundPlus
- BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)
- BKK Wirtschaft & Finanzen Die BKK der wirtschaftsprüfenden und -beratenden Berufe
- BKK ZF & Partner
- BKK24
- BKK-Würth
- Bosch BKK
- Continentale Betriebskrankenkasse – Continentale BKK
- Daimler Betriebskrankenkasse – Daimler BKK
- Debeka Betriebskrankenkasse
- energie-Betriebskrankenkasse – energie BKK
- Ernst & Young BKK
- Gemeinsame Betriebskrankenkasse der Wieland-Werke AG – Wieland BKK
- Heimat BKK – Heimat Krankenkasse
- mhplus Betriebskrankenkasse – mhplus BKK
- Novitas BKK
- pronova BKK
- R+V Betriebskrankenkasse – R+V BKK
- Salus BKK
- Schwenninger Betriebskrankenkasse – Die Schwenninger
- SECURVITA BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
- SKD BKK
- Südzucker BKK
- TUI BKK
- VIACtIV BKK – VIACtIV Krankenkasse

Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nehmen gleichzeitig die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr.

Weitere (insgesamt: 2)

- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Trägerin der Krankenversicherung (Knappschaft)
- Landwirtschaftliche Kranken- und Pflegekasse in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (insgesamt: 2)

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Weitere

- Landwirtschaftliche Alterskasse in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (insgesamt: 11)

Gewerbliche Berufsgenossenschaften (insgesamt: 9)

- Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft
- Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik
- Berufsgenossenschaft Holz und Metall
- Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe
- Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie
- Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
- Verwaltungs-Berufsgenossenschaft

Trägerin der öffentlichen Hand

- Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB)

Weitere

- Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Sonstige (insgesamt: 5)

- Ernst-Abbe-Stiftung
- Künstlersozialkasse
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)
- Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger
- Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft

Arbeitsgemeinschaften

Arbeitsgemeinschaften Krankenversicherung (insgesamt: 53)

- BITMARCK Beratung GmbH
- BITMARCK Software GmbH
- BITMARCK Technik GmbH
- BITMARCK Service GmbH
- BITMARCK Holding GmbH
- spectrumK GmbH
- BKK IT-Arbeitsgemeinschaft OWL
- Mobil ISC GmbH
- BITMARCK Vertriebs- und Projekt GmbH
- GWQ ServicePlus AG Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen
- MedicalContact AG
- casusQuo e.V.
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V.
- ARGE GSV plus GmbH
- BKV Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
- EVdK Einkaufsverbund der Krankenkassen
- argab – Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrug
- Servicebüro für Krankenkassen
- BKK Kompetenzzentrum OWL
- Kooperation VIACTIV Krankenkasse und BKK Achenbach Buschhütten
- casusQuo GmbH
- Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1 SGB V
- ARGE Cochlea
- ARGE Adalimumab
- ARGE Rituximab
- ARGE Infliximab II
- ARGE Etanercept II
- ARGE Blutzuckerteststreifen
- ARGE Arzneimittelforum der Ersatzkassen
- ARGE Tilkradizumab
- ARGE Rheuma Wirkstoffe

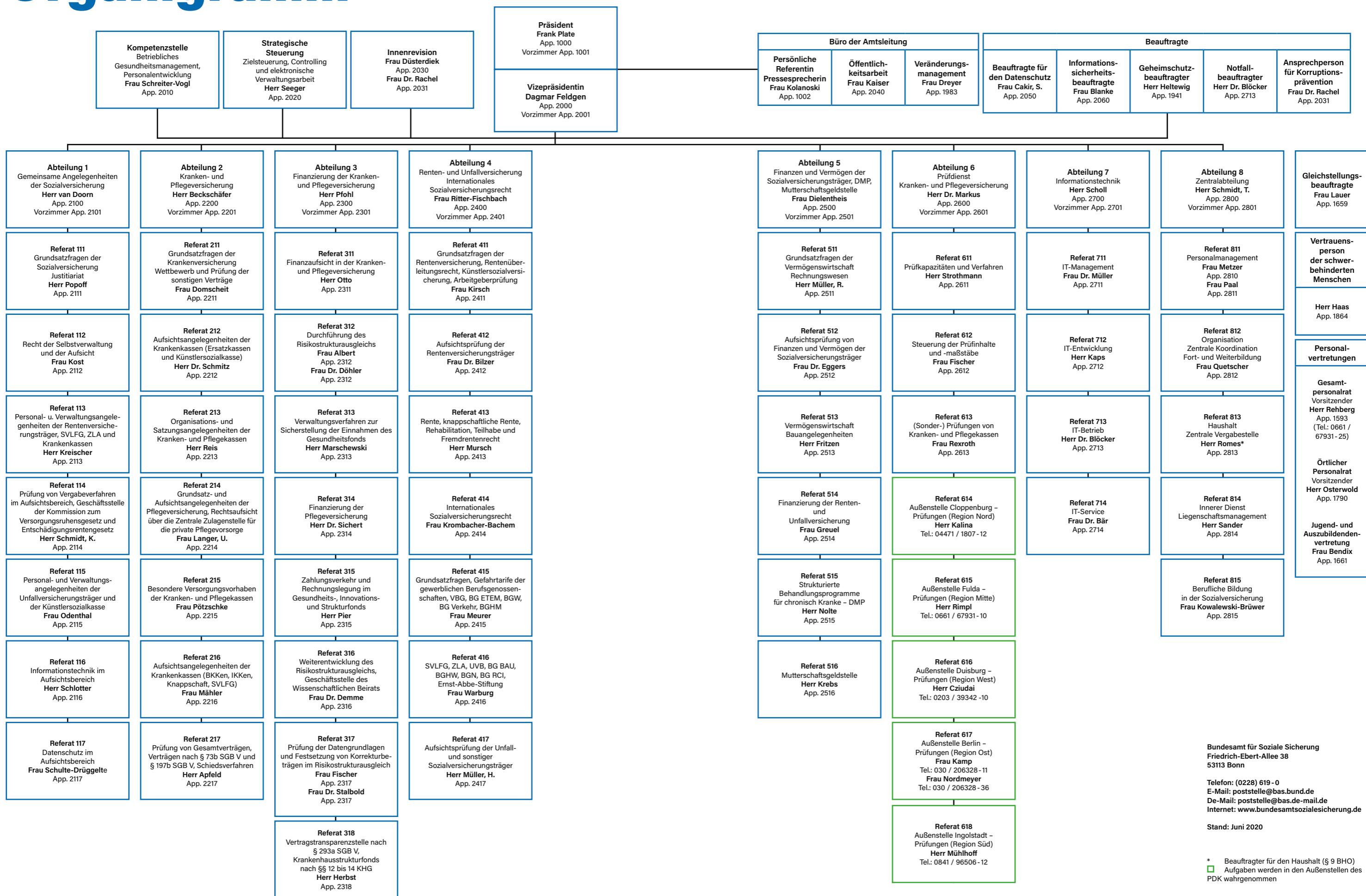
- ARGE Dupilumab

- ARGE Gemeinsame Arzneimittelrabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V
- ARGE Digitale Innovation
- ARGE Pilot Generikaausschreibung der Ersatzkassen
- ARGE Generikaausschreibungen der Ersatzkassen 2019
- ARGE Arzneimittel § 130a Abs. 8 SGB V
- ARGE Trastuzumab
- ARGE Hämophilie
- ARGE Infliximab III
- ARGE Rabattverträge zu zugelassenen CAR-T-Präparaten
- ARGE Verträge Elektrostimulationsgeräte
- ARGE Beratung Biologika
- ARGE Hilfsmittelforum der Ersatzkassen
- ARGE Generika T1302
- ARGE Ilumetri
- ARGE Abatacept III
- ARGE Etanercept III
- ARGE Vedolizumab II
- ARGE Risankizumab
- ARGE Rabattverträge zu zugelassenen ATMP-Präparaten
- Arbeitsgemeinschaft zum Datenaustausch zwischen BIG direkt gesund und der BIG direkt gesund Pflegekasse
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Arbeitsgemeinschaften Unfallversicherung (insgesamt: 8)

- Port Sol 19 GmbH
- SIGUV Shared-Services Interessengemeinschaft für die gesetzliche Unfallversicherung GbR
- Berufsgenossenschaftlicher arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Dienst e.V.
- BG-Phoenics GmbH
- HDP Gesellschaft für ganzheitliche Datenverarbeitung mbH
- IT.UV Software GmbH
- Rechenzentrum für die gesetzliche Unfallversicherung
- BG Kliniken - Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH

Organigramm



Impressum

Herausgeber

Bundesamt für Soziale Sicherung
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Telefon: (0228) 619 - 0
E-Mail: poststelle@bas.bund.de
www.bundesamtsozialesicherung.de

Verantwortlich für den Inhalt

Frank Plate, Präsident

Fotocredits

BAS/Jürgen Schulzki (S. 3)
Unsplash/Jony Ariadi (S. 12)
BAS/Hardy Welsch (S. 96, S. 113)
BAS/Michael Leonard (Cover, S. 106)
Günther Ortmann (S. 108)

Gestaltung und Satz

agentur rubbeldiekatz GmbH

Druck

Druckerei Franz Paffenholz GmbH

Aktuelle Publikation des BAS: Broschüre „Vom BVA zum BAS“ – Geschichte, Aufgaben und Perspektiven





Bundesamt
für Soziale Sicherung



RECYCLED
Aus
Recyclingmaterial
FSC® C051149



bvdm.