

BAS-REPORT 2024



Bundesausschuss
für Soziale Sicherung

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

mit der aktuellen Ausgabe unseres Jahresrückblicks haben wir uns im Vergleich zu unseren früheren Tätigkeitsberichten bewusst für einen schlankeren Ansatz entschieden und präsentieren Ihnen den neuen „BAS-Report“. Damit signalisieren wir nicht etwa, dass das BAS weniger Aufgaben im System der sozialen Sicherung zu erfüllen hat. Im Gegenteil, unser Portfolio ist so umfangreich geworden, dass wir uns auf das Wesentliche konzentrieren müssen. Vertiefte und aktuelle Informationen finden Sie wie gewohnt auf unserer Website. Damit schonen wir unter Nachhaltigkeitsaspekten gleichermaßen Material und Zeit für die Lektüre.

Die kritische Finanzsituation im Gesundheitswesen mit knappen Worten zu beschreiben, ist allerdings schwierig. Die Verluste in der GKV entwickelten sich in 2024 noch dramatischer als zunächst in den Haushaltsplanungen prognostiziert. Um dies aufzufangen, haben viele Krankenkassen unterjährig zum Teil mehrfach ihre Zusatzbeitragssätze angehoben. Ein Ende ist derzeit nicht abzusehen.

Vor gleich großen Herausforderungen steht die Soziale Pflegeversicherung. Der Finanzhilfesantrag an den Ausgleichsfonds, den eine Pflegekasse Anfang dieses Jahres stellen musste, war



gewissermaßen ein „Weckruf“ an die Politik. Die Entwicklungen waren indes bereits früher absehbar, worauf das BAS die Politik häufig und nachdrücklich hingewiesen hat.

Die demografischen Veränderungen und die steigenden Anforderungen an die Pflege- und Gesundheitsversorgung stellen die Systeme vor immense Herausforderungen und erfordern eine zukunftsorientierte Strategie und konsequentes Handeln. Hier sind die politisch Verantwortlichen dringend aufgerufen, zeitnah nachhaltige Lösungen sowohl für die Kranken- als auch für die Pflegeversicherung zu entwickeln. Weitere Verzögerungen werden sonst das Vertrauen in unser Sozialversicherungssystem ernsthaft gefährden.

In diesem Kontext ist es unerlässlich, die Entwicklung hin zu einem modernen und digitalen Staat auch in der Sozialversicherung voranzutreiben.

So haben viele Sozialversicherungsträger im Berichtsjahr weitere Fortschritte bei der Digitalisierung von Verwaltungsprozessen erzielt, etwa durch die stärkere Nutzung von Cloud-Lösungen und Anwendungen von KI. Gleichzeitig erzeugen Datenschutz und Informationssicherheit aber einen weiter steigenden Beratungsbedarf – insbesondere im Bereich kritischer Infrastrukturen. Am 1. Januar 2024 hat die Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE) beim BAS ihre Arbeit aufgenommen. Das Soziale Entschädigungsrecht wurde neugestaltet, damit berechnigte Personen Leistungen schneller und gezielter erhalten. Anspruch auf Entschädigungen haben zum Beispiel Menschen, die Opfer von Gewalttaten wurden, Personen mit gesundheitlichen Schäden durch die Weltkriege oder den Zivildienst sowie Impfgeschädigte.

Für die Genehmigung der Leistungen sind aber die Versorgungsverwaltungen der Bundesländer zuständig. Die BfSE beim BAS ist in diesem Zusammenhang Kompetenzzentrum für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Wenn es um Fälle geht, die Auslandsbezug haben, unterstützt die BfSE als Deutsche Unterstützungsbehörde (DUB) außerdem die Betroffenen bei der Geltendmachung von Ansprüchen.

Trotz aktuell schwieriger Rahmenbedingungen für alle Beteiligten ist und bleibt das BAS ein zuverlässiger Partner der jeweiligen Akteure in den Sozialversicherungssystemen. Die vor uns liegenden immensen Herausforderungen können nur gemeinsam bewältigt werden – vorausgesetzt, die Politik erledigt schnell ihre Hausaufgaben.

In diesem Sinne lade ich Sie dazu ein, sich mit den komplexen Zusammenhängen der sozialen Sicherung auseinanderzusetzen und die Entwicklungen aktiv zu verfolgen. Wir hoffen, dass dieser Bericht nicht nur als Informationsquelle dient, sondern auch als Anstoß für weitere Diskussionen und Überlegungen zur Zukunft der sozialen Sicherung in Deutschland.

Ihr



Frank Plate

Präsident Bundesamt für Soziale Sicherung

Das BAS – ein wichtiger Akteur im Sozialversicherungssystem

Aufgaben und Zahlen im Überblick

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 2024 erhielt das BAS 8.408 solcher Eingaben (2023: 9.010), aufgeschlüsselt in:

- Krankenversicherung: 3.708
- Pflegeversicherung: 66
- Rentenversicherung: 3.349
- Unfallversicherung: 457
- Themenübergreifend: 234

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

Verwaltungsaufgaben des BAS:

Das BAS ist zudem für eine Vielzahl von Verwaltungsaufgaben zuständig, darunter:

- Mitwirkung bei der Finanzschätzung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Schätzerkreis)
- Verwaltung des Gesundheitsfonds: 312,5 Mrd. Euro Beitragseinnahmen und Bundeszuschuss
- 314,9 Mrd. Euro Zuweisungen an die Krankenkassen
- Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs: 265,6 Mrd. Euro abschließender Jahresausgleich für 2023
- Durchführung des Einkommensausgleichs: 25,5 Mrd. Euro abschließender Jahresausgleich für 2023
- Verwaltung des Krankenhausstrukturfonds: 240 Mio. Euro Fördermittel ausgezahlt
- Verwaltung des Innovationsfonds: 170 Mio. Euro Fördermittel ausgezahlt
- Verwaltung des Krankenhauszukunftsfonds für Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und verschiedene Digitalisierungsvorhaben
- Die Vertragstransparenzstelle umfasst Daten zu rund 9.000 Selektivverträgen
- Verwaltung des Ausgleichsfonds und Durchführung des Finanzausgleichs in der gesetzlichen Pflegeversicherung:
 - 23,2 Mrd. Euro Zuweisungen an die Pflegekassen
 - 43,5 Mio. Euro Fördergelder zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ausgezahlt
- Zulassung von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease Management Programme DMP): 9.000 Programme mit rund 7,5 Mio. Versicherten bis Ende 2024 zugelassen
- Mitwirkung bei der Finanzschätzung in der gesetzlichen Rentenversicherung (Schätzerkreis)
- Festsetzung, Zuweisung und Abrechnung des Bundeszuschusses an die Rentenversicherung: 117 Mrd. Euro Bundesmittel an die gesetzliche Rentenversicherung ausgezahlt

- Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften: 835 Mio. Euro
- 88,4 Mio. Euro Zuschüsse des Bundes an die Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger (VdBS)

Darüber hinaus hat das BAS folgende Sonderaufgaben:

- Zuständige Stelle im Sinne des Berufsbildungsgesetzes für die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und das eigene Haus:
 - 3.056 Auszubildende betreut
 - 2.708 Nachwuchskräfte in Ausbildung beraten
 - 2.167 Prüfungen abgenommen
- Zahlung des Mutterschaftsgeldes und des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld (nach § 19 Abs. 2 und § 20 Abs. 3 Mutterschutzgesetz): 13.000 Anträge auf Mutterschaftsgeld, 1,5 Mio. Euro ausgezahlt

Organisation des BAS

Das BAS ist mit über 790 Beschäftigten in Bonn und den Außenstellen des Prüfdienstes in Berlin, Cloppenburg, Duisburg, Fulda und Ingolstadt tätig. Seit dem 1. Januar 2024 ist beim BAS die Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE) angesiedelt.

Inhalt

Vorwort	2
Aufgaben und Zahlen im Überblick	4
1. Teil Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger	
1. Krankenversicherung	8
1.1 Krankenversicherung in Zahlen	8
1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht	11
2. Pflegeversicherung	16
3. Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung	18
4. Rentenversicherung	23
5. Unfallversicherung	26
6. Übergreifende Aufsichtsthemen	29
6.1 Finanzen	29
6.2 Personal und Verwaltung	30
6.3 Gerichtsverfahren	31
7. Digitalisierung in der Sozialversicherung	32
2. Teil Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung	
1. Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung	37
1.1 Gesundheitsfonds	37
1.2 Schätzerkreis	40
1.3 Risikostrukturausgleich	41
1.4 Weitere GKV- Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren	45
2. Weitere Fonds zur Finanzierung von Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung	47
2.1 Innovationsfonds	48
2.2 Krankenhausstrukturfonds	49
2.3 Krankenhauszukunftsfonds	49
3. Vertragstransparenzstelle	50
4. Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung	52
4.1 Finanzentwicklung und Reformkontext	52
4.2 Förderungen und Finanzierungen	55
5. Strukturierte Behandlungsprogramme	57
6. Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung	58
7. Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften	59
8. Pilot SV-Wahlen	60
3. Teil Sonderaufgaben	
1. Aufbau der Bundesstelle für Soziale Entschädigung	62
2. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz	63
3. Mutterschaftsgeldstelle	66
Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung	67
Impressum	71

1. TEIL

Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger



1. Krankenversicherung



Das BAS führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Dies sind die Träger, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt.

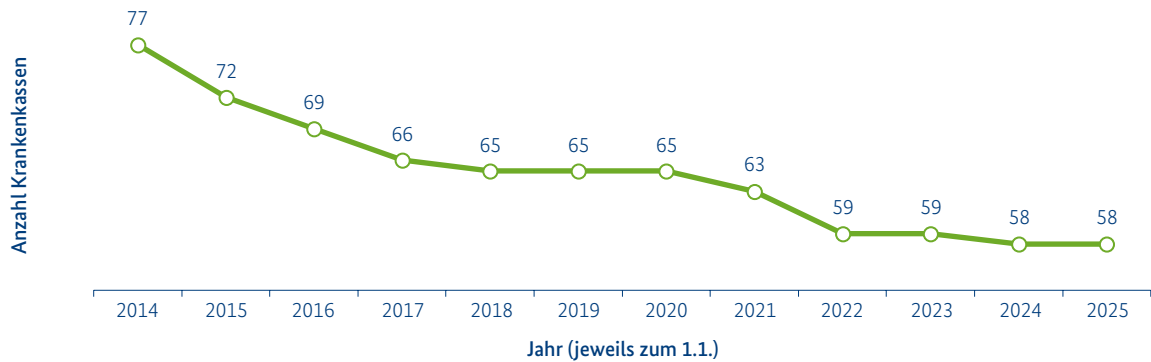
1.1 Krankenversicherung in Zahlen

Das BAS hat mit Wirkung zum 1. Januar 2025 die freiwillige Vereinigung der bundesunmittelbaren mhplus BKK mit der landesunmittelbaren BKK Textilgruppe Hof genehmigt. Damit unterstehen der Aufsicht des BAS weiterhin 58 Kranken- und Pflegekassen.

Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen

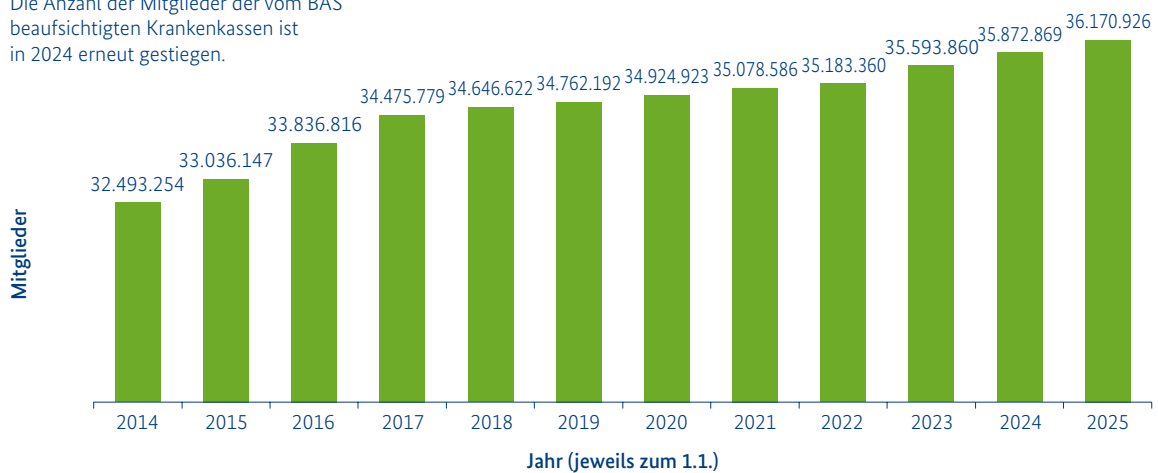
In ihren Haushaltsplänen für 2024 waren die bundesunmittelbaren Krankenkassen von einem Verlust in Höhe von etwa 1,0 Mrd. Euro ausgegangen, der aus vorhandenem Vermögen finanziert werden sollte. Laut den Rechnungsergebnissen (Finanzstatistik KJ1) ist der Verlust jedoch um rund 3,8 Mrd. Euro höher ausgefallen. Dem-

Anzahl bundesunmittelbarer Krankenkassen



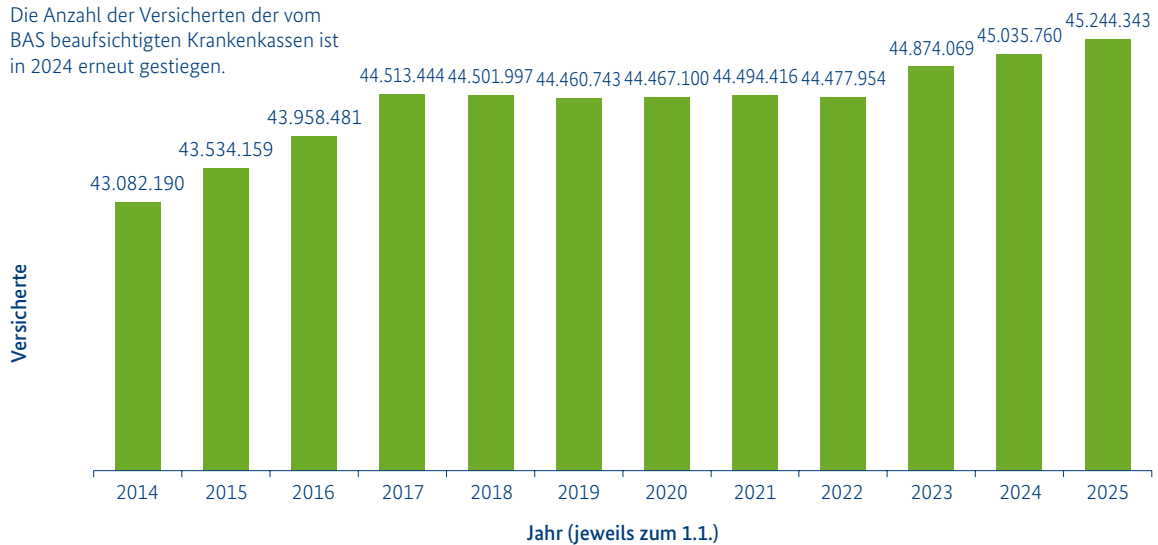
Mitgliederentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen

Die Anzahl der Mitglieder der vom BAS beaufsichtigten Krankenkassen ist in 2024 erneut gestiegen.



Versichertenentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen

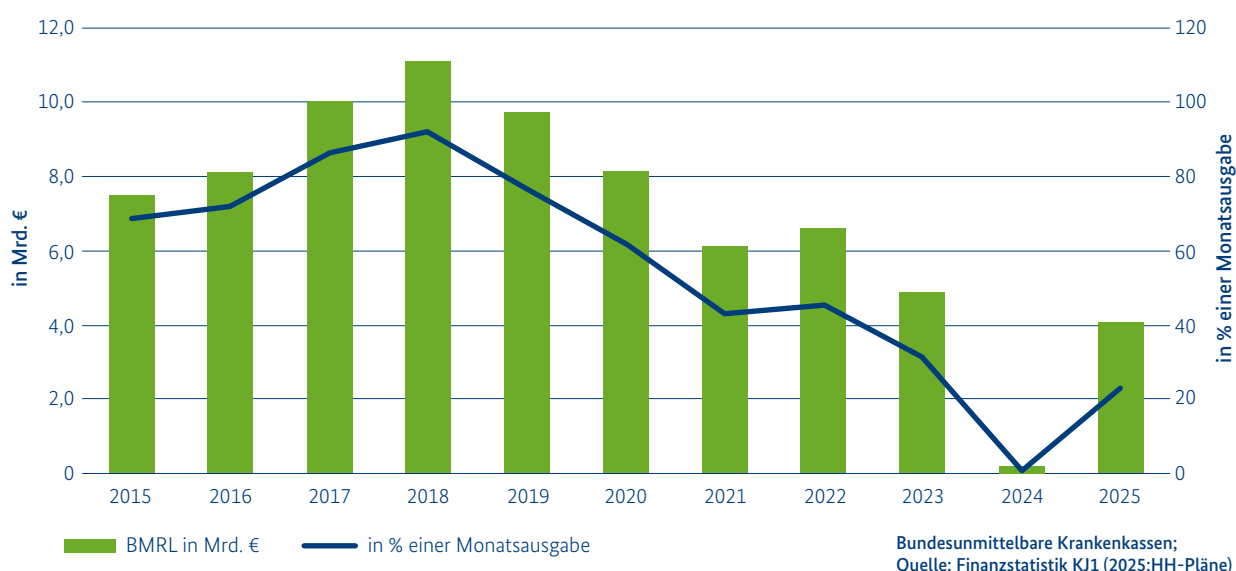
Die Anzahl der Versicherten der vom BAS beaufsichtigten Krankenkassen ist in 2024 erneut gestiegen.



nach betrug das Finanzvermögen, bestehend aus Betriebsmitteln und Rücklagen, am Ende des Jahres nur noch rund 106 Mio. Euro, was etwa 0,6 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe entspricht und damit deutlich weniger ist als die Krankenkassen durchschnittlich an einem Tag ausgeben. Ursache für die unerwartet ungünstige Entwicklung war ein nicht vorhergesehener starker Anstieg der Leistungsausgaben insbesondere für Krankenhausbehandlungen und Arzneimittel. Um ihre finanzielle Leistungsfähigkeit zu erhalten, mussten 22 Krankenkassen

angesichts aufgebrauchter Rücklagen auf die gestiegenen Ausgaben reagieren und ihre Zusatzbeitragssätze im Laufe des Jahres mindestens einmal anheben; fünf Krankenkassen mussten dies zweimal tun. Trotz der Beitragssatzanhebungen verfügten am Jahresende nur noch 12 von 58 bundesunmittelbaren Krankenkassen über die gesetzlich vorgesehene Mindestrücklage von 20 Prozent einer Monatsausgabe. Der im Durchschnitt aller bundesunmittelbaren Krankenkassen erhobene Zusatzbeitragssatz lag Ende 2024 bei 1,86 Prozent.

Betriebsmittel und Rücklagen



Laut den dem BAS im November vorgelegten Haushaltsplänen planen die bundesunmittelbaren Krankenkassen für 2025 einen Vermögensaufbau um insgesamt etwa 3,6 Mrd. Euro. Um dies auch bei erwartbar weiter steigenden Leistungsausgaben erreichen zu können, haben 49 Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz zum Jahresbeginn, in vielen Fällen deutlich, auf durchschnittlich 2,99 Prozent angehoben. Wenn sich die Planungen realisieren würden, würden die bundesunmittelbaren Krankenkassen am Ende des Jahres 2025 insgesamt wieder über die Mindestrücklage verfügen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass dies nicht für jede einzelne

Krankenkasse gilt, denn laut Gesetz muss in bestimmten Fällen nur ein hälftiger Rücklagenaufbau eingeplant werden. Zudem haben die ersten Monate des Jahres 2025 bereits gezeigt, dass mit weiter steigenden Ausgaben gerechnet werden muss und einzelne Krankenkassen nicht umhinkommen werden, im Laufe des Jahres ihren Zusatzbeitragssatz anzuheben.

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

1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Kindergarten- und Schulbegleitung für Kinder mit Diabetes

Mit der Einführung des § 37c des Sozialgesetzbuches (SGB) V zur Außerklinischen Intensivpflege (AKI) hat sich das BAS grundlegend mit der Frage beschäftigt, ob versicherte Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1, der sog. Zuckerkrankheit, einen Anspruch auf eine ständige Kindergarten- und Schulbegleitung haben können. Im Raum steht die Frage, wie die engmaschig notwendige Versorgung und Überwachung dieser erkrankten Kinder in Kindergarten oder Schule gewährleistet werden kann. Aus sozialmedizinischer Sicht sind die Voraussetzungen für die AKI im Sinne des § 37c SGB V in der Regel nicht erfüllt. Im Kern geht es um die Frage, welcher Leistungsträger für die Kindergarten- und Schulbegleitung zuständig ist, die Krankenkassen nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) oder die Träger der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX (Leistungen zur Teilhabe an Bildung). Solche Zuständigkeitsfragen zwischen den Leistungsträgern stellen für Betroffene eine Belastung dar. Das BAS geht davon aus, dass die neue Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund zur Außerklinischen Intensivpflege (BGA AKI) das Problem der Abgrenzung von gesetzlicher Krankenversicherung und Eingliederungshilfe in der Praxis verschärft hat. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen sieht das BAS noch keine sachgerechte Lösung der bestehenden Zuständigkeitsproblematik. Das BAS steht hierzu im Austausch mit dem Bundesministerium für Gesundheit, den Landesaufsichtsbehörden und dem GKV-Spitzenverband.

Versicherte haben Zugang zu hochpreisigen gentherapeutischen Arzneimitteln

Das BAS beschäftigte im Jahr 2024 die Frage, ob Krankenkassen Leistungsanträge ihrer Versicherten zur Behandlung seltener Leiden mit hochpreisigen, gentherapeutischen Arzneimitteln („Orphan-Drugs“) mit der Begründung ablehnen dürfen, es gäbe preiswertere Alternativen. Konkret handelte es sich um eine Gentherapie zur Behandlung schwerer Gerinnungsstörungen (Bluterkrankheit). Durch eine Einmalgabe dieses innovativen Arzneimittels sollen die fehlenden Gerinnungsfaktoren in der Leber der Patientinnen und Patienten selbst produziert werden. Die stark belastende Dauerbehandlung mit wöchentlichen Infusionen zur Vermeidung von Blutungen soll damit nicht mehr nötig sein. Für den Zugang von „Orphan-Drugs“ zur Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung wird noch kein vollständiger Wirksamkeitsnachweis verlangt. Die Forderung nach den sonst üblichen umfangreichen Nutzenbelegen entfällt. Denn sie würde aufgrund der regelmäßig sehr kleinen Gruppe an Patientinnen und Patienten einen ggf. jahrelangen Ausschluss der Betroffenen von innovativen Versorgungsangeboten bedeuten. Daher können die Krankenkassen nicht einwenden, es gäbe preiswertere Standardtherapien. Die Gentherapie ist auf der Grundlage der gesetzlichen „Orphan-Drug-Privilegierung“ gegenüber preiswerteren etablierten Therapien als überlegen zu betrachten. Gegen den Anspruch auf die Gentherapie darf die zuständige Krankenkasse daher nicht die Unwirtschaftlichkeit einreden. Da innovative Arzneimittel oft sehr hohe Kosten verursachen, sieht das SGB V zur Minderung der Belastung von Einzelkassen verschiedene Instrumente vor, so z.B. den Risikopool zur Sozia-

lisierung aufwendiger Leistungsfälle durch alle Krankenkassen, Rabattverträge oder die Unterstützung durch Finanzausgleiche innerhalb der Kassenarten.

Steigende Anzahl von Gerichtsverfahren auch im einstweiligen Rechtsschutz bei Schiedsverfahren

Das BAS sah sich auch in 2024 damit konfrontiert, dass die Anzahl der Anträge auf Einsetzung von Schiedspersonen und Klagen gegen die Einsetzungsbescheide des BAS stetig steigt. Der Gesetzgeber hat im Interesse einer Beschleunigung der flächendeckenden Vertragsabdeckung die aufschiebende Wirkung von Klagen gegen die Einsetzung von Schiedspersonen mehrheitlich abgeschafft. Die Einsetzungsbescheide werden nun vorwiegend in einstweiligen Rechtsschutzverfahren mit dem Ziel angegriffen, die aufschiebende Wirkung der Klagen wiederherzustellen. Zwischenzeitlich sind bereits mehrere einstweilige Rechtsschutzverfahren zu Gunsten des BAS entschieden, so dass die Gerichte die gesetzliche Grundsatzentscheidung zur Verfahrensbeschleunigung bestätigen. Insgesamt sind aktuell 41 Klage- und einstweilige Rechtsschutzverfahren vor den Gerichten anhängig.

Umgehung der gesetzlichen Regelungen für ein Outsourcing durch Arbeitnehmerüberlassungsverträge

Im Anschluss an die wegweisenden Urteile des Bundessozialgerichtes (BSG) zur Rechtswidrigkeit einer Auslagerung von sachbearbeitender Tätigkeiten an einen privaten Dienstleister (Urteile des BSG vom 30. August 2023, Aktenzeichen B 3 A 1/22 R und B 3 A 1/23 R) wurde festgestellt, dass gesetzliche Krankenkassen Outsourcingverträge als Arbeitnehmerüberlassungsverträge deklariert haben, ohne dass die rechtlichen Vo-

oraussetzungen einer Arbeitnehmerüberlassung vorliegen. In einem Fall hatte die Krankenkasse bis zu 50 Beschäftigte des Dienstleisters mit sachbearbeitenden Tätigkeiten beschäftigt, die nicht hätten ausgegliedert werden dürfen. Der Vertrag wurde nach einem aufsichtsrechtlichen Beratungsverfahren durch den Träger gekündigt. Das BAS wird dieser Thematik auch künftig besondere Aufmerksamkeit widmen.

Unzulässige Empfehlung von Leistungserbringern durch Krankenkassen

Ein Fall unzulässiger Aufgabenauslagerung durch gesetzliche Krankenkassen beschäftigte das BAS im Hinblick auf Verträge mit einem Dienstleister, auf welchen die Krankenkassen die Beratung von Versicherten und die konkrete Steuerung zu Fachärzten auslagerten. Insbesondere unter Hinweis darauf, dass es keine Aufgabe einer gesetzlichen Krankenkasse ist, Versicherte zu bestimmten Leistungserbringern zu steuern, konnte das BAS im Falle einer Krankenkasse bereits die Beendigung des rechtswidrigen Vertrages erreichen. Mit weiteren Krankenkassen steht das BAS in Kontakt, damit solche Verträge beendet werden.

Probleme beim Abschluss von Versorgungsverträgen und Impfvereinbarungen

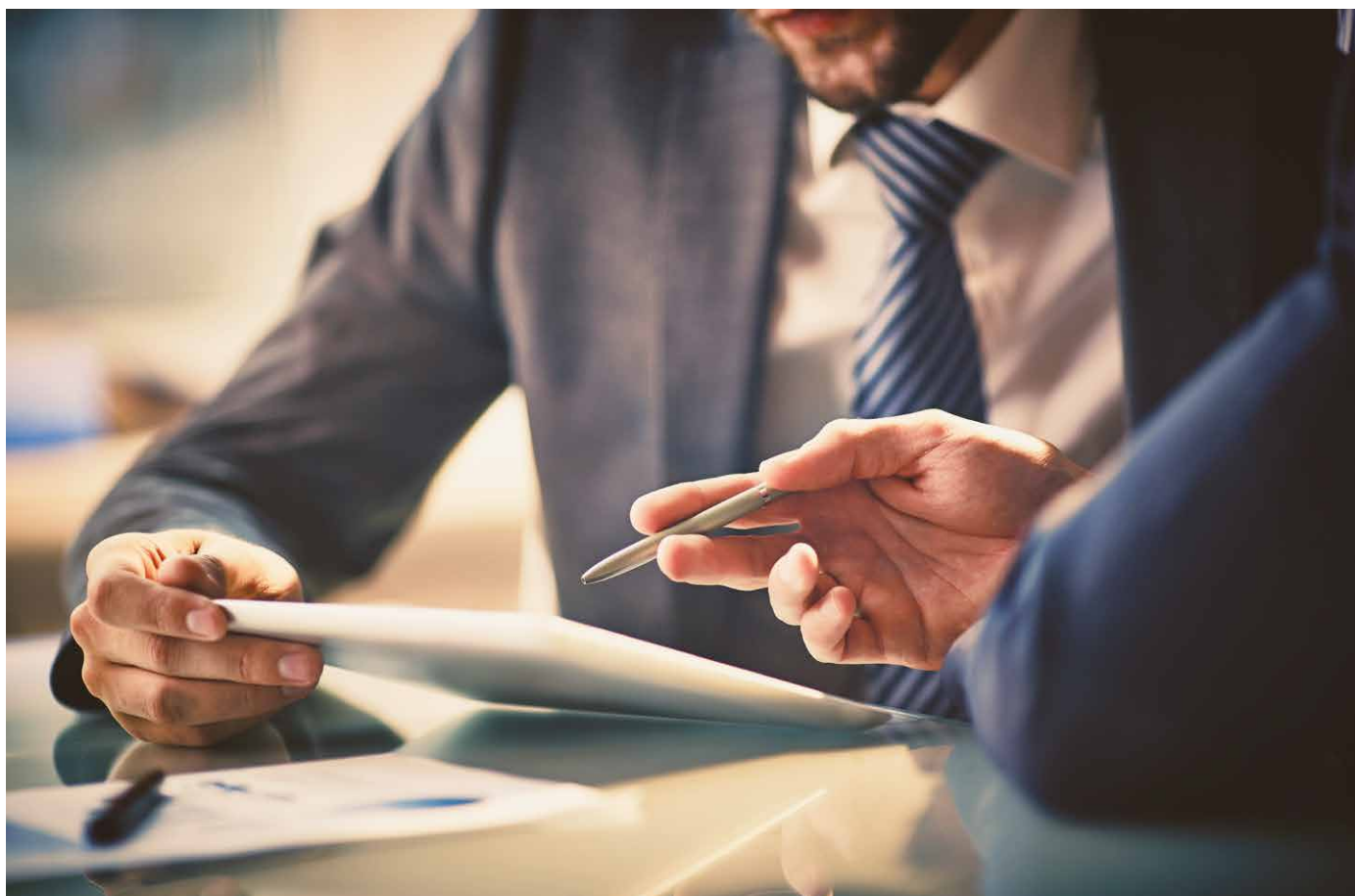
Der Abschluss von Versorgungsverträgen erfolgt nicht in allen Leistungsbereichen zeitgerecht und in ausreichendem Umfang. In 2024 zeigten sich insbesondere im Bereich der Verträge über die Außerklinische Intensivpflege gemäß § 132l SGB V sowie über die Versorgung mit Schutzimpfungen nach § 132e SGB V Probleme bei den Vertragsverhandlungen und -abschlüssen. Obwohl in beiden Bereichen Fristen hinsichtlich des Abschlusses von Verträgen gesetzlich definiert sind, kam es oftmals dennoch nicht recht-

zeitig zum Abschluss entsprechender Verträge. Auch die Verpflichtung der Vertragspartner, bei einer Nichteinigung auf den Vertragsinhalt, ein Schiedsverfahren zu veranlassen, wird von den Krankenkassen oder Landesverbänden der Krankenkassen oftmals nicht beachtet.

Hierzu wurden die bundesunmittelbaren Krankenkassen mit mehreren Rundschreiben auf die Erforderlichkeit der Verträge hingewiesen, um auf eine gesetzeskonforme Durchführung der Verhandlungen mit den Leistungserbringern hinzuwirken und zeitnahe Vertragsabschlüsse zu forcieren. Es erfolgten zu den beiden Leistungsbereichen Abstimmungen sowohl mit dem Bundesministerium für Gesundheit als auch mit den Landesaufsichtsbehörden zum aufsichtsrechtlichen Vorgehen.

Mitgliederinformationen zur Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

In der zweiten Jahreshälfte 2024 und zu Beginn des Jahres 2025 haben nahezu alle gesetzlichen Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz anheben müssen. Wie in der Vergangenheit hat das BAS allen Krankenkassen angeboten, die gesetzlich normierte Mitgliederinformation vorab abzustimmen, damit sie den rechtlichen Vorgaben entsprechen. Das Angebot wird von der Mehrheit der Krankenkassen angenommen. Ein Teil der Krankenkassen lehnt das Angebot jedoch ab oder entscheidet sich auch bewusst gegen die Berücksichtigung der Hinweise des BAS. Im Ergebnis entsprechen damit einige Mitgliederinformationen nicht den gesetzlichen Anforde-



rungen. Vielfach relativieren die Krankenkassen die Anhebung des Zusatzbeitrages mit werblichen Aussagen zu den Leistungen ihrer Krankenkasse oder verstecken die Beitragssatzanhebung im Kleingedruckten. Bei Beschwerden der Versicherten weist das BAS im Einzelfall darauf hin, dass sich die Kündigungsfrist bei unzureichenden Versicherteninformationen verschiebt. Hiervon unberührt bleibt die Wirksamkeit der Erhöhung des Zusatzbeitrages.

Rechtsmissbräuchlicher Wechsel von der PKV in die GKV

Ein Wechsel von der privaten Krankenversicherung (PKV) in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist auch nach Vollendung des 55. Lebensjahres unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die Voraussetzungen für die Familienversicherung (§ 10 SGB V) erfüllt werden oder wenn Versicherungspflicht in der GKV (§ 5 SGB V) besteht. Der Gesetzgeber hat jedoch Beschränkungen vorgesehen, die dazu führen können, dass die Versicherungspflicht in der GKV nach Vollendung des 55. Lebensjahres nicht zur Anwendung kommt. Diese ergeben sich aus § 6 Abs. 3a SGB V. Nach dem Willen des Gesetzgebers dient die Regelung einer klareren Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und soll die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten schützen. Daher sollen Personen, die sich in frühen Jahren bewusst für die PKV entschieden haben, ab dem 55. Lebensjahr in bestimmten Fallgestaltungen kein Zugangsrecht mehr zur GKV haben.

Das BAS beschäftigte sich in 2024 wiederholt mit Sachverhalten, die systematischen Rechtsmissbrauch vermuten ließen. In diesen Fällen bestanden Anhaltspunkte dafür, dass bislang in der PKV versicherte Personen über eine fingierte Erwerbstätigkeit im europäischen Ausland

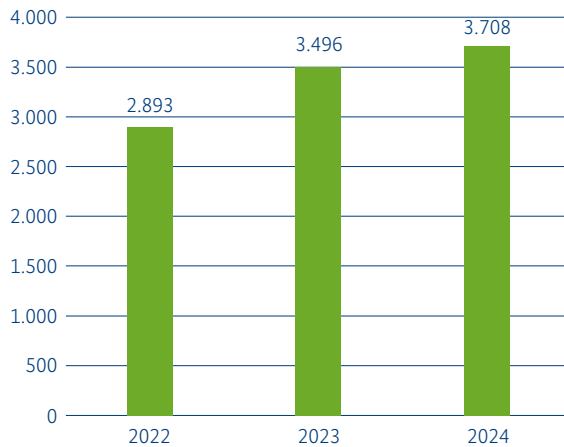
versucht haben, ausländische gesetzliche Versicherungszeiten zu erwerben, um so Zugang zur deutschen GKV zu erhalten.

Alle deutschen gesetzlichen Krankenkassen wurden vom GKV-Spitzenverband bereits im September 2022 per Rundschreiben über diese Problematik informiert. Von dort erging der Hinweis, bei Prüfungen von Mitgliedschaftsanträgen auf Auffälligkeiten zu achten. Zugleich wurden die Krankenkassen gebeten, bei der Prüfung von Anträgen, die Anhaltspunkte für eine fingierte Erwerbstätigkeit aufweisen, besonders zu beachten und ggf. zu ermitteln, inwieweit die im Einzelfall angegebene Tätigkeit im europäischen Ausland tatsächlich auch ausgeübt wurde. Die Aufsichtspraxis hat gezeigt, dass die Krankenkassen in Bezug auf die Thematik hinreichend informiert und sensibilisiert sind. Gleichwohl berät und unterstützt das BAS die bundesunmittelbaren Krankenkassen im Bedarfsfall bei der Aufklärung und rechtskonformen Bearbeitung entsprechender Verdachtsfälle.

Eingaben Krankenversicherung

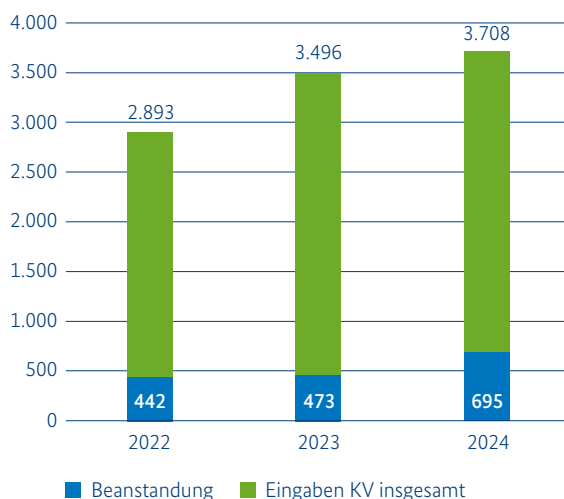
Der steigende Bedarf von Versicherten, Leistungserbringern, Arbeitgebern und Institutionen an einer neutralen Überprüfung durch das BAS hält weiter an. In 2024 sind die Eingaben im Vergleich zum Vorjahr um weitere 6 Prozent gestiegen.

Eingabenentwicklung



Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Zahl der Fälle, in denen das BAS ein zu beanstandendes Vorgehen der Krankenkassen erfasst hat, leicht gestiegen. Die sich aus dem Verhältnis der Eingaben zu den Beanstandungen ergebende Quote lag in 2024 bei 19 Prozent und damit über den Beanstandungsquoten der Jahre 2022 und 2023.

Beanstandungsquote

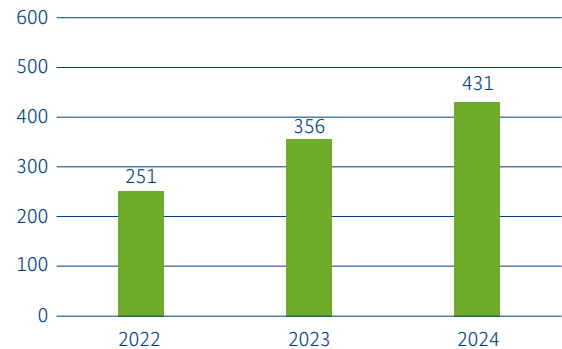


Ordnet man die Eingaben den übergeordneten Themenbereichen Leistungen, Mitgliedschaft und Beiträge zu, machen die Fragen zu Leistungen der Krankenversicherung in der Gesamtzahl weiterhin den überwiegenden Anteil aus. Die Einsender bewegen hier vor allem solche Themen, die unmittelbaren Einfluss auf ihren Alltag

haben. Dies sind unter anderem das existenzsichernde Krankengeld oder die Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln.

Es fällt jedoch auf, dass im Berichtsjahr der Überprüfungsbedarf der Einsender im Bereich Beiträge weiter angestiegen ist. Fragen und Probleme im Zusammenhang mit rückständigen Beiträgen und Beitragszahlungen belasten die Betroffenen besonders und führten in diesem Bereich zu einer Steigerung der Eingaben um 21 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

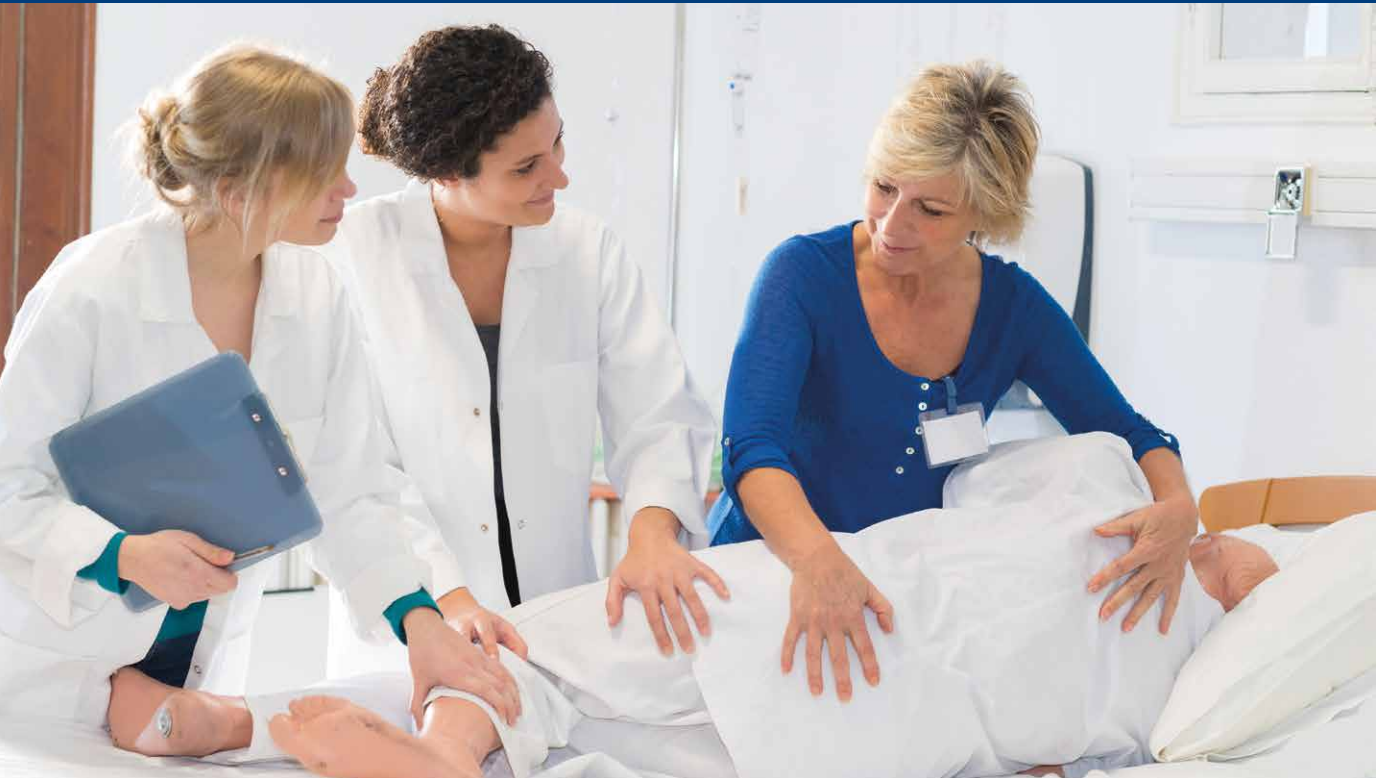
Rückständige Beiträge/Beitragszahlung



Genehmigung von Satzungen

Neben einer Satzungsneufassung hat das BAS im Jahr 2024 insgesamt 251 Satzungsänderungen von Krankenkassen, 16 von Pflegekassen und eine Änderung der Satzung des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek) genehmigt. Dabei wurden verschiedene rechtliche Fragestellungen relevant, die sich unter anderem mit den Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenkassen, den Wahlтарifen sowie den zusätzlichen Leistungen befassen. Von besonderer Bedeutung waren die insgesamt 27 Satzungsapprobationen zur unterjährigen Anhebung des Zusatzbeitragsatzes. Dabei war auffällig, dass mehrere Krankenkassen mehr als eine Anhebung ihres Zusatzbeitragsatzes vornehmen mussten. 49 Krankenkassen haben ihren Zusatzbeitragsatz zum 1. Januar 2025 angehoben (s. Kapitel 1.1 Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen, S. 10).

2. Pflegeversicherung

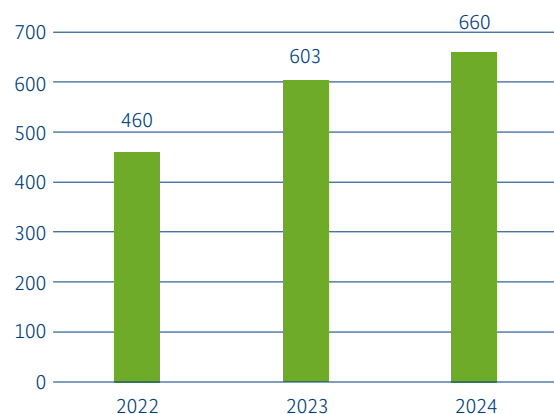


Entwicklung der Eingabezahlen

Die Anzahl der Pflegebedürftigen hat sich seit dem Jahr 2015 fast verdoppelt. Ende 2023 waren knapp 5,7 Millionen Menschen pflegebedürftig. Dementsprechend ist auch das Eingabeaufkommen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Im Berichtszeitraum haben sich Pflegebedürftige oder Pflegepersonen mit insgesamt 660 Eingaben aus dem Bereich der Pflegeversicherung an das BAS gewandt. Damit hat sich die Zahl der Eingaben im Jahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr (603 Eingaben) um rd. 9 Prozent merklich erhöht.

Die Eingaben betrafen neben leistungsrechtlichen Fragestellungen vor allem die Dauer der Verwaltungsverfahren bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad sowie Probleme bei der Aus-

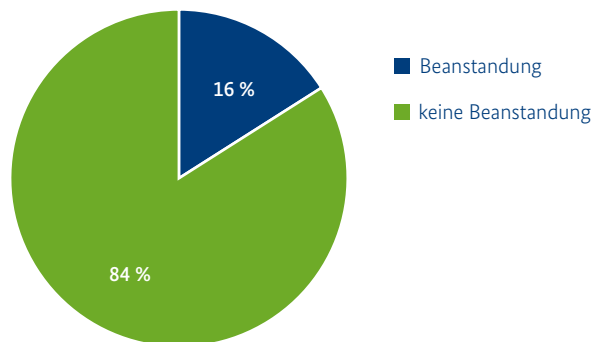
Eingabenentwicklung



zahlung der Leistungen (Pflegegeld, anteiliges Pflegegeld bei Kombinationsleistungen von Geld- und Sachleistungen). Auch die Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

sowie die Bewilligung und Auszahlung des Entlastungsbetrages waren regelmäßig Gegenstand der Eingaben. Die Eingaben zu häuslicher Pflege überwiegen, da entsprechend der Gesetzessystematik 86 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt werden (Vorrang der häuslichen Pflege).

Beanstandungsquote



Die Grafik zeigt die Zahl der Beanstandungen gegenüber den Pflegekassen. Im Vorjahr blieb die Quote auf annähernd gleichem Niveau mit 17 Prozent zu 83 Prozent.

Schwerpunkt der Aufsichtstätigkeit: Dauer der Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Viele Menschen wenden sich an das BAS, weil das Verwaltungsverfahren zur Feststellung eines Pflegegrades zu lange dauert und die gesetzlich vorgesehenen Fristen überschreitet. Das Gesetz sieht eine Frist von 25 Arbeitstagen zur Bearbeitung von Leistungsanträgen und in Eilfällen eine verkürzte Begutachtungsfrist für den Medizinischen Dienst von zehn bzw. fünf Arbeitstagen vor. Hat die Pflegekasse die Fristüberschreitung zu vertreten, sieht das Gesetz vor, dass der Antragsteller während der Wartezeit auf die Entscheidung der Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich eine Zusatzzahlung von 70 Euro erhält.

In der Aufsichtspraxis wirkt das BAS auf die Einhaltung der gesetzlichen Fristen und eine unver-

zügliche Zahlung der Zusatzzahlung von 70 Euro hin. 2024 hat das BAS sich hierzu kontrovers mit dem GKV-Spitzenverband auseinandergesetzt. Die Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern haben Beschlüsse gefasst, die ein einheitliches Aufsichtshandeln gegenüber den bundes- und landesunmittelbaren Pflegekassen sicherstellen sollen. Das BAS konnte im Dialog mit einzelnen betroffenen Pflegekassen Anpassungen des Verwaltungshandelns erreichen. Der Erlass eines Verpflichtungsbescheides war bislang lediglich in einem Fall erforderlich.

3. 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. Aktuell werden folgende unterschiedliche Arten von Prüfungen durchgeführt:

- Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V und § 46 SGB XI,
- Prüfungen der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach § 252 SGB V sowie
- Prüfungen der Datenmeldungen nach § 20 RSAV.

Seit dem zweiten Halbjahr 2023 werden auf dem Prüfgebiet Mitgliedschaft und Beiträge neben den Prüfungen nach § 252 wieder Prüfungen nach § 274 SGB V durchgeführt. Diese werden zeitgleich eingeleitet und durchgeführt, wodurch Synergieeffekte sowohl auf Kassenseite als auch für den Prüfdienst genutzt werden. Der Prüfdienst kann die Krankenkassen nun auch zu Prüffeststellungen zeitnah und zielgerichtet beraten, die im Rahmen der Prüfungen nach § 252 SGB V auftraten, sich aber nicht auf einen Schaden des Gesundheitsfonds bezogen.



Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
**Themen/Krankenversicherung/
Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung.**

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2023	Durchgeführte Prüfverfahren 2024
Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI		
Standardprüfungen	24	48
· Allgemeine Verwaltung	5	10
· Finanzen/Kassensicherheit	2	9
· Mitgliedschaft/Beiträge	0	4
· Leistungen Krankenversicherung	5	6
· Leistungen Pflegeversicherung	6	9
· DRG	3	7
· EDV/Informationstechnik	3	3
Sonstige Prüfobjekte	0	1
· Bitmarck-Service GmbH	0	1
Sonderprüfungen	0	0
	0	0
Schwerpunktprüfungen	12	1
· EDV/Informationstechnik (2023)	4	0
· Leistungen Krankenversicherung (2023)	8	0
· Softwareentwicklungsprüfung (2024)	0	1
Nachprüfungen	0	3
Prüfungen der Sonderprüfgruppen	0	9
· Hilfsmittelerbringung: Vertragsverhandlungen/Dokumentation/Information	0	3
· Krankengeldbezug und Provisionen – Bewilligungsquoten	0	0
· Widerspruchsverfahren	0	2
· Bonusprogramme	0	4
Prüfungen nach § 252 SGB V		
Standardprüfungen	17	14
Prüfungen nach § 20 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung		
· Versichertenzeiten/DMP	20	0
· Morbi-RSA	0	58
Prüfungen nach § 408 SGB V		
	2	0
Summe Prüfungen	75	134

Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI

Widerspruchsverfahren

Ein Widerspruchsverfahren dient dazu, einen Verwaltungsakt auf seine Recht- und Zweckmäßigkeit hin zu überprüfen. Sofern ein Widerspruch ganz oder teilweise erfolgreich ist, wird der alte Bescheid aufgehoben und ein neuer Bescheid in Form eines Abhilfebescheides erlas-

sen. Ist der Verwaltungsakt hingegen recht- und zweckmäßig, wird ein ablehnender Widerspruchsbescheid erlassen.

In 2024 war das Widerspruchsverfahren in unterschiedlichen Prüfgebieten (Allgemeine Verwaltung, Leistung der Krankenversicherung, Pflege) erneut im Fokus des Prüfdienstes (s. auch Tätigkeitsbericht 2023 S. 35, 41). Wie auch in Vorjahren hat der Prüfdienst in einer Vielzahl von Fällen festgestellt, dass gesetzliche Vorgaben zur

Durchführung von Widerspruchsverfahren nicht eingehalten wurden:

- Die Feststellungen ergingen etwa zur Bearbeitungsdauer. Widersprüche wurden nicht fristgerecht beschieden, mit der Folge, dass erheblich längere Wartezeiten für die Versicherten bestanden, bis eine Entscheidung in der Sache getroffen wurde.
- In Abhilfebescheiden fehlten Kostengrundentscheidungen, so dass den Versicherten nicht ersichtlich war, dass die im Widerspruchsverfahren angefallenen Kosten beim entsprechenden Träger geltend gemacht werden konnten.
- Anstelle Widersprüche zu bescheiden, wurden Versicherte kontaktiert und dazu befragt, ob der Widerspruch aufrechterhalten bleibt oder zurückgenommen wird. Die Prüfungen ergaben, dass dabei über die Rechtsfolgen einer Rücknahme des Widerspruches nicht aufgeklärt wurde. Bei einer Rücknahme des Widerspruches wird den Versicherten die Möglichkeit genommen, Klage einzureichen und den angegangenen Verwaltungsakt einer gerichtlichen Überprüfung unterziehen zu lassen.

In der Regel sagten die Träger eine Umsetzung der Empfehlungen zu. Zwei Pflegekassen folgten den Empfehlungen des PDK zur Widerspruchsbearbeitung jedoch zunächst nicht. Diese wurden daher zur aufsichtsrechtlichen Weiterverfolgung an das entsprechende Referat im BAS abgegeben. Mit einer dieser Pflegekassen befindet sich das BAS noch im aufsichtsrechtlichen Dialog. Das weitere Verfahren wurde inzwischen im Einklang mit den Empfehlungen des PDK abgeschlossen.

Fehlerhafte elektronische Umsetzung der Familienfragebögen

Die Digitalisierung erweist sich als unverzichtbares Instrument, um Verwaltungsprozesse nachhaltig effizienter gestalten und gleichzeitig die Qualität der Dienstleistungen gewährleisten zu können. Die Versicherten profitieren von vereinfachten Antragsverfahren. Gleichzeitig birgt die Digitalisierung neben den bekannten Risiken im Bereich Datenschutz und IT-Sicherheit aber auch das Risiko fachlicher Fehler, die aufgrund der Komplexität und Menge der elektronischen Prozesse schnell eine größere Zahl an Sachverhalten betreffen und zu erheblichen Konsequenzen führen können.

Im Rahmen seiner Prüfungen stellte der Prüfdienst bei mehreren Krankenkassen Mängel bei der elektronischen Umsetzung der Meldeverfahren zur Datenerhebung bei der Familienversicherung fest. Die hierbei identifizierten Fehler betrafen neben der revisionssicheren Archivierung der Dokumente, insbesondere im Hinblick auf die notwendige Signatur der Dokumente, in denen die Eingaben der Versicherten als Originaldaten erfasst werden, auch die Vollständigkeit der abgefragten Daten:

- So sind Anpassungen der bei den Versicherten abzufragenden Mindestinhalte durch die Krankenkassen insbesondere für den elektronischen Prozess mit einem hohen Fehlerpotenzial verbunden. Bei der elektronischen Abfrage wurden z.B. nicht alle vorgegebenen Fragen aus den Einheitlichen Grundsätzen zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung des GKV-Spitzenverbandes (sog. Fami-Meldegrundsätze) von allen Versicherten abgefragt. Entgegen den Papier-Familienfragebögen, in denen immer alle Fragen aufgeführt werden, können Versicherte im elektronischen Prozess inhaltlich „geführt“ werden. Daher werden je nach Ant-

wort der Versicherten zu einzelnen Fragen daraufhin ggf. weitere Fragen nicht angezeigt bzw. speziell auf den Sachverhalt ausgeformt, da diese nicht mehr relevant sind. Dies hat Vorteile für die Versicherten, die dann nur die für sie relevanten Fragen ausfüllen müssen. Gleichzeitig birgt dies aber das Risiko, dass bei Fehlern des elektronischen Prozesses der Krankenkassen Informationen nicht vollständig abgefragt werden und damit in den Prüfungen nicht als Nachweise der Versicherungszeit anerkannt werden können. Fehler liegen z.B. vor, wenn durch fehlerhafte Voreinstellung der Anwendung Informationen nicht erfragt werden, die als Mindestinhalte auch bei den jeweiligen Versicherten oder Sachverhalten abzufragen gewesen wären.

- Im Rahmen der Prüfungen wurde bei mehreren Krankenkassen auch eine fehlerhafte Umsetzung der Mustervorlage der Fami-Meldegrundsätze für die Familienfragebögen festgestellt. Anstatt des dort vorgesehenen freien Textfeldes wurden für die Frage nach dem Einkommen der versicherten Person sowie der mitversicherten Familienangehörigen Ankreuzfelder mit der Auswahl „Ja“ und „Nein“ verwendet. Die Änderung im Fragebogen erfolgte bei der Entwicklung eines elektronisch ausfüll- und auswertbaren Fragebogens. Bei Ankreuzfeldern ist - im Unterschied zu Freitextfeldern - eine Antwort (hier: zum Einkommen) erforderlich. Nicht ausgefüllte Ankreuzfelder sind bei der alternativen Ausfüllmöglichkeit „ja/nein“ nämlich nicht als „nein“ auszulegen. Sofern von Versicherten keine Antwort gegeben wurde (kein Ankreuzfeld ausgefüllt), wäre die Krankenkasse verpflichtet gewesen, bei der versicherten Person diesbezüglich nachzufragen. Sofern keine Nachfrage erfolgte, konnten die Versicherungszeiten im Rahmen der Prüfung nicht

anerkannt werden und waren als fehlerhaft zu werten, da der Fragebogen unvollständig ausgefüllt und keine erforderliche Information zum Einkommen vorlag.

Bei bestehenden Unsicherheiten in der Ausgestaltung bzw. Anpassung der Bögen zur Familienversicherung steht der Prüfdienst den Krankenkassen gerne zur Beratung zur Verfügung. Die frühzeitige Einbindung des Prüfdienstes Krankenversicherung kann eine rechtzeitige Identifizierung und Behebung der Mängel gewährleisten und damit einen potenziellen finanziellen Schaden für die Krankenkassen in späteren Prüfungen vermeiden.

Datenbestimmungen für die Übermittlung von Prüfdaten

Im Jahr 2024 wurden von den Prüfdiensten des Bundes und der Länder die ersten Datenbestimmungen nach § 274 Abs. 1 Satz 6 SGB V für Prüfdaten veröffentlicht. Dabei handelt es sich um verbindliche Vorgaben zur elektronischen Form der für Prüfungen von den Kranken- und Pflegekassen an die Prüfdienste zu übermittelnden Daten. Der Veröffentlichung ging ein mehrmonatiges Abstimmungs- und Anhörungsverfahren mit dem GKV-Spitzenverband voraus. Dabei wurde auch vereinbart, dass die Datenbestimmungen erst neun Monate nach Veröffentlichung in Kraft treten, damit in dieser Zeit seitens der Kranken- und Pflegekassen bzw. ihrer Dienstleister Verfahren für die Bereitstellung entsprechender Daten entwickelt und eingeführt werden können. Die Datenbestimmungen für das Prüfgebiet Krankenhausabrechnung sind veröffentlicht und das Abstimmungsverfahren der Datenbestimmungen für das Prüfgebiet Finanzen wurden begonnen.

Prüfungen nach § 20 RSAV

Prüfungen der Datenmeldungen Morbi-RSA

Ab 2023 fanden die Prüfungen der Datenmeldungen der Krankenkassen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) für das Ausgleichsjahr 2019, Berichtsjahr 2018 statt, die im Jahr 2024 fortgesetzt und abgeschlossen wurden.



Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
**Themen/Krankenversicherung/
Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung**

Vorbereitung der Prüfungen Datenmeldungen Hochrisikopool

Mit dem am 23. März 2020 in Kraft getretenen „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ wurde unter anderem ab dem Ausgleichsjahr 2021 ein sog. Hochrisikopool eingeführt. Dieser gleicht 80 Prozent der Leistungsausgaben einer versicherten Person aus, die einen jährlich festgelegten Schwellenwert (2021: 100.000 Euro) übersteigen. Die Prüfdienste des Bundes und der Länder müssen nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) jährlich die Meldungen der Krankenkassen zu den personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Satzart 713 – Korrekturmeldung) der Risikopoolversicherten prüfen. Im Jahr 2024

wurden die Vorbereitungen der Prüfungen zur Ausgestaltung sowie Festlegung des Prüfverfahrens gemeinsam mit den Prüfdiensten der Länder fortgesetzt. Die im Jahr 2023 begonnenen Pilotprüfungen bei insgesamt 11 Krankenkassen wurden im Jahr 2024 abgeschlossen. Aus den Ergebnissen konnten allgemeine Erkenntnisse und prüfungsbasierte Einschätzungen zur Höhe der fallbezogenen und monetären Fehlerquote abgeleitet werden. Diese sind für die Erstellung des Stichproben- und Hochrechnungsverfahrens, das bei den „Echtprüfungen“ angewandt werden wird, durch die für die Durchführung des RSA zuständigen Abteilung im BAS relevant.

Auch für die weitere Ausgestaltung des Prüfverfahrens durch die Prüfdienste sind die Pilotprüfungen sehr aufschlussreich. Eine wichtige Erkenntnis war insbesondere der hohe durchschnittliche Prüfaufwand, da lediglich nur zwei Versicherte je Prüfenden und Prüfungstag (ohne maschinelle Prüfunterstützung) geprüft werden konnten.

Die gemeinsam mit den Krankenkassen und deren Dienstleistern geführten Fachgespräche zur Festlegung der Prüfsatzarten, die eine maschinelle Prüfunterstützung ermöglichen sollen, wurden erfolgreich abgeschlossen. So wurden die Datenbestimmungen für die Stichproben-, Prüf- und Rückmeldesatzarten durch die für die Durchführung des RSA zuständigen Abteilung im BAS am 6. August 2024 festgelegt und veröffentlicht (s. Seite 45).

4. Rentenversicherung

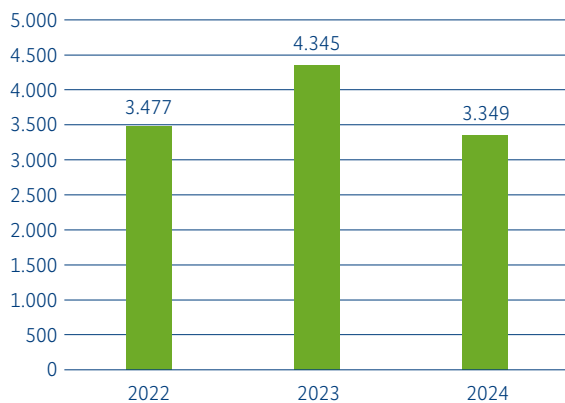


Das BAS führt die Rechtsaufsicht über die Rentenversicherungsträger Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) und Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS). Darüber hinaus übt es die Rechtsaufsicht über die DRV Bund aus, soweit diese gemeinsame Angelegenheiten sowie Grundsatz- und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

Eingabenentwicklung Rentenversicherung

Das BAS konnte einen Rückgang der Eingabegänge um knapp 23 Prozent feststellen. Ein Schwerpunkt der beim BAS bearbeiteten Eingaben lag wieder bei den Bearbeitungszeiten der Rentenversicherungsträger. Viele Versicherte beschwerten sich darüber, dass ihre Anträge von den Trägern noch nicht bearbeitet wurden. Insbesondere in den Bereichen der Altersrenten, der Erwerbsminderungsrenten sowie der Hinterbliebenenrenten wurden häufig überdurchschnittlich lange Bearbeitungszeiten festgestellt. Darüber hinaus hat das BAS einen Anstieg von Eingaben zur Zuständigkeitsklärung der Rehabilitationsträger im Rahmen des § 14 SGB IX verzeichnet.

Eingabenentwicklung Rentenversicherung



Widerspruchsverfahren

Sind Versicherte mit einer Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht einverstanden, können sie Widerspruch einlegen. Das anschließende Widerspruchsverfahren dient zusammenfassend der Selbstkontrolle der Verwaltung, dem Rechtsschutz der Versicherten und als Filter und zur Entlastung der Sozialgerichte. Um diese Zwe-

cke zu erreichen, müssen die Versicherungsträger insbesondere beachten, dass die Versicherten bei der Ausübung ihres Rechts auf Gewährung effektiven Rechtsschutzes nicht eingeschränkt werden.

Daher hat die DRV Bund auf Initiative des BAS die im Rahmen des Widerspruchsverfahrens gegenüber den Versicherten verwendeten Vordrucke „Aufklärungsschreiben“ und „Antwortformular“ geändert.

Die Änderungen sollen insbesondere ausschließen, dass bei Versicherten der Eindruck erweckt werden könnte, bei ihrer Entscheidung über die Aufrechterhaltung oder Rücknahme ihres Widerspruchs in eine bestimmte Richtung gedrängt zu werden. Auch soll eine starre Fristsetzung zur Rückantwort unterbleiben, um nicht weiter Druck auf den Versicherten auszuüben. Vielmehr soll verdeutlicht werden, dass einzig die Versicherten durch schriftliche Rücknahme des Widerspruchs das Verfahren beenden können. Ebenfalls soll Versicherten ohne Kenntnisse von verwaltungsinternen Vorgängen deutlich werden, dass die Entscheidung nicht durch die Sachbearbeitung des Trägers nach Aktenlage erfolgt, sondern allein der Widerspruchsausschuss über den Widerspruch entscheidet.

Übergangsgeld

Eine positive Entwicklung lässt sich bei der Anzahl der Eingaben zum Übergangsgeld im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen erkennen. Im Vergleich zu den beiden vorangegangenen Jahren hat ein signifikanter Rückgang entsprechender Eingaben im BAS stattgefunden. Nach wie vor werden die Zahlungen zeitnah angewiesen, wenn Eingaben des BAS an die DRV Bund übermittelt werden und die Voraussetzungen für die Zahlung des Übergangsgeldes vorliegen. Auch wenn die Entwicklung insgesamt zu begrüßen ist, gilt es weiterhin dafür Sorge zu tragen,

dass Anträge auf Zahlung von Übergangsgeld unverzüglich bearbeitet und Zahlungen zeitnah angewiesen werden, um dem Charakter des Übergangsgeldes als unterhaltssichernde Leistung gerecht zu werden.

Wunsch- und Wahlrecht

Der Gesetzgeber hat das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung zum 1. Juli 2023 gestärkt. Versicherte können dem zuständigen Träger der Rentenversicherung bereits im Antragsverfahren Rehabilitationseinrichtungen vorschlagen. Berechtigten Wünschen muss der Rentenversicherungsträger nachkommen. Ist dies nicht der Fall oder liegt kein Vorschlag des Versicherten vor, schlägt der Rentenversicherungsträger dem Versicherten geeignete Rehabilitationseinrichtungen vor. Im Jahr 2024 konnte festgestellt werden, dass die Anzahl der Eingaben zu dem Themengebiet des Wunsch- und Wahlrechtes spürbar zurückgegangen ist.

Digitaler Lebensnachweis

Damit im Ausland wohnhafte Empfängerinnen und Empfänger einer Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung (Berechtigte) ihre Rente weiterhin ausgezahlt bekommen, müssen sie einmal im Jahr einen Lebensnachweis erbringen. Dies dient dazu, Missbrauch zu verhindern. Zugleich soll hierdurch sichergestellt werden, dass die Rentenzahlung korrekt ausgeführt wird und Überzahlungen der Rente vermieden werden.

Der Lebensnachweis konnte bislang nur anhand eines papiergebundenen Verfahrens von den Berechtigten erbracht werden. Dieses Verfahren sieht vor, dass die Berechtigten ein eigenhändig unterschriebenes und durch eine autorisierte

Stelle des Wohnlandes bestätigtes Formular (sog. Lebensbescheinigung) bis zu einem bestimmten Termin dem Renten Service der Deutschen Post AG vorzulegen haben, da andernfalls die Rentenzahlung zunächst automatisch unterbrochen wird.

Seit dem Jahr 2024 kann der Lebensnachweis von den Berechtigten weltweit auch digital erbracht werden (sog. Digitaler Lebensnachweis). Um am Verfahren des digitalen Lebensnachweises teilzunehmen, müssen bestimmte technische Anforderungen von den Berechtigten erfüllt werden. Hierzu zählt unter anderem der Zugang zu einem mobilen Endgerät, auf dem die POSTIDENT App der Deutschen Post AG installiert werden kann, wie etwa ein Tablet oder Smartphone. Ferner ist eine stabile Internetverbindung sowie eine persönliche E-Mail-Adresse für den Empfang von E-Mails von POSTIDENT notwendig. Sofern jedoch der digitale Lebensnachweis nicht erbracht werden kann, müssen die Berechtigten auf das bisherige papiergebundene Lebensbescheinigungsverfahren zurückgreifen. Dies bot im Berichtszeitraum wiederholt Anlass zu Beschwerden der Berechtigten. Bei Einstellung von Rentenzahlungen hat das BAS im Bedarfsfall auf die zügige Wiederaufnahme der Rentenzahlungen hingewirkt.

5. Unfallversicherung

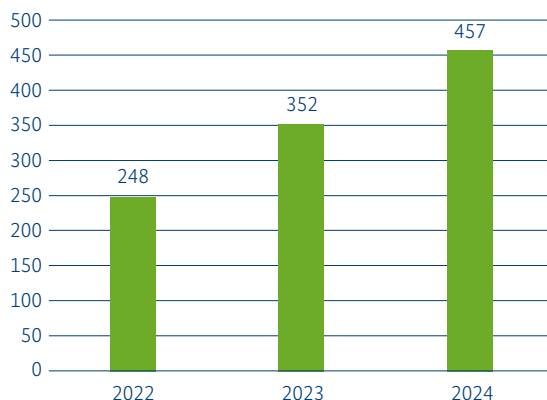


Das BAS führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Träger in der gesetzlichen Unfallversicherung. Dies sind neun Berufsgenossenschaften sowie die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und die Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB). Außerdem führt das BAS die Rechtsaufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) soweit der Verband nach den Vorschriften des SGB VII Richtlinien erlässt oder Verträge mit (zahn-)ärztlichen Leistungserbringern abschließt.

Eingabenentwicklung Unfallversicherung

Im Jahr 2024 erreichten das BAS im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung 457 Eingaben mit vielfältigen Anliegen aus den verschiedenen Gebieten des Leistungsrechts sowie des Mitgliedschafts- und Beitragsrechts. Wie in den vergangenen Jahren sind weiterhin auffällig viele Beschwerden über die Dauer der Verwaltungsverfahren der Gesetzlichen Unfallversicherungsträger eingegangen. Diese betrafen überwiegend Verfahren zur Feststellung, welche Gesundheitsstörungen Folge einer COVID-19-Infektion als Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalls sind, und damit verbunden die Prüfung etwaiger Leistungsansprüche.

Eingabenentwicklung Unfallversicherung



In der Vergangenheit bezogen sich die Eingaben überwiegend auf die generelle Bearbeitungsdauer der Ermittlungen der Unfallversicherungsträger zum Versicherungsfall und zum Leistungsanspruch. Im Jahr 2024 wurde nun auch verstärkt Kritik an der Ablehnung von Gesundheitsstörungen als Folge einer als Versicherungsfall anerkannten COVID-19-Infektion geäußert. Bestehende Gesundheitsstörungen müssen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die COVID-19-Infektion zurückgeführt werden können. Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt

nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dann vor, wenn beim vernünftigen Abwägen aller Umstände mehr für als gegen den Zusammenhang mit der COVID-19-Infektion spricht, sodass darauf die Entscheidung gestützt werden kann. Die bloße Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs reicht nicht aus. Zudem wurde in diesem Kontext vermehrt die ausbleibende Zahlung von Verletztengeld beanstandet. Das Verletztengeld der Gesetzlichen Unfallversicherung ist das Pendant zum Krankengeld in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es handelt sich ebenfalls um eine Entgeltersatzleistung. Grundsätzlich wird Verletztengeld erbracht, wenn Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind. Ausgezahlt wird es in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen.

Bei den Ermittlungen der Unfallversicherungsträger konnte das BAS zeitliche Verzögerungen feststellen. Diese räumten die Unfallversicherungsträger ein und gaben an, künftig eine zeitangemessene Bearbeitung im Blick zu haben. Im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung von Beschwerden anderer Themenbereiche konnte mehrheitlich ein der Sach- und Rechtslage entsprechendes sowie bürgerfreundliches Verwaltungshandeln der Unfallversicherungsträger festgestellt werden.

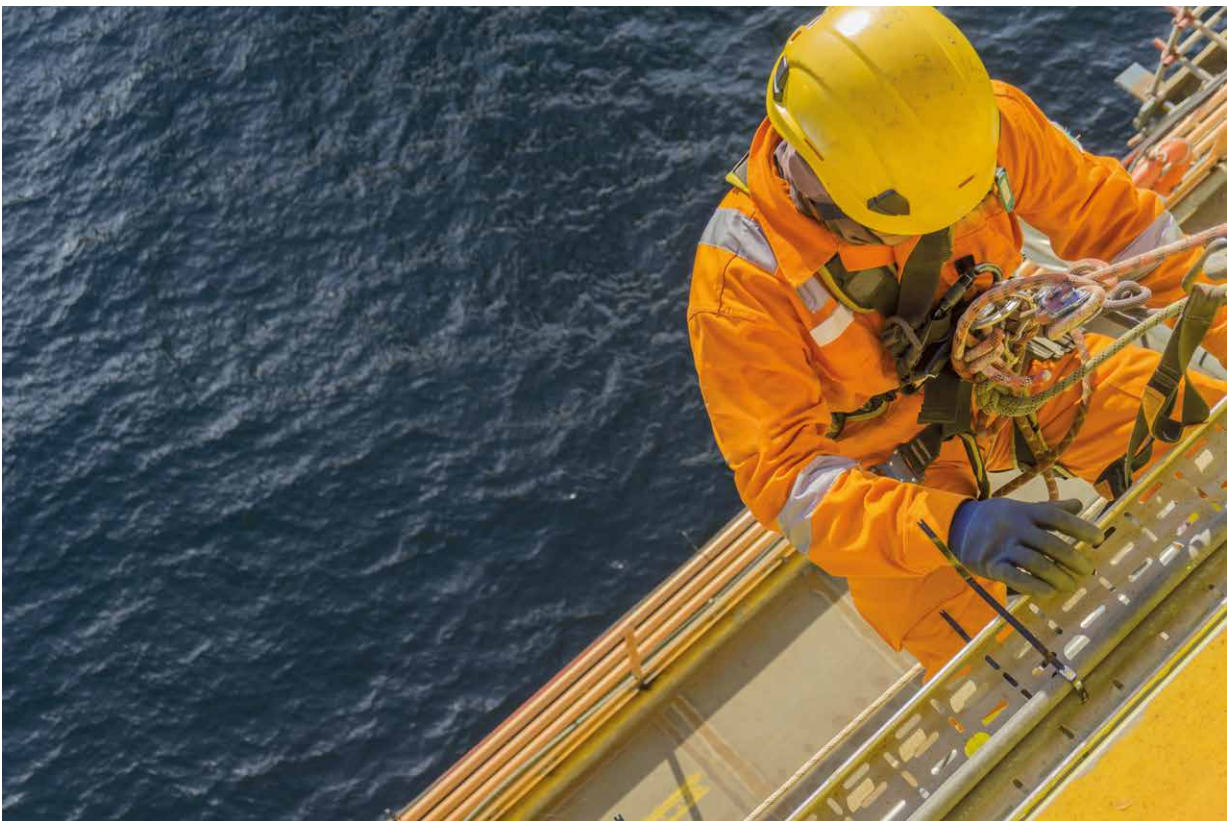
Gefahrtarife

Das BAS ist auch zuständig für die Prüfung und Genehmigung von Gefahrtarifen als Berechnungsgrundlage für die Beiträge in der gesetzlichen Unfallversicherung. Im Jahr 2024 wurden von den gewerblichen Berufsgenossenschaften vier Anträge auf Genehmigung von Gefahrtarifen gestellt, die geprüft und genehmigt werden konnten.

Ein Schwerpunkt der Prüftätigkeit des BAS lag dabei auf der Bildung der Tarifstellen. In Tarif-

stellen werden Gefahrengemeinschaften nach ihren Gefährdungsrisiken unter Berücksichtigung eines versicherungsmäßigen Risikoausgleichs gebündelt. Das Belastungsverhältnis einer Tarifstelle drückt sich in der für sie ermittelten Gefahrklasse aus. Bei der Bildung neu eingerichteter Tarifstellen war zu prüfen, ob diese jeweils groß genug sind, um den gesetzlich notwendigen versicherungsmäßigen Risikoausgleich zu gewährleisten und zufallsbedingte Beitragsentwicklungen auszuschließen. Ein weiterer Themenschwerpunkt war die Bewertung der im Gehaltstarif ausgewiesenen Gefahrklassen. Eine Berufsgenossenschaft hat für einen Teil der Tarifstellen eine stufenweise Anhebung der Gefahrklassen während der Tarifperiode beschlossen, da es bei der Festsetzung

der rechnerischen Gefahrklassen von Anfang an unmittelbar zu erheblichen Beitragsanstiegen gekommen wäre. Diese werden nunmehr abgefedert. Eine andere Berufsgenossenschaft hat sich zur Vermeidung eines massiven Anstiegs einer Gefahrklasse dafür entschieden, diese abweichend vom rechnerischen Wert festzusetzen. Das BAS sieht es grundsätzlich als zulässig an, Gefahrklassen abweichend vom rechnerischen Wert festzusetzen, wenn es individuell begründet ist, erhebliche Beitragsbelastungen verhindert und die Versicherungskonformität wahrt. Dies war jeweils der Fall. Ferner hat das BAS eine von einem Unfallversicherungsträger im Gehaltstarif aufgenommene Klarstellung zur Veranlagung ausgegliederter Hilfsunternehmen als genehmigungsfähig bewertet.



6. Übergreifende Aufsichtsthemen



Neben den Angelegenheiten, die fachlich einzelne Sozialversicherungszweige betreffen, beschäftigt sich das BAS auch mit Themen, die für alle bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger gleichermaßen von Bedeutung sind.

6.1 Finanzen

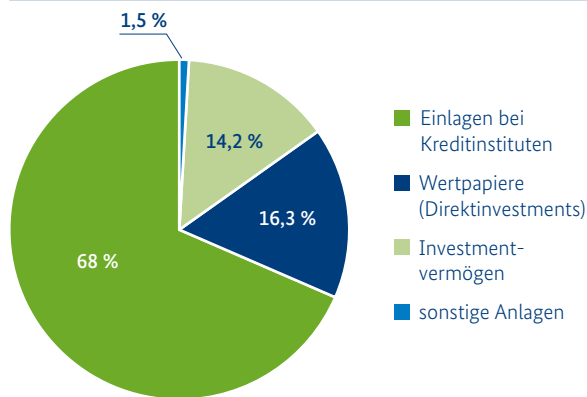
Giro Guthaben und Geldanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

Die Sozialversicherungsträger haben ihre Mittel so anzulegen und zu verwalten, dass ein Verlust ausgeschlossen erscheint, ein angemessener Ertrag erzielt wird und eine ausreichende Liquidität gewährleistet ist. Das BAS prüft durch

jährliche Abfragen bei den bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern, ob diese Grundsätze eingehalten und die rechtlichen Vorgaben zu den einzelnen Anlagearten beachtet werden. Die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger verfügten zum Stichtag 31. Dezember 2023 über insgesamt 87,6 Mrd. Euro an liquiden Mitteln, die zu 68 Prozent (ca. 60 Mrd. Euro) als Einlagen

bei Kreditinstituten verwaltet wurden. 14,3 Mrd. Euro (entspricht 16,3 Prozent) wurden in Wertpapiere (Direktinvestments) und 12,5 Mrd. Euro (14,2 Prozent) in Investmentvermögen angelegt. Der Rest (0,8 Mrd. Euro) entfiel auf sonstige Anlagen.

Beanstandungsquote



Die für die Sozialversicherungsträger geltenden Anlagegrundsätze fordern ein hohes Maß an Sicherheit und Liquidität bei der Anlage der Mittel. Die Prüfungen des BAS sind daher darauf gerichtet, dass die Sozialversicherungsträger zulässige, sichere sowie liquidierbare Anlagen erwerben, ein adäquates Anlage- und Risikomanagement durchführen und dabei insbesondere auch auf eine ausreichende Risikostreuung der Geldanlagen zur Vermeidung des sogenannten Klumpenrisikos achten.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Alle Sozialversicherungszweige/Finanzen/Finanzanlage-management



6.2 Personal und Verwaltung

Baumaßnahmen

Das BAS prüft nach § 85 Abs. 1 SGB IV die Erwerbe, Errichtungen und Umbauten von Immobilien der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger sowie auch Darlehensgewährungen zur Investitionsfinanzierung.

Im Kalenderjahr 2024 bearbeitete das BAS Baumaßnahmen, Grunderwerbe und Darlehen mit einem Gesamtvolumen in Höhe von 547,7 Mio. Euro. Insgesamt führte das BAS die Aufsicht über 67 laufende Baumaßnahmen mit einem Volumen von rund 2,1 Mrd. Euro.

Im November 2024 wurde ein Rundschreiben zur Reduzierung von Büroflächen bei neuen Planungsaufträgen veröffentlicht. Orientierung

gab hier die aktualisierte Richtlinie für Baumaßnahmen des Bundes (RBBau). Unter der Nutzung von Desk-Sharing und Homeoffice sieht die neue Planungsgrundlage grundsätzlich eine Reduzierung der Anzahl der Arbeitsplätze um 25 Prozent gegenüber der im Haushalt aufgeführten Stellen vor. Damit wird eine Reduzierung der baulichen Flächen erwirkt, die sich vorteilhaft auf die Errichtungskosten und die langfristigen Kosten des Gebäudebetriebes auswirken.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Alle sozialversicherungszweige/Finanzen/Immobilienmaßnahmen



6.3 Gerichtsverfahren

2024 gingen beim BAS 58 neue gerichtliche Verfahren ein. Bei neun dieser Verfahren handelte es sich um Eilrechtsschutzverfahren. Damit ist die Zahl neuer Rechtsstreite im Vergleich zum Vorjahr erneut gestiegen (2023 belief sich die Zahl neuer Rechtsstreite auf 49, 2022 hingegen noch auf 23). An 53 der 58 neuen Verfahren ist das BAS auf der Beklagtenseite beteiligt. Die Anzahl der Beiladungen beläuft sich auf fünf.

Einen Schwerpunkt bildeten Klagen gegen Bescheide über die Bestimmung einer Schiedsperson im Kontext der häuslichen Krankenpflege (§ 132a SGB V). Dabei leiteten sowohl Krankenkassen als auch - bei Ablehnung einer Bestimmung - Pflegedienste gerichtliche Verfahren ein (sieben Verfahren im vorläufigen Rechtsschutz und 16 Klagen).

Weitere zehn der insgesamt 58 neuen Klagen betrafen den Aufsichts- und Mitwirkungsbereich

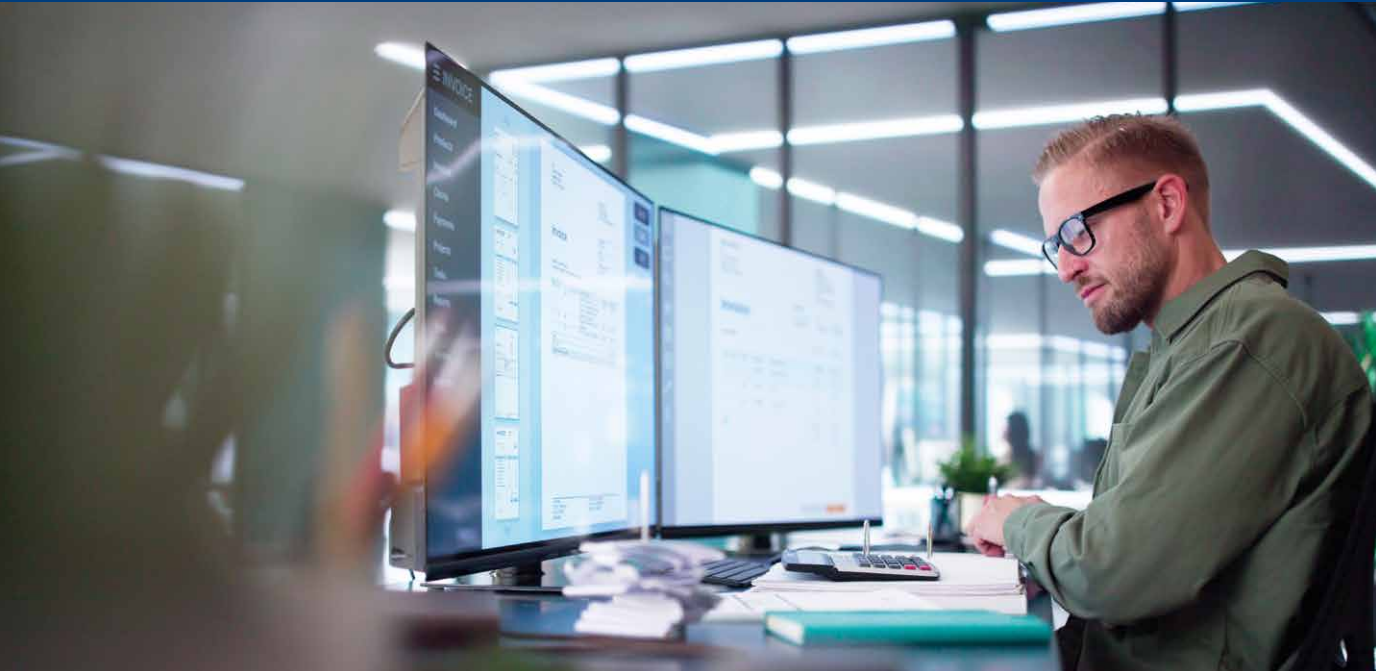
des BAS. In 16 Fällen wurden Bescheide auf dem Gebiet des Risikostrukturausgleichs gerichtlich angegriffen, dabei wurde in drei Fällen ein Jahresausgleichsbescheid beklagt. Ein Verfahren hat das IFG zum Hintergrund. Im Übrigen gab es acht Verfahren, die im Zusammenhang mit diversen Covid-19 Verordnungen standen.

Im Laufe des Jahres 2024 konnten insgesamt 20 gerichtliche Verfahren rechtskräftig beendet werden. Dabei setzte sich das BAS in neun von zehn Verfahren mit seiner Auffassung vor den Gerichten durch. In zehn gerichtlichen Verfahren erfolgte die Beendigung auf nicht streitigem Wege (davon zwei Klagerücknahmen, sechs übereinstimmende Erledigungserklärungen sowie zwei Einstellungen des Verfahrens durch das Gericht).

Im Ergebnis ist somit der Bestand der Rechtsstreite von 127 auf 161 weiter angestiegen.



7. Digitalisierung in der Sozialversicherung



Der Digitalausschuss im BAS

Das BAS fördert seit langem die Digitalisierung in der Sozialversicherung. Im Jahr 2017 wurde der Digitalausschuss eingerichtet. Er ist für die Träger eine zentrale Anlaufstelle für Fragen rund um die Digitalisierung und im BAS ein Gremium, das Entwicklungen und Fragestellungen aus dem Aufsichtsbereich aus unterschiedlichen Perspektiven fachübergreifend betrachtet. Digitalisierung ist ein Querschnittsthema, das die ganzheitliche Sicht erfordert und nur unter Einbeziehung aller Fachperspektiven bewertet werden kann (Leistungsrecht, Datenschutz, Datensicherheit sowie verwaltungsökonomische Aspekte).

Informationstechnik im Aufsichtsbereich

Versicherte in der Welt der Digitalisierung

Die Digitalisierung der Verwaltungsprozesse spüren auch zunehmend die Versicherten. Die teilweise sehr stark online ausgerichteten Prozesse stellen sich jedoch noch nicht für jeden Versicherten gleichermaßen erleichternd und positiv dar. Insbesondere, wenn bestimmte Endgeräte beim Versicherten vorausgesetzt werden. Daher beschäftigten sich die Versicherteneinigungen in 2024 sehr stark mit dem Zugang zu diversen Online-Angeboten der Krankenkassen. Gerade die elektronische Patientenakte, die Krankenkassen-Apps und das e-Rezept standen hierbei im Fokus.

Regelmäßig wird die Komplexität der Authentifizierung beim Zugang zu den Angeboten der Sozialversicherungsträger angesprochen. Im



Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Digitalausschuss

Statistik des Digitalausschusses

Statistische Daten

Berichtsjahr	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017
Anzahl der Sitzungen des Digitalausschusses im Berichtsjahr	25	28	27	26	28	22	22	25
Anzahl der Sitzungen mit Vertretern von Sozialversicherungsträgern, deren Arbeitsgemeinschaften und/oder Dienstleistern	7	9	9	15	10	8	9	0
Anzahl Anfragen an den Digitalausschuss	13	20	34	37	63	56	28	17

Austausch zwischen dem BAS und dem jeweils von der Eingabe betroffenen Träger können die meisten Zugangsprobleme jedoch gelöst werden. Das BAS weist regelmäßig darauf hin, dass es bei den Online-Angeboten der Sozialversicherungsträger stets um den Schutz der Sozialdaten, d.h. um den Schutz von sehr sensiblen Daten eines jeden Versicherten geht, deren Offenbarung für den Einzelnen zu nicht reversiblen Folgen führen kann. Geeignete Schutzmaßnahmen sind daher nicht zuletzt im Interesse der Versicherten notwendig.

Einsatz von Cloud in der Sozialversicherung

60 Prozent der Beratungsanfragen von Trägern an das BAS im Bereich der Informationstechnologie beinhalten den Einsatz von Cloud-Diensten. Die Verarbeitung von Sozialdaten in der Microsoft-Cloud beschäftigt das BAS schon seit einigen Jahren. Die Sozialversicherungsträger nutzen hierfür eine Sondervereinbarung mit Microsoft, die Ende 2024 aktualisiert werden konnte.

Eine neue gesetzliche Regelung, die einerseits den Cloud-Einsatz im Gesundheitswesen explizit erlaubt und andererseits den Krankenkassen besondere Pflichten beim Einsatz von Cloud-Diensten auferlegt (§ 393 SGB V), stand im Jahr 2024 im Beratungsfokus. Das BAS legt in seiner Beratung darauf Wert, dass bei der Entscheidung für den Einsatz von Cloud neben Kostenerspar-

nis und Leistungsfähigkeit auch Exit-Strategien und Alternativen betrachtet werden. Auffällig ist, dass die Träger zunehmend keine Alternativen zum Wechsel in die Cloud sehen (z. B. bei SAP-Anwendungen). Das BAS steht zum Thema Cloud auch im regelmäßigen Austausch mit den Länderaufsichten.

Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Sozialversicherung

Mit der Nutzung von Cloud-Diensten steigen auch die Möglichkeiten der Nutzung von KI-Anwendungen in der Sozialversicherung. Im Rahmen der Digitalisierung der Verwaltungsprozesse zeigen die Sozialversicherungsträger dem BAS zunehmend den Einsatz von KI an. Dabei legt das BAS bei seinen Prüfungen ein besonderes Augenmerk auf den Einsatz von KI innerhalb von Entscheidungsprozessen über Leistungen an Versicherte. Gerade hier sind Transparenz, Nichtdiskriminierung und Informationssicherheit besonders wichtig. Während bislang KI regelmäßig nur in der Sachbearbeitung unterstützend eingesetzt werden soll, geht das BAS davon aus, dass gerade im Rahmen von Massenprozessen künftig auch Projekte zur vollautomatisierten Entscheidung durch KI eine Rolle spielen werden. Den Erhalt von Wissen bei den Mitarbeitenden und die menschliche Aufsichtsführung über die KI sieht das BAS hierbei als große Herausforderung.

Um den Einsatz von KI in der Sozialversicherung zugleich gesetzeskonform, wirtschaftlich und praktikabel zu ermöglichen, setzt das BAS auch hier auf eine Zusammenarbeit mit anderen zuständigen Behörden und den Austausch mit den Sozialversicherungsträgern.

Aktuelle Entwicklungen im KRITIS-Bereich

Zu den Kritische Infrastrukturen (KRITIS) zählen Institutionen mit hoher Bedeutung für das Funktionieren des staatlichen Gemeinwesens. Bei deren Ausfall oder Beeinträchtigung können erhebliche Versorgungsengpässe und andere schwerwiegende Folgen eintreten. Das BAS begleitet 20 KRITIS-Träger im Rahmen der Umsetzung ihrer besonderen gesetzlichen Verpflichtungen und steht hierzu im Austausch mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI).

Gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales lud das BAS im Oktober 2024 zu einem Erfahrungsaustausch mit der Bundesagentur für Arbeit, dem Postrentendienst der Deutschen Post AG, den KRITIS-Trägern aus dem Bereich der Rentenversicherung und dem BSI ein. Die Umsetzung von Zero Trust-Prinzipien und die steigende Bedeutung von Informationssicherheit standen hier im Fokus. Der konstruktive Austausch zwischen den KRITIS-Trägern und den zuständigen Behörden und Ministerien wurde von allen Beteiligten als wichtig empfunden. Ein weiteres Treffen ist für 2025 geplant.

Datenschutz im Aufsichtsbereich

Elektronische Patientenakte

Seit dem 1. Januar 2021 ermöglichen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten die Nutzung einer elektronischen Patientenakte (ePA). Bisher wurde die ePA aber nur dann angelegt, wenn die Versicherten aktiv in die Nutzung der ePA eingewilligt haben (Opt-In-Verfahren). In 2025 hat sich diese Verfahrensweise geändert.

Zunächst zum 15. Januar 2025 in den Modellregionen und zum 29. April 2025 dann bundesweit. Von den jeweiligen Stichtagen an erhalten alle gesetzlich Versicherten von ihrer Krankenkasse automatisch eine ePA. Ob diese die ePA nutzen möchten oder nicht, wird nach wie vor eine freiwillige Entscheidung bleiben. Wer keine ePA nutzen möchte, muss aber gegenüber seiner Krankenkasse der Einrichtung einer ePA widersprechen (Opt-Out-Verfahren).

Die Krankenkassen waren verpflichtet, ihre Versicherten über die Funktionsweise der „ePA für alle“ und über deren Rechte im Zusammenhang mit der Nutzung der ePA umfassend zu informieren. In 2024 wurden daher entsprechende Informationsschreiben an die Versicherten verschickt. Das BAS hat anlässlich einiger Beschwerden von Versicherten, aber auch stichprobenhaft mehrere Informationsschreiben geprüft und dabei festgestellt, dass zum Teil wesentliche Informationen fehlten. So wurde etwa der Eindruck erweckt, dass der Widerspruch nur online eingelegt werden könne. Ein Widerspruch sollte jedoch über verschiedene Kommunikationskanäle geäußert werden können, die die Informationsschreiben konkret nennen.

Das BAS ist für die Entgegennahme des Widerspruchs nicht zuständig. Der Widerspruch muss bei der jeweils zuständigen Krankenkasse eingebracht werden.

Datenauswertungen gem. § 25b SGB V

Seit Frühjahr 2024 besteht für die Kranken- und Pflegekassen die Möglichkeit, zum Gesundheitsschutz eines Versicherten datengestützte Auswertungen vorzunehmen und den Versicherten auf individuelle Gesundheitsrisiken hinzuweisen. Die Auswertung darf nur zu den nach § 25b Abs. 1 SGB V vorgesehenen Zwecken erfolgen und ist dem BAS anzuzeigen. Dazu zählen unter anderem das Erkennen von schwerwiegenden Gesundheitsgefährdungen, die durch die Arzneimitteltherapie entstehen können und das Erkennen von Impfindikationen für Schutzimpfungen,

die von der Ständigen Impfkommission empfohlen sind (§ 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes).

Das BAS hat für die neue Vorschrift ein Rundschreiben erstellt und die Krankenkassen für die Einreichung der Unterlagen mit einem Anzeigeformular unterstützt.

Die Krankenkassen sind an den Möglichkeiten der Auswertungen sehr interessiert und haben in diesem Zusammenhang im Vorfeld ihrer Planungen den Austausch und die Beratung des BAS gesucht. Insgesamt liegen dem BAS aktuell zwölf Anzeigen zu Datenauswertungen vor.

Neues Portal für die Träger

Seit 2024 haben die Sozialversicherungsträger die Möglichkeit, Auftragsverarbeitungen gemäß § 80 SGB X mittels einer neu eingeführten Online-Anwendung gegenüber dem BAS anzuzeigen. Über das Portal können die benötigten Unterlagen eingereicht und zusätzliche Dokumente später nachgereicht werden. Hierdurch wird der verwaltungsinterne Prozess beim BAS optimiert

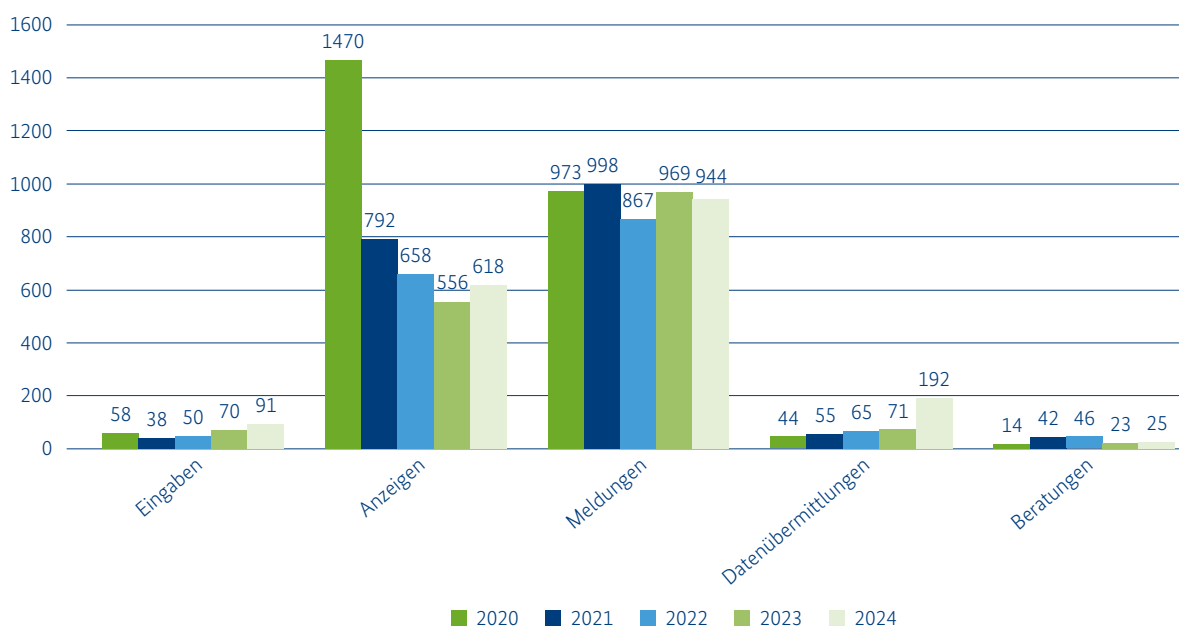
und die Übermittlung von Unterlagen und Änderungsmitteilungen für die Träger vereinfacht.

Datenschutz in Zahlen

Folgende Zahlen geben einen Überblick über das Berichtsjahr 2024 im Aufsichtsbereich Datenschutz:

- 91 Eingaben von Versicherten mit ausschließlich datenschutzrechtlichem Inhalt,
- 618 Anzeigen zur Verarbeitung von Sozialdaten gemäß § 80 SGB X,
- 944 Meldungen zu Datenschutzverletzungen gemäß § 83a SGB X bearbeitet,
- 192 Datenübermittlungen zu Forschungsvorhaben nach § 75 SGB X, auch mit Bezug zu innovativen Projekten genehmigt,
- 45 Stellungnahmeverfahren der BfDI nach § 16 BDSG vorgenommen,
- 8 Anzeigen zu datengestützten Auswertungen gem. § 25b SGB V und dazu 18 Beratungsgespräche geführt sowie
- 25 sog. Ad-hoc Beratungen von Sozialversicherungsträgern zu Datenschutzfragen durchgeführt.

Datenschutz in Zahlen



2. TEIL

Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung

1. Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung



1.1 Gesundheitsfonds

Verwaltung der Krankenversicherungsbeiträge

Das BAS verwaltet seit 2009 als Sondervermögen die Mittel zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsfonds). Hierzu gehören in erster Linie die von allen gesetzlichen Krankenkassen eingezogenen und an den Gesundheitsfonds weitergeleiteten Krankenversicherungsbeiträge. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Krankenversicherungsbeiträge für Rentnerinnen und 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 und Bürgergeld, die Künstlersozialkasse sowie das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr.

Der Bund leistete an den Gesundheitsfonds im Jahr 2024 einen Bundeszuschuss in monatlichen Teilbeträgen zur pauschalen Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen. Zudem erstattete der Bund sonstige Aufwendungen des Gesundheitsfonds, die zum Ausgleich der Energiekostensteigerung in Krankenhäusern geleistet wurden.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:

Themen/Zahlungen infolge der Energiepreiskontrolle



Zahlungsverkehr

Aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben Zuweisungen, die das BAS im Rahmen verschiedener Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren ermittelt. Diese werden in den Kapiteln 1.3 sowie 1.4 näher erläutert. Darüber hinaus leistete der Gesundheitsfonds im Jahr 2024 Zahlungen zum Ausgleich der Energiekostensteigerung in Krankenhäusern.

Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

Das Jahr 2024 hat der Gesundheitsfonds mit einem Überschuss der Ausgaben in Höhe von rund 3,7 Mrd. Euro abgeschlossen, davon entfallen rund 922,7 Mio. Euro auf den Saldo des Einkommensausgleiches (s. Kap. 1.4). Den Einnahmen in Höhe von rund 312,5 Mrd. Euro stehen Ausgaben in Höhe von rund 316,2 Mrd. Euro gegenüber.

Die Einnahmen setzen sich mit rund 297,0 Mrd. Euro größtenteils aus Beitragseinnahmen (inklusive Zusatzbeiträge) und weiteren Einnahmen (Bundeszuschuss, Erstattungen des Bundes, sonstige Einnahmen) von rund 15,5 Mrd. Euro zusammen. Von den Ausgaben entfallen rund 314,9 Mrd. Euro auf Zahlungen an die Krankenkassen (Zuweisungen und Zahlungen aus dem Einkommensausgleich), rund 1,3 Mrd. Euro auf weitere Zahlungen des Gesundheitsfonds (Zuführungen aus der Liquiditätsreserve an den Innovations- und Strukturfonds, Zahlungen im Rahmen der Corona-Pandemie und Zahlungen an die Länder zum Ausgleich der Energiekostensteigerungen bei Krankenhäusern) und rund 56,2 Mio. Euro auf die Verwaltungskosten. Diese setzen sich aus der Einzugskostenvergütung an die Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rund 35,0 Mio. Euro, den Kosten für Beitragsprüfungen von rund 5,1 Mio. Euro, den Erstattungen weiterer Verwaltungskosten des BAS von rund

Finanzergebnisse 2024 des Gesundheitsfonds (lt. KJ1)

Rechnungsergebnis 2024 des Gesundheitsfonds in Euro (lt. KJ1)	
Beitragseinnahmen	296.998.897.660,51
davon aus Zusatzbeiträgen:	30.497.522.791,24
Weitere Einnahmen	15.475.905.541,44
Bundeszuschuss, Zinsen	14.565.927.163,19
Erstattungen des Bundes	901.323.796,52
Sonstige Einnahmen	8.654.581,73
Einnahmen gesamt	312.474.803.201,95
Zahlungen an Krankenkassen	314.874.224.628,89
davon für Einkommensausgleich:	31.420.224.628,70
Weitere Zahlungen	1.278.133.448,36
Zuführungen an Innovations- und Strukturfonds	356.844.475,91
Aufwendungen Corona-Pandemie (einschl. Erstattungen an Gesundheitsfonds)	-13.231.541,87
Ausgleich Energiekostensteigerung	934.520.514,32
Verwaltungskosten	56.189.768,41
Ausgaben gesamt	316.208.547.845,66
Überschuss der Ausgaben	-3.733.744.643,71

2,3 Mio. Euro, den übrigen Erstattungen von Sonstigen in Höhe von rund 0,3 Mio. Euro sowie den originären Verwaltungskosten des BAS für die Verwaltung des Gesundheitsfonds und der Durchführung des RSA von rund 13,4 Mio. Euro zusammen.

Das Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds beträgt zum 31. Dezember 2024 rund 2,5 Mrd. Euro. Die zum Stichtag 15. Januar 2025 vorläufig ermittelte Liquiditätsreserve beträgt rund 5,7 Mrd. Euro.



Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Gesundheitsfonds

Entwicklung der Beitragseinnahmen und -rückstände

Das BAS als Verwalter des Gesundheitsfonds überwacht die Entwicklung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es veröffentlicht monatlich Übersichten über die Entwicklung des Beitragsaufkommens und der Beitragsrückstände in der Sozialversicherung.



Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Gesundheitsfonds/Beitragsaufkommen und -rückstände

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

Im Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrages (GSV-Beitrag) belaufen sich die Beitragsrückstände für alle Beteiligten für das Jahr 2024 auf knapp 11,2 Mrd. Euro. Bei einem Jahres-Soll von rund 542 Mrd. Euro, beziehungsweise einem Jahres-Ist von rund 539 Mrd. Euro zeigt dies, dass

der Einziehungserfolg auf einem hohen Niveau stabil ist und auch 2024 über das Jahr 99,49 Prozent der Beitragsforderungen realisiert wurden. Dies gilt auch für die Krankenversicherungsbeiträge inklusive Zusatzbeitrag aus dem GSV-Verfahren, die rund 3,6 Mrd. Euro Rückstände aufweisen, wobei die Beiträge sich auf rund 158 Mrd. Euro im Soll und 157 Mrd. Euro im Ist belaufen.

Die Beitragsrückstände bei den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen betrugen am 31. Dezember 2024 rund 13,7 Mrd. Euro. Diese bedeutet einen Anstieg (im Vergleich zum 31. Dezember 2023 in Höhe von 12,3 Mrd. Euro) um 1,4 Mrd. Euro. Dies sind nicht nur in absoluten Zahlen deutlich mehr als im GSV-Bereich sondern auch im Verhältnis zum Beitragsoll in Höhe von 55,6 Mrd. Euro bzw. 53,3 Mrd. Euro Beitrags-Ist. Insgesamt ist die Realisierung der Beitragsansprüche jedoch trotz der Pandemiesituation mit 95,89 Prozent auf dem Niveau der Vorjahre.

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

Als Verwalter des Gesundheitsfonds ist das BAS dafür zuständig, die Beitragszahlungen zur Kranken- und Pflegeversicherung der Bundesagentur für Arbeit und den zugelassenen kommunalen Trägern zu prüfen. Die örtlichen Erhebungen bei den Jobcentern und Agenturen für Arbeit werden von Prüfteams der AOK Bremen/Bremerhaven und der AOK Nordost im Auftrag des BAS durchgeführt.

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 86 Institutionen (30 Agenturen für Arbeit, 42 gemeinsame Einrichtungen und 14 zugelassene kommunale Träger) geprüft. Dabei wurden rund 8.000 Fälle fehlerhafter Zahlungen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an den Gesundheitsfonds festgestellt. Dies führte dazu, dass die geprüften Institutionen hohe Beitrags-

nachzahlungen und Säumniszuschläge an den Gesundheitsfonds entrichten mussten, da sie beispielsweise die mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 beabsichtigte Vereinfachung des Beitragsrechts im ALG II-Bereich mangelhaft umgesetzt haben. Zudem sind

bei den zugelassenen kommunalen Trägern zum Teil Softwareprobleme der jeweils genutzten IT-Fachverfahren für die hohe Anzahl an Fehlerfeststellungen verantwortlich. Insgesamt betrugen die Einnahmen aus den Prüfungen zugunsten des Gesundheitsfonds sowie des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung ca. 6,2 Mio. Euro.

Verteilung des Beitragsschadens am Gesundheitsfonds nach Prüfinstitution und Betragshöhe

Prüfinstitution	Zu zahlende KV- und PV-Beiträge >500.000 Euro	Zu zahlende KV- und PV-Beiträge >100.000 Euro	Zu zahlende KV- und PV-Beiträge <100.000 Euro
Agenturen für Arbeit	1	7	22
Zugelassene kommunale Träger	0	5	9
Gemeinsame Einrichtungen der Bundesagentur für Arbeit	0	3	39

1.2 Schätzerkreis

Die Schätzung der GKV-Finzen für die Jahre 2024 und 2025 wurde im Oktober 2024 vorgenommen. Diese berücksichtigt unter anderem die Effekte des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) sowie des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG).

Für das Jahr 2025 hat der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von rund 294,7 Mrd. Euro erwartet. Diese setzen sich im Wesentlichen aus den erwarteten Beitragseinnahmen in Höhe von rund 276,3 Mrd. Euro, dem regulären Bundeszuschuss in Höhe von rund 14,5 Mrd. Euro abzüglich des Anteils für die

landwirtschaftliche Krankenkasse sowie den Beiträgen für geringfügig Beschäftigte in Höhe von rund 4,0 Mrd. Euro zusammen. Die Ausgaben der Krankenkassen werden im Jahr 2025 voraussichtlich rund 341,4 Mrd. Euro betragen. Nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises hat das BMG den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2025 auf 2,5 Prozent festgelegt.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
**Themen/Risikostrukturausgleich/
Schätzerkreis**



1.3 Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das zentrale Element der solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Umfang des Krankenversicherungsschutzes eines Versicherten besteht unabhängig von der Höhe der geleisteten Mitgliedsbeiträge. Daher müssen zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen Unterschiede in den Ausgaben der Krankenkassen, die auf Differenzen in der Risikostruktur beruhen, ausgeglichen werden. Die Krankenkassen erhalten an die Risikostruktur ihrer Versicherten angepasste Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Die Werte zur Berechnung der Zuweisungen werden jährlich vom BAS ermittelt und bekannt gegeben; die sogenannte Programmkostenpauschale, die Krankenkassen für Versicherte erhalten, die in einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) eingeschrieben sind, wird vom GKV-Spitzenverband festgelegt.

Das Verfahren ist als monatliches Abschlagsverfahren mit drei unterjährigen Strukturanpassun-

gen und einem Jahresausgleich mit einer einmaligen Korrektur im Folgejahr ausgestaltet. Das dem Risikostrukturausgleich zugrundeliegende Versichertenklassifikationsmodell wird jährlich angepasst. Die Datenmeldungen der Krankenkassen, auf denen die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA beruht, werden fortlaufend geprüft.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Risikostrukturausgleich



Monatliches Abschlagsverfahren für das Ausgleichsjahr 2024

Im Abschlagsverfahren wurden die Zuweisungen bezogen auf die im Schätzerkreis im Oktober 2023 erwarteten Ausgaben für Pflichtleistungen, Verwaltungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen ermittelt. Die für 2024 er-



warteten Ausgaben beliefen sich auf rund 313,7 Mrd. Euro. Das Gesamt-Zuweisungsvolumen (ohne Einnahmen aus Zusatzbeitragssätzen) ist jedoch auf 283,5 Mrd. Euro begrenzt, was den erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds für 2024 entspricht. Daher erfolgte bereits im monatlichen Abschlagsverfahren eine Kürzung der Zuweisungen (mitgliederbezogene Veränderung) um jeweils 42,99 Euro je Mitglied einer Krankenkasse.

Jahresausgleich des Ausgleichsjahres 2023

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen erfolgte im November 2024 die abschließende Festsetzung der Zuweisungen für das Jahr 2023 (Jahresausgleich). Die endgültige Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten für das Ausgleichsjahr 2023 ist der folgenden Übersicht zu entnehmen:

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2023 (RSA)						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung	Gesamt
AOK	103,5 Mrd. €	4,817 Mrd. €	0,676 Mrd. €	0,338 Mrd. €	-9,2 Mrd. €	100,2 Mrd. €
BKK	38,4 Mrd. €	1,863 Mrd. €	0,273 Mrd. €	0,109 Mrd. €	-3,7 Mrd. €	36,9 Mrd. €
VdEK	107,0 Mrd. €	4,965 Mrd. €	0,696 Mrd. €	0,303 Mrd. €	-9,8 Mrd. €	103,1 Mrd. €
IKK	18,8 Mrd. €	0,885 Mrd. €	0,126 Mrd. €	0,060 Mrd. €	-1,8 Mrd. €	18,1 Mrd. €
KBS	7,3 Mrd. €	0,292 Mrd. €	0,034 Mrd. €	0,027 Mrd. €	-0,5 Mrd. €	7,2 Mrd. €
GKV	275,1 Mrd. €	12,8 Mrd. €	1,804 Mrd. €	0,837 Mrd. €	-25,0 Mrd. €	265,6 Mrd. €

Weiterentwicklung

Im Jahr 2024 wurde die Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2025 getroffen. Das BAS wird bei dieser jährlichen Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beraten.

tungen, die die Auswirkungen der Pandemie auf die Daten des Berichtsjahres 2022 verdeutlichen. Zum 30. September 2024 hat das BAS nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und abschließender Beratung mit den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats das Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2025 festgelegt und bekannt gegeben. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Struktur des RSA mit den Zahlen für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2025.

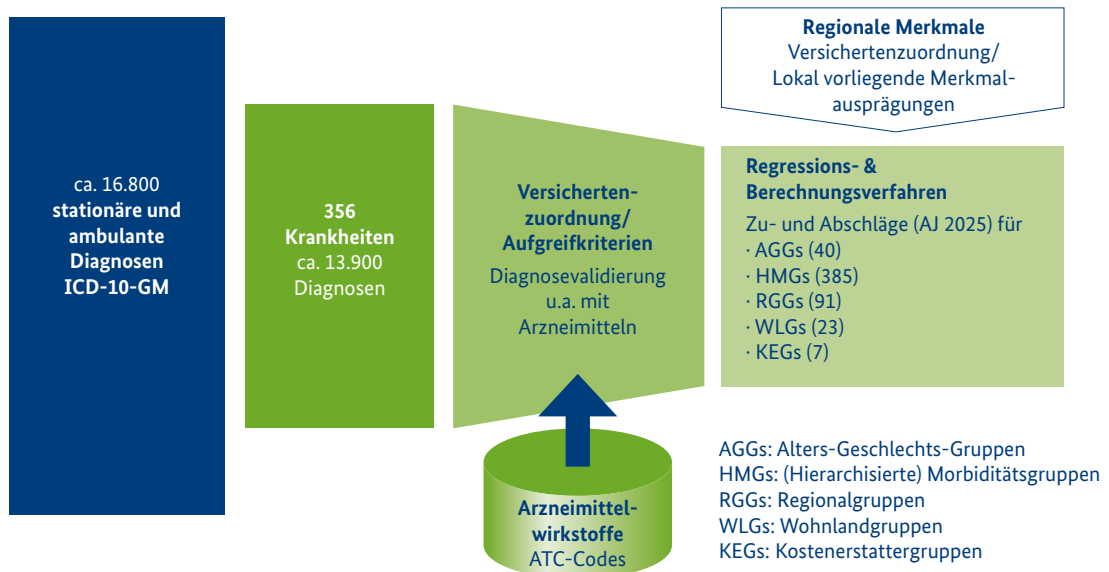
Zusätzlich zu den turnusgemäßen Anpassungen des Klassifikationssystems wurden der Wissenschaftliche Beirat und das BAS im Zuge der Umsetzung des Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV (GKV-FKG) vom Gesetzgeber mit der Erarbeitung von insgesamt drei Sondergutachten beauftragt, die im Jahr 2024 fertig gestellt wurden:



Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Risikostrukturausgleich/
Wissenschaftlicher Beirat

Die Modellberechnungen des BAS basierten auf den Morbiditätsdaten des zweiten Pandemiejahres 2021 und den Leistungsausgaben des dritten Pandemiejahres 2022. Daher umfasst der Festlegungsentwurf des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2025 auch empirische Auswer-

Klassifikationsmodell



- **„Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich“**
(Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats nach § 266 Absatz 10 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V)
- **„Gutachten zu den Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen im Risikostrukturausgleich“**
(Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats nach § 266 Absatz 10 Satz 3 u. 4 SGB V)
- **Gutachten „Untersuchung zur Verwendung von Leistungsausgaben der Vorjahre als zusätzliche Variablen im BAS-Klassifikationssystem“** (Sondergutachten des BAS nach § 267 Absatz 6 SGB V).

Auftrag an den Wissenschaftlichen Beirat, die Wirkung des Finanzausgleichs alle vier Jahre – erstmals in 2024 für das Ausgleichsjahr 2021 – zu evaluieren. Dies schließt das Zuweisungsverfahren für das Krankengeld nach § 44 SGB V mit ein. Darüber hinaus werden die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den RSA, die Berücksichtigung von Einmaltherapien in einem prospektiven RSA und unter den Rahmenbedingungen des Risikopools sowie mögliche Vereinfachungen im RSA-Verfahren zum Bürokratieabbau untersucht. Ein großer Teil dieser Themen wurde im Jahr 2024 bearbeitet.



Die drei Sondergutachten, die am 10. Mai 2024 veröffentlicht wurden, finden Sie auf der Homepage des BAS unter: [Service/Newsroom](#)

Die Ergebnisse dieser Gutachten wurden am 10. Juni 2024 bei der 8. Gesundheitsfonds-Veranstaltung des GKV-SV (online) präsentiert.

Mit dem GKV-FKG wurde der RSA in 2020 umfassend reformiert. Damit einher ging der

Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Bei den Prüfungen nach § 273 SGB V unterzieht das BAS die von den Krankenkassen für ihre Versicherten gemeldeten Morbiditätsdaten einer Überprüfung mit dem Ziel, rechtswidrige Datenmeldungen zu identifizieren und zu sanktionieren. Für die Krankenkassen gilt ein sogenanntes „Einwirkungsverbot“. Sie dürfen weder mittelbar noch unmittelbar auf die ärztlichen

Abrechnungsdaten Einfluss nehmen, welche die Grundlage für die Morbiditätsdatenmeldungen der Krankenkassen an das BAS darstellen. Denn nur wenn die Diagnosedaten der Leistungserbringenden, wie etwa der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, ohne weitere Einwirkung durch Krankenkassen in pseudonymisierter Form dem BAS gemeldet werden, kann der RSA durch eine risikogerechte Verteilung der Gelder des Gesundheitsfonds faire Wettbewerbsbedingungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung schaffen.

Die Prüfvorschrift wurde seit ihrer Einführung im Jahr 2009 durch den Gesetzgeber mehrfach angepasst. Mit Inkrafttreten des GKV-FKG zum 1. April 2020 wurde die Prüfsystematik des § 273 SGB V zuletzt umfangreich überarbeitet. Das Prüfverfahren ist mehrstufig angelegt und setzt sich aus kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfungen, regulären und anlassbezogenen Einzelfallprüfungen sowie ggf. der Erhebung von Korrekturbeträgen zusammen.

Das BAS hat seit Inkrafttreten des GKV-FKG die Morbiditätsdaten der Krankenkassen aus den Berichtsjahren 2013 bis 2016 der sogenannten kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung unterzogen. Bei Krankenkassen, bei denen statistische Auffälligkeiten festgestellt werden, wird im Anschluss eine reguläre Einzelfallprüfung eingeleitet. Im Jahr 2024 hat sich erneut gezeigt, dass trotz der Einführung der Beweislastumkehr in den Prüfverfahren die Durchführung dieser regulären Einzelfallprüfungen sehr langwierig und verwaltungsaufwändig ist. Aus diesem Grunde konnten bisher im Rahmen dieser regulären Einzelfallprüfungen für die Berichtsjahre 2013 ff. noch keine Korrekturbeträge erhoben werden. Das BAS erarbeitet derzeit in Vorschläge zur Verfahrens-Vereinfachung und -beschleunigung. Demgegenüber hat das BAS im Rahmen der anlassbezogenen Prüfungen bereits zahlreiche Rechtsverstöße nach § 273 SGB V festgestellt und entsprechende Bescheide erlassen. Folgen-

de Klassifizierung der Prüft Themen gibt einen kurzen Einblick in die vom BAS beanstandeten Sachverhalte:

- Das Themenfeld „Diagnosenacherfassung“ umschreibt die unzulässige Nacherfassung von Diagnosedaten unter Berufung auf Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft.
- Unter „Kodierberatung“ ist die gezielte Arztansprache durch die Krankenkasse und Unterbreitung von Vorschlägen für die (zukünftige) Diagnosekodierung anhand konkreter, versichertenbezogener Auswertungen zu verstehen.
- Der Bereich „Verträge“ definiert sich über selektivvertragliche Regelungen, die unzulässige Anreize bei den Ärztinnen und Ärzten für eine zusätzliche Diagnosedokumentation setzen.
- Das Themenfeld „Software“ umfasst das Einwirken von Krankenkassen bzw. ggf. beauftragter Dienstleister mittels Software auf die Diagnosekodierung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. ebensolchen im Krankenhaus.

Alle Maßnahmen von Krankenkassen, die dieser Auflistung zugeordnet werden können, sind rechtswidrig, sofern hierdurch Leistungserbringer bei der Erhebung der Diagnosedaten beeinflusst werden sollen.

Aus den vom BAS im Jahr 2024 erlassenen Korrekturbescheiden nach § 273 SGB V ergibt sich ein Korrekturvolumen von rund 56 Mio. Euro. Die vom BAS koordinierten Prüfungen der Prüfdienste des Bundes und der Länder nach § 20 RSAV untergliedern sich in die Prüfung der Versichertenzeiten und der Morbiditätsdaten sowie die neu eingeführte Prüfung der Risikopooldaten. Für die Versichertenzeitenprüfung des Berichtsjahres 2017 stand Ende des Jahres 2023 noch die Übermittlung eines Prüfergebnisses in Form einer sogenannten Rückmeldesatzart

durch den Bundesprüfdienst aus. Diese Rückmeldesatzart konnte im Jahr 2024 ausgewertet werden, mit dem Ergebnis, dass das BAS für die betroffene Krankenkasse die sogenannte Stufe-2-Prüfung eingeleitet, eine Ergänzungsstichprobe gezogen und diese an den Prüfdienst des Bundes weitergeleitet hat. Insofern dauern in der Versichertenzeitenprüfung des Berichtsjahres 2017 aktuell für insgesamt zwei Krankenkassen die Stufe-2-Prüfungen noch an.

Außerdem wurden dem BAS im Jahresverlauf 2024 von den Prüfdiensten sämtliche Rückmeldesatzarten für die laufende Morbiditätsdatenprüfung des Berichtsjahres 2018 in der Stufe 1 vorgelegt; Auswertung und Bekanntgabe der Ergebnisse stehen noch aus.

Im Bereich der Risikopoolprüfungen wurden in Zusammenarbeit mit den Prüfdiensten des Bundes und der Länder die Ergebnisse der Pilotprüfung ausgewertet und die Verfahrensausgestaltung weiter vorangetrieben. Die entsprechenden Datenbestimmungen für die Stichproben-, Prüf- und Rückmeldesatzarten wurden im Jahr 2024 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und der Prüfdienste des Bundes und der Länder festgelegt (s. hierzu S. 24).

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:

**Themen/Risikostrukturausgleich/
Prüfungen**



1.4 Weitere GKV-Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren

Über den RSA hinaus erhalten die Krankenkassen Zuweisungen aus weiteren Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren, die das BAS durchführt: Einkommensausgleich, Risikopool sowie für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen.

Einkommensausgleich

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse des Jahresausgleichs für 2023, den das BAS im November 2024 für den Einkommensausgleich durchgeführt hat, sowie die Auszahlungen im Abschlagsverfahren 2024.

Zugewiesene Mittel aus dem Einkommensausgleich		
Kassenart	im Jahresausgleich 2023	im Abschlags- verfahren 2024
AOK	10.114,1 Mio. €	11.487,9 Mio. €
BKK	3.699,7 Mio. €	4.656,2 Mio. €
VdEK	9.338,4 Mio. €	11.740,0 Mio. €
IKK	1.843,0 Mio. €	2.296,9 Mio. €
KBS	547,1 Mio. €	831,7 Mio. €
GKV	25.542,3 Mio. €	31.012,7 Mio. €



Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:

**Themen/Gesundheitsfonds/
Einkommensausgleich**

Risikopool

Für das Ausgleichsjahr 2023 wurde der Schwellenwert für den Risikopool auf 107.083,58 Euro festgesetzt. Im Jahresausgleich zum Ausgleichsjahr 2023 haben die Krankenkassen auf Kassenebene zusätzlich zu den Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich folgende Zuweisungen für den Risikopool erhalten:

Zuweisungen für Risikopool	
Kassenart	im Jahresausgleich 2023
AOK	3.060,8 Mio. €
BKK	1.041,8 Mio. €
VdEK	3.092,4 Mio. €
IKK	567,9 Mio. €
KBS	182,9 Mio. €
GKV	7.945,7 Mio. €

Das Nähere zum Risikopoolverfahren wird in einer Verfahrensbestimmung geregelt.

Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

Im Jahresausgleich des Ausgleichsjahres 2023 haben die Krankenkassen die in der folgenden Tabelle aufgeführten Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen erhalten:

Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen	
Kassenart	im Jahresausgleich 2023
AOK	66,2 Mio. €
BKK	28,5 Mio. €
VdEK	72,5 Mio. €
IKK	12,2 Mio. €
KBS	2,8 Mio. €
GKV	182,3 Mio. €

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:

**Themen/Risikostrukturausgleich/
Zuweisungen**



Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:

**Themen/Risikostrukturausgleich/
Verfahrensbestimmungen und
-beschreibungen**

2. Weitere Fonds zur Finanzierung von Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung



2.1 Innovationsfonds

Grundlagen

Aus dem Innovationsfonds werden seit 2016 neue sektorenübergreifende Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind, gefördert. Dabei legt der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss zusammen mit externen Fachleuten die Förderschwerpunkte und Kriterien fest. Er entscheidet außerdem, welche Anträge förderfähig sind.

Das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz - DigiG) sorgt dafür, dass der Innovationsfonds auch nach 2024 weiterläuft.

Verwaltung der Mittel

Die jährliche Fördersumme beträgt bis zu 200 Mio. Euro. Aufgrund der mehrjährigen Projektlaufzeit verwaltet das BAS die Mittel bis zur tatsächlichen Auszahlung. Nach Abzug des Finanzierungsanteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) von unter einem Prozent wird der Innovationsfonds jeweils zur Hälfte durch die am RSA teilnehmenden Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Das BAS berechnet die einzelnen Finanzierungsanteile und behält diese jährlich ein. Nicht bewilligte Fördermittel werden ins Folgejahr übertragen und erhöhen das zur Verfügung stehende Fördervolumen.

Fördermittelauszahlungen in 2024

Auf Veranlassung der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses zahlt der Innovationsfonds die Mittel an die Fördergeldempfänger aus. In 2024 wurden insgesamt Fördermittel in Höhe von rund 170,1 Mio. Euro für 437 Förderprojekte ausbezahlt.

Finanzergebnisse des Innovationsfonds

Nach dem Rechnungsergebnis für das Geschäftsjahr 2024 betragen die Gesamtausgaben des Innovationsfonds rund 161,4 Mio. Euro. Davon entfallen unter Berücksichtigung von nicht mehr benötigten Fördermitteln von beendeten Projekten aus Vorjahren rund 93,3 Mio. Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der neuen Versorgungsformen, rund 57,1 Mio. Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der Versorgungsforschung und rund 10,9 Mio. Euro auf Verwaltungskosten. Dabei beliefen sich die Verwaltungskosten der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses auf rund 10,6 Mio. Euro und die des BAS auf rund 0,3 Mio. Euro.

Die Verwaltungskosten verursachen einen Anteil von rund 5,5 Prozent des gesetzlich vorgesehenen Fördervolumens. An der Finanzierung haben sich im Geschäftsjahr 2024 die Landwirtschaftliche Krankenkasse mit rund 1,4 Mio. Euro sowie die am RSA teilnehmenden Krankenkassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit jeweils rund 99,3 Mio. Euro beteiligt. Der Einnahmenüberschuss des Innovationsfonds beträgt rund 38,7 Mio. Euro.

2.2 Krankenhausstrukturfonds

Seit dem Jahr 2016 führt das BAS die Förderung zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung mit Mitteln des von ihm verwalteten Strukturfonds durch. Er dient der Förderung des Abbaus von Überkapazitäten, der Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie der Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen. Außerdem soll die Förderung dazu beitragen, die IT-Sicherheit

in Krankenhäusern zu verbessern, telemedizinische Netzwerkstrukturen aufzubauen, integrierte Notfallzentren einzurichten und mehr Ausbildungsplätze in der Pflege zu schaffen.

Im Jahr 2024 hat das BAS Fördermittel in Höhe von rund 240 Mio. Euro an die Bundesländer ausgezahlt. Den Auszahlungen standen Rückzahlungen aus nicht benötigten Fördermitteln von rund 68 Mio. Euro gegenüber.

2.3 Krankenhauszukunftsfonds

Seit dem Jahr 2021 bewilligt das BAS nach § 14a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) Mittel für eine modernere und bessere investive Ausstattung der Krankenhäuser. Die Antragsbearbeitung ist mittlerweile abgeschlossen.

Eine Übersicht über die Anzahl der gestellten Anträge und das Volumen der beantragten Fördermittel einschließlich der Verteilung auf die

einzelnen Bundesländer sowie der bewilligten Fördergelder und weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter: **Themen/ Krankenhauszukunftsfonds**



Das BAS ist seit 2022 laufend mit der Bearbeitung der Nachweise im Rahmen des Nachweisverfahrens beschäftigt. Die Länder haben zum 1. April eines jeden Jahres für die Vorhaben, für die das BAS Fördermittel gewährt hat, Unterlagen oder Angaben gem. § 25 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) elektronisch abzu-

geben. Es wurde stetig daraufhin gewirkt, dass die Länder die Nachweise fristgerecht einreichen. Insgesamt wurden bereits rund 10.000 Nachweise geprüft.

Finanziert wird der Krankenhauszukunftsfonds als Vorhaben im Rahmen des Deutschen Aufbau- und Resilienzplans (DARP) durch die europäische Aufbau- und Resilienzfazilität (ARF) der EU. Ein weiterer Schwerpunkt 2024 lag daher darin, im intensiven Austausch mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bundesministerium der Finanzen (BMF) den verschiedenen Berichtspflichten nachzukommen. Das BAS hatte unter anderem die Aufgabe, dem BMF über das BMG umfangreiche Daten zu melden, die größtenteils noch nicht vorlagen und dementsprechend erst noch bereitgestellt werden mussten.

3. Vertragstransparenzstelle



Zahlen & Fakten

Verwaltung des Verzeichnisses der Vertragstransparenzstelle

Die beim BAS eingerichtete, öffentlich zugängliche Vertragstransparenzstelle ermöglicht es jeder Bürgerin und jedem Bürger, den Aufsichtsbehörden und der interessierten Fachöffentlichkeit, sich über die sogenannten Selektivverträge zu informieren. Hierbei handelt es sich um aktuell bestehende Verträge, die die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V oder besondere Versorgungsformen nach § 140a SGB V betreffen. Die Vertragstransparenzstelle schafft damit eine Transparenz über rund 9.000 aktive Selektivverträge, welche bundesweit zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringenden bestehen.

Außerdem dient das Verzeichnis der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich bei Prüfungen gem. § 273 SGB V. Durch den Vergleich der Datenmeldungen zum Risikostrukturausgleich mit den Daten des Verzeichnisses der Vertragstransparenzstelle können statistische Auffälligkeiten der Meldungen der Krankenkassen zu Leistungen aufgedeckt werden, die auf der Grundlage von Selektivverträgen erbracht wurden.

Die Krankenkassen übermitteln laufend Änderungen zu bestehenden Verträgen und melden neue Verträge. Die Vertragstransparenzstelle prüft, ob die Angaben nachvollziehbar sind. Gemäß § 140a Abs. 1 Satz 4 SGB V mussten die Krankenkassen Verträge, die nach den § 73a, 73c und 140a SGB V in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, bis zum

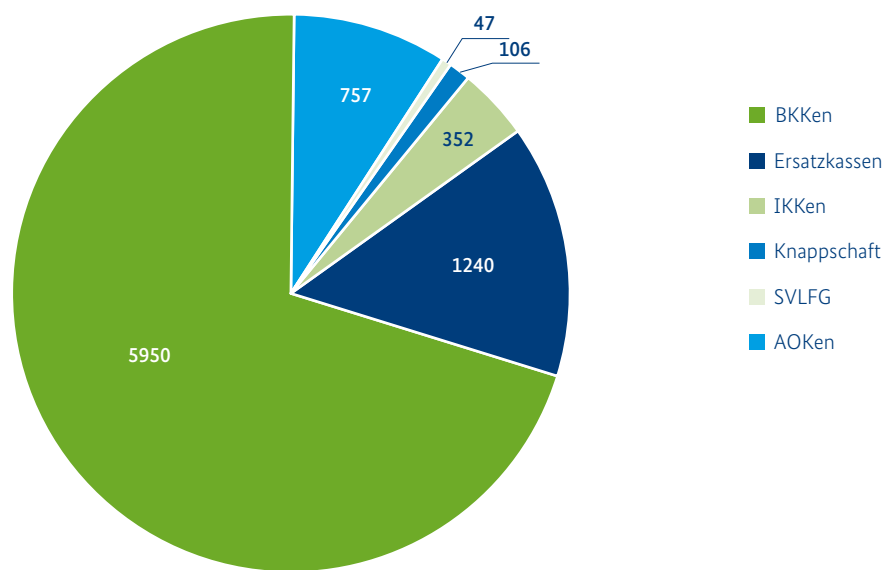
31. Dezember 2024 beenden oder ersetzen. Ein Themenschwerpunkt im Berichtszeitraum war, die damit verbundenen Änderungen im Verzeichnis der Vertragstransparenzstelle umzusetzen. Hierzu erinnerte das BAS die Krankenkassen durch ein Rundschreiben an die Änderungen der Rechtsgrundlagen und daran, die zu beendenden Verträge zeitnah zu überprüfen.

Die Vertragstransparenzstelle hat Fragestellungen zur Übermittlung der Daten in einem Fragenkatalog zusammengefasst.

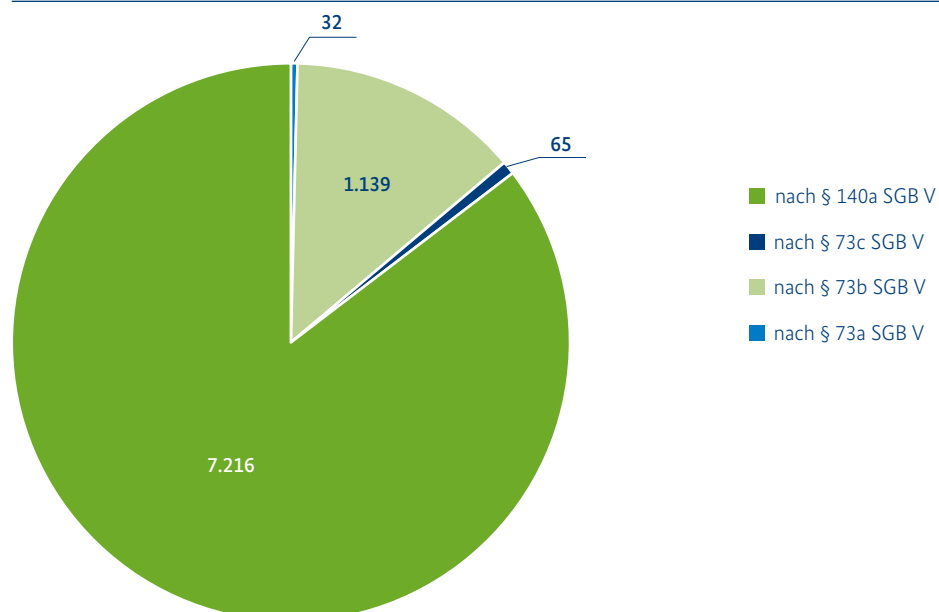
Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Vertragstransparenzstelle/Überblick



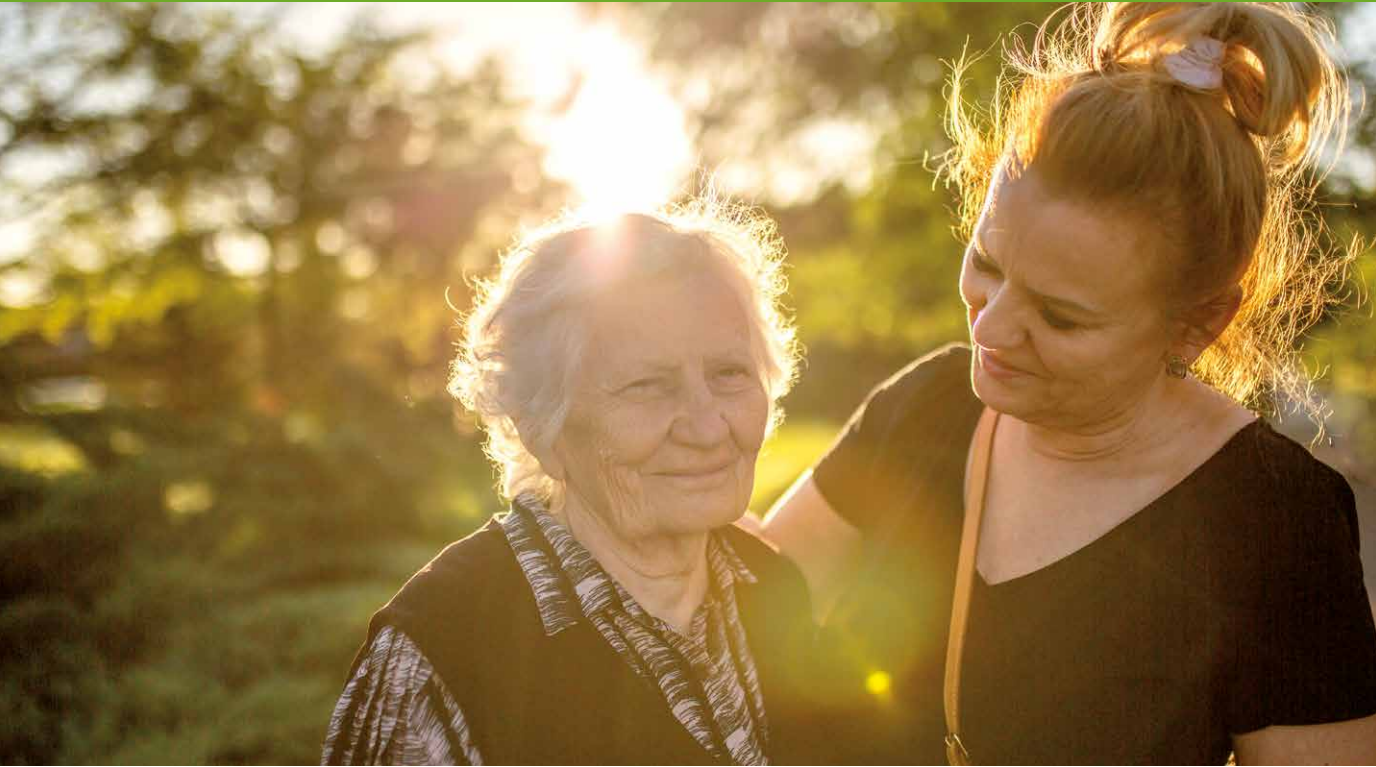
Veröffentlichte Verträge nach Krankenkassenart (Stand: 18. März 2025)



Veröffentlichte Verträge nach Krankenkassenart (Stand: 18. März 2025)



4. Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung



4.1 Finanzentwicklung und Reformkontext

Allgemeine Entwicklung

Die Finanzierung der Pflegeversicherung stand im Jahr 2024 stark im Fokus der öffentlichen Reformdiskussionen. Die Bundesregierung hatte im Sommer 2024 den Bericht „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“ vorgelegt. Damit erfüllte sie den Auftrag des Gesetzgebers aus dem Jahr 2023, „Empfehlungen für eine dauerhafte und stabile Finanzierung“ der Pflegeversicherung zu erarbeiten.

Das BAS ist für die Verwaltung des Ausgleichsfonds als der zentralen Finanzierungsstelle der Pflegeversicherung verantwortlich. Insofern hat das BAS im Vorfeld der Berichtslegung die Entwicklung der Finanzsituation und der finanzierungsrelevanten Wirkungszusammenhänge in einem Positionspapier aufgearbeitet und der Bundesregierung umsetzungsreife Reformvorschläge unterbreitet.

Nachdem der tatsächliche Mittelbestand der Sozialen Pflegeversicherung in der zweiten Hälfte des Jahres 2024 die Schwelle von einer Monatsausgabe zu unterschreiten drohte (§ 55 Abs 1a

SGB XI) und eine finanzielle Schieflage der Sozialen Pflegeversicherung zu Beginn des Jahres 2025 nicht auszuschließen war, hat der Gesetzgeber Ende des Jahres 2024 schließlich den Beitragssatz zur Pflegeversicherung um 0,2 Prozentpunkte mit Wirkung ab Januar 2025 angehoben.

Die finanzielle Lage der Sozialen Pflegeversicherung war im Jahr 2024 entsprechend angespannt. Der Mittelbestand des Ausgleichsfonds sank von rund 1,647 Mrd. Euro (Ende 2023) auf nur noch 1,029 Mrd. Euro Ende 2024 – ohne die Rückzahlungsverpflichtung für ein Bundesdarlehen in Höhe von 500 Mio. Euro, das bis Ende 2028 zurückgezahlt werden muss.

Obwohl dem Ausgleichsfonds im zweiten Halbjahr 2024 zusätzliche Mittel in Höhe von rund 1,074 Mrd. Euro aus Reserven der Pflegekassen zugeführt wurden (durch eine systeminterne Umverteilung durch Absenkung der sogenannten Ausgabendeckungsquote), reichte dies nicht aus, um den Rückgang vollständig zu stoppen. Nur durch die Absenkung der Ausgabendeckungsquote von 0,7 auf 0,5 im Rahmen des monatlich vom BAS durchgeführten Finanzausgleichs konnte sichergestellt werden, dass alle Pflegekassen und der Ausgleichsfonds ihren

gesetzlichen Zahlungsverpflichtungen uneingeschränkt nachkommen konnten.

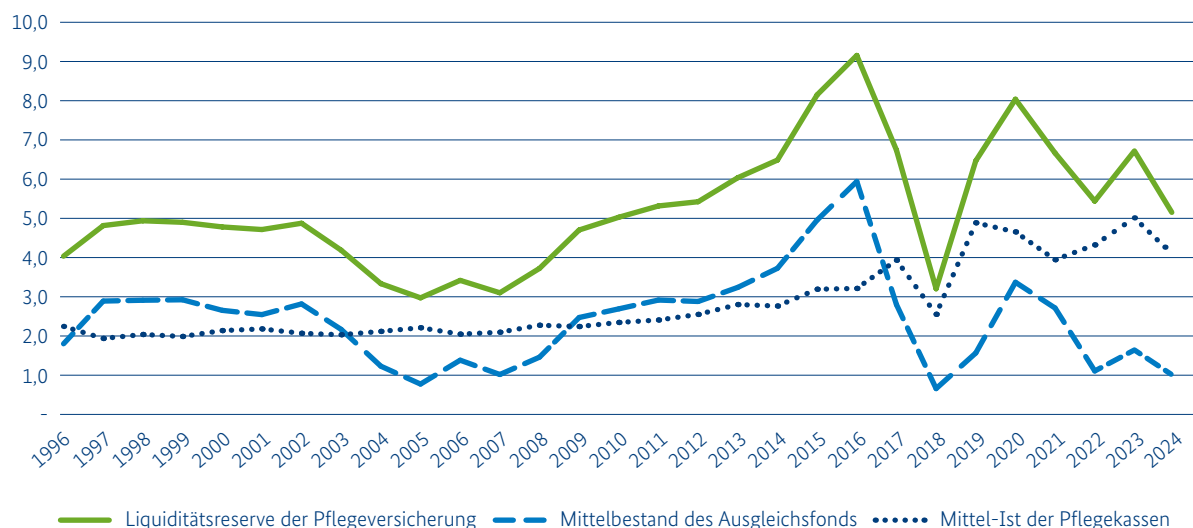
Die Pflegekassen wirtschafteten im Ergebnis zum Jahresende nur noch mit einem Mittelsollbestand in Höhe von einer durchschnittlichen Monatsausgabe, also praktisch ohne Rücklagen, deren Großteil bereits in den Jahren 2020 bis 2023 zur Bewältigung pandemiebedingter Ausgaben in signifikantem Umfang herangezogen worden war.

Unter Hinzurechnung des Gesamt-Mittelbestandes der Pflegekassen in Höhe von insgesamt rund 4,111 Mrd. Euro zum Ende des Jahres 2024 (- 18,47 Prozent) betrug die so zusammengesetzte Liquiditätsreserve der Sozialen Pflegeversicherung rund 5,139 Mrd. Euro (- 23,17 Prozent gegenüber dem Vorjahr) – also ungefähr 83 Prozent einer gemäß Haushaltsplänen der Träger durchschnittlich im Jahr 2025 zu erwarteten Monatsausgabe der Pflegekassen insgesamt (6,196 Mrd. Euro).

Hinter diesem Befund steht ein Jahresergebnis 2024 der Pflegeversicherung mit einem Defizit von rund 1,554 Mrd. Euro (Vorjahr: Überschuss in Höhe von 1,777 Mrd. Euro). Dabei stiegen die Ausgaben der Pflegekassen für Leistungen, die

Die Entwicklung der Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung

Milliarden Euro



durch das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) ab 2024 teilweise ausgeweitet wurden, um 11,19 Prozent gegenüber dem Vorjahr auf rund 63,012 Mrd. Euro. Gleichzeitig lagen die Beitragseinnahmen der Pflegekassen im Gefolge der Beitragssatzanhebung um 0,35 Prozentpunkte ab Juli 2023 mit rund 51,751 Mrd. Euro um 11,31 Prozent und die des Ausgleichsfonds (rund 13,621 Mrd. Euro) um 13,11 Prozent über denen des Vorjahres.

Obwohl die Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben ähnlich stark gestiegen sind, entstand ein Defizit. Gründe dafür sind unter anderem die Aussetzung des Bundeszuschusses (von jährlich einer Milliarde Euro) für die Jahre 2024 bis 2027 sowie die Nachholung der Zuführungen zum Vorsorgefonds für das Jahr 2023 (siehe unten). Im Jahr 2024 hat der Ausgleichsfonds Zinserträge in Höhe von rund 110,94 Mio. Euro (ohne Rechnungsabgrenzung) bzw. 100,88 Mio. Euro (mit Rechnungsabgrenzung) erzielt.

Pflegekassen überwiesen, denen weniger Mittel zur Verfügung standen, als an Betriebsmitteln und Rücklage gesetzlich vorzuhalten sind. Gegenüber dem Vorjahr (2023) entspricht dies einer Erhöhung von 4,65 Prozent. Die monatsdurchschnittlichen Zahlungen an die Pflegekassen im Jahr 2024 beliefen sich auf rund 1,933 Mrd. Euro (Vorjahr: 1,847 Mrd.). Den Auszahlungen aus Mitteln des Ausgleichsfonds standen Zahlungen an den Ausgleichsfonds in Höhe von monatsdurchschnittlich rund 877 Mio. Euro (insgesamt rund 10,529 Mrd. Euro) durch diejenigen Pflegekassen gegenüber, deren Mittel-Ist das Soll überstieg (+ 15,54 Prozent gegenüber dem Vorjahr).

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 bundeseinheitlicher Beitragssatz (2024) von 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen besteht (mit Zuschlag für nicht Kinder-Erziehende bzw. -Betreuende sowie Differenzierungen nach der Zahl der Kinder, s.o.). Es gilt das den Liquiditätsausgleich tragende Prinzip, dass die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen werden.

Letztmalig bis zum November 2024 konnten die Pflegekassen dabei Ausgaben für Ergänzungshilfen in Ansatz bringen, die geleistet wurden, um zugelassenen teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen Mehrkosten infolge von Preissteigerungen für Gas, Fernwärme und Strom sowie die Kosten für eine verpflichtend durchzuführende Energieberatung zu erstatten. Zum Zwecke der (Re-)Finanzierung dieser Hilfen hatte der Bund dem Ausgleichsfonds insgesamt zwei Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Die gesamten refinanzierten Ausgaben in den Jahren 2023 und 2024 beliefen



Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:

**Themen/Ausgleichsfonds/
Finanzergebnisse**

Finanzausgleich

Das BAS stellt die Liquiditätsversorgung aller Pflegekassen sicher, in dem es monatlich einen Finanzausgleich zwischen allen Pflegekassen durchführt. Zu diesem Zweck kommen Mittel des Ausgleichsfonds zum Einsatz. Pflegekassen, deren Mittel zur Bestreitung der Ausgaben und der Verwaltungskosten nicht ausreichen, um den im Haushaltsplan abgebildeten Bedarf zu bestreiten, erhalten Mittel aus dem Ausgleichsfonds. Pflegekassen, deren Mittel den Bedarf übersteigen, zahlen ein.

Das BAS hat im Jahr 2024 rund 23,194 Mrd. Euro aus Mitteln des Ausgleichsfonds an diejenigen

sich auf rund 437 Mio. Euro; dem entsprechend wurden im Dezember 2024 nicht verausgabte Mittel in Höhe von rund 1,563 Mrd. Euro vom Ausgleichsfonds an den Bund zurückgezahlt.

Pflegevorsorgefonds

Aus Mitteln des Ausgleichsfonds wurden im Jahr 2024 insgesamt rund 2,420 Mrd. Euro an den Pflegevorsorgefonds zugeführt, um so die Beitragsentwicklung langfristig stabilisieren zu können. Der Betrag beinhaltete eine Nachzahlung von rund 1,720 Mrd. Euro für das Jahr 2023 sowie eine pauschalierte Zahlung von 700 Mio. Euro für das Jahr 2024. Anders als in den Vorjahren wurden bzw. werden nach Maßgabe

des Haushaltsfinanzierungsgesetzes 2023 in den Jahren 2024 bis 2027 jährlich pauschal 700 Mio. Euro an den Pflegevorsorgefonds abgeführt und nicht wie zuvor 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen in der Sozialen Pflegeversicherung des jeweiligen Vorjahres. Dadurch wird der Ausgleichsfonds mit über einer Milliarde Euro jährlich entlastet - mit entsprechend geringerem Vermögensaufbau auf Seiten des Pflegevorsorgefonds.

Insgesamt wurden dem von der Bundesbank verwalteten Pflegevorsorgefonds seit dem Jahr 2015 bis Ende des Jahres 2024 rund 13,778 Mrd. Euro zugeführt. Das Portfolio dieses Sondervermögens hatte am 31. Dezember 2024 einen Marktwert von rund 14,809 Mrd. Euro.

4.2 Förderungen und Finanzierungen

Einsatz von Förder- und Finanzierungsmitteln

Rund 43,51 Mio. Euro und damit gut 14 Prozent mehr als im Vorjahr hat der Ausgleichsfonds im Jahr 2024 an Zahlungen für Fördermaßnahmen und -vorhaben sowie zur Finanzierung besonderer Einrichtungen geleistet. Der Schwerpunkt der Leistungsverwaltung lag mit rund 44 Prozent des Gesamtfördervolumens (ohne Pflegeausbildung) auf der Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen.

Dem Auszahlungsgeschehen lagen rund 3.330 im Jahr 2024 über das „EMA-Portal“ beim BAS eingegangene elektronische Mittelabrufe zugrunde, die das BAS (lediglich) einer Formalprüfung unterzieht. Damit stieg das Fallaufkommen im Vergleich zum Vorjahr erneut deutlich an. Rund

30 Prozent des gesamten Aufkommens an Mittelabrufen entfielen auf das Land Baden-Württemberg.

Im Jahr 2024 wurden erstmalig Mittel für die Finanzierung des neu einzurichtenden Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege nach § 125b SGB XI in Höhe von rund 64.000 Euro ausgezahlt. Bis 2027 stehen dafür Mittel von insgesamt 10 Mio. Euro zur Verfügung. Für die im Zuge des PUEG eingeführten Fördertatbestände nach § 18e SGB XI (Modellvorhaben zur Weiterentwicklung Pflegebegutachtung) sowie § 123 und § 124 SGB XI (Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier bzw. deren wissenschaftliche Auswertung) wurden neue Funktionalitäten für den Mittelabruf in das EMA-Portal integriert. Im Jahr 2024 wurden jedoch noch keine Mittel abgerufen.

Nähere Informationen zum Einsatz der Förder- und Finanzierungsmittel nach Fördertatbestand, Art der Maßnahme und besonderer Einrichtung, zur Zahlung der Fördergelder nach Ländern sowie zu den Förderbudgets (Anspruchshöchstgrenzen



bzw. Übertragungsanteilen) und weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter: Themen/ Ausgleichsfonds/Fördergelder und Vorhabenfinanzierungen

Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege

Seit 2020 beteiligt sich die Pflegeversicherung an den Kosten der beruflichen Ausbildung in der Pflege nach dem Pflegeberufgesetz (PflBG). Seit 2024 sind auch die Kosten der hochschulischen Pflegeausbildung eingeschlossen. Die Pflegeversicherung leistet aus Mitteln des Ausgleichsfonds eine Zahlung an die auf Landesebene errichteten Ausbildungsfonds in Höhe von 3,6 Prozent des gesamten Finanzierungsbedarfs. Die private Pflege-Pflichtversicherung erstattet der Sozialen Pflegeversicherung zehn Prozent ihrer Direktzahlungen.

Die Direktzahlungen des Ausgleichsfonds im Jahr 2024 beliefen sich auf insgesamt 205,14 Mio. Euro. Die Summe lag damit geringfügig unter dem Niveau des Vorjahres. Danach führte die Integration der Finanzierung der hochschulischen in das bestehende Finanzierungssystem der beruflichen Ausbildung – zumindest im Festsetzungsjahr 2024 – nicht zu einer Erhöhung der vom Ausgleichsfonds zu leistenden Zahlungen.



Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter: Themen/ Ausgleichsfonds/ Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege

Beteiligungsmanagement

Die Verwaltung des Ausgleichsfonds übernimmt auch die zentrale Abrechnung und vereinnahmt die Finanzierungsanteile, die die gesetzlichen Krankenkassen und die private Pflege-Pflichtversicherung an die Soziale Pflegeversicherung leisten müssen. Für die GKV handelt der GKV-Spitzenverband, während für die private Pflege-Pflichtversicherung der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. zuständig ist. Beide Verbände bringen die Mittel in der Regel über Umlagen bei, die sie auf die Mitgliedskassen bzw. -unternehmen umlegen. Das BAS hat mit beiden Verbänden mehrere Finanzierungsvereinbarungen geschlossen, um die Details der Abwicklung zu regeln.

Die GKV beteiligte sich im Jahr 2024 erneut mit 640 Mio. Euro an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus erzielte der Ausgleichsfonds im Abrechnungszeitraum 2024 weitere Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den Kosten für pandemiebedingten Erstattungen (für Mehraufwendungen und Mindereinnahmen) an ambulanten Pflegeeinrichtungen und stationären Hospizen sowie anteilige Testkosten in Höhe von insgesamt 0,06 Mio. Euro.

Die private Pflege-Pflichtversicherung beteiligte sich ebenfalls an den pandemiebedingten Kosten zum Schutz der pflegerischen Infrastruktur. Zudem nahm sie ihre Mitverantwortung für die Förderung der pflegerischen Versorgungs- und Infrastruktur einschließlich der Finanzierung besonderer Einrichtungen sowie für die Mitfinanzierung der Berufsausbildung in der Pflege durch Finanzierungsbeteiligungen im Umfang von (je nach Tatbestand) sieben bzw. zehn Prozent wahr. Danach entfiel auf den Abrechnungszeitraum 2024 ein Gesamtbetrag von 69,63 Mio. Euro.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter: Themen/Ausgleichsfonds/Finanzierungsanteile der GKV und der PKV



5. Strukturierte Behandlungsprogramme



Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) sind Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Das BAS erteilt gem. § 137g Abs. 1 SGB V die Zulassung dieser Programme. Die auf dem aktuellen Forschungsstand basierenden Programme stellen eine hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten sicher. Ziel eines DMP ist es, durch die Zusammenarbeit der betreuenden Fachleute und Einrichtungen eine verbesserte Versorgung von chronisch kranken Versicherten zu erreichen. Gleichzeitig können auf diese Weise eventuelle Über-, Unter- und Fehlversorgungen im vorhandenen Gesundheitssystem abgebaut werden.

Die Entscheidung für neue Behandlungsprogramme trifft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er legt die Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme in seiner DMP-A-Richtlinie fest. Neben den Indikationen Diabetes mellitus Typ1 und Typ2, koronare Herzkrankheit, Asthma, COPD und Brustkrebs, wurden inzwischen sechs neue Indikationen vom

Gemeinsamen Bundesausschuss ausgewählt und beschlossen. Für diese sechs neuen Indikationen Herzinsuffizienz, Rückenschmerz, Osteoporose, Rheumatoide Arthritis, Depression und Adipositas haben die Beteiligten die strukturellen Voraussetzungen bereits weitgehend geschaffen. Die absolute Zahl an Zulassungen für die sechs bestehenden strukturierten Behandlungsprogramme hat seit 2023 aufgrund von Kassenfusionen weiter abgenommen. Ca. 7,5 Mio. Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben an fast insgesamt 9.000 Programmen teilgenommen. Alleine am DMP Diabetes mellitus Typ 2 nahmen knapp 4,6 Mio. Versicherte teil. Mit Stand vom 1. Januar 2025 haben Krankenkassen in bereits 14 von 17 Regionen die Zulassung zum DMP Osteoporose beantragt bzw. schon Zulassungen erhalten.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Disease-Management-Programme



6. Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung



Da die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung zur Finanzierung der Ausgaben nicht ausreichen, leistet der Bund verschiedene Zahlungen (Zuschüsse, Beiträge und Erstattungen). Das BAS bewirtschaftet diese Mittel und hat 2024 insgesamt ca. 117 Mrd. Euro überwiesen. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Mittel des Bundes um rund 4,4 Prozent.

In diesem Betrag enthalten sind unter anderem die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung (ARV) in Höhe von 87,8 Mrd. Euro und die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten in Höhe von 18,1 Mrd. Euro sowie die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) in Höhe von 6,1 Mrd. Euro.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter: [Themen/Rentenversicherung/Finanzierung](#)



Weitere Zahlungen leistet das BAS im Rahmen des Kohleverstromungsbeendigungsgesetzes (KVBG), durch das die Auswirkungen des Kohleausstiegs überbrückt werden. 2024 belief sich der Ausgleichsbetrag auf 18,5 Mio. Euro, wovon der allgemeinen Rentenversicherung ein Betrag in Höhe von 5,1 Mio. Euro und der knappschaftlichen Rentenversicherung ein Betrag in Höhe von 13,4 Mio. Euro zuzuordnen war.

In der Alterssicherung der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger werden auch die Zuschüsse des Bundes an die Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger (VdBS) durch das BAS bewirtschaftet und stiegen in 2024 auf 88,4 Mio. Euro an. Zum Vergleich: 2023 waren es 84,7 Mio. Euro.

7. Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften

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

Für das Jahr 2024 betrug die Lastenverteilung insgesamt rund 835 Mio. Euro und hat sich damit gegenüber dem Vorjahr um ca. 20 Mio. Euro verringert.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter: [Themen/Unfallversicherung/Lastenverteilung](#)



8. Pilot SV-Wahlen



Abschluss des Umlageverfahrens zum Modellprojekt Online-Sozialwahl

Die im Jahr 2023 durchgeführten Sozialversicherungswahlen konnten bei den gesetzlichen Krankenkassen erstmalig als Modellprojekt auch elektronisch über das Internet (sog. Online-Wahl) durchgeführt werden. Die hierbei entstandenen Kosten der teilnehmenden Krankenkassen in Höhe von knapp 7 Mio. Euro waren auf alle Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Ersatzkassen nach der Zahl der wahlberechtigten Versicherten umzulegen. Der Gesetzgeber hat dem BAS die Durchführung dieses Umlageverfahrens übertragen. Das BAS hat das

Umlageverfahren 2024 abschließen können. Das Modellprojekt wurde kassenartenübergreifend von einer Arbeitsgemeinschaft durchgeführt, an deren Gründung 15 Krankenkassen beteiligt waren. Insgesamt hatten rund 22 Mio. Wahlberechtigte die Möglichkeit, ihre Stimme online abzugeben. In einer vom BAS erstellten Richtlinie zur Durchführung des Umlage- und Erstattungsverfahrens wurden der Verfahrensablauf und die erforderliche Datenübermittlung näher geregelt. Nach Eingang sämtlicher Zahlungen erfolgte die Kostenerstattung an die am Modellprojekt beteiligten Krankenkassen im Oktober 2024.

3. TEIL

Sonderaufgaben

1. Aufbau der Bundesstelle für Soziale Entschädigung



Zum 1. Januar 2024 hat das BAS Aufgaben im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts (SER) übernommen. Gleichzeitig wurde die Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE) eingerichtet. Diese nimmt einerseits selbständig Aufgaben des Bundes auf dem Gebiet der sozialen Entschädigung wahr und unterstützt andererseits als Kompetenzzentrum das BMAS bei der Qualitätssicherung zur bundeseinheitlichen Durchführung des SER. Die BfSE unterliegt der Fachaufsicht des BMAS.

Das erste Jahr war insbesondere durch die Etablierung der Deutschen Unterstützungsbehörde (DUB) im BAS sowie die umfangreichen Vorarbeiten zur Erstellung der ersten amtlichen Statistik nach § 126 SGB XIV geprägt. Dafür wa-

ren zahlreiche Abstimmungen mit den Bundesländern notwendig. Außerdem hat die BfSE als Geschäftsführung die ersten Sitzungen des Fachbeirates Soziale Entschädigung organisiert und erfolgreich durchgeführt.

Vor allem durch die Organisation von Erfahrungsaustauschen für Beschäftigte aus den Verwaltungen der Bundesländer, die Moderation von Arbeitsgruppen und die Entwicklung von Übereinkünften mit dem GKV-Spitzenverband Bund konnte die BfSE einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung des SGB XIV leisten.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Bundesstelle für Soziale Entschädigung



2. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz



Ausbildungsplatzsituation

Im Jahr 2024 betreute das BAS als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) insgesamt 3.056 Ausbildungsverhältnisse der Einstellungsjahrgänge 2022 bis 2024 bei den bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern. Davon entfielen über 3.000 auf Sozialversi-

cherungsfachangestellte und nur vereinzelte auf Verwaltungsfachangestellte und Kaufleute für Büromanagement bei den Sozialversicherungsträgern sowie Verwaltungsfachangestellte beim BAS selber.

Verteilung der abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger:

Einstellungsjahr	Sozialversicherungsfachangestellte					Verwaltungs- fachangestellte	Kaufleute für Büromanagement	
	KV	SVLFG	KBS	DRV	UV	UV	KV	UV
2016	700	9	104	137	83	0	0	5
...	...	...	...	...	...	...	...	...
2022	519	12	97	371	53	4	3	0
2023	502	15	104	517	93	2	6	0
2024	555	20	107	333	89	2	5	1

Im Jahr 2024 wurden bei den Sozialversicherungsträgern in den verwaltungseigenen Berufen insgesamt 1.113 neue Ausbildungsverträge abgeschlossen. Damit liegt die Zahl zwar leicht unter dem Vorjahreswert (1.239), jedoch weiterhin über dem Durchschnitt der letzten acht Jahre. Die überwiegende Mehrheit der Verträge entfiel auf Sozialversicherungsfachangestellte (1.104), während nur acht sich für eine Ausbildung als Kaufleute für Büromanagement oder als Verwaltungsfachangestellte entschieden. Veränderungen zeigen sich insbesondere mit Blick auf die einzelnen Träger und Ausbildungsberufe. Die Deutsche Rentenversicherung Bund schloss im Berichtsjahr 333 Ausbildungsverträge für den Beruf der Sozialversicherungsfachangestellten ab. Das sind zwar 184 weniger als im Vorjahr, allerdings gab es im Jahr 2023 auch einen doppelten Einstellungsjahrgang. Bemerkenswert ist der langfristige Anstieg um fast 250 Prozent seit 2016.

Bei den Krankenversicherungsträgern ist die Zahl der abgeschlossenen Ausbildungsverträge in diesem Beruf erfreulicherweise auf 555 gestiegen. Allerdings sind dies im Vergleich zu 2016 (700 Verträge) gut 20 Prozent weniger. Eine Ursache dafür könnte die verstärkte Ausbildung von Kaufleuten im Gesundheitswesen sein, insbesondere bei den Ersatzkassen. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, den Unfallversicherungsträgern sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau haben sich die Ausbildungszahlen hingegen wenig verändert.

Im Einstellungsjahrgang 2024 verfügten rund 62,44 Prozent der Auszubildenden über Hochschul- oder Fachhochschulreife, 36,93 Prozent über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss und ein Auszubildender über einen Hauptschulabschluss.

Beratung und Überwachung

Die haupt- und ehrenamtlichen Ausbildungsberaterinnen und -berater des BAS berieten im Vorjahr 2.708 Auszubildende bei der Vorbereitung auf ihre Zwischen- oder Abschlussprüfungen, davon über 2000 in 110 Veranstaltungen - vornehmlich in Präsenz. Der persönliche Austausch wird im Vergleich zu einer Beratung in virtuellem Format als intensiver wahrgenommen. Die Beraterinnen und Berater nutzen zudem die Zeit vor Ort, sich mit allen an der Ausbildung Beteiligten auszutauschen.

Für knapp 660 angehende Kaufleute im Gesundheitswesen führte das BAS wegen des geringeren Beratungsbedarfs jedoch überwiegend Videoberatungen durch.

Im vorliegenden Berichtsjahr lag ein besonderer Fokus auf der Prüfungsbeobachtung, denn im Bereich der Krankenversicherung wurden die mündlichen Prüfungen der angehenden Sozialversicherungsfachangestellten auf ein Open-Book-Verfahren umgestellt. Dabei handelt es sich um eine Prüfungsform, bei der die Prüflinge während der Prüfung uneingeschränkt auf Hilfsmittel wie Bücher, Notizen oder digitale Ressourcen zugreifen dürfen.

Das Open-Book-Verfahren kam bereits bei zwei Abschlussprüfungen erfolgreich zum Einsatz und hat sich als geeignet erwiesen, um Beratungssituationen praxisnah zu gestalten. Nutzung und technische Umsetzung waren unproblematisch, dennoch nutzten die Auszubildenden in der Prüfungsvorbereitung überwiegend ihre mitgebrachten Unterlagen, anstatt gezielt Informationen im Internet zu recherchieren. Weiterhin spielte die Begleitung neuer Ausbildungsformate, die im Zuge des Digitalisierungsschubes in der beruflichen Bildung enorm an Bedeutung gewonnen haben, eine große Rolle.

Im Berufsbildungsgesetz ist zu den digitalen mobilen Ausbildungsformaten inzwischen geregelt, wann von der unmittelbaren Ausbildung vor Ort

abgewichen werden kann. Durch digitale mobile Ausbildungsformen können Ausbildungsinhalte in angemessenem Umfang auch ohne gleichzeitige Anwesenheit von Ausbilderinnen, Ausbildern und Auszubildenden am selben Ort vermittelt werden. Im Jahr 2024 stimmte die zuständige Stelle im BAS einer entsprechenden Ausbildungskonzeption zur dauerhaften Integration eines mobilen Ausbildungsformates zu. Der Sozialversicherungsträger hatte das digitale mobile Ausbildungsformat zur Ergänzung der betrieblichen Praxisausbildung zuvor in einer Pilotphase erprobt und diese erfolgreich abgeschlossen.

Prüfungen

Im Jahr 2024 hat das BAS insgesamt 2.167 Personen in Zwischen- und Abschlussprüfungen geprüft (im Vorjahr: 2.093). In beiden Prüfungen waren annähernd die Hälfte der Teilnehmenden angehende Sozialversicherungsfachangestellte und nur wenige Verwaltungsfachangestellte oder Kaufleute für Büromanagement. 39 Teilnehmende unterzogen sich einer Wiederholungsprüfung. Insgesamt wurden 69 Prüfungsausschüsse eingesetzt. 914 Prüflinge bestanden die Abschlussprüfung, 28 fielen durch. 20 der angehenden Sozialversicherungsfachangestellten waren sogenannte externe Teilnehmende, die in Betriebskrankenkassen ausgebildet und nach § 45 Abs. 2 BBiG mitgeprüft wurden.

An der Fortbildungsprüfung zum/zur Krankenkassenfachwirt/-in nahmen 58 Mitarbeitende von Betriebs- und Innungskrankenkassen (§ 54 BBiG) teil. Davon kamen zwölf von landesunmittelbaren Kassen, deren Prüfung das BAS im Rahmen der Amtshilfe übernahm, da die zuständigen Stellen bisher keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Drei Prüfungsausschüsse begleiteten diesen Prozess, und 54 Teilnehmende bestanden die Prüfung.

Neun Mitarbeitende von Betriebs- und Innungskrankenkassen absolvierten die Fortbildungsprüfung zum/zur Fachwirt/-in für Management und Führung in Krankenkassen.

Darüber hinaus nahmen 48 Beschäftigte der Deutschen Rentenversicherung Bund und 46 Beschäftigte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See an der Fortbildungsprüfung zum/zur geprüften Sozialversicherungsfachwirt/-in nach § 53 BBiG teil. Dabei kamen neun Prüfungsausschüsse zum Einsatz.

Zusätzlich führte das BAS zehn Ausbilder-Eignungsprüfungen durch, an denen 114 Ausbilder/-innen teilnahmen. Diese verteilten sich auf verschiedene Träger: 25 von der DAK-Gesundheit, 18 von der BARMER, 35 von der Deutschen Rentenversicherung Bund, 10 von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und 26 von Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die Versicherungsträger, Verbände sowie die Mitglieder der Prüfungsausschüsse und die Ersteller der Prüfungsaufgaben leisten wertvolle Unterstützung bei der Organisation und Durchführung der Prüfungen.

3. Mutterschaftsgeldstelle



Das BAS zahlt bundesweit Mutterschaftsgeld in bestimmten Fällen. Anspruch auf Mutterschaftsgeld von bis zu 210 Euro haben Schwangere, die nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und während der Schutzfristen vor und nach der Geburt sowie am Entbindungstag kein Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung erhalten. Auch Schwangere, denen der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin während der Schwangerschaft oder während der Mutterschutzfristen nach der Geburt mit Zustimmung der für den Arbeitsschutz zuständigen Behörde zulässig gekündigt hat, können Mutterschaftsgeld bekommen. Im Jahr 2024 sind rund 13.000 Anträge auf Mutterschaftsgeld beim BAS eingegangen. Hiervon wurde etwa die Hälfte der Anträge online gestellt. Etwa 30 Prozent der online gestellten Anträge (ca. 1.700) sind über einen Account bei Bun-

dID (<https://id.bund.de>), dem zentralen Konto des Bundes zur Identifizierung von Bürgerinnen und Bürgern, eingegangen. Soweit es sich dabei um Anträge mit einem hohen Vertrauensniveau handelte (Personen, die ihren Account beispielsweise mit einem elektronischen Personalausweis erstellt haben), konnten Nachrichten und die Bescheide innerhalb kurzer Zeit digital in das elektronische Postfach im BundID-Konto übermittelt werden.

In rund 60 Prozent der in 2024 abgeschlossenen Antragsverfahren erging eine positive Entscheidung. Hierfür zahlte das BAS insgesamt rund 1,5 Millionen Euro an Leistungen für Aufwendungen nach dem Mutterschutzgesetz aus.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter: [Service/Mutterschaftsgeld](#)



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

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung

Ersatzkrankenkassen (Insgesamt 6)

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

Innungskrankenkassen (Insgesamt 4)

- BundesInnungskrankenkasse Gesundheit
- IKK classic
- IKK gesund plus
- IKK – Die Innovationskasse (IK)

Betriebskrankenkassen (Insgesamt 46)

- Audi BKK
- BAHN-BKK
- Bertelsmann BKK
- Betriebskrankenkasse B. Braun Aesculap
- Betriebskrankenkasse der BMW AG
- Betriebskrankenkasse der Deutsche Bank Aktiengesellschaft
- Betriebskrankenkasse exklusiv
- Betriebskrankenkasse firmus
- Betriebskrankenkasse Linde
- Betriebskrankenkasse Miele
- Betriebskrankenkasse Mobil
- Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers
- Betriebskrankenkasse Technoform
- Betriebskrankenkasse WMF Württembergische Metallwarenfabrik
- BKK Diakonie
- BKK Freudenberg

- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- BKK Melitta HMR
- BKK Pfalz
- BKK ProVita
- BKK Salzgitter
- BKK VerbundPlus
- BKK mkk – meine krankenkasse
- BKK Wirtschaft & Finanzen Die BKK der wirtschaftsprüfenden und -beratenden Berufe
- BKK24
- BKK-Würth
- Bosch BKK
- Continentale Betriebskrankenkasse
- Mercedes-Benz Betriebskrankenkasse
- Debeka BKK
- energie-Betriebskrankenkasse
- EY Betriebskrankenkasse
- Heimat BKK
- mhplus Betriebskrankenkasse
- novitas bkk
- Pronova BKK
- R+V Betriebskrankenkasse
- Salus BKK
- SECURVITA BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
- SKD BKK
- Südzucker BKK
- TUI BKK
- VIACTIV BKK
- vivida bkk
- ZF BKK

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

Weitere (Insgesamt 2)

- KNAPPSCHAFT (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See als Trägerin der Krankenversicherung)
- 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

Weitere

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

Sonstige

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

Arbeitsgemeinschaften**Arbeitsgemeinschaften Krankenversicherung (Insgesamt 60)**

- itsc GmbH
- BITMARCK Holding GmbH
- spectrumK GmbH
- Mobil ISC GmbH
- GWQ ServicePlus AG Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen
- MedicalContact AG
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V.
- ARGE GSV plus GmbH
- BKV Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
- Servicebüro für Krankenkassen
- casusQuo GmbH
- Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1 SGB V
- ARGE Cochlea
- ARGE Blutzuckerteststreifen
- ARGE Arzneimittelforum der Ersatzkassen
- 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 – Hämophilie
- ARGE – Rabattverträge zu zugelassenen CAR-T-Präparaten
- ARGE – Verträge Elektrostimulationsgeräte
- ARGE – Beratung Biologika
- ARGE – Hilfsmittelforum der Ersatzkassen
- ARGE – Generika T1302
- BKK Akademie GmbH, Rotenburg an der Fulda
- ARGE – Risankizumab
- ARGE Rabattverträge zu zugelassenen ATMP-Präparaten
- Arbeitsgemeinschaft zum Datenaustausch zwischen BIG direkt gesund und der BIG direkt gesund Pflegekasse
- ARGE – Modellprojekt Online-Wahlen 2023
- BKK Consult GmbH
- ARGE – MS-Vertrag
- GKV-Bündnis für Gesundheit
- ARGE Trastuzumab (KKH-DAK Gesundheit)
- ARGE Bevacizumab (KKH-DAK Gesundheit)
- ARGE - Dimethylfumarat ATC-Code
- ARGE Rheuma-Wirkstoffe II
- ARGE Infliximab V
- ARGE UniQK GmbH
- ARGE Tralokinumab II
- ARGE Adalimumab II
- ARGE Filgotinib II
- ARGE Vedolizumab III
- ARGE Deucravacitinib
- ARGE Etanercept IV
- ARGE Rituximab III
- ARGE-Skilarence
- ARGE Lebrikizumab
- ARGE Tildrakizumab
- ARGE Abatacept IV

- ARGE Sarilumab III
- ARGE BIT Systems Gesellschaft für IT im Gesundheitswesen mbH
- ARGE eGesundheit Deutschland
- ARGE Brodalumab II
- Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH
- ARGE Golimumab
- BKK Dachverband e.V.
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Arbeitsgemeinschaften Unfallversicherung (Insgesamt 18)

- Port Sol 19 GmbH
- SIGUV Shared-Services Interessengemeinschaft für die gesetzliche Unfallversicherung GbR
- Berufsgenossenschaftlicher arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Dienst e.V.
- BG-Phoenix GmbH
- HDP Gesellschaft für ganzheitliche Datenverarbeitung mbH
- Rechenzentrum für die gesetzliche Unfallversicherung
- BG Klinikum Murnau gGmbH
- BG Klinikum Hamburg gGmbH
- BG Klinik für Berufskrankheiten Bad Reichenhall gGmbH
- BG Kliniken Ludwigshafen und Tübingen gGmbH
- BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH
- Berufsgenossenschaftliches Universitäts-klinikum Bergmannsheil gGmbH
- BG Klinikum Duisburg gGmbH
- Unfallbehandlungsstelle Berlin gGmbH
- BG Klinikum Bergmannstrost Halle gGmbH
- BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH
- UV-Serviceportal
- BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH

Das aktuelle Organigramm des Bundesamtes für Soziale
Sicherung finden Sie unter: [BAS/Leitung und Organisation](#)



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

Visuelle Gestaltung und Satz

Jutta Schlotthauer, dot.blue communication & design

Druck

Offset-Druckerei E. Sauerland GmbH, Gelnhausen

Stand

Juli 2025

Fotocredits

Titelbild und S. 2: Marian Hamacher/BAS

Adobe Stock: Yuliya, S. 7 · Andrey Popov, S. 32 · Claudio Divizia, S. 36 · Lothar Drechsel, S. 37 · weyo, S. 47
JFL Photography, S. 58 · ME Image, S. 59 · Johnstocker, S. 62 · Koldo_Studio, S. 63 · Louis-Photo, S. 66
istockphoto.com: SARINYAPINNGAM, S. 8 · kzenon, S. 23 · hoozone, S. 41 · Natee Meepian, S. 50
JakoVo, S. 52 · Neustockimages, S. 57 · abluecup, S. 60 · apomares, S. 61
Shutterstock: Pressmaster, S. 13 · ALPA PROD, S. 16 · SFIO CRACHO, S. 18 · wellphoto, S. 26
Opsorman, S. 28 · Number1411, S. 29 · tsyhun, S. 31



bundesamtsozialesicherung.de