

2022

TÄTIGKEITS- BERICHT

Bundesamt für Soziale Sicherung



Bundesamt
für Soziale Sicherung

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

zu Beginn des **dritten Jahres** der **Corona-Pandemie** war der Ausnahmezustand fast schon zur Routine geworden. Viele neue Wege, die sich für unsere Lebens- und Arbeitswelten entwickelten, hatten sich 2022 inzwischen etabliert. Die dem BAS zumeist ad-hoc übertragenen **Sonderverfahren** für die Auszahlungen an Leistungserbringer im Gesundheitswesen und der Pflege wurden mit einem enormen Volumen geräuschlos fortgeführt.

Bevor sich nach der Pandemie dann wieder irgendeine Art gefühlte „Normalität“ einstellen konnte, begann Russland im Februar 2022 seinen **Angriffskrieg auf die Ukraine**. Dessen Auswirkungen sind mit mannigfaltigen Folgen in Europa und der Welt ständig präsent und betreffen letztlich uns alle. In diesem Zusammenhang übernahm auch das BAS neue Aufgaben. So erstattet es für einen bestimmten Zeitraum die **Krankenbehandlungskosten der Ukraine-Flüchtlinge**; der bisherige Aufwand belief sich auf über 29 Mio. Euro. Bei der **Energiepreispauschale**, mit der die vor allem durch den Krieg ausgelöste Energiekrise abgemildert werden soll, hat das BAS mit insgesamt 5,9 Mrd. Euro die Auszahlung an Rentnerinnen und Rentner bzw. Versorgungsempfänger sichergestellt.

Die **Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung** stand auch im Jahr 2022 im Fokus unserer Tätigkeit. Durch Bundeszuschüsse von insgesamt 28,5 Mrd. Euro konnte in 2022 zwar der



durchschnittliche Zusatzbeitragssatz auf 1,3 Prozent stabilisiert werden. Das im Oktober verabschiedete **GKV-Finanzstabilisierungsgesetz** sah aber bereits neue Maßnahmen zur Stärkung des Gesundheitsfonds für das Folgejahr vor: ein zusätzlicher Bundeszuschuss von 2 Mrd. Euro, ein unverzinsliches Darlehen des Bundes von 1 Mrd. Euro, eine Begrenzung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds auf 25 Prozent einer Monatsausgabe, die Absenkung der Obergrenze für die von den Krankenkassen vorzuhaltenden Finanzreserven, sowie – **erneut** – eine **Abschöpfung** von Finanzreserven der Krankenkassen in Höhe von 2,5 Mrd. Euro. Neben diesen Maßnahmen erhöhte das Bundesministerium für Gesundheit den **durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz** für das Jahr 2023 auf 1,6 Prozent. Zu Beginn des Jahres 2023 erwarteten 43 von 59 bundesunmittelbaren Krankenkassen für das laufende Jahr ein Defizit von insgesamt 1,4 Mrd. Euro. 40 dieser Krankenkassen erhöhten ihren Zusatzbeitragsatz.

Auch die **soziale Pflegeversicherung** litt 2022 weiterhin unter den finanziellen Folgen der Corona-Pandemie. Die Mehraufwendungen der

Pflegekassen für den Schutz von Pflegebedürftigen und deren pflegenden Angehörigen sowie den Beschäftigten in der Pflege wurden 2020 und 2021 durch den „Pflege-Rettungsschirm“ abgemildert, aber nicht ausgeglichen. In 2022 wurden weitere Finanzierungsmaßnahmen zur Sicherstellung der Liquidität des Ausgleichsfonds getroffen: der Bund beteiligte sich mit 1 Mrd. Euro an den Aufwendungen und erstattete dem Ausgleichsfonds 2,2 Mrd. Euro für pandemiebedingte Kosten. Schließlich gewährte er im August 2022 ausnahmsweise ein unverzinsliches Darlehen von 1 Mrd. Euro. Entgegen der Erwartung der Politik konnte das Darlehen bis zum Jahresende 2022 aber nicht zurückgezahlt werden.

Erfreulich ist, dass die in der Corona-Zeit eingerichtete Unterstützung der Krankenhäuser durch den **Krankenhauszukunftsfonds** sehr zügig umgesetzt wurde: bis Ende 2022 hat das BAS über 5.500 Anträge beschieden und alle, d.h. rund 2,9 Mrd. Euro Fördergelder ausgezahlt – damit kann nun bundesweit für eine moderne und bessere investive Ausstattung der Krankenhäuser gesorgt werden.

Das BAS hat die **Qualität der Hilfsmittelversorgung** in der **gesetzlichen Krankenversicherung** untersucht und 2022 einen **Sonderbericht** herausgegeben. Er fand große Beachtung, insbesondere konnten Verbesserungsvorschläge in der Vertragsgestaltung der Krankenkassen für eine qualitative und flächendeckende Versorgung mit Hilfsmitteln zum Wohle der Versicherten aufgezeigt werden.

Leider ist es auch drei Jahre nach Inkrafttreten des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes und trotz zweier Anläufe in der letzten Legislaturperiode **nicht gelungen**, eine **Rechtsverordnung** zu erlassen, die den **Wettbewerb der Krankenkassen** untereinander rechtssicher(er) regelt. Das BAS wird im Rahmen seiner maßvollen Rechtsauf-

sicht daher nur tätig, wenn eindeutig vom Gesetzgeber vorgegebene „rote Linien“ überschritten werden. Dies gilt auch mit Blick darauf, dass der Gesetzgeber den Kassen im Verhältnis untereinander eigene Instrumente zur Wettbewerbsregulierung an die Hand gegeben hat.

Mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz aus dem Jahr 2020 ist der **Risikosturkurausgleich** reformiert worden. Ein großer Teil der Neuregelungen wurde mit den Zuweisungsbescheiden im November 2022 erstmals für das Ausgleichsjahr 2021 finanzwirksam. Insbesondere wurde der RSA um einen Risikopool ergänzt, der u.a. die Kosten für Versicherte mit sehr hohen Leistungsausgaben solidarisch zwischen den Krankenkassen ausgleichen soll.

In der **Rentenversicherung** hat das BAS im letzten Jahr wiederholt auf die DRV Bund eingewirkt, der **Bewilligung von Rentenanträgen und Übergangsgeldern** trotz nachvollziehbar starker Überlastung Priorität einzuräumen. Schließlich geht es um existenzielle Leistungen für die Betroffenen. Die DRV Bund hat zur nötigen Verkürzung der **Laufzeiten** bereits eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, u. a. nutzt sie die Möglichkeiten der Robotic Process Automation und stellt ab 2023 ein Kundenservicecenter auf.

Das BAS hat wie in der Vergangenheit auch in 2022 **zahlreiche Gesetz- und Verordnungsentwürfe** der Bundesregierung **begleitet**, häufig mit einem extrem hohen Zeitdruck. Teilweise geschah dies aber eher zufällig, obwohl unmittelbar eine Aufgabenerledigung des BAS betroffen war. Es gibt allerdings bisher keine Vorgaben, die eine Beteiligung von Bundesbehörden vorsehen – oft wird sachlicher „Input“ aus den Fachbereichen auf kollegialer Ebene und nachvollziehbarem Interesse angefragt. Es erscheint daher grundsätzlich angezeigt, **Vollzugsbehörden** bei von ihnen durchzuführenden Verwaltungsverfahren

von **Beginn an** in den **Rechtssetzungsprozess formal einzubeziehen**. Dies gilt insbesondere in Zeiten der digitalen Transformation.

So ist die Welt wieder komplexer geworden und die **Aufgabenliste** des BAS ist in 2022 erneut gewachsen; die Kennzahlen auf den folgenden Doppelseiten geben einen Eindruck davon, in welchen Dimensionen das BAS Finanzströme bewegt und seine sonstigen Aufgaben bewältigt, damit das deutsche Sozialversicherungssystem stabil laufen kann. Hinter diesen Zahlen stehen jedoch vor allem die Menschen, die sich immer wieder neuen Herausforderungen stellen und mit viel Engagement hervorragende Ergebnisse erzielen. Den **Beschäftigten** des **BAS** danke ich daher

an dieser Stelle besonders für ihr großes Engagement, das sie trotz aller Belastungen bei der Erledigung all dieser Aufgaben ständig zeigen.

Jetzt wünsche ich Ihnen eine interessante Lektüre unseres Tätigkeitsberichtes.

Ihr



Frank Plate

Präsident Bundesamt für Soziale Sicherung

Überblick: Aufgaben des BAS und Kennzahlen 2022

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 2022 erhielt das BAS **7.213** (2021: **6.480**) solcher **Eingaben**, davon gehörten zur:

- Krankenversicherung: **2.893**
- Pflegeversicherung: **460**
- Rentenversicherung: **3.477**
- Unfallversicherung: **255**
- Themenübergreifend: **128**

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

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

- Mitwirkung bei der **Finanzschätzung** in der **gesetzlichen Krankenversicherung** (Schätzerkreis)

- Verwaltung des **Gesundheitsfonds**: **311,28 Mrd. Euro** Beitragseinnahmen und Bundeszuschuss
- **285,20 Mrd. Euro** Zuweisungen an die Krankenkassen
- Durchführung des **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs**: **248,1 Mrd. Euro** abschließender Jahresausgleich für 2021
- Durchführung des **Einkommensausgleichs**: **19,6 Mrd. Euro** abschließender Jahresausgleich für 2021
- Verwaltung des **Krankenhausstrukturfonds**: **313,2 Mio. Euro** Fördermittel ausgezahlt
- Verwaltung des **Innovationsfonds**: **167,4 Mio. Euro** Fördermittel ausgezahlt
- Verwaltung des **Krankenhauszukunftsfonds**: für Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und verschiedene Digitalisierungsvorhaben wurden **5.542 Anträge** beschieden und ein Fördervolumen in Höhe von **2,85 Mrd. Euro** ausgezahlt
- Die **Vertragstransparenzstelle** umfasst inzwischen Daten zu rund **9.900 Selektivverträgen**

- Verwaltung des **Ausgleichsfonds** und Durchführung des **Finanzausgleichs** in der **gesetzlichen Pflegeversicherung**:
 - **24,35 Mrd. Euro** Zuweisungen an die Pflegekassen
 - **1,6 Mrd. Euro** Zuführungen an den Pflegevorsorgefonds
 - **30 Mio. Euro** Fördergelder zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ausgezahlt
- Zulassung von Behandlungsprogrammen für **chronisch Kranke** (Disease Management Programme – DMP): **8.944 Programme** mit rund **8,5 Mio. Versicherten** bis Ende 2022 zugelassen
- Rechtsaufsicht über die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge (ZfP), Meldestelle für die privaten Versicherungsunternehmen und Ordnungswidrigkeitenbehörde für diese
- Mitwirkung bei der **Finanzschätzung** in der **gesetzlichen Rentenversicherung** (Schätzerkreis)
- Festsetzung, Zuweisung und Abrechnung des **Bundeszuschusses** an die Rentenversicherung: **108,7 Mrd. Euro** Bundesmittel an die gesetzliche Rentenversicherung ausgezahlt
- Durchführung der **Lastenverteilung** in der **gesetzlichen Unfallversicherung**: **819,8 Mio. Euro** bewegt
- Ausgleichsbetrag für das **Anpassungsgeld** nach dem Kohleverstromungsbeendigungsgesetz: **1,5 Mio. Euro**

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

- **Zuständige Stelle im Sinne des Berufsbildungsgesetzes** für die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und das eigene Haus:
 - **2.893** Auszubildende betreut

- **2.118** Nachwuchskräfte in Ausbildung beraten
- **2.114** Prüfungen abgenommen

- Zahlung des **Mutterschaftsgeldes** nach § 19 Abs. 2 und des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nach § 20 Abs. 3 Mutterschutzgesetz:
 - **13.800** Anträge auf Mutterschaftsgeld
 - **1,75 Mio. Euro** ausgezahlt

Vorübergehende Aufgaben:

- Corona-Sonderaufgabe: Auszahlung von Finanzhilfen an Leistungserbringer im Gesundheitswesen und der Pflege über insgesamt 9 Fachverfahren
- **29,3 Mio. Euro** Erstattung von Krankheitsbehandlungskosten für Flüchtlinge
- **5,9 Mrd. Euro** Auszahlung der Mittel für die Energiepreispauschale an Rentnerinnen und Rentner sowie Versorgungsempfänger

Organisation des BAS

Ende Dezember 2022 hatte das BAS 750 Beschäftigte, von denen 624 am Hauptsitz in Bonn und 126 in den Außenstellen des Prüfdienstes Kranken- und Pflegeversicherung in Berlin, Cloppenburg, Duisburg, Fulda und Ingolstadt tätig waren.

Aktuell ist das BAS organisatorisch in acht Abteilungen mit 55 Referaten gegliedert – darunter eine Zentralabteilung mit fünf Referaten, eine IT-Abteilung mit fünf Referaten sowie der Leitungsbereich mit zwei Stabsstellen. In 2022 wurde im BAS der Aufbaustab SER eingerichtet, der die Implementierung der Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE) beim BAS zum 1. Januar 2024 vorbereitet. Das Organigramm des BAS auf Seite 160 bietet einen Gesamtüberblick über die Struktur des BAS.

Inhalt

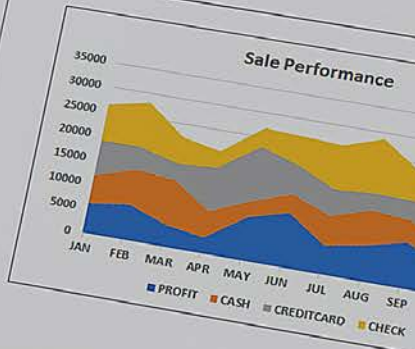
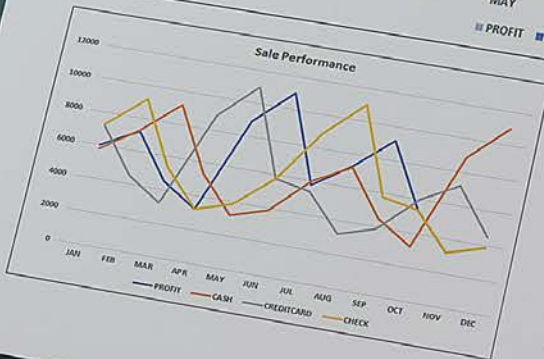
Vorwort	3
Überblick: Aufgaben des BAS und Kennzahlen 2022	6
1. Teil Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger	10
1. Krankenversicherung	12
1.1 Krankenversicherung in Zahlen	13
1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht	16
2. Pflegeversicherung	26
3. Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung	30
4. Rentenversicherung	40
4.1 Themen der Aufsicht	41
4.2 Prüfungen	44
5. Unfallversicherung	46
5.1 Themen der Aufsicht	47
5.2 Prüfungen	50
6. Landwirtschaftliche Sozialversicherung	52
6.1 Themen der Aufsicht	53
6.2 Prüfungen	54
7. Übergreifende Aufsichtsthemen	56
7.1 Finanzen	57
7.2 Personal- und Verwaltungsangelegenheiten	59
7.3 Selbstverwaltung	62
7.4 Gerichtsverfahren	63
7.5 Vergaberecht	64
7.6 Internationales Sozialversicherungsrecht	65
8. Digitalisierung in der Sozialversicherung	68
8.1 Der Digitalausschuss im BAS	69
8.2 Themenfelder im Digitalausschuss	70
8.3 Informationstechnik im Aufsichtsbereich	72
8.4 Datenschutz im Aufsichtsbereich	75

2. Teil Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung	78
1. Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung	80
1.1 Gesundheitsfonds	82
1.2 Schätzerkreis	85
1.3 Risikostrukturausgleich	86
1.4 Weitere GKV-Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren	91
2. Innovationsfonds	94
3. Krankenhausstrukturfonds	96
4. Krankenhauszukunftsfonds	98
5. Vertragstransparenzstelle	102
6. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung	104
6.1 Leistung und Leistungsfähigkeit des Ausgleichsfonds in Zeiten hohen Kostendrucks	105
6.2 Maßnahmen zur Sicherung der Funktionsfähigkeit des Ausgleichsfonds	108
6.3 Neue Rahmenbedingungen für die Vermögensverwaltung	109
6.4 Förder-, Finanzierungs- und Beteiligungsmanagement in Zahlen	110
6.5 Digitalisierung der Leistungs- und Finanzierungsverwaltung	114
6.6 Pflegevorsorgefonds	115
7. Strukturierte Behandlungsprogramme	116
8. Überblick über Finanzhilfen des Gesundheitsfonds im Rahmen der Corona-Pandemie	120
9. Aufsicht über die ZFP / Ordnungswidrigkeitenbehörde / Meldestelle im Bereich der privaten Pflegeversicherung	128
10. Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung	130
10.1 Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung	131
10.2 Aufgaben nach dem Kohleverstromungsbeendigungsgesetz	131
11. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung	132
12. Temporäre Sonderaufgaben	134
3. Teil Sonderaufgaben	136
1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz	138
1.1 Ausbildungsplatzsituation	139
1.2 Beratung und Überwachung	141
1.3 Prüfungen	143
2. Mutterschaftsgeldstelle	144
3. Aufbau der Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE) (Aufbaustab SER)	146
3.1 Das neue Soziale Entschädigungsrecht (SER)	147
3.2 Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE)	148
Blick nach Innen	150
Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung	156
Organigramm	160
Impressum	162

1. Teil

Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger





1. Krankenversicherung



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

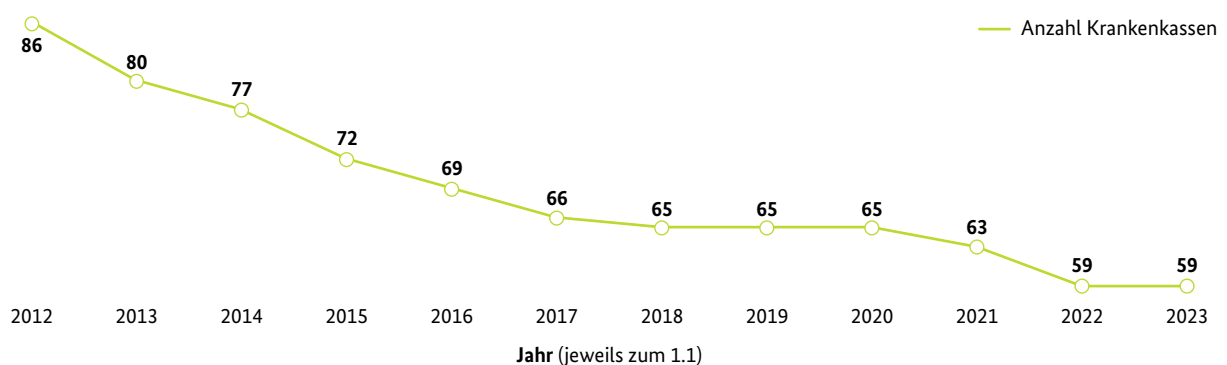
Zum 1. Januar 2022 genehmigte das BAS drei freiwillige Vereinigungen von Krankenkassen. Damit unterstanden der Aufsicht des BAS im Berichtsjahr 59 bundesunmittelbare Kranken- und Pflegekassen.

1.1 Krankenversicherung in Zahlen

Mit Wirkung zum 1. Januar 2023 hat das BAS die freiwillige Vereinigung von zwei Krankenkassen genehmigt. Die Audi BKK fusionierte mit der lan-

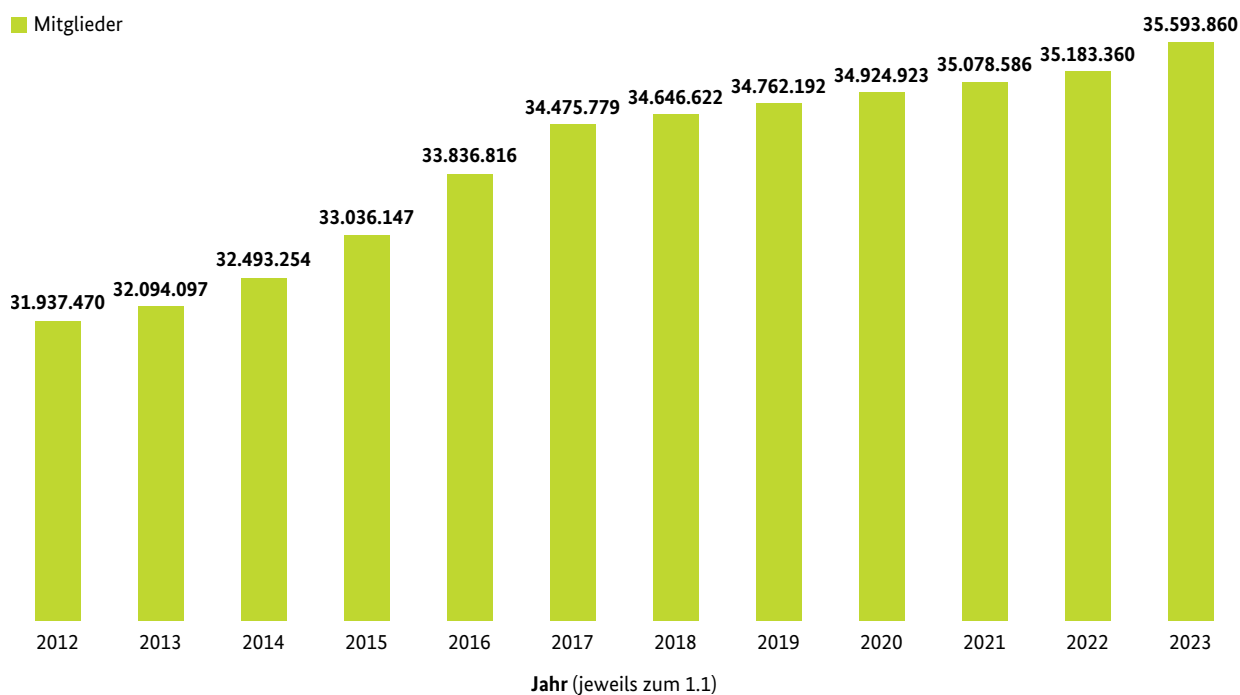
desunmittelbaren BKK Stadt Augsburg zur Audi BKK, Ingolstadt. Insgesamt unterstehen der Aufsicht des BAS weiterhin 59 Krankenkassen.

Anzahl bundesunmittelbarer Krankenkassen

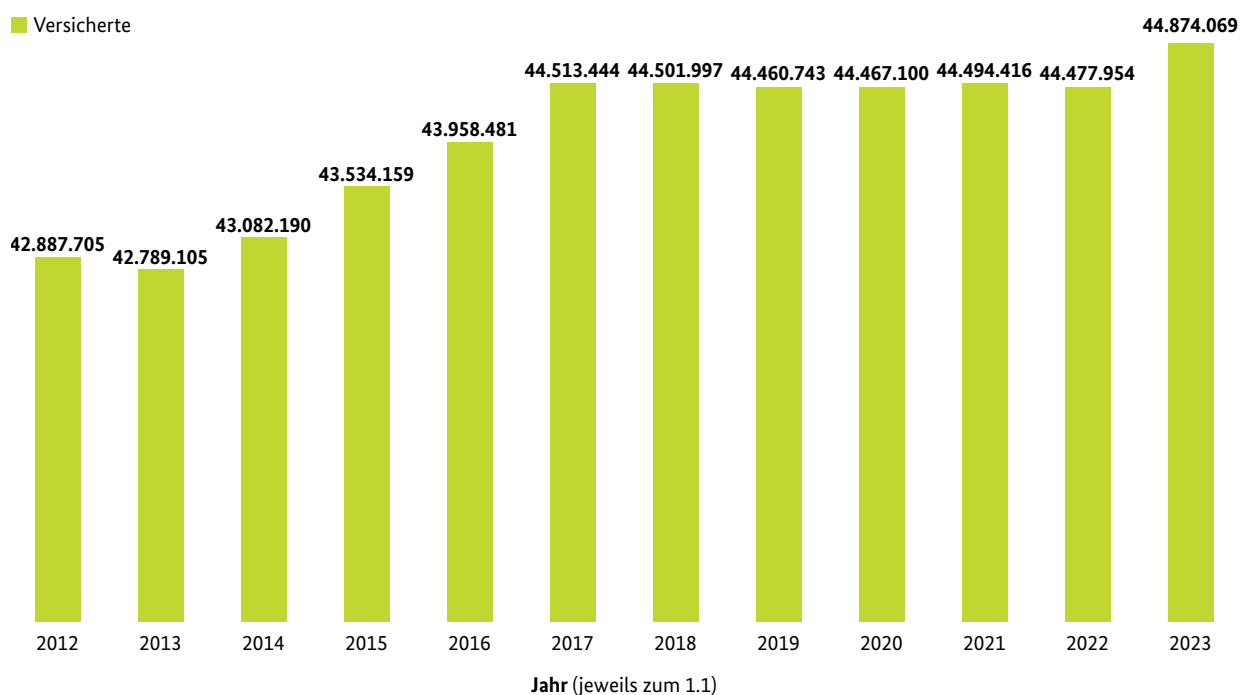


Die Anzahl der Mitglieder und Versicherten der vom BAS beaufsichtigten Krankenkassen ist in 2022 erneut gestiegen.

Mitgliederentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Versichertenentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen

Im Jahr 2022 erzielten die bundesunmittelbaren Krankenkassen einen Überschuss der Einnahmen in Höhe von rund 445 Mio. Euro. Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen betrug das Betriebsmittel- und Rücklagevermögen am Jahresende rund 6,7 Mrd. Euro, was 46 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe entsprach (Quelle: Finanzstatistik KV45 für 2022).

Gemäß den vorgelegten Haushaltsplänen für das Jahr 2023 erwarten 43 von 59 bundesunmittelbaren Krankenkassen einen Überschuss der Ausgaben in Höhe von insgesamt 1,4 Mrd. Euro, der durch einen weiteren Abbau noch vorhandener Finanzreserven finanziert wird. Sollten sich die Planungen realisieren, würden die bundesunmittelbaren Krankenkassen am Ende des Jahres 2023 über Betriebsmittel und Rücklagen in Höhe von

5 Mrd. Euro verfügen, was etwa 32 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe entsprechen würde. In diesen Planungen sind Anhebungen der Zusatzbeitragssätze bei 40 Krankenkassen enthalten, die das BAS nach Prüfung der Haushaltspläne genehmigt hat.

Für das Jahr 2023 gilt ein vom Bundesministerium für Gesundheit bekanntgegebener durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz in Höhe von 1,6 Prozent. Tatsächlich festgelegt werden die Zusatzbeitragssätze bei jeder Krankenkasse individuell auf der Grundlage der jeweiligen Haushaltsplanung. Im Januar 2023 lag der im mitgliedergewichteten Durchschnitt aller bundesunmittelbaren Krankenkassen erhobene Zusatzbeitragssatz bei 1,44 Prozent. Tagesaktuelle Informationen über die Höhe der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen können dem Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden.

Betriebsmittel und Rücklagen



Quelle: Finanzstatistik KJ1 (2022: KV45, 2023: HH-Pläne)

1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Während im Jahr 2022 die Bewältigung der Corona-Pandemie zunehmend in geordneten Bahnen verlief und ihre Bedeutung für das Aufsichtsgeschäft sank, rückten Themen wie die Digitalisierung im Gesundheitswesen, insbesondere digitale Gesundheitsanwendungen und der Ausbau an telemedizinischen Angeboten, wieder zunehmend in den Vordergrund der Aufsichtstätigkeit des BAS. Hier galt es die Krankenkassen bei der Entwicklung zu begleiten und gleichzeitig im Sinne der Versicherten den Zugang und die Qualität der Leistungsangebote zu sichern.

Nach wie vor waren aber auch die klassischen Aufsichtsthemen wie die Prüfung der Widerspruchsbearbeitung sowie die Sicherstellung und der Ausbau der Hilfsmittelversorgung weiterhin im Blick zu halten.

Sonderbericht Hilfsmittelversorgung

Das BAS hat in 2022 die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung systematisch untersucht. Grundlage hierfür waren die Stellungnahmen der Krankenkassen und die Datenmeldungen der Krankenkassen zu ihren Vertragspartnern. Im Oktober 2022 hat das BAS den „Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ veröffentlicht. Die Veröffentlichung ist mit dem Ziel erfolgt, den Diskussionsprozess über die weitere Gestaltung der Hilfsmittelversorgung anzustoßen.

Die Auswertung zeigte, dass noch immer nicht alle Krankenkassen ihrer Verpflichtung nachkommen, mit Hilfsmittelleistungserbringern eine ausreichende Anzahl an Verträgen abzuschließen.

Auch informieren sie trotz der gesetzlichen Verpflichtung bisher nur vereinzelt über die wesentlichen Vertragsinhalte zu den geschlossenen Verträgen. Die Prüfung der Qualität der durchgeführten Hilfsmittelversorgungen erfolgt ebenfalls häufig nicht im erforderlichen Umfang.

Das BAS hat die bundesunmittelbaren Krankenkassen individuell kontaktiert und ihnen eine Rückmeldung zu ihren Datenmeldungen gegeben. Ebenfalls hat es den Krankenkassen dargelegt, an welchen Stellen das Verwaltungshandeln insbesondere in Bezug auf die Prüfung der Qualität der Versorgung oder aber auch in Bezug auf die Darstellung der wesentlichen Vertragsinhalte zu verbessern ist.

Das BAS tauschte sich mit den Krankenkassen dazu aus, in welchem zeitlichen Rahmen weitere Verträge für eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln geschlossen werden und auch dazu, wie die Darstellung der wesentlichen Vertragsinhalte erfolgen sollte.

Inzwischen sind deutliche Fortschritte in Bezug auf die Vertragssituation festzustellen. Zahlreiche Krankenkassen sind Verträgen von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen beigetreten. Die Ersatzkassen lassen ebenfalls ihre Vertragsschlüsse gegenseitig gelten. Beispielsweise wurde ein Vertrag zur Produktgruppe 34 (Haarersatz) geschlossen, welchem zahlreiche Krankenkassen bereits beigetreten sind oder zu dem sie ihren Beitritt angekündigt haben. Darüber hinaus stellten die Krankenkassen dem BAS in Aussicht, dass zu einer weiteren Produktgruppe, die bislang kaum Gegenstand der vertraglichen Versorgung war (Produktgruppe 16, Kommunikationshilfen), Ver-

träge durch Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften verhandelt werden und ein Abschluss in 2023 angestrebt wird.

Das BAS begrüßt ausdrücklich vertragliche Regelungen, die einen kassenartenübergreifenden Beitritt zu Hilfsmittelverträgen anderer Krankenkassen ermöglichen.

Der Austausch des BAS mit den Krankenkassen, um die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln zu verbessern, wird auch im Jahr 2023 fortgesetzt.

Wettbewerb

Die nach dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vorgesehene Rechtsverordnung nach § 4a Abs. 4 Satz 1 SGB V ist vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) noch nicht erlassen worden. Die Verordnung soll den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander rechtssicher regeln. Zwei Verordnungsentwürfe konnten in der letzten Legislaturperiode jedoch nicht geeint werden.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben sich darauf verständigt, die Anpassung der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze an die mit dem GKV-FKG in Kraft getretenen Neuregelungen bis zur Verabschiedung der Rechtsverordnung des BMG auszusetzen. Da unsicher ist, wie sich der Rechtsrahmen weiterentwickelt, konzentriert sich das BAS im Aufsichtshandeln aktuell auf die Beachtung der gesetzlichen Vorgabe, dass Krankenkassen keine reine Imagewerbung ohne Information über ihre Leistungen oder Services betreiben. Weiterhin überprüft das BAS, ob die Ausgaben für Werbemaßnahmen ordnungsgemäß verbucht werden.

Im Berichtsjahr 2022 hat das BAS einzelne Werbemaßnahmen der Krankenkassen aufgegriffen, deren Ausgaben unzulässigerweise auf Buchungs-

konten für Präventionsleistungen nach §§ 20 ff. SGB V verbucht worden sind. Dies ist problematisch, weil der Gesetzgeber in § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V für Präventionsleistungen eine Mindestausgabe der Krankenkassen von 7,94 Euro pro Versicherten vorschreibt. Daher führt eine Verbuchung von Werbeausgaben auf Präventionskosten zu einer -irreführenden Darstellung der Finanzmittel, die im Rahmen der Prävention verausgabt werden müssen. Ferner schont eine Verbuchung der Ausgaben auf Präventionskosten das Werbebudget, welches den Krankenkassen nur in einer begrenzten Höhe zur Verfügung steht.

Zudem hat das BAS Mitgliederzeitschriften aufgegriffen, die lediglich Imagewerbung beinhalten und nicht oder kaum über Leistungen oder Services der Krankenkassen informieren. Zunehmend spielt auch Öffentlichkeitsarbeit zu allgemeinen Gesundheits- und Nachhaltigkeitsthemen im Wettbewerb der Krankenkassen eine Rolle. Zu den Grenzen dieser Werbemaßnahmen erwartet das BAS Klarstellungen in der noch nicht erlassenen Rechtsverordnung nach § 4a Abs. 4 Satz 1 SGB V.

Widerspruchsbearbeitung der Krankenkassen

Um sicherzustellen, dass die bundesunmittelbaren Krankenkassen die maßgeblichen Vorschriften zur Widerspruchsbearbeitung beachten, prüfte das BAS im Jahr 2022 verstärkt die Arbeitsanweisungen der Krankenkassen zur Widerspruchsbearbeitung.

Bei der Auswertung der Arbeitsanweisungen sowie durch den Austausch mit anderen Institutionen, stellte das BAS immer wieder zahlreiche Rechtsprobleme fest. Ein Großteil der geprüften Arbeitsanweisungen sah eine oder mehrere telefonische Kontaktaufnahmen der Krankenkassen mit den Versicherten vor, die das Ziel hatten, diese Versicherten dazu zu motivieren, ihren Wider-

spruch zurückzunehmen. Ferner wurden Versicherte oftmals nicht umfassend über die Rechtsfolge einer Rücknahme des Widerspruchs informiert. Auch wurde den Versicherten durch irreführende Schreiben der Krankenkassen vielfach der Eindruck vermittelt, die Ablehnung des Widerspruchs sei bereits beschlossen. Durch die zusätzlich vorgesehenen Kontaktaufnahmen verlängert sich die Dauer der Widerspruchsverfahren. Darüber hinaus hat das BAS festgestellt, dass bei einigen Krankenkassen Arbeitsanweisungen zur Widerspruchsbearbeitung gänzlich fehlen.

Das BAS wirkte im aufsichtsrechtlichen Dialog mit den Krankenkassen auf eine Anpassung der Arbeitsanweisungen und der Verfahrensweisen der Krankenkassen während des Widerspruchsverfahrens hin. Hierzu führte das BAS mit elf Krankenkassen Gespräche und stand weiteren Krankenkassen beratend zur Optimierung ihrer Arbeitsanweisungen zur Verfügung.

Das BAS hat darauf hingewirkt, dass die Krankenkassen die Versicherten nicht mit Fristsetzung pauschal dazu aufzufordern, eine Erklärung zur Aufrechterhaltung ihres Widerspruches abzugeben.

Im Einvernehmen mit den Krankenkassen hat das BAS erreicht, dass das Beratungersuchen vom Versicherten ausgehen soll. Insgesamt können die Anpassungen der Arbeitsanweisungen auch dazu führen, dass sich die Dauer des Widerspruchsverfahrens reduziert.

Innovative Versorgungsangebote

Auch im Jahr 2022 hat sich das BAS in Bezug auf innovative Versorgungsangebote der Krankenkassen mit den damit im Zusammenhang stehenden verwaltungs- und leistungsrechtlichen Fragen befasst.

Neben den Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 33a SGBV, welche im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet sind, bieten einige Krankenkassen ihren Versicherten weitere digitale Gesundheitsanwendungen an. Diese werden alleinstehend oder aber eingebunden in einen Vertrag nach § 140a SGB V zur Besonderen Versorgung zur Verfügung gestellt. Seitens des BAS war in diesen Fällen eine Prüfung erforderlich, ob die Krankenkasse berechtigt ist, ihren Versicherten ein solches Angebot zu unterbreiten und ob das konkrete Angebot gesetzlichen Beschränkungen unterliegt. Das BAS prüfte die digitalen Gesundheitsanwendungen; dabei lag das Augenmerk insbesondere darauf, eine Umgehung leistungsrechtlicher Qualitätsanforderungen z.B. für den Hilfs- oder Heilmittelbereich auszuschließen.

Dabei war es dem BAS ein Anliegen, divergierende Bewertungen bei Prüfungen von App-Leistungsangeboten zwischen dem BAS und dem BfArM zu vermeiden. Dazu wurden auf Leitungs- und Fachebene Prozesse zu Möglichkeiten des gegenseitigen Austausches bei Hinweisen auf leistungsrechtliche oder datenschutzrechtliche Verstöße eingeleitet.

Das BAS betrachtete die Webseiten mehrerer Krankenkassen im Hinblick auf eine digitale Anwendung, welche als DiGA im DiGA-Verzeichnis gelistet ist, Versicherte jedoch ebenfalls als zertifizierten Präventionskurs in Anspruch nehmen können. Das BAS prüfte, ob die Webseiten über beide Möglichkeiten der Inanspruchnahme informierten. Dies ist erforderlich, da Versicherte abhängig von den jeweiligen Satzungsregelungen ihrer Krankenkassen für Präventionsmaßnahmen gegebenenfalls einen Eigenanteil zu leisten haben. Die DiGA hingegen kann als Sachleistung ohne Eigenanteil in Anspruch genommen werden.

Das BAS hat darüber hinaus die Entwicklung eines sogenannten „Machine Learning Modells“ mithilfe von künstlicher Intelligenz geprüft. Das Modell soll dazu dienen, Versicherte frühzeitig über einen potentiellen Pflegebedarf informieren zu können. Es stellten sich datenschutzrechtliche Fragen bezüglich der Verwendung von vollständigen Abrechnungs- und Diagnosedaten. Vor allem gab es aber Bedenken, weil Krankenversicherungsdaten zur unaufgeforderten Beratung von Versicherten zu Leistungen der Pflegeversicherung genutzt werden sollten. Eine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung ohne eine Kontaktaufnahme durch den Versicherten hat das BAS für nicht zulässig erachtet.

Digitales Krankenhaus-Entlassmanagement

Das BAS hat eine digitale Plattform eines externen Dienstleisters geprüft, welche die Krankenhäuser und Krankenkassen im Rahmen des Entlassmanagements bei der Organisation der Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt unterstützen soll.

Die Nutzung der digitalen Portale durch Krankenhäuser oder Krankenkassen für die Suche nach einer Anschlussversorgung setzt in jedem Fall die Einwilligung des Versicherten voraus, da seine personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden. Soweit die Krankenkasse über die Plattform Leistungserbringer aussucht und mit der Nachversorgung beauftragt, ist dies als Sachbearbeitung im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zur Leistungsgewährung zu bewerten. Dabei muss sie insbesondere das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten beachten, ihrer Pflicht zur Beratung nachkommen und über die Anschlussversorgung nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden. Auch das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten. Ein kritischer Punkt ist die wettbewerbsrechtliche Zulässigkeit, wenn nicht

alle potenziellen Leistungserbringer in die Plattform einbezogen sind. Zudem darf der Einsatz von Algorithmen nicht zu einer unzulässigen Steuerung hin zu bestimmten Leistungserbringern führen.

Bei der Nutzung einer digitalen Plattform, die ein externer Dritter betreibt, bestehen darüber hinaus besondere Datenschutzerfordernungen. Hier hatte eine aktuelle Entscheidung der Vergabekammer Baden-Württemberg für Aufsehen gesorgt. Sie hatte den Anbieter einer digitalen Plattform zum Entlassmanagement im Vergabeverfahren wegen datenschutzrechtlicher Bedenken ausgeschlossen, weil dieser auf einen US-amerikanischen Cloud-Anbieter zurückgriff. Die Entscheidung wurde selbst in Kreisen der Datenschutzbehörden kritisch bewertet und kurze Zeit später in der nächsten Instanz vom Oberlandesgericht Karlsruhe aufgehoben (Beschluss vom 7.9.2022, 15 Verg 8/22).

Das BAS ist daher mit mehreren Krankenkassen im Austausch, die eine extern betriebene Plattform nutzen.

Selektivvertragsangebote der Krankenkassen

Fortschreitende Digitalisierung und die Corona-Pandemie haben zu einer gesteigerten Nachfrage nach fernmedizinischer Behandlung – insbesondere per Videosprechstunde – geführt. Viele Krankenkassen erweitern durch besondere Versorgungsverträge ihr diesbezügliches Leistungsangebot erheblich.

So stellen beispielsweise Krankenkassen durch eine rund um die Uhr erreichbare, vorgeschaltete Symptomabfrage bzw. telemetrische Kontrollen sicher, dass Versicherte zeitnah eine für sie passende (fach-)ärztliche Behandlung erhalten können. Ziel dieser Angebote ist es, die Versor-

gungsqualität ebenso wie die Versorgungseffizienz zu erhöhen und Zugangshürden zu senken.

Hierzu haben sich beispielsweise Gesundheitsdienstleister auf verschiedene telemedizinische Leistungen spezialisiert. Die Versicherten erhalten über deren Gesundheitsplattform Zugang zu haus- und fachärztlicher Beratung und Behandlung. Beim Versorgungskonzept des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz werden ausgewählte Vital- und Messparameter mit externen Messgeräten regelmäßig telemetrisch erfasst und übertragen. Auf diese Weise sollen Verschlechterungen der Herzleistung frühzeitig erkannt und stationäre Krankenhausaufenthalte verkürzt bzw. verhindert werden. In einem weiteren Konzept für Hauterkrankungen erfolgt eine Ferndiagnostik durch am Vertrag beteiligte Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologie über eine hierfür durch den Vertragspartner vorgesehene Online-Plattform. Hier laden Versicherte selbst erstellte Bilder der betroffenen Hautregion hoch, die seitens eines Facharztes innerhalb von 48 Stunden ausgewertet werden sollen. Im Anschluss erhält der Versicherte eine Diagnose des Hautproblems sowie eine Therapieempfehlung.

Das BAS trägt dafür Sorge, dass die Selektivverträge nicht hinter den Anforderungen der Regelversorgung zurückbleiben. Dies bezieht sich insbesondere auf die Einhaltung der einschlägigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie der maßgebenden Qualitätssicherungsstandards. In diesem Zusammenhang werden in der Vergangenheit geschlossene Verträge an die aktuell geltende Rechtslage angepasst.

Genehmigung von Satzungen

Das BAS hat in 2022 insgesamt 198 Satzungsänderungen genehmigt. Für das BAS ist weiterhin die

Tendenz der Krankenkassen zu erkennen, zusätzliche Satzungsmehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V als Wettbewerbsinstrument zu nutzen.

Hiernach können die Versicherungsträger in bestimmten Bereichen zusätzliche Leistungen anbieten. Beispielsweise können die Krankenkassen die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für erwachsene Versicherte übernehmen, obwohl der Gesetzgeber diese eigentlich von der Versorgung ausgeschlossen hat (§ 34 in Verbindung mit § 31 SGB V).

Im Hinblick auf die erforderliche Qualitätssicherung dürfen die Leistungen jedoch vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sein und auch ansonsten nicht gegen das gesetzliche Regelungssystem verstoßen.

Dabei verdeutlichen zwei vom BAS im Berichtszeitraum geprüfte Fälle sehr gut die den Krankenkassen vom Gesetzgeber gezogenen Grenzen: Mehrere Krankenkassen haben dem BAS eine Satzungsregelung vorgelegt, wonach sie Kosten für Akupunkturbehandlungen zur Geburtsvorbereitung sowie bei Schwangerschaftsbeschwerden übernehmen. Sie haben sich auf § 11 Abs. 6 SGB V in Verbindung mit § 24d SGB V berufen, die den Kassen ermöglicht, zusätzliche Leistungen der Hebammen bei Schwangerschaft als Satzungsleistung anzubieten.

Bei der Akupunktur handelt es sich um eine bekannte Therapieform der traditionellen chinesischen Medizin. Ein Anwendungsgebiet der Akupunktur sind Beschwerden, die eine Schwangerschaft mit sich bringen kann, wie zum Beispiel Übelkeit.

Diese Leistung kann jedoch nicht in der Satzung einer Krankenkasse geregelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

der vertragsärztlichen Versorgung die Akupunktur als Methode aufgeführt, die aufgrund fehlender Wirtschaftlichkeit grundsätzlich nicht als Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden darf. Als Ausnahme werden abschließend bestimmte chronische Schmerzen im Rücken- und Kniebereich aufgeführt. Allgemeine Schwangerschaftsbeschwerden werden jedoch in den Ausnahmeregelungen nicht erfasst.

Folglich ist eine Aufnahme von Schwangerschaftsakupunktur als Satzungsleistung ausgeschlossen. Dieses Ergebnis wurde den betroffenen Krankenkassen mitgeteilt, welche die beabsichtigte Satzungsänderung dann nicht weiterverfolgt haben.

In einem weiteren Fall wollte eine Krankenkasse eine Satzungsleistung regeln, wonach Kosten für die künstliche Befruchtung auch dann übernommen werden, wenn die Partner nicht verheiratet sind.

Die künstliche Befruchtung wird unter bestimmten Voraussetzungen als Regelleistung von der Krankenkasse finanziert (§ 27a SGB V in Verbindung mit einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Erforderlich ist nach der aktuellen Fassung der vorgenannten Regelung insbesondere, dass das Paar miteinander verheiratet ist.

Die Kasse wollte unter Hinweis auf Bestrebungen der Bundesregierung sowie die veränderten gesellschaftsrechtlichen Rahmenbedingungen in ihrer Satzung auch einen Anspruch für nicht miteinander verheiratete Partner auf Finanzierung der künstlichen Befruchtung begründen.

Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Gestaltungsfreiheit des Satzungsgebers im Rahmen des § 11 Abs. 6 SGB V dadurch beschränkt wird, dass grundlegende Umgestaltungen des Leistungs-

rechts dem Gesetzgeber vorbehalten bleiben müssen. Dies hatte das Bundessozialgericht bereits in einer Entscheidung vom 18. November 2014 (Az.: B 1 A 14 R) für den vorliegenden Fall bestätigt und auf die vom Gesetzgeber noch vorgesehene grundlegende Bedeutung der gemeinsamen Ehe für den Leistungsanspruch verwiesen.

Als Teil der ausführenden Gewalt muss das BAS diese weiterhin geltende Rechtslage beachten und darf einer Entscheidung des Gesetzgebers nicht vorgreifen. Nach Erörterung der vorstehenden Rechtslage mit der Krankenkasse hat diese ihre Regelungsabsicht nicht mehr weiterverfolgt.

Einsetzung von Schiedspersonen – Wenn Verhandlungen scheitern, bleibt oft nur noch das Schiedsverfahren

Im Sozialrecht finden sich immer mehr Rechtsvorschriften für die Bestimmung einer Schiedsperson durch das BAS. Hierbei handelt es sich unter anderem um die Bereiche Hausarztzentrierte Versorgung, Versorgung mit Hilfsmitteln, Versorgung mit Haushaltshilfe, Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege, Versorgung mit Soziotherapie, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Versorgung mit Schutzimpfungen oder die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege. Im Berichtsjahr hat sich die Tendenz steigender Antragszahlen zur Einsetzung von Schiedspersonen durch das BAS weiter fortgesetzt. Erreichten das BAS 2021 noch 180 Anträge waren es 2022 bereits 430. Die Zunahme liegt zum einen darin begründet, dass der Gesetzgeber neue Tatbestände eingeführt hat. Zum anderen stehen die Leistungserbringer unter erhöhtem Kostendruck. Ambulante Leistungserbringer müssen seit Inkrafttreten des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) am 1. September 2022 ihre Beschäftigten nach Tarif entlohnen – beziehungsweise darf die Höhe der Entlohnung nicht die

Höhe der Entlohnung nach Tarif unterschreiten. Hierdurch standen die Krankenkassen vor erheblichen, bisher nicht bekannten Herausforderungen. Diese schlugen sich in einem massiven Anstieg von Vergütungsverhandlungen nieder und führten unter anderem zu vermehrten Anträgen der Leistungserbringer auf Einsetzung einer Schiedsperson beim BAS.

Outsourcing:

In der Krankenversicherung geht mehr als in der Pflegeversicherung

Bereits seit Jahren stehen Verträge von Krankenkassen mit privaten Dienstleistern im Prüfungsfokus des BAS. Der nachvollziehbare Trend, zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit Aufgaben der Krankenkassen an Dritte auszulagern, wurde im Berichtsjahr erneut konstruktiv begleitet.

Nahezu jede Krankenkasse macht von der gesetzlichen Möglichkeit Gebrauch, Aufgaben auszulagern. Damit verfügen die Krankenkassen über eine Vielzahl von Outsourcing-Verträgen, die durch das BAS geprüft wurden. Die Grenzen der Auslagerung von Leistung wird durch das Gesetz (§ 197b SGB V) bestimmt. Insbesondere wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht ausgelagert werden.

Verstärkt in den Blickpunkt der Aufsicht rückte die Ausgliederung von sachbearbeitenden Tätigkeiten bei der Leistungsgewährung in der Pflegeversicherung.

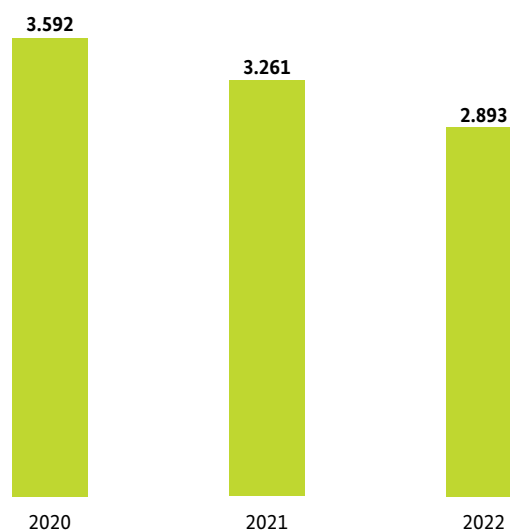
Die in diesem Zusammenhang vom BAS erlassenen zwei Verpflichtungsbescheide mit dem Ziel der Kündigung rechtswidriger Outsourcing-Verträge wurden beklagt. Die Landessozialgerichte wiesen die Klagen zurück. Die hiergegen eingelegten Revisionen liegen dem Bundessozialgericht zur Entscheidung vor.

Mit der Entscheidung der Landessozialgerichte wurde die Rechtsauffassung des BAS bestätigt, dass die Übertragung der zu den Pflegekassen gehörenden Aufgaben zur Prüfung von Leistungsanträgen der Verhinderungspflege, dem Entlastungsbetrag und Beratungsbesuchen auf private Dienstleister unzulässig ist. Einerseits fehlt es an einer dem § 197b SGB V vergleichbaren rechtlichen Grundlage für die Pflegeversicherung. Andererseits ist bei dieser Auslagerung die Leistungsbearbeitung betroffen, die als wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten nach § 197b Satz 2 SGB V nicht auf Dritte übertragen werden darf (Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 24. Februar 2022, Juris-Rn. 51, 56 ff.).

Eingaben Krankenversicherung

Trotz der Corona-Pandemie und dem Druck auf die Sozialversicherungssysteme, den der Krieg in der Ukraine nach sich zieht, ist der Umfang der beim BAS im Jahr 2022 eingegangenen Eingaben leicht rückläufig. Die Erfahrung zeigt, dass es im Laufe der Jahre immer wieder zu Schwankungen kommt.

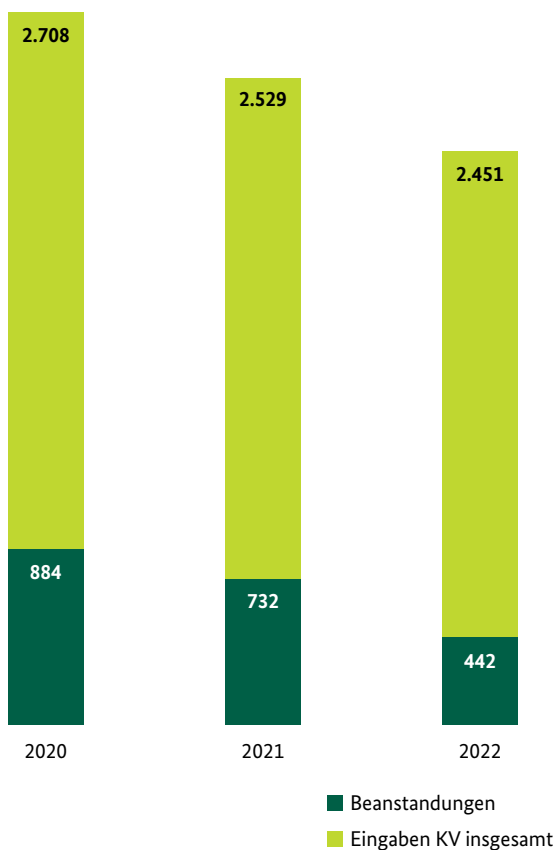
Eingabeentwicklung Krankenversicherung



Im Jahr 2022 betrug die Anzahl der erfassten Beanstandungen im Verhältnis zur Gesamtzahl der Eingaben lediglich 15 Prozent.

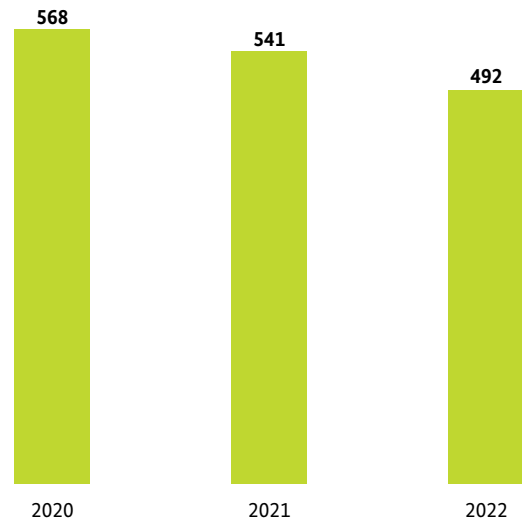
Zum Vergleich: Im Jahr 2020 lag die Beanstandungsquote bei 25 Prozent und im Jahr 2021 bei 22 Prozent. Insgesamt zeichnet sich so ein erfreulicher Rückgang an berechtigten Beschwerden gegen die Krankenkassen ab.

Beanstandungsquote Krankenversicherung

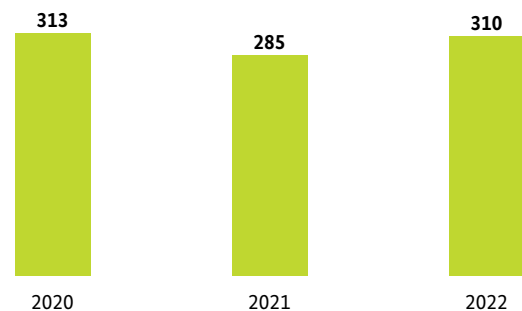


Nach wie vor entfällt der ganz überwiegende Teil der an das BAS gerichteten Eingaben auf den Themenbereich Leistungen (regelmäßig sind das rund zwei Drittel der Gesamtzahl der Eingaben). Einen Schwerpunkt bilden hierbei Fragen und Beschwerden rund um das Thema Krankengeld. Dabei hatten Versicherte vor allem Probleme mit der Dauer und der Auszahlung ihres Krankengeldes.

Krankengeld



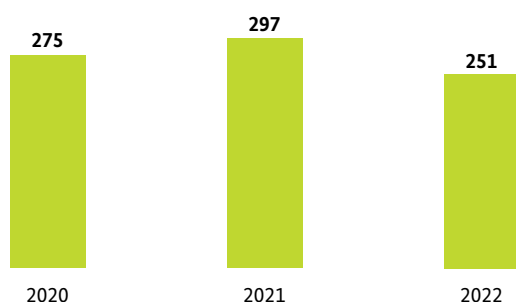
Hilfsmittel



Die Themenbereiche Mitgliedschaft/ Beiträge und Sonstiges machen regelhaft rund ein Drittel der Eingaben gegenüber dem BAS aus. Hierunter fällt beispielsweise auch die Widerspruchsbearbeitung durch die Krankenkassen. Versicherte haben sich im Berichtsjahr vor allem über die Dauer ihrer Widerspruchsbearbeitung beschwert. Im Bereich Beiträge wurden viele Mitglieder von der Konsequenz der rechtlichen Änderungen bei der Beitragsfestsetzung aus Arbeitseinkommen „überrascht“. Denn weist der Selbständige sein tatsächliches Arbeitseinkommen nicht innerhalb von drei Jahren gegenüber seiner Krankenkasse nach, setzt diese für das fragliche Jahr Höchstbeiträge fest. Diese Festsetzung ist endgültig. Im

Berichtsjahr beschwerten sich daher vielfach Mitglieder über die als ungerecht empfundene Beitragsfestsetzung.

Rückständige Beiträge / Beitragszahlung



Der sich in den Vorjahren abzeichnende Anstieg der Eingaben zu rückständigen Beiträgen und Problemen bei der Beitragszahlung hat sich in 2022 nicht fortgesetzt. Wider Erwarten spiegeln sich die finanziellen Probleme der Mitglieder infolge der Corona-Pandemie nicht in den Beschwerden über die Krankenkassen wider.

Aufsicht und Verwaltungspraxis der Kranken- und Pflegekassen in Corona-Zeiten

Das BAS hat auch im Jahr 2022 geprüft, ob die Kranken- und Pflegekassen die Herausforderungen der Corona-Pandemie in ihrem Verwaltungshandeln bewältigen konnten. Hierbei war zu berücksichtigen, dass auch die Kranken- und Pflegekassen, wie alle anderen Arbeitgeber auch, mit enormen Arbeitsunfähigkeitszeiten zu kämp-

fen hatten. Sie haben sehr kurzfristig ein Arbeiten im Home-Office ermöglicht, um den Verwaltungsbetrieb und damit die Sicherung ihrer Aufgaben zum Wohle der Versicherten aufrecht zu erhalten. Die Prüfung des BAS zeigt, dass es nur wenige Beschwerden der Versicherten gab, die unmittelbar mit der Corona-Pandemie zusammenhängen.

So machte der Anteil der Eingaben mit Bezug zur Corona-Pandemie in 2020 nur 3,8 Prozent, in 2021 nur 3,6 Prozent und in 2022 sogar nur 1,4 Prozent an der Gesamtzahl der Eingaben im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung aus.

Es ist den Kranken- und Pflegekassen gelungen, ihre Versicherten weiter so zeitnah wie möglich mit den Leistungen zu versorgen, die sie benötigten. Es waren hierbei zahlreiche Sonderregelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen insbesondere zur kontaktunabhängigen Versorgung zu beachten.

Entgegen anfänglicher Befürchtungen hat die Corona-Pandemie auch nicht zu einem rasanten Anstieg der Eingabezahlen beim BAS geführt. Auch unter Pandemiebedingungen haben die Kranken- und Pflegekassen ihre Handlungsfähigkeit aufrechterhalten und die Schwierigkeiten gut bewältigt. Dies wurde nicht zuletzt durch den Einsatz von alternativen Kommunikationsmitteln und den Ausbau der Digitalisierung ermöglicht.



2. Pflegeversicherung



Dialog mit den Pflegekassen

Bei der Aufsichtstätigkeit im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung stand insbesondere die Sicherstellung der Versorgungsqualität für die Versicherten durch die bundesunmittelbaren Pflegekassen im Fokus.

Da im Jahr 2022 die Auswirkungen der Corona-Pandemie noch spürbar waren, galten viele der gesetzlichen Sonderregelungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB XI fort. Zum Beispiel hatten die Medizinischen Dienste bis Ende Juni 2022 die Möglichkeit, bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Einzelfall von der Begutachtung in häuslicher Umgebung abzusehen, um eine Ansteckung der Versicherten oder der Gutachter zu verhindern.

Besonderheiten galten auch bei der Geltendmachung des Entlastungsbetrages. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 konnten den Entlastungsbetrag ausnahmsweise auch für bestimmte nachbarschaftliche Hilfen in Anspruch nehmen, ohne dass spezielle Qualifikationen nachgewiesen sein mussten, soweit dies bei Versorgungsengpässen notwendig war.

Das BAS hat die Ausführung von Sonderregelungen wie diesen durch die Pflegekassen begleitet und Fragen von Versicherten und Pflegenden beantwortet. Ein besonderes Augenmerk war darauf gerichtet, dass die gesetzlichen Leistungen trotz der Pandemie den Versicherten zeitnah zugutekommen können.

Um schnelle Verfügbarkeit ging es auch bei der Bereitstellung geeigneter digitaler Pflegekurse durch die Pflegekassen, die vom BAS entsprechend der geänderten rechtlichen Vorgaben begleitet wurde. Neben inhaltlichen Fragen zur Konzeption der Schulungen und zu den Voraussetzungen der Einbindung externer Dienstleister

war auch das Online-Format ein Beratungsschwerpunkt.

Im Bereich der aufsuchenden Pflegeberatung trugen Pflegekassen und Arbeitsgemeinschaften verschiedene Grundsatzfragen an das BAS heran. Zum Beispiel wurden die rechtlichen Vorgaben der Verbuchung bzw. der Zuordnung zu den Kontenrahmen thematisiert. Entscheidendes Kriterium für die Verbuchung als Pflegeberatung ist die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans. Gegenstand der Erörterungen mit den Pflegekassen waren hierbei auch geänderte gesetzliche Vorgaben, wie zum Beispiel die Möglichkeiten, digitale Angebote in die aufsuchende Pflegeberatung einzubinden.

Das BAS erörterte mit den Pflegekassen auch Fragen zum allgemeinen Verwaltungsverfahren. Im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit legen die Versicherten häufig Widerspruch gegen die Zuordnung zu einem Pflegegrad ein. Immer wieder gibt es Einzelfälle, in denen Pflegekassen solchen Widersprüchen entgegen den Empfehlungen des Medizinischen Dienstes zu Gunsten der Versicherten abhelfen, obwohl das betreffende Gutachten des Medizinischen Dienstes keine formalen Fehler aufweist. Dies ist nicht zulässig. Im Widerspruchsverfahren darf die Pflegekasse mangels eigener pflegerisch-medizinischer Fachkunde die Einschätzung des Medizinischen Dienstes nicht ohne Weiteres auf der Grundlage eigener Ermittlungen und Bewertungen abändern. Das detailliert und zwingend vorgeschriebene gutachterliche Feststellungsverfahren ist insoweit inhaltlich bestimmend für die Entscheidung der Pflegekasse. Ergeben sich Zweifel an den medizinisch-pflegerischen Einschätzungen des Medizinischen Dienstes, ist eine ergänzende Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Das BAS hat darauf hingewirkt, dass Pflegekassen in ihren Arbeitsanweisungen zur Widerspruchsbearbeitung die

Grenzen der eigenen Entscheidungsspielräume klar benennen.

Erstmalig erhielt das BAS im Jahr 2022 von den Pflegekassen die Meldungen zur Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen, die bislang nur dem Spitzenverband zugeleitet wurden. Aus den Meldungen geht hervor, wie viele Rehabilitationsempfehlungen die Medizinischen Dienste in ihren Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit abgegeben haben und wie viele dieser Empfehlungen in Leistungsanträge und die Gewährung von Leistungen münden. Die Pflegekassen beraten die Versicherten zu den Reha-Empfehlungen und beantragen die Reha-Leistungen mit Einwilligung der Versicherten direkt beim zuständigen Träger. Das BAS prüft nunmehr jährlich, ob die Meldungen vollständig sind und ob es Hinweise auf Verbesserungspotenzial bei der Beratung und Beantragung durch die Pflegekassen gibt.

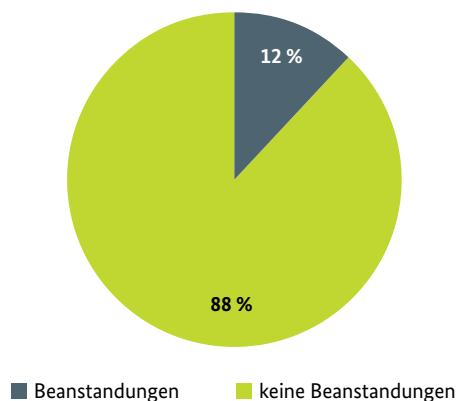
Eingaben

Im Berichtszeitraum haben sich – wie auch in den vergangenen Jahren – zahlreiche Pflegepersonen oder Versicherte mit insgesamt 460 Eingaben und Petitionen aus dem Bereich der Pflegeversicherung an das BAS gewandt. Damit hat sich die Zahl der Eingaben im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr (383 Eingaben) deutlich erhöht.

Die Eingaben betrafen alle grundlegenden Leistungsbereiche der Pflegeversicherung. Besonders häufig wurde die Dauer der Verwaltungsverfahren im Zusammenhang mit der Zuordnung zu einem Pflegegrad beanstandet. Auch Probleme bei der Auszahlung der Leistungen (Pflegegeld, anteiliges Pflegegeld bei Kombinationsleistungen) wurden häufig thematisiert. Daneben war die Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie die Bewilligung von wohn-

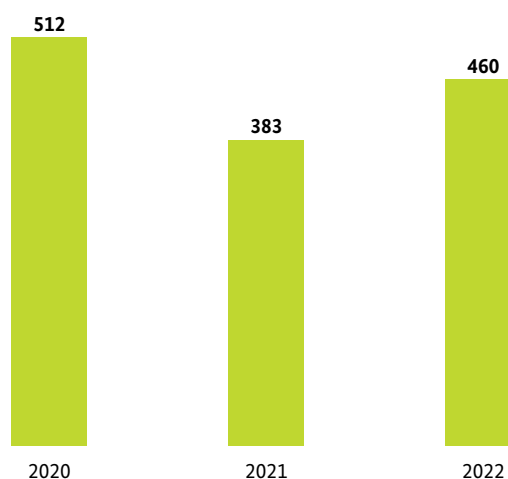
umfeldverbessernden Maßnahmen regelmäßig Gegenstand der Eingaben.

Beanstandungsquote



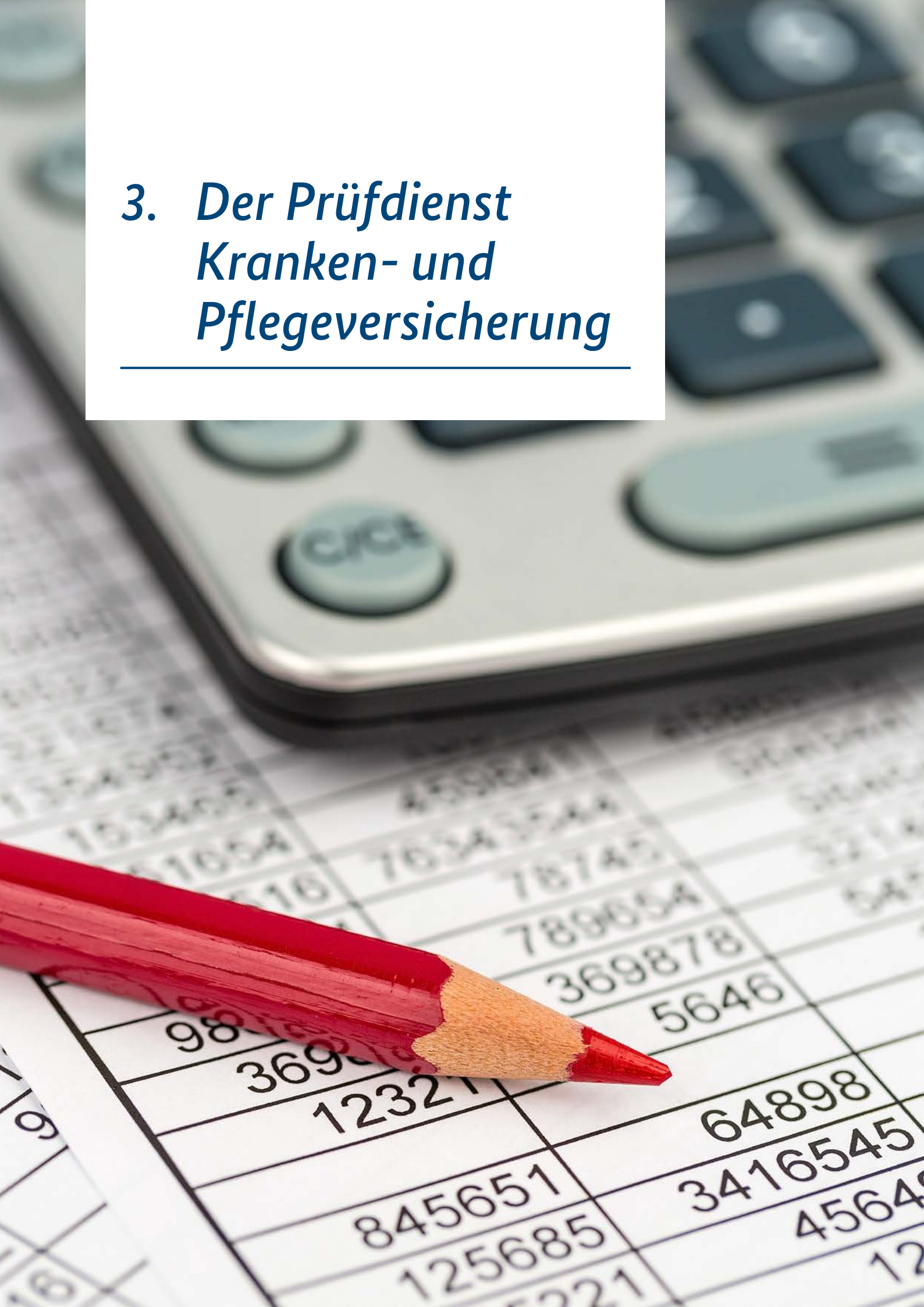
Wie die Grafik zeigt, lag die Zahl der Beanstandungen gegenüber den Pflegekassen auf einem niedrigen Niveau. Die Zusammenarbeit mit den Pflegekassen gestaltete sich insgesamt einvernehmlich und kooperativ.

Eingabenentwicklung Pflegeversicherung





3. *Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung*



Kernaufgaben

Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung (PDK) stellt eine selbständige Fachabteilung (Abteilung 6) im BAS dar. Mit seinen circa 170 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern weist er die Besonderheit auf, dass nicht alle Referate am Standort Bonn angesiedelt sind. Aufgrund seiner dezentralen Struktur besteht die Möglichkeit, vor-Ort-Prüfungen schnell und ohne längere Anfahrten effektiv durchführen zu können. In Bonn befinden sich drei Referate: zwei Steuerungseinheiten und ein Prüfreferat. Fünf Außenstellen mit jeweils fünf bis sieben Fach-Prüfgruppen, die ihrerseits mit durchschnittlich drei bis fünf Personen tätig werden, sind über das Bundesgebiet verteilt.



- 1 Cloppenburg 2 Berlin 3 Duisburg
4 Bonn 5 Fulda 6 Ingolstadt

Seine Kernaufgabe besteht seit mehr als 30 Jahren darin, die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Kranken- und Pflegekassen sowie deren Arbeitsgemeinschaften in regelmäßigen

Abständen zu prüfen (§ 274 SGB V/§ 46 SGB XI). Diese Aufgabe konnte erneut – wie bereits im Tätigkeitsbericht des Vorjahres angedeutet – nur sehr eingeschränkt wahrgenommen werden. Insgesamt entfielen auf diesen Prüfbereich lediglich 43 Prüfungen.

Der Grund lag nach wie vor darin, dass der bei allen Krankenkassen durchzuführenden Prüfung zur Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung (§ 408 SGB V) erneut besondere Bedeutung zukam. Im Zuge der systematischen Prüfungen und der Bereinigungsprüfungen stellte der PDK fest, dass einzelne Krankenkassen im Zuge der Bestandsbereinigung deutlich mehr Fehler gemacht hatten als ursprünglich vermutet. Deshalb führte kein Weg an Vollprüfungen vorbei. Für diese Vollprüfungen mussten erhebliche Personalressourcen eingesetzt werden, schließlich galt es fast 45.000 Fälle abzuarbeiten.

Auch für die Prüfungen zur rechtmäßigen Beitragsfestsetzung, zum Beitragseinzug und zur Weiterleitung von Beiträgen nach § 252 SGB V durch die Krankenkassen, benötigte der PDK in großem Maße Personalkapazitäten. Zur Aufgabenbewältigung setzte der PDK insgesamt erstmalig sechs Prüfgruppen ein. Während in den Vorjahren in jeder Außenstelle eine Prüfgruppe für diese Fachaufgabe zuständig war, erhielt die Außenstelle Fulda im Jahr 2022 eine zweite Prüfgruppe „Mitgliedschaft/Beiträge“. Das Ziel der Prüfungen besteht darin, festzustellen, ob dem Gesundheitsfonds durch fehlerhafte Bearbeitung des Trägers in den geprüften Fällen ein monetärer Schaden entstanden ist – und wenn ja, diesen Schaden nachvollziehbar in einem schriftlichen Bericht zu beziffern. Auf Grundlage des Prüfberichts erstellt der Gesundheitsfonds einen Prüfbescheid und übersendet diesen der Krankenkasse.

Eine weitere Prüfung betrifft den Risikostrukturausgleich. Hier prüft der PDK auf der Grundlage

von § 20 RSAV, ob die für die Berechnung der Ausgleichsbeträge von den Krankenkassen gemeldeten Daten zutreffend ermittelt und an die RSA-Stelle des BAS gemeldet werden. Aufgrund des turnusbedingten jährlichen Wechsels standen im vergangenen Jahr die Datenmeldungen der Krankenkassen zu Versicherungszeiten/DMP zur Überprüfung an. Im Gegensatz zu den Vorjahren mussten die Prüfergebnisse nicht schon bis zum Jahresende 2022 an den Gesundheitsfonds gemeldet werden, sondern erst bis zum 31. März 2023. Von den zu erledigenden 62 Prüfungen konnte der PDK bis zum 31. Dezember 2022 bereits

45 Prüfungen abschließen. Die erstellten Rückmeldesatzarten wurden anschließend an den Gesundheitsfonds weitergeleitet.

Auch im Jahr 2022 hat der PDK wieder eng mit den Prüfdiensten der Länder zusammengearbeitet. Neben der Abstimmung fachlicher Themen legten die Prüfdienste sehr viel Wert auf eine strukturelle und inhaltliche Abstimmung der Prüfungen. So haben der PDK und die Prüfdienste der Länder zum Beispiel gemeinsame Arbeitshilfen für Prüferinnen und Prüfer erstellt.

Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2021	Durchgeführte Prüfverfahren 2022
Standardprüfungen	26	40
Allgemeine Verwaltung	2	6
Finanzen/Kassensicherheit	4	3
Mitgliedschaft/Beiträge	0	0
Leistungen Krankenversicherung	5	10
Leistungen Pflegeversicherung	6	9
DRG	4	4
EDV/Informationstechnik	5	8
Sonderprüfungen	1	1
Finanzstatus	1	1
Schwerpunktprüfungen	2	2
Leistungen Krankenversicherung	2	2

Prüfungen nach § 252 SGB V

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2021	Durchgeführte Prüfverfahren 2022
Standardprüfungen	14	23

Prüfungen nach § 20 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2021	Durchgeführte Prüfverfahren 2022
Versicherungszeiten/DMP	1	45
Morbi-RSA	65	0

Prüfungen nach § 408 SGB V

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2021	Durchgeführte Prüfverfahren 2022
	69	10 *
Summe Prüfungen	178	121

* In 2022 konnten zehn Vollprüfungen abgeschlossen werden (siehe gesonderter Beitrag). Neben dem Aufwand für diese abgeschlossenen Prüfungen wurden für die weiteren, noch nicht abgeschlossenen Prüfungen nach § 408 SGB V ca. 3.500 Personentage aufgewendet.

Vergaberecht aufgrund der Russland-Sanktionen

Die Europäische Union hat als Reaktion auf den Einmarsch Russlands in die Ukraine eine Reihe von Sanktionen gegen Russland verhängt. Mit der Verordnung (EU) 2022/576 des Rates vom 8. April 2022 wurden unmittelbar für das nationale Recht geltende Regelungen zur Vergabe und Ausführung öffentlicher Aufträge und Konzessionen (ab Erreichen der EU-Schwellenwerte) aufgestellt (s. auch Kapitel 7.5). Daraufhin informierte das BAS alle bundesunmittelbaren Krankenkassen mit Rundschreiben vom 12. April 2022 über die Rechtsänderung und stellte die Information auf seiner Webseite zur Verfügung. Der PDK hat die Thematik ebenfalls aufgegriffen und beschlossen,

das Thema „Russland-Sanktionen“ kurzfristig in seinen Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V aufzunehmen. Auch wenn bis zum 31. Dezember 2022 nur eine Prüfung abgeschlossen werden konnte, die unter anderem die Thematik „Russland-Sanktionen“ enthielt, so zeigte diese gleichwohl, dass Beratungsbedarf bestand. Der PDK hat die geprüfte Krankenkasse aufgefordert, bei laufenden und zukünftigen Vergabeverfahren im Oberschwellenbereich eine Eigenerklärung zu den Eigentumsverhältnissen der zu beauftragenden Unternehmen anzufordern und die Vergabebeschränkungen zu beachten. Hierzu gehört das Verbot der Auftragsvergabe an russische Staatsangehörige und in Russland niedergelassene Organisationen oder Einrichtungen sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – auch die Beteili-

gung solcher Unternehmen an Aufträgen. Die Krankenkasse hat zugesagt, ihr Vergabeverfahren entsprechend anzupassen.

Mitgliederwerbung

Erfolgsorientierte Sonderzahlung an Vertriebsmitarbeitende

Der Prüfdienst stellte im Rahmen seiner turnusmäßig durchgeführten Beratungsprüfung auch im vergangenen Jahr wieder gravierende Verstöße bei der Mitgliederwerbung fest (s. auch Kapitel 1.2).

Bei zwei Krankenkassen stieß der PDK auf eine Regelung in den Arbeitsanweisungen, wonach Vertriebsmitarbeitende eine erfolgsorientierte Sonderzahlung zusätzlich zu ihrem Fixgehalt erhalten. Diese Sonderzahlung ist abhängig von der Erreichung des vereinbarten Ziels an Neuaufnahmen von Mitgliedern.

Bei einer der beiden Krankenkassen wird zur Berechnung der Sonderzahlung auch ein Faktor zugrunde gelegt, der sich zum Teil am Alter des neuen Mitglieds orientiert. Wirbt ein Vertriebspartner erfolgreich ein neues Mitglied, wird diese Neuaufnahme dem Mitarbeitenden der Krankenkasse zusätzlich auf seine Zielerreichung angerechnet.

Die erfolgsorientierte Sonderzahlung verstößt gegen Randziffer 33 der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung. Danach dürfen die Beschäftigten, die hauptamtlich mit der Mitgliedergewinnung beauftragt sind, keine zusätzliche Vergütung erhalten. Des Weiteren stellt die unterschiedliche Gewichtung bestimmter Mitgliedergruppen (hier Altersbestimmung) bei der Ermittlung des Faktors eine unzulässige Risikoselektion dar (§ 4a Abs. 1 S. 3 SGB V). Die doppelte Berücksichtigung der von externen Vermittlern

Geworbenen an den internen Vertriebsmitarbeiter sieht das BAS kritisch. Einerseits ist mit der Aufwandsentschädigung an den Externen die Anwerbung bereits abgeschlossen, andererseits hat der Krankenkassenmitarbeitende keine eigene Leistung im Rahmen der Mitgliederwerbung erbracht. Die Prüffeststellungen wurden zur aufsichtsrechtlichen Prüfung abgegeben.

Spenden aus Kassenmitteln an Dritte und Mitgliedschaften in Vereinen

Bei einer Krankenkasse sind im Zeitraum von 2019 bis 2021 Mitgliedsbeiträge für zahlreiche Vereine und Organisationen aufgewendet worden.

Für diese Ausgaben gibt es keine Rechtsgrundlage. Obwohl die Aufsicht im Jahre 2018 ausdrücklich in einem Rundschreiben alle bundesunmittelbaren Krankenkassen darauf hingewiesen hatte, dass jede Mitgliedschaft in Vereinen, parteinahen Organisationen und sonstigen Vereinigungen, deren Aufgaben nicht zu den der Kasse gesetzlichen zugewiesenen Aufgaben gehören, unzulässig ist, ignorierte die geprüfte Krankenkasse diese Vorgabe. Der Prüfdienst hat die zuständige Aufsichtsabteilung über die Feststellungen informiert.

Maschinelles Lernen und Künstliche Intelligenz in der Abrechnungsprüfung

Im vergangenen Jahr hat der Prüfdienst im IT/DRG-Bereich eine besondere Prüfung durchgeführt. Gegenstand der Prüfung war ein Testprojekt, welches von einer Arbeitsgemeinschaft und mehreren Krankenkassen initiiert wurde. Inhaltlich ging es um die Auswertung kassenübergreifender Datenbestände zur zielgenauen Auswahl von Fällen, die dem Medizinischen Dienst (MD) zur Überprüfung von Krankenhaus-

Abrechnungen vorgelegt werden sollen. Vor dem Hintergrund der gesetzlichen quartalsbezogenen Maximalprüfquote möchten die Krankenkassen erreichen, dass die Einsätze des MD möglichst nur in den Fällen erfolgen, in denen mit großer Wahrscheinlichkeit auch tatsächlich fehlerhafte Krankenhausabrechnungen vorliegen. Mit dem Testprojekt soll unter Zuhilfenahme von Werkzeugen der Künstlichen Intelligenz (KI) bzw. des Maschinellen Lernens (ML) die Erfolgsquote zur Auswahl geeigneter Überprüfungsaufträge erhöht werden. Um ein den fachlichen Anforderungen gerecht werdendes ML-/KI-Modell entwickeln zu können, bedarf es einer Vielzahl historischer Abrechnungsdaten. Nur auf Grundlage großer Datenmengen sind systematisch Fallkonstellationen ableitbar, mit denen der Erfolg einer MD-Begutachtung erklärt werden kann. Daher wurden Vereinbarungen mit den beteiligten Krankenkassen getroffen, um die notwendige Menge an Abrechnungsdaten und Daten des MD zu gewährleisten.

Bei den für das Modell relevanten Daten handelt es sich um besonders schützenswerte personenbezogene Daten im Sinne des Art. 9 Abs. 1 DSGVO. Diese Daten dürfen nur verarbeitet werden, wenn es eine entsprechende Rechtsgrundlage gibt. Selbst wenn das ML-/KI-Modell auch bereits in der Projektphase als (unmittelbarer) Teil der Abrechnungsprüfung angesehen wird und nicht erst als Vorbereitung der eigentlichen, späteren Abrechnungsprüfungen durch die Kassen, ist fraglich, ob das Zusammenführen sensibler Daten von verschiedenen Krankenkassen noch als „Abrechnungsprüfung“ im Sinne der Reichweite der Verarbeitungsgrundlage (Befugnis- und Aufgabennormen, § 284 SGB V) gewertet werden kann.

Diese Frage ist auch Gegenstand der Erörterungen des Digitalausschusses zur Reichweite der Verarbeitungsgrundlage bei Abrechnungsprüfungen (siehe auch Kapitel 8.2). Aufgrund der Hin-

weise des BAS hat der Testträger sein Verfahren angepasst und sieht die Datenbestände jetzt nur noch auf Einzelkassenebene als ML-/KI-Trainingsgrundlage vor.

Das BAS sieht es als notwendig an, für das Trainieren des ML-/KI-Modells personenbezogene Daten zu anonymisieren.

Bislang galten KI-Modelle als Black-Boxen. Inzwischen stehen verschiedene erklärende Werkzeuge, wie z.B. SHAP-Values, zur Verfügung. Mit diesen kann der Einfluss einzelner Prädiktoren auf die Zielvariable dargestellt werden. Nach Auffassung des BAS sind erklärende Werkzeuge zu nutzen, um die Transparenz und Erklärbarkeit einer KI-Software zu gewährleisten.

Das BAS empfiehlt außerdem, die Indikatoren der EU-Leitlinie für vertrauenswürdige KI vom 8. November 2019 bei der Modellerstellung umzusetzen und die Auswirkungen des KI-Einsatzes unter Berücksichtigung der Indikatoren laufend zu überwachen.

Widerspruchsverfahren

Da die Durchführung von Widerspruchsverfahren bei den Kranken- und Pflegekassen regelmäßig Anlass zu Beanstandungen gibt (s. auch Kapitel 1.2), greift auch der Prüfdienst diese Thematik schon seit Jahren standardmäßig auf. Auch im zurückliegenden Prüfbjahr stellte der Prüfdienst erneut Bearbeitungsmängel fest.

Zwei der geprüften Pflegekassen fragten zum Beispiel die Widerspruchsführenden, ob diese den Widerspruch zurücknehmen möchten. Dies galt für den Fall, dass die Sachbearbeitung bei der Prüfung (in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst) den Widerspruch nicht oder nur teilweise stattgeben konnte.

Zu diesem Zweck setzte eine Pflegekasse Antwortbögen ein, die die Möglichkeit bieten, „ja“ oder „nein“ auszuwählen. Eine andere Pflegekasse nutzte einen Vordruck, auf dem Pflegebedürftige die Möglichkeit haben, zwischen „Ich halte meinen Widerspruch [nicht] aufrecht“ beziehungsweise „Ich halte meinen Widerspruch, soweit er über die Teilabhilfe hinausgeht, [nicht] aufrecht.“ wählen können.

Diese Verfahrensweise ist gesetzlich nicht vorgesehen. Das BAS hat in zwei Rundschreiben 2018 und 2020 dargelegt, unter welchen Voraussetzungen eine Nachfrage als zulässig erachtet und insbesondere in welcher Art und Weise die Nachfrage erfolgen darf. Beide Pflegekassen beachteten bei ihrer Abfrage nach der Aufrechterhaltung des Widerspruchs die Vorgaben nur teilweise. Die Nachfrage erweckte bei Widerspruchsführenden zwar nicht den Eindruck, die Zurückweisung des Widerspruchs sei bereits beschlossen. Insofern stellten die Pflegekassen klar, dass auch bei fehlender Rückäußerung abschließend vom Widerspruchsausschuss über den Widerspruch entschieden werde. Allerdings wurden die Widerspruchsführenden weder im Anschreiben noch im Abfragebogen zur Aufrechterhaltung des Widerspruchs über die Auswirkungen einer Rücknahme des Widerspruchs aufgeklärt. Beide Pflegekassen hielten sich nicht an die oben genannten Rundschreiben. Darin führte das BAS aus, dass die Widerspruchsführenden darüber aufgeklärt werden müssen, welche rechtliche Folgen die Rücknahme des Widerspruchs hat. Mit einer entsprechenden Erklärung wird das Vorverfahren beendet, sodass ein gerichtlicher Rechtsschutz in Bezug auf den konkreten Bescheid nicht mehr möglich ist.

Nach entsprechender Beratung erklärten beide Pflegekassen, ihre Schreiben entsprechend zu ergänzen.

Der PDK stellte außerdem bei einigen Prüfungen fest, dass in Fällen, in denen Widersprüchen ab-

geholfen wird, die Abhilfebescheide keine Hinweise auf das Recht zur Geltendmachung der im Widerspruchsverfahren entstandenen Kosten enthalten. Für Widerspruchsführende ist damit nicht ersichtlich, ob angefallene Kosten des Vorverfahrens übernommen werden können.

Auf die Empfehlung des PDK hin, in den Abhilfebescheid auch eine sogenannte Kostengrundentscheidung aufzunehmen, haben die geprüften Pflegekassen eine Umsetzung zugesagt.

Prüfungen der sonstigen Beiträge

Bei diesen Prüfungen geht es um die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, die nicht von den Arbeitgebern oder sonstigen Institutionen festgesetzt werden. Zu diesen sogenannten „sonstigen Beiträgen“ gehören zum Beispiel die Krankenversicherungsbeiträge, die von selbständig Erwerbstätigen zu zahlen sind, die sich freiwillig gesetzlich versichert haben.

Auf Grundlage von § 252 Abs. 5 SGB V und der dazu erlassenen Rechtsverordnung (Prüfverordnung sonstige Beiträge) wird anhand von Stichproben regelmäßig überprüft, ob die Krankenkassen die Beiträge richtig festsetzen, bei den Mitgliedern einziehen und an den Gesundheitsfonds weiterleiten. Dabei werden die Versicherungsverläufe und Beitragszeiten einzelner Mitglieder betrachtet und die korrekte Verbuchung der Gelder überprüft.

Stellt der PDK Fehler bei der Bearbeitung durch die Krankenkassen fest, wird berechnet, welche Einnahmen dem Gesundheitsfonds dadurch entgangen sind. Die monetären Schäden je Einzelfall stellt der PDK in einem Bericht zusammen, den er anschließend im Original an den Gesundheitsfonds und in Kopie an die geprüfte Krankenkasse übermittelt. Auf dieser Grundlage erlässt der Gesund-

heitsfonds einen Bescheid, in dem er den Schaden gegenüber der Krankenkasse geltend macht.

Im Jahr 2022 hat der PDK 23 Prüfungen abgeschlossen und die Ergebnisse an den Gesundheitsfonds übermittelt. Dabei überprüfte der PDK unter anderem mehr als 4.000 mitgliederbezogene Stichprobenfälle. Der ermittelte Gesamtschaden lag bei 540.986 Euro.

Neben den Stichprobenprüfungen führt der PDK in geeigneten Teilbereichen Prüfungen auf systematische Fehler in der Beitragsbearbeitung durch. Seine Ergebnisse übermittelt der PDK an die Rechtsaufsicht. Auf diesem Weg wird sichergestellt, dass neben den Ergebnissen der Einzelfallprüfungen auch strukturelle Probleme weiterverfolgt werden, durch welche dem Gesundheitsfonds Einnahmen entgehen könnten. So werden zum Beispiel die Umsetzung von Gesetzesänderungen und die Inhalte von Arbeitsanweisungen zu verschiedenen Themen überprüft.

Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung

Das vergangene Jahr stand erneut im Zeichen der Bestandsbereinigungsprüfungen (§ 408 SGB V). Inhaltlich ging es weiterhin um die Frage, ob die Bestandsbereinigungen der freiwilligen Versicherungsverhältnisse seitens der gesetzlichen Krankenkassen rechtmäßig durchgeführt wurden. Nähere Einzelheiten zum Prüfgegenstand und -vorgehen finden sich in den Tätigkeitsberichten der Jahre 2020 und 2021.

Der Prüfungsschwerpunkt lag im Berichtsjahr in der Durchführung der sogenannten Vollprüfungen bei 17 Krankenkassen. Damit hatte das BAS insgesamt 44.700 Sachverhalte zu überprüfen. Zu Beginn des Jahres 2023 wurde der Prüfauftrag durch das BAS erledigt.

Verwendung ungeeigneter Protokolle zur Transportverschlüsselung

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens schreitet weiter voran. In diesem Zuge gewinnen auch die Webseiten der Versicherungsträger an Relevanz, was die elektronische Kommunikation anbelangt. Der Webauftritt einer Krankenkasse ist mittlerweile einerseits zu einem wichtigen Informationsportal für die Versicherten und andererseits zu einem Informationsaustauschportal zwischen Krankenkasse und Versicherten geworden. So kann beispielsweise die Online-Abgabe eines Mitgliedschaftsantrages über das Internet bei vielen Versicherungsträgern mittlerweile als Standard angesehen werden. Bei jedem Aufruf dieser Webseiten werden personenbezogene Daten übertragen. Damit diese Daten bei der Übertragung geschützt sind, ist eine Transportverschlüsselung unerlässlich. Bei den Prüfungen im Jahr 2022 zeigte sich, dass auf Webseiten der Versicherungsträger teilweise noch ungeeignete Protokolle zur Transportverschlüsselung eingesetzt wurden. Der PDK empfahl den Versicherungsträgern daher, ungeeignete Transportverschlüsselungen abzuschalten und durch geeignete Verfahren zur sicheren Datenübertragung im Internet zu ersetzen.

Prüfungen der RSA-Datenmeldungen

Aufgrund des turnusbedingten jährlichen Wechsels ging es im vergangenen Jahr bei den sogenannten RSA-Prüfungen (§ 20 RSAV) wieder um den Bereich „Versicherungszeiten/DMP“- (Datenmeldungen für das Ausgleichsjahr 2017). Mit diesen Prüfungen soll geklärt werden, ob die von den Krankenkassen gemeldeten Versicherungszeiten etc. zum Risikostrukturausgleich (RSA) auch tatsächlich belegt waren und die darauf basierenden Auszahlungen des Gesundheitsfonds zu Recht erfolgten. Die für den PDK sehr zeitaufwändigen Prüfungen bestätigten auf Grundlage von 45 bis

zum 31. Dezember 2022 abgeschlossenen Prüfungen erneut, dass die Datenmeldungen der Krankenkassen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – weitgehend korrekt erfolgt waren. Bei den bereits abgeschlossenen Prüfungen ergeben sich keine Hinweise, dass sogenannte Stufe-2-Prüfungen, die zu Hochrechnungen von Korrekturbeträgen führen, durchzuführen sind. Die Stichprobe umfasste insgesamt gut 140.000 Versicherte. Bei den zu prüfenden bundesunmittelbaren Krankenkassen bedeutete dies einen Durchschnitt von knapp 2.300 Versicherte pro Krankenkasse. Für die rund 140.000 Versicherten hatten

die Krankenkassen insgesamt eine Versicherungszeit von fast 50 Mio. Tagen gemeldet. Die Prüfung umfasste auch die von den Krankenkassen gemeldeten Versicherungszeiten von ca. 10.000 Versicherten, welche in einem Disease-Management-Programm (DMP) eingeschrieben waren, 25 Mio. gemeldete Krankengeldtage sowie mehr als 950.000 gemeldete Tage mit Erwerbsminderungsrentenbezug. Entsprechend den Planungen sind die Prüfergebnisse zum Ende des ersten Quartals 2023 an den Gesundheitsfonds zu übermitteln. Eine detaillierte Auswertung wird im Tätigkeitsbericht für das Jahr 2023 vorgestellt.



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.

4.1 Themen der Aufsicht

Bearbeitungszeiten der DRV Bund

Zahlreiche Versicherte, Rentnerinnen und Rentner haben sich auch 2022 wieder über die langen Bearbeitungszeiten der DRV Bund beim BAS beschwert. Wie in den letzten Jahren haben sie beanstandet, dass die Bearbeitung ihrer Anträge auf Altersrenten, Erwerbsminderungsrenten, Witwen- bzw. Witwerrenten und Waisenrente viel zu lange dauern würde.

Das BAS hat nicht nur die Eingaben bearbeitet, sondern die Problematik grundsätzlich mit der DRV Bund erörtert. Es hat wiederholt darauf hin-

gewiesen, dass die Bewilligung von Renten absolute Priorität haben muss.

Die DRV Bund hat zur Verkürzung der Laufzeiten bereits eine Reihe von Maßnahmen, insbesondere bei den Erwerbsminderungsrenten ergriffen. Auch nutzt sie die Möglichkeiten der Robotic Process Automation. Ein neues Kundenservicecenter soll 2023 zudem insbesondere die telefonischen Anfragen der Versicherten, Rentnerinnen und Rentner bearbeiten, damit die Sachbearbeitung des Rentenversicherungsträgers nachhaltig entlastet wird.

Bei den Beschwerden zum Übergangsgeld lag das Hauptaugenmerk ebenfalls auf der längeren Bearbeitungsdauer. Da das Übergangsgeld als Einkommensersatzleistung oftmals das einzige Einkommen der Versicherten während einer Rehabilitationsmaßnahme darstellt, ist eine zeitnahe Auszahlung des Übergangsgeldes sicherzustellen. Nach Kontaktaufnahme des BAS mit dem Rentenversicherungsträger erfolgte in der Regel eine unverzügliche Auszahlung des Übergangsgeldes. Hierdurch konnte sehr vielen Versicherten unmittelbar geholfen werden. Auch wenn dies für die jeweiligen Einzelfälle erfreulich ist, bleibt es Aufgabe der Versicherungsträger, die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen, dass diese existenzielle Leistung grundsätzlich zeitnah erfolgt.

Auch wurden durch das Tätigwerden des BAS viele Antragsverfahren zur Gewährung einer medizinischen Rehabilitation beschleunigt. Soweit Versicherte mit dem Wunsch einer Klinikumstellung an das BAS herangetreten sind, konnte durch die Kontaktaufnahme mit den Versicherungsträgern oftmals eine zeitnahe Klinikumstellung erreicht werden. Auch hier ist es Aufgabe der Versicherungsträger zeitnah Entscheidungen für alle betroffenen Versicherten zu treffen.

Einführung des Grundrentenzuschlags

Durch das Grundrentengesetz ist am 1. Januar 2021 der Zuschlag an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung, der Grundrentenzuschlag, die sogenannte Grundrente, eingeführt worden.

Den Grundrentenzuschlag kann nur erhalten, wer mindestens 33 Jahre gearbeitet und dabei unterdurchschnittlich verdient hat, Kinder erzogen oder Angehörige gepflegt hat. Das eigene Einkommen sowie das des Ehegatten darf bestimmte Grenzen nicht übersteigen.

Die Rentenversicherungsträger hatten bis zum 31. Dezember 2022 Zeit, um sämtliche Renten darauf zu überprüfen, ob der Anspruch auf einen Grundrentenzuschlag besteht. Hierzu musste auch ein Datenaustausch mit den Finanzverwaltungen eingerichtet werden.

Die Rentenversicherungsträger haben dies geschafft. Bis Ende 2022 haben sie bei allen neuen Renten sowie bei rund 26 Mio. laufenden Renten geprüft, ob die Voraussetzungen für einen Grundrentenzuschlag bestehen. Der für die Einkommensanrechnung erforderliche Datenaustausch mit der Finanzverwaltung funktioniert.

Bisher haben sich nur wenige Rentnerinnen und Rentner beim BAS beschwert, weil bei ihnen kein Grundrentenzuschlag berücksichtigt wird. Diese haben insbesondere beklagt, dass nicht alle rentenrechtlichen Zeiten auch Grundrentenzeiten sind und eine Einkommensanrechnung stattfindet. Das BAS hat die Einzelfälle überprüft. Die Rentenversicherungsträger hatten alle gesetzlichen Vorgaben richtig angewandt.

Neue Leistung der Seemannskasse

Die Seemannskasse ergänzt den sozialen Schutz der Seeleute. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der DRV KBS in Hamburg nehmen die Aufgaben der Seemannskasse seit 2009 wahr. Die zentrale Leistung der Seemannskasse, das Überbrückungsgeld, soll Seeleute, die aus der Seefahrt ausgeschieden sind, bis zum Beginn der Altersrente versorgen und für diese Übergangsphase die notwendigen finanziellen Mittel sichern. Das Überbrückungsgeld ist somit in dieser Zeit wesentlicher Teil des Familienunterhalts. Verstirbt ein Seemann, entfällt das Überbrückungsgeld vollständig.

Die Seemannskasse beabsichtigte daher, in ihrer Satzung für die hinterbliebenen Ehe- und Le-

benspartner eine einmalige Leistung wegen Todes einzuführen. Den Betroffenen soll ermöglicht werden, sich auf diese neuen Lebensumstände einzustellen. Die mit dem Tod des Versicherten einhergehenden Einkommensverluste sollen zumindest kurzfristig abgemildert und die überlebenden Ehe- und Lebenspartner finanziell unterstützt werden.

Das BAS hat darauf hingewirkt, dass die Seemannskasse die einmalige Leistung wegen Todes in der Satzung konkret beziffert. So ist in der Satzung der Seemannskasse jetzt festgelegt, dass die Höhe der einmaligen Leistung wegen Todes 6.000 Euro beträgt. Dieser Betrag wird von den Selbstverwaltungsorganen regelmäßig bei den Haushaltsplanungen überprüft.

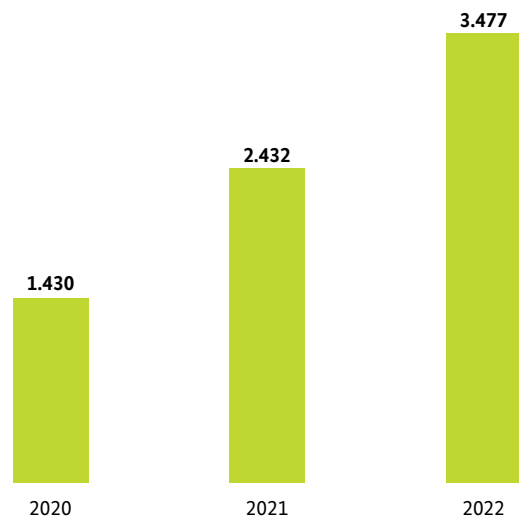
Das BAS konnte diese Satzungsänderung allerdings zunächst nicht genehmigen, da es noch keine gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für die neue einmalige Leistung wegen Todes gab.

Mit dem 8.SGB IV Änderungsgesetz wurde diese Gesetzesgrundlage jedoch in § 137b SGB VI eingefügt. Am Tag der Bekanntmachung der Gesetzesänderung hat das BAS die Ergänzung der Satzung der Seemannskasse genehmigt.

Seit dem 1. Januar 2023 können überlebende Ehe- und Lebenspartner somit eine einmalige Leistung wegen Todes beantragen.

Eingaben

Eingabenentwicklung Rentenversicherung



Die Beschwerden beim BAS haben sich im Jahr 2022 abermals erhöht. Seit 2020 haben sich jährlich 1.000 Versicherte, Rentnerinnen und Rentner mehr an das BAS gewandt. 2022 hat das BAS insgesamt 3.477 Eingaben zum Renten- und Rehabilitationsrecht und internationalen Sozialversicherungsrecht bearbeitet.

Der Schwerpunkt der Beschwerden lag dabei erneut auf den Bearbeitungszeiten. Trotz dieser Hinweise auf eine überdurchschnittliche Arbeitsbelastung hat das BAS eine Verschlechterung der Arbeitsqualität nicht festgestellt.

4.2 Prüfungen

Das BAS führt Aufsichtsprüfungen bei den bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern DRV Bund sowie DRV KBS durch. Ziel ist es, durch eine systematische Analyse eine fehlerfreie verfahrensrechtliche und materiell-rechtliche Rechtsanwendung sicherzustellen. Regelmäßig wird die Umsetzung von gesetzlichen Neuregelungen in der Praxis durch die Rentenversicherungsträger Gegenstand der Prüfungen des BAS.

Mit dem Prüfverfahren „Leistungen zur Nachsorge“ hat das BAS im Jahr 2022 die Aufsichtsprüfungen auf dem Gebiet „Leistungen zur Teilhabe“ abgeschlossen. Gegenstand der Prüfungen war die Prävention, Kinderrehabilitation und Nachsorge.

Das BAS hat außerdem die Aufsichtsprüfungen zu den Themen „Mütterrente II“ und „Rentensplitting“ im Versorgungsausgleich abgeschlossen. Der Schwerpunkt des Prüfverfahrens „Mütterrente II“ bezog sich auf die zusätzliche Bewertung von jeweils sechs Monaten Kindererziehungszeit bzw. eines halben Entgeltpunktes je Kind ab dem 1. Januar 2019 für die Erziehung von vor dem 1. Januar 1992 geborene Kinder. Im Prüfverfahren „Rentensplitting“ lag der Fokus insbesondere auf der Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen aus einem durchgeführten Rentensplitting in Rentenbescheiden.

Außerdem hat das BAS die im Vorjahr bei der DRV Bund und DRV KBS aufgenommenen Prüfverfahren zum Thema „Versichertenrenten als Teilrenten“ fortgeführt. Neben der Berücksichtigung rentenrechtlicher Zeiten lag ein besonderes Augenmerk auf der korrekten Umsetzung des zum 1. Juli 2017 geänderten Hinzuverdienstrechts.

Darüber hinaus hat das BAS im Jahr 2022 Prüfverfahren zum Thema „Grundrente“ bei beiden o.g. Rentenversicherungsträgern aufgenommen. Mit

der Grundrente soll die Lebensleistung von Menschen, die jahrzehntelang gearbeitet, Kinder erzogen und Angehörige gepflegt haben, anerkannt werden. Die umfassende Aktenprüfung dauert noch an, so dass diese Prüfverfahren auch Teil des Prüfgeschehens im Jahr 2023 sein werden.

Das BAS hat außerdem bei beiden Rentenversicherungsträgern mehrere Aufsichtsprüfungen auf dem Gebiet „Hinterbliebenenrenten“ durchgeführt. Hierunter fallen auch Prüfverfahren, die sich gesondert mit der Rentenabfindung bei Wiederheirat bzw. mit Hinterbliebenenrenten mit Versicherungszeiten nach dem Fremdrentengesetz (FRG) befassen. Die Anerkennung der FRG-Zeiten ist aufgrund ihrer rechtlichen Komplexität fehlerträchtig und daher von besonderer Prüfungsrelevanz. Der Abschluss der Prüfungen erfolgt im Jahr 2023.

Zusätzlich hat das BAS Aufsichtsprüfungen auf den Gebieten „Beitragszahlung bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Rente wegen Alters“ und „Widerspruchsverfahren“ bei der DRV Bund und der DRV KBS fortgeführt. Der Abschluss dieser Prüfungen erfolgt ebenfalls im Jahr 2023.

Ferner wurden bei der DRV Bund und DRV KBS Aufsichtsprüfungen zum Thema „Beitragserstattung“ durchgeführt. Bei der DRV KBS wurde die Prüfung abgeschlossen. Prüfungsschwerpunkt bildete die Anspruchsprüfung sowie die Umsetzung der Beitragserstattung als einmalig zu erbringende Sozialleistung für zu Recht gezahlte Beiträge.

Schließlich wurden bei der DRV Bund und der DRV KBS Prüfverfahren zum Thema „Beanstandung und Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge“ eingeleitet. Diese Prüfverfahren werden im Jahr 2023 fortgeführt.



5. Unfallversicherung



Das BAS führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Träger in der gesetzlichen Unfallversicherung. Dies sind 9 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 DGUV soweit der Verband nach den Vorschriften des SGB VII Richtlinien erlässt oder Verträge mit (zahn-) ärztlichen Leistungserbringern abschließt.

Dazu gehören u. a. die Gemeinsamen Richtlinien der Verbände der Unfallversicherungsträger über die Kraftfahrzeughilfe im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-Kraftfahrzeughilferichtlinien) sowie der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und das Zahnärzteabkommen.

5.1 Themen der Aufsicht

Mitwirkungsangelegenheiten

Im Jahr 2022 wurden dem BAS von den Unfallversicherungsträgern mehrere Satzungs- und Gefahrtarifänderungen zur Vorprüfung und Genehmigung vorgelegt. Die Satzungsänderungen betrafen dabei u.a. Anpassungen zum Beitrags-

ausgleichsverfahren und des Höchst-Jahresarbeitsverdienstes. Auch waren anlässlich früherer Trägerfusionen für einen Übergangszeitraum in die Satzungen aufgenommene Sonderregelungen aufzuheben. Konkret ging es dabei zum einen um die Beitragsbemessung zur freiwilligen Unternehmensversicherung.

Des Weiteren wurde eine besondere Satzungsregelung zum Umlageverfahren nach Einführung des einheitlichen Umlageverfahrens folgerichtig gestrichen. Darüber hinaus gab es redaktionelle Änderungen zur Anpassung an die aktuelle Gesetzeslage, infolge der Möglichkeit der elektronischen Antragstellung bzw. Meldung sowie nach Ablauf der Einführungsphase des elektronischen Lohnnachweisverfahrens.

Mit einer weiteren Satzungsänderung wurde nur im geringfügigen Maße tätigen Unternehmerinnen und Unternehmern die Möglichkeit eröffnet, sich von Beginn der selbständigen Tätigkeit an von der Pflichtversicherung kraft Satzung befreien zu lassen. Infolge einer gesetzlich erleichterten Meldepflicht kommt es in der Praxis regelmäßig zu einem Versicherungsbeginn und einer damit einhergehenden Beitragspflicht, weit bevor der für die Mitgliedschaft zuständige Unfallversicherungsträger den Versicherten ihre Mitgliedschaft bekannt gibt. Die betroffenen Unternehmerinnen und Unternehmer konnten dadurch zu spät von ihrer Option, sich von der Versicherungs- und Beitragspflicht befreien zu lassen, Gebrauch machen. Eine Befreiung war nur für die Zukunft zulässig. Die Satzungsregelung schafft hier Abhilfe und ermöglicht auch rückwirkend eine Befreiung von der Pflichtversicherung.

Außerdem wurde dem BAS im Berichtsjahr 2022 ein Gefahrtarifentwurf mit der Bitte um Vorprüfung vorgelegt. Die Gefahrtarife stellen den Ausgangspunkt für die Berechnung der Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung dar. Die Gefahrtarife der Berufsgenossenschaften werden vom BAS als zuständiger Aufsichtsbehörde genehmigt. Um das Verfahren zügig und effizient durchführen zu können, haben die Unfallversicherungsträger die Möglichkeit, Entwurfsfassungen der Gefahrtarife auf ihre Genehmigungsfähigkeit hin vorab bewerten zu lassen. Darüber hinaus berät das BAS – so auch im Berichtsjahr – im Vorfeld

der Gefahrtarifaufstellung bei grundsätzlichen Fragestellungen.

Zum einen hat sich das BAS im Zusammenhang mit Überlegungen eines Unfallversicherungsträgers zur Aufstellung eines Gefahrtarifs mit der Frage der Veranlagung fremdartiger Unternehmen beschäftigt. Das sind Unternehmen, die formal richtig einer für sie fachlich nicht zuständigen Berufsgenossenschaft zugeordnet sind. Deshalb bedarf es bei der fachlich unzuständigen Berufsgenossenschaft einer Bestimmung zur Veranlagung. Nach Erörterung der Sachlage mit dem betroffenen Träger und einer Anpassung der vorgeschlagenen Regelung bewertete das BAS diese als genehmigungsfähig.

Des Weiteren hat das BAS anknüpfend an seine bisherige Genehmigungspraxis darauf hingewiesen, dass die im Gefahrtarif festgesetzten Gefahrklassen für alle Unternehmen einer Tarifstelle gelten. Die Unternehmen werden regelmäßig zu Gewerbebezweigen zusammengefasst, von denen grundsätzlich mehrere eine Tarifstelle bilden. Letzterer ist eine Gefahrklasse zugeordnet. Insoweit ist es grundsätzlich nicht zulässig, für einzelne Gewerbebezweige oder gar Teile dieser innerhalb einer Tarifstelle abweichende Gefahrklassen festzusetzen. Ein an Gewerbebezweigen orientierter Gefahrtarif wird für ganze Gewerbebezweige einer Tarifstelle aufgestellt. Daher gilt für die einer Tarifstelle zugewiesenen Gewerbebezweige im Grundsatz die gleiche Gefahrklasse.

Aufsicht DGUV

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) hat im Berichtsjahr eine Überarbeitung der seit dem 1. November 2011 gültigen Fassung der UV-Kraftfahrzeughilferichtlinien vorgenommen, da auf Grund des Teilhabestärkungsgesetzes der in der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung

(KfzHV) geregelte Bemessungsbetrag für die Zuschusshöhe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges von bislang 9.500 Euro auf 22.000 Euro erhöht worden ist. Dies ist zum Anlass genommen worden, die UV-Kraftfahrzeughilferichtlinien insgesamt auf einen Überarbeitungsbedarf hin zu überprüfen.

Wesentliche Inhalte der vorgenommenen Anpassungen der zum 1. April 2022 in Kraft getretenen UV-Kraftfahrzeughilferichtlinien betrafen neben der vorgenannten Erhöhung des Bemessungsbetrags die weitere Annäherung an die gesetzlichen Grundlagen und an die Verwaltungspraxis bei Schwerstverletzten durch redaktionelle Änderungen oder klarstellende Ergänzungen.

Das BAS hat sämtliche Anpassungen als plausibel und nachvollziehbar beurteilt.

Weiterhin erfolgten Änderungen/Anpassungen im Bereich der Verträge. Diese regeln die Durchführung der Heilbehandlung der Versicherten und deren Vergütung einschließlich Abrechnung in der gesetzlichen Unfallversicherung. Vertragspartner sind einerseits die DGUV und die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) sowie andererseits die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigungen. Im Berichtsjahr hat das BAS mehrere Gebührenerhöhungen der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung sowie Änderungen des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger bewertet.

Zusätzlich fanden Gespräche mit der DGUV über die geplante Anpassung der Gemeinsamen Richtlinien in der Unfallversicherung über Reisekosten statt. Das BAS hat diesbezüglich auf aufsichtsrechtliche Beanstandungen im Zusammenhang mit der Parkgebührenerstattung hingewiesen und zur Rechtslage beraten.

Eingaben

Im Jahr 2022 sind im Bereich der Unfallversicherung 248 Eingaben und Petitionen eingegangen (zusätzlich 7 Eingaben im Bereich der SVLFG (LAK), s. Seite 53). Diese umfassten eine Vielzahl von Anliegen vielfältiger Themenbereiche und erstreckten sich auf die verschiedenen Gebiete des Leistungsrechts sowie des Mitgliedschafts- und Beitragswesens.

Trotz einer hohen Individualität der Anliegen wurde im Jahr 2022 seitens der Betroffenen erneut vermehrt eine „mangelnde und verzögerte Unterstützung“ im Bereich der Leistungserbringung durch die Unfallversicherungsträger kritisiert. Besonders auffällig war eine vermehrte Anzahl an Verzögerungen bei den Feststellungsverfahren zu Versicherungsfällen auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2.

Die Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 kann als Berufskrankheit anerkannt werden, wenn die versicherte Person im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war.

Wenn die Voraussetzungen einer Berufskrankheit nicht gegeben sind, die versicherte Person sich jedoch im Zusammenhang mit ihrer versicherten Tätigkeit infiziert hat, kann ein Arbeitsunfall vorliegen. Hierfür muss ein intensiver Kontakt mit einer infektiösen Person nachweislich stattgefunden haben. Vor allem Dauer und Intensität des Kontaktes sind hierbei ausschlaggebend.

Weitere Voraussetzung zur Anerkennung der Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 als Versicherungsfall ist das Vorhandensein von relevanten Krankheitserscheinungen wie beispielsweise Fieber oder Husten. Symptomlose Infektio-

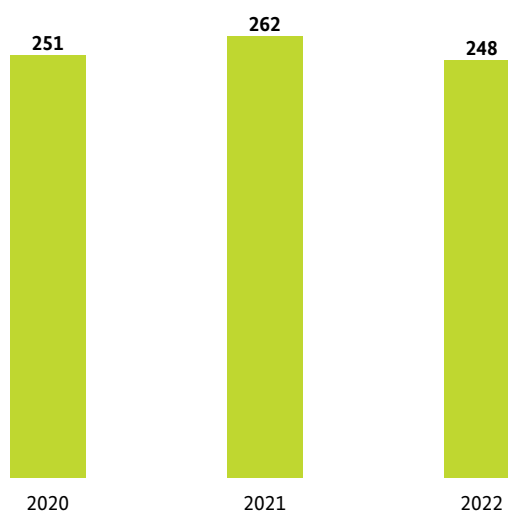
nen stellen somit keinen Versicherungsfall dar. Zudem muss die Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR-Tests nachgewiesen worden sein.

Die deshalb erforderlichen umfangreichen Ermittlungen und Prüfungen waren ein Grund für die Verzögerung der Bearbeitungsdauer für die Anerkennung oder Ablehnung der Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 als Versicherungsfall. Des Weiteren führten hohe Zahlen an Erkrankungen mit dem Virus zu einem erhöhten Arbeitsaufkommen bei den Unfallversicherungsträgern, welches generelle Verzögerungen bei der Bearbeitung auslöste.

Für solche Verzögerungen baten die Unfallversicherungsträger das BAS und die Betroffenen um Entschuldigung und sicherten zu, ihr Möglichstes für eine zukünftig zeitangemessene Bearbeitung zu tun.

Neben diesen Verzögerungen, gab es bei den aufsichtsrechtlich geprüften Fällen lediglich vereinzelt Grund zur Beanstandung. Es konnte mehrheitlich ein rechtmäßiges Verwaltungshandeln der Unfallversicherungsträger festgestellt werden.

Eingabenentwicklung Unfallversicherung



5.2 Prüfungen

Fortgeführt wurden die Prüfungen zum Stand der Fusionsumsetzung auf dem Gebiet des Leistungswesens, bei denen die Beratung an erster Stelle steht. Im Rahmen der Prüfung fiel z.B. folgende Problematik auf:

Die gewährten steuerfreien Sonntags-, Feiertags- und Nachtzuschläge sind dem Jahresarbeitsverdienst zuzurechnen, was bei der im Übrigen klaren

Orientierung an der Steuerpflicht eine Ausnahme darstellt. An einem Verwaltungsstandort blieb dies einige Jahre lang unberücksichtigt. Da der Jahresarbeitsverdienst eine wichtige Grundlage der Rentenberechnung darstellt, wurde dem Träger aufgegeben, alle relevanten Fälle, die in den letzten fünf Jahren entschieden wurden, rückwirkend zu überprüfen.



6. *Landwirtschaftliche Sozialversicherung*



Das BAS führt die Aufsicht über die „Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau“ (SVLFG). Die landwirtschaftliche Sozialversicherung stellt einen Sonderfall in der gesetzlichen Sozialversicherung dar. Unter dem Dach des Einheitsträgers finden sich sowohl die landwirtschaftliche Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pflegeversicherung als auch die Alterssicherung der Landwirte.

6.1 Themen der Aufsicht

Mitwirkungsangelegenheiten

Zur Satzung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau genehmigte das BAS im Berichtsjahr vier Nachträge.

Im Bereich der landwirtschaftlichen Unfallversicherung umfasste die beschlossene Satzungsänderung beitragsrechtliche Regelungen, zu deren Überprüfung die SVLFG entsprechend gesetzlicher Vorgaben verpflichtet ist.

Eingaben

Neben den bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung erfassten Eingaben erhielt das BAS im Berichtsjahr auch wieder Eingaben und Petitionen zur Alterssicherung der Landwirte. Diese beinhalteten überwiegend Fragen zum Rentenverfahren sowie zur Versicherungs- und Beitragspflicht.

6.2 Prüfungen

Witwen-, Witwer- und Waisenbeihilfe

Der Tod eines Menschen stellt für Familien einen entscheidenden Einschnitt dar. Den meisten Versicherten ist zwar bekannt, dass in Fällen, in denen ein Versicherter aufgrund eines Versicherungsfalls (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) verstirbt, die Unfallversicherung Hinterbliebenenleistungen in Form von Renten, Sterbegeld und ggf. Überführungskosten zahlt. In der gesetzlichen Unfallversicherung kann jedoch darüber hinaus beim Tod einer schwerverletzten Person (d.h. bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 oder mehr Prozent), die eine Rente bezogen hat und der Grund dafür nicht ursächlich auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ein Anspruch auf Gewährung einer einmaligen oder ggf. sogar einer laufenden Beihilfe bestehen.

Hierbei handelt es sich um einen Ausnahmetatbestand, da hier gerade kein wesentlicher Zusammenhang zwischen Versicherungsfall und Tod des Versicherten gefordert ist. Der Gesetzgeber rechtfertigt den Anspruch damit, dass der Ehegatte eines schwer verletzten Verstorbenen zu dessen Lebzeiten in der Regel von den Auswirkungen und Folgen des Versicherungsfalls mitbetroffen war.

Das BAS hat zunächst die Gewährung von 80 Beihilfen geprüft und aufgrund von aufgetretenen

Auffälligkeiten mehr als 1.000 weitere Fälle kursorisch gesichtet. Dabei ergaben sich in 33 Fällen Nachzahlungen für die Berechtigten.

Wegen der finanziellen Auswirkungen für die Betroffenen hat die landwirtschaftliche Unfallversicherung inzwischen eine gesonderte Arbeitsanweisung für die Bearbeitung von Beihilfen erarbeitet. Die Mitarbeitenden werden damit künftig bei der Bearbeitung und teilweise sehr komplexen Prüfung dieser Ansprüche unterstützt.

Mindestjahresarbeitsverdienst

Für Personen mit geringem Entgelt sieht das Gesetz einen Mindestjahresarbeitsverdienst (Mindest-JAV) vor, damit die auf Grundlage des Jahresarbeitsverdienstes errechneten Rentenleistungen ihre soziale Schutzfunktion erfüllen können.

Bei seiner Prüfung zum Thema Mindest-JAV hat das BAS vereinzelte Schwierigkeiten bei der Anpassung der vom Jahresarbeitsverdienst abhängigen Geldleistungen festgestellt.

Um ihre Mitarbeitenden bei einer korrekten Anpassung zu unterstützen, setzt die SVLFG künftig ein einheitliches Tool als Arbeitshilfe ein.



7. *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.

7.1 Finanzen

Geldanlagen der Sozialversicherungsträger zum Stichtag 31.12.2021

Das BAS führt als Rechtsaufsicht der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger jährliche Abfragen zu deren Geldanlagen durch. Es überprüft, ob die Sozialversicherungsträger die Anlagegrundsätze Sicherheit, Liquidität und angemessener Ertrag einhalten und die rechtlichen Vorgaben zu den einzelnen Anlagearten beachten. Die Sozialversicherungsträger verfügten Ende 2021 über insgesamt 74,8 Mrd. Euro an liquiden Mitteln. Ihr Geldanlagevolumen ist gegenüber 2020 (70,7 Mrd. Euro) um 4,1 Mrd. Euro gestiegen. Der größte Anteil der Geldanlagen (31,1 Mrd. Euro) entfiel auf die Rentenversicherungsträger DRV Bund und DRV Knappschaft-Bahn-See. Die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger verfügten über 29,4 Mrd. Euro, die weiteren Mittel in Höhe von 14,3 Mrd. Euro verteilten sich auf die bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

75 Prozent des Anlagevolumens (56,3 Mrd. Euro) entfällt auf Einlagen bei Kreditinstituten mit einer Laufzeit von bis zu 3 Jahren. Daneben haben die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger 7,9 Mrd. Euro (entspricht 10,6 Prozent) in Wertpapiere (Direktinvestments) und 9,7 Mrd. Euro (13 Prozent) in Investmentvermögen angelegt. Anteile an Investmentfonds werden von den bundesunmittelbaren Kranken- und Unfallversicherungsträgern überwiegend erworben, um ihrer gesetzlichen Verpflichtung zum Aufbau eines Kapitalstocks zur Deckung zukünftiger Altersversorgungsverpflichtungen nachzukommen.

Alle Sozialversicherungsträger haben 2021 die Einlagensicherungsgrenzen eingehalten. Wie schon im Vorjahr war jedoch bei einigen Krankenkassen die Risikostreuung der Geldanlagen zur Vermeidung des sogenannten Klumpenrisikos weiterhin verbesserungsbedürftig, ebenso wurde bei einigen Trägern der Erwerb von Anteilen an Investmentvermögen mit nicht rechtskonformen Anlagebedingungen festgestellt.

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 Träger zulässige, sichere und liquidierbare Anlagen erwerben und ein adäquates Anlage- und Risikomanagement durchführen. Mit dem 8. SGB IV Änderungsgesetz hat der Gesetzgeber dazu entsprechende Klarstellungen vorgenommen, die bei der Fortsetzung der Überprüfung der ordnungsgemäßen Anlage und Verwaltung der Mittel zugrunde gelegt werden.

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. Zur Orientierung stellt das BAS den Sozialversicherungsträgern auf seiner Webseite einen Leitfaden zur Verfügung, der die Durchführung der Verfahren erleichtern soll.

Durch die Prüfung der Bauvorhaben werden durchschnittlich 5 Prozent des beabsichtigten Investitionsvolumens eingespart werden. Im Kalenderjahr 2022 bearbeitete das BAS Baumaßnahmen, Grunderwerbe und Darlehen mit einem

Gesamtvolumen in Höhe von 624,9 Mio. Euro, was im Vergleich zum Volumen des Vorjahres (117,2 Mio. Euro) einen Anstieg von etwa einer halben Mrd. Euro bedeutet. Insgesamt führte das BAS die Aufsicht über 67 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von rund 1,6 Mrd. Euro.

Die Entwicklung der Investitionen im Immobilienbereich ist durch verschiedene Einflüsse gekennzeichnet. So ist seit der Corona-Pandemie ein Trend zu alternativen Bürokonzepten und mobilen Arbeitsformen festzustellen. Im Jahr 2022 verstärkte sich die Anspannung in der Baubranche durch steigende Baukosten und Lieferengpässe von Baumaterialien infolge des Angriffs Russlands auf die Ukraine. Soweit es den Antragstellern möglich ist, werden geplante Maßnahmen erneut überprüft und angepasst.

Schließlich führt die veränderte Energieversorgungssituation in Deutschland auch bei den Sozialversicherungsträgern zu einem steigenden Bedarf an energetischer Sanierung und nachhaltiger Immobilienentwicklung. Das BAS unterstützt diese Bemühungen und hat bereits im September 2021 mit einem Rundschreiben dazu aufgefordert, sich am Maßnahmenprogramm Nachhaltigkeit der Bundesregierung zu orientieren.

7.2 Personal- und Verwaltungsangelegenheiten

Nachhaltigkeit bei den Verwaltungen der Sozialversicherungsträger

Der Bund hat sich zum Ziel gesetzt, die Bundesverwaltung bis zum Jahr 2030 klimaneutral zu organisieren (§ 15 Abs. 1 Bundes-Klimaschutzgesetz – KSG). Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung am 25. August 2021 in Weiterentwicklung des Maßnahmenprogramms Nachhaltigkeit aus dem Jahr 2015 Maßnahmen für insgesamt zehn Bereiche beschlossen, um Nachhaltigkeit konkret im Verwaltungshandeln umzusetzen.

Obwohl eine direkte Verpflichtung zur klimaneutralen Organisation der Verwaltungstätigkeit lediglich für den Bereich der Bundesverwaltung besteht, hat das BAS die seiner Rechtsaufsicht unterstehenden Träger der Sozialversicherung gebeten, dass auch diese ihre Verwaltungstätigkeit klimaneutral organisieren und sich an dem o.g. Maßnahmenprogramm der Bundesregierung orientieren.

Das BAS führte im Berichtsjahr bei den bundesunmittelbaren Krankenversicherungen, den beiden Rentenversicherungsträgern DRV Bund und DRV KBS sowie der SVLFG erstmalig eine Abfrage durch und verschaffte sich damit einen allgemeinen Überblick, ob und ggf. welche Maßnahmen diese Träger zur Gewährleistung eines nachhaltigen Verwaltungshandelns bereits veranlasst haben.

Die durchgeführte Umfrage zeigte, dass die Sozialversicherungsträger bereits frühzeitig eigeninitiativ die Grundlagen für nachhaltiges Verwal-

tungshandeln gelegt hatten. Bezogen auf die Bereiche des Maßnahmenprogramms der Bundesregierung werden in den Handlungsfeldern Mobilität, Gesundheit, Vereinbarkeit von Familien-/Pflegeaufgaben mit Beruf sowie Diversität bisher die meisten eigenen Maßnahmen durch die Träger umgesetzt. So liegt beispielsweise im Bereich Mobilität der Schwerpunkt auf der Schaffung von umwelt- und klimafreundlicherer Mobilität insbesondere durch die konsequente Umsetzung des Grundsatzes der Reisevermeidung, das Anbieten von ortsunabhängigem Arbeiten, die Umstellung auf E-Mobilität sowie der verstärkten Förderung von Nahverkehr und Fahrradnutzung. Auch im Bereich Klimaneutralität werden bereits größtenteils eigene Maßnahmen zur Reduktion von Treibhausgasemissionen umgesetzt. Häufig genannte Maßnahmen seitens der Träger sind hier der Bezug von Ökostrom, Green-IT oder Strom- und Wassereinsparungen.

Ein Großteil der Träger hat auch organisatorische Maßnahmen veranlasst, um entsprechende Nachhaltigkeitsaspekte im Verwaltungshandeln zu berücksichtigen. Sei es durch die Einrichtung eigener Organisationseinheiten, die sich mit Nachhaltigkeit befassen oder dadurch, dass sie ihre Beschäftigten allgemein auf nachhaltige Verfahrensweisen hinweisen.

Insgesamt ist festzustellen, dass sich die Mehrheit der Sozialversicherungsträger am Maßnahmenprogramm der Bundesregierung orientiert oder dies in nächster Zeit beabsichtigt. Insofern leisten die bundesunmittelbaren Träger der Sozialversicherung schon jetzt einen wichtigen Beitrag, die Verwaltung bis 2030 klimaneutral zu organisieren.

Implementierung von Compliance Management Systemen bei den Sozialversicherungsträgern

Das BAS hat bei den bundesunmittelbaren Krankenversicherungen, den beiden Rentenversicherungsträgern DRV Bund und DRV KBS sowie der SVLFG auch eine Abfrage zur Einführung von Compliance Management Systemen (CMS) durchgeführt. Unter „Compliance“ ist das von Organisationen grundsätzlich nachweisbare, fortwährende Einhalten von Gesetzen, Standards, internen und vertraglichen Regelungen, freiwilligen Kodizes, Richtlinien und weiteren schriftlich dokumentierten Rahmenbedingungen zu verstehen. Wie alle Sozialversicherungsträger sind auch die dem BAS unterstehenden Sozialversicherungsträger als Körperschaften des öffentlichen Rechts an die Einhaltung von Recht und Gesetz gebunden. Das Ziel eines CMS ist es, die Einhaltung von Gesetzen und internen Richtlinien der Organisation sicherzustellen, zu prüfen und zu fördern.

Ein Großteil der Träger verfügt über Systeme, welche zum Ziel haben, ein wirksames internes Kontroll- und Risikomanagement sicherzustellen. Das BAS hat allerdings festgestellt, dass die wenigsten Sozialversicherungsträger die von ihnen als „CMS“ bezeichneten Verfahrensweisen nach einem der gültigen Standards haben zertifizieren lassen.

Das BAS geht davon aus, dass die Sozialversicherungsträger im weiteren Umfang CMS implementieren und auch zertifizieren lassen werden. Vor dem Hintergrund der von den Sozialversicherungsträgern vielfach abgeschlossenen D&O-Versicherungen (Directors and Officers Versicherungen) erscheint dies auch zwingend erforderlich, da der Versicherungsschutz von derartigen Versicherungen zumeist das Vorhandensein konkreter Schutzmechanismen zur Verhinderung sowie Mi-

nimierung von Schäden voraussetzt, was wiederum ein (zertifiziertes) CMS darstellen kann.

Einführung von Hinweisgeberschutzsysteme

Neben der Einführung eines Compliance Management Systems haben im Berichtsjahr 2022 viele Sozialversicherungsträger bereits ein zertifiziertes Hinweisgebersystem zur Umsetzung der EU-Hinweisgeberrichtlinie implementiert, obwohl ein nationales Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG) im Jahr 2022 noch nicht in Kraft getreten war. Ein Hinweisgebersystem soll die Möglichkeit der anonymen Anzeige von Verstößen und Missständen bei den Sozialversicherungsträgern ermöglichen.

Dienstherrenfähigkeit für die Berufsgenossenschaften und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Mit Ablauf des 31. Dezembers 2022 wurde das Dienstordnungsrecht bei den Berufsgenossenschaften und der SVLFG geschlossen. Zum 1. Januar 2023 haben die betroffenen Träger im Gegenzug die Dienstherrenfähigkeit erhalten, also die Fähigkeit, Beamtinnen und Beamte zu ernennen. Das war erforderlich, weil die Berufsgenossenschaften und die SVLFG auch hoheitliche Aufgaben im Rahmen der Eingriffsverwaltung wahrnehmen und diese Aufgaben grundsätzlich Beamtinnen und Beamten vorbehalten sind. Dabei sollen diese bei den meisten Berufsgenossenschaften nicht mehr als 20 Prozent der Gesamtbelegschaft ausmachen.

Die betroffenen Träger können erst dann Beamtenverhältnisse begründen, wenn ihre Satzungen die neue Rechtslage widerspiegeln. Deshalb wurde die Mustersatzung der DGUV in Zusammenarbeit mit dem BAS angepasst. Parallel dazu führte

das BAS die Prüfung bereits eingereichter Satzungsänderungen durch. Zum Jahresende mussten außerdem kurzfristig zahlreiche Grundsatzfragen geklärt, sowie Rechtsverordnungen und Rundschreiben angepasst werden. So war das BAS an Änderungen der Ernennungsanordnung von Beamtinnen und Beamten im Geschäftsbereich des BMAS und der Bundeslaufbahnverordnung beteiligt. Hierbei ging es um die Einrichtung eines fachspezifischen Vorbereitungsdienstes für den gehobenen nichttechnischen Dienst des Bundes in der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Außerdem war das BAS in das Rundschreiben des BMI über die Zusätze zu den Grundamtsbezeichnungen in der B-Besoldung eingebunden.

Zudem wurde durch das 8. SGB IV Änderungsgesetz ein Genehmigungsvorbehalt für die Stellenpläne der Beamtinnen und Beamten eingeführt. Das BAS hat damit nun die Stellenpläne für Beamtinnen und Beamte ebenso zu genehmigen wie die der verblieben Dienstordnungsangestellten. Bereits Ende 2022 legten deshalb fast alle Berufsgenossenschaften kombinierte Stellenpläne vor. Diese prüfte das BAS ebenso wie die zugrunde gelegten Personalbedarfsermittlungen.

Aufsicht über die Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger

Die Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger (sv:dok) wurde 2009 durch Träger der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung als Arbeitsgemeinschaft errichtet, um die über 125-jährige Geschichte der Sozialversicherung zu erforschen und zu dokumentieren.

Die Aufsicht über die sv:dok hatte das BAS zum Jahresanfang vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) übernommen, da zu diesem Zeitpunkt mehr als die Hälfte der Mitglie-

der der Arbeitsgemeinschaft bundesunmittelbare Träger waren.

Der Rechnungsprüfungsausschuss des Bundestages (RPA) hat sich Mitte 2022 mit den Ergebnissen einer Prüfung der sv:dok durch den Bundesrechnungshof (BRH) beschäftigt (BT-Drs.20/2682 sowie BT-Drs.20/180). Dieser war zu dem Schluss gekommen, die Arbeitsgemeinschaft generiere ihre Einnahmen vor allem durch Tätigkeiten, die für sie weder vorgeschrieben noch zugelassen seien. Sozialversicherungsträger dürften auch über ihre Arbeitsgemeinschaften nur die nach dem Sozialgesetzbuch erlaubten Aufgaben wahrnehmen und aus ihren Versicherungsbeiträgen sowie den Bundeszuschüssen finanzieren. Die Tätigkeitsfelder der sv:dok, Forschung und Archivierung, seien davon nicht gedeckt.

Daraufhin hat das BAS die Sach- und Rechtslage bezüglich dieser Feststellungen geprüft. Im Rahmen seiner Prüfung kam das BAS zu dem Schluss, dass die Tätigkeit der Arbeitsgemeinschaft zwar teilweise gesetzeskonform ist, diese aber auch Aufgaben wahrnimmt, die sich außerhalb des erlaubten Rahmens befinden. Das BAS erarbeitete Maßstäbe, wie die sv:dok rechtskonform tätig sein kann. Die Prüfungsergebnisse fanden die Zustimmung sowohl des BRH als auch des RPA.

Zum 1. Januar 2023 sind mehrere bundesunmittelbare Träger aus der sv:dok ausgeschieden. Seitdem steht die Mehrheit der verbliebenen Träger nicht mehr unter der Aufsicht des BAS, so dass nun das MAGS NRW wieder die für die Arbeitsgemeinschaft zuständige Aufsichtsbehörde ist. Das BAS hat das MAGS NRW über die Ergebnisse seiner Prüfung und die getroffenen Feststellungen informiert. Gegenüber den verbliebenen bundesunmittelbaren Mitgliedern der sv:dok wird das BAS weiterhin die Aufsicht bezüglich dieser Mitgliedschaft wahrnehmen und die Einhaltung der aufgestellten Maßstäbe überwachen.

7.3 Selbstverwaltung

Beschlussfassung in Corona-Zeiten

Selbstverwaltungsorgane sind in der Regel beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist (§ 64 Absatz 1 Satz 1 SGB IV). Es gilt das sogenannte Präsenzprinzip. Im Zuge der Corona-Pandemie wurde den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherungsträger vorübergehend ermöglicht, Beschlüsse schriftlich ohne Sitzung zu fassen und erforderliche Beratungen vor Beschlussfassungen im Wege von Online- oder Videokonferenzen vorzunehmen (§ 64 Absatz 3a SGB IV). Mit dieser Maßnahme hat der Gesetzgeber die Funktions- und Handlungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger auch unter veränderten Rahmenbedingungen sichergestellt. Die zunächst bis zum 30. September 2020 befristete Regelung wurde aufgrund der anhaltenden dramatischen Corona-Lage mehrmals verlängert, zuletzt über das COVID-19 Schutzgesetz vom 16. September 2022. Danach gilt die Regelung nun bis zum 31. Dezember 2023.

Über das 8. SGB IV-Änderungsgesetz vom 20. Dezember 2022 hat der Gesetzgeber nun eine vergleichbare Dauerregelung, die es vorher schon für Vertreterversammlungen gab, auf die besonderen Ausschüsse erweitert. Im Unterschied zur zeitlich befristeten Maßnahme müssen Sozialversicherungsträger für die Vertreterversammlungen und besonderen Ausschüsse entsprechende Regelungen in ihren Satzungen aufnehmen (§ 64 Absatz 3 SGB IV). Unter bestimmten Voraussetzungen, wenn einer schriftlichen Abstimmung widersprochen wird, sieht die Neuregelung vor, dass über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung beraten und abgestimmt werden muss. Das Ge-

setz ist am 1. Januar 2023 in Kraft getreten. Mit Blick auf die noch geltende Übergangsregelungen haben die Träger nunmehr ein Jahr Zeit, entsprechende Satzungsregelungen zu fassen.

Zudem beabsichtigt die Bundesregierung im Zusammenhang mit dem „Maßnahmenprogramm von Bund und Ländern für Bürokratieabbau und Verwaltungsmodernisierung“, sich allgemein mit der Frage zu befassen, inwieweit Sitzungen und Beschlussfassungen bei Wahrung der Rechtssicherheit, Vertraulichkeit und Authentizität der Teilnehmer als adäquater Ersatz für Präsenzsitzungen künftig auch digital durchgeführt werden können.

Anpassung der allgemeinen Verwaltungsvorschrift für die Vorstandsvergütungen

Abschluss, Verlängerung oder Änderung eines Vorstandsdiensvertrages bedürfen um wirksam zu werden, der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde (§ 35a Absatz 6a SGB IV). Im Berichtsjahr hat das BAS als zuständige Rechtsaufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen 70 formelle Zustimmungsbescheide erlassen.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben in ihrer gemeinsamen Arbeitstagung im Mai 2022 eine Anpassung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Vorstands- und Geschäftsführerverträge im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen. Insbesondere wurden einheitliche Grundsätze zu der Zahlung von Übergangsgeld, der Berücksichtigung von Beitragszuschüssen zur berufsständischen Versorgung sowie der Absicherung des biometrischen Risikos „Krankheit“ abgestimmt.

Die aktuelle Fassung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zu § 35a Absätze 6 und 6a SGB IV

samt Anlagen stehen auf der Webseite des BAS zur Verfügung.

7.4 Gerichtsverfahren

Für das Jahr 2022 sind insgesamt 23 neue Gerichtsverfahren unter Beteiligung des BAS zu verzeichnen. Diese unterteilen sich in 20 Klage- und drei vorläufige Rechtsschutzverfahren. Gegenüber dem Vorjahr ist die Anzahl neuer gerichtlicher Verfahren dabei deutlich zurückgegangen (2021: 48 neue Rechtsstreite). In allen neuen Verfahren ist das BAS auf der Beklagtenseite beteiligt.

Wie im Vorjahr betraf eine leichte Mehrzahl der neuen Rechtsstreite Entscheidungen des BAS als Verwaltungsbehörde (zwölf der 23 neuen Rechtsstreite), während im Zusammenhang mit der Zuständigkeit des BAS für Aufsichts- und Mitwirkungsangelegenheiten elf Bescheide beklagt wurden.

In 20 Klage- und vorläufigen Rechtsschutzverfahren ergingen gerichtliche Entscheidungen (Urteile und Beschlüsse), wobei sieben Urteile bzw. Beschlüsse durch die Landessozialgerichte ergingen, sechs Rechtsstreite durch die Sozialgerichte, fünf Rechtsstreite durch ein Verwaltungsgericht und ein Rechtsstreit durch ein Landgericht entschieden wurden. In 14 Fällen wurde dabei die jeweili-

ge Rechtsauffassung des BAS bestätigt. Zehn Verfahren wurden dadurch rechtskräftig beendet. Das Bundessozialgericht hat zudem in einem Rechtsstreit eines Petenten letztinstanzlich entschieden und zugunsten des BAS geurteilt.

In 16 gerichtlichen Verfahren erfolgte überdies die Beendigung auf nichtstreitigem Weg (12 Rechtsmittelrücknahmen, zwei Erledigungserklärungen, ein Vergleich, eine Verfahrensbeendigung im vorläufigen Rechtsschutzverfahren aufgrund einer Entscheidung im Hauptsacheverfahren).

In der Summe stehen somit 23 neuen gerichtlichen Verfahren 26 erledigte Rechtsstreite gegenüber. Dementsprechend hat sich der Bestand der Rechtsstreite, an denen das BAS beteiligt ist, von 101 Fällen am Anfang des Jahre 2022 auf 98 Fälle am Ende des Jahres leicht verringert.

7.5 Vergaberecht

Russland-Sanktionen im Bereich der Vergabe öffentlicher Aufträge und Konzessionen

Vor dem Hintergrund des russischen Angriffskrieges gegen die Ukraine hat die EU in mehreren Tranchen Wirtschafts- und Finanzsanktionen gegen Russland beschlossen. So betrifft die Verordnung (EU) 2022/576 vom 8. April 2022 die Vergabe und die Ausführung öffentlicher Aufträge und Konzessionen ab Erreichen der EU-Schwellenwerte nach § 106 GWB unmittelbar (ohne weitere nationale Umsetzungsrechtsakte).

Gegenstand der Sanktionen nach Artikel 5k der Verordnung sind zum einen ein seit dem 9. April 2022 geltendes Zuschlagsverbot für noch nicht abgeschlossene Vergabeverfahren und zum anderen das Verbot, bereits vergebene Aufträge ab dem 11. Oktober 2022 weiter zu erfüllen (Vertragserfüllungsverbot). Betroffen sind Personen oder Unternehmen, die nach der Vorschrift Russland zuzuordnen sind, unmittelbar als Bewerber oder

Bieter auftreten oder als Unterauftragnehmer, Lieferanten oder im Zusammenhang mit der Erbringung des Eignungsnachweises an dem in Rede stehenden Auftrag beteiligt sind. Darüber hinaus müssen mehr als 10 Prozent des Auftragswertes auf das betroffene Unternehmen entfallen.

Das BAS hat in mehreren Rundschreiben an die seiner Aufsicht unterstehenden Sozialversicherungsträger auf die neue Rechtslage hingewiesen. Zusätzlich hat das BAS die Sozialversicherungsträger über die Rundschreiben des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz vom 14. April und 24. Juni 2022 informiert. Dabei wurde zu Orientierungszwecken unter anderem ein Muster einer Eigenerklärung zur Vorlage durch Bewerber und Bieter zur Verfügung gestellt. Daneben sind Praxishinweise zum Umgang mit Preissteigerungen in der öffentlichen Auftragsvergabe (Liefer- und Dienstleistungen) vor dem Hintergrund des russischen Angriffskrieges auf die Ukraine gegeben worden.

7.6 Internationales Sozialversicherungsrecht

Kostenerstattung von COVID-19 Arzneimitteln im Ausland

Bestimmte Arzneimittel können helfen, den Verlauf einer COVID-19 Erkrankung abzumildern. Die Kosten für diese sogenannte COVID-19 Arzneimittel werden in Deutschland zentral vom Bund übernommen. COVID-19 Arzneimittel gehören jedoch nicht zum Leistungskatalog der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Daher ist eine Beteiligung deutscher Krankenkassen an den von Versicherten in einem anderen Mitgliedstaat der EU, des EWR oder in der Schweiz selbst finanzierten Kosten der COVID-19 Arzneimittel in der Regel nicht möglich. Jedoch haben deutsche Krankenkassen über eine Anfrage beim ausländischen Krankenversicherungsträger abzuklären, ob die von den Versicherten im europäischen Ausland selbst gezahlten COVID-19 Arzneimittel zum dortigen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zählen. Bestätigt der ausländische Krankenversicherungsträger die Zugehörigkeit zu seinem Leistungskatalog, hat sich die deutsche Krankenkasse an den Selbstbeschaffungskosten in Höhe der mitgeteilten ausländischen Krankenkassensätze zu beteiligen.

Das BAS setzte sich in diesen Fällen für die Auszahlung des Erstattungsbetrages an die Versicherten ein.

Erhebung von Krankenversicherungsbeiträgen aus überobligatorischen Leistungsanteilen der schweizerischen Pensionskassen

Die Beiträge für überobligatorische Leistungsanteile der schweizerischen Pensionskassen an die bundesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen bot im Berichtszeitraum wiederholt Anlass für Beschwerden der Versicherten.

Das schweizerische System der Altersvorsorge setzt sich aus drei Säulen zusammen. Die erste Säule, die sogenannte staatliche Vorsorge über Leistungen der schweizerischen Alters- und Hinterlassenenversicherung, soll den Altersvorsorgegrundbedarf der Bevölkerung absichern. Die zweite Säule, die sogenannte berufliche Vorsorge über Leistungen der schweizerischen Pensionskassen, soll erwerbstätigen Personen ermöglichen, im Alter ihren gewohnten Lebensstandard in einer angemessenen Weise weiterzuführen. Zu diesem Zweck bilden die Pensionskassen über Beiträge ein individuelles Altersguthaben für ihre Versicherten. Die an die Pensionskassen zu zahlenden Beiträge setzen sich regelmäßig aus einem gesetzlich vorgeschriebenen (obligatorischen) Mindestbeitragsanteil und einem darüberhinausgehenden freiwilligen (überobligatorischen) Zusatzbeitragsanteil zusammen. Im Leistungsfall wird dann in der Regel das Altersguthaben von der Pensionskasse in eine lebenslange Rente umgewandelt. Mit der dritten Säule, der privaten Selbstvorsorge, können letztlich über die Leistungen der 1. und 2. Säule nicht gedeckte zusätzliche individuelle Bedürfnisse über besondere Kapitalanlageformen abgesichert werden.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 28. Juni 2019 (Aktenzeichen: B 12 KR 32/19 R) entschieden, dass der auf überobligatorischen Beiträgen beruhende Leistungsanteil einer schweizerischen Pensionskasse nicht zu den Leistungen der privaten Altersvorsorge gehört und daher von deutschen Kranken- bzw. Pflegekassen bei der Bemessung der Beiträge zugrunde zu legen ist. Die sich für die Höhe der Beitragserhebung daran anschließende Frage, ob die ausländische überobligatorische Leistung einer gesetzlichen deutschen Rente oder einem vergleichbaren deutschen Versorgungsbezug entspricht, hat das BSG jedoch nicht entschieden. Von dieser Unterscheidung hängt allerdings ab, ob ein halber oder ganzer Beitragssatz zu zahlen ist. Denn für gesetzliche Renten ist anders als für Versorgungsbezüge nur ein halber Beitragssatz zu zahlen. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt seinen Mitgliedskassen, den überobligatorischen Leistungsanteil der schweizerischen Pensionskassen als gesetzliche Rente einzuordnen, so dass nur ein halber Beitragssatz vom Versicherten zu zahlen ist.

Nichtüberweisung des Sterbequartalsvorschusses an im Ausland wohnhafte Hinterbliebene

Die Auszahlung von Renten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung an die im In- und Ausland lebenden Berechtigten erfolgt durch den Renten Service der Deutschen Post AG. Um eine möglichst zuverlässige und effiziente Zahlung der einzelnen Renten sicherzustellen, existieren verschiedene gesetzliche Bestimmungen, die u. a. den Ablauf des Rentenzahlverfahrens beim Renten Service regeln. Hiernach ist beim Tod der rentenbeziehenden Person die Rentenzahlung einzustellen. Zur Abmilderung der finanziellen Folgen für hinterbliebene Ehe- oder Lebenspartner, kann der Renten Service die bisherige Rente der verstorbenen Person für drei Monate als Vorschuss auf eine

Hinterbliebenenrente (sogenannte Sterbequartalsvorschuss) auszahlen. Jedoch setzt die Auszahlung des Sterbequartalsvorschusses neben einem Antrag auf die Vorschusszahlung sowie auf eine Hinterbliebenenrente voraus, dass die Hinterbliebenen ihren Wohnsitz in Deutschland haben. Daher wird Hinterbliebenen mit Wohnsitz im Ausland der auf den Sterbequartalsvorschuss entfallende Betrag nicht im Vorhinein der Rentenbewilligung ausbezahlt. Stattdessen erhaltenen die Hinterbliebenen diesen als Nachzahlung, wenn die Hinterbliebenenrente bewilligt worden ist.

Das BAS stellte fest, dass diese Praxis, wiederholt Anlass für Beschwerden von im Ausland wohnhaften Hinterbliebenen bot.

Umfang der medizinischen Aushilfeleistungen der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung für im Ausland versicherte und leistungsberechtigte Personen

Unter welchen Voraussetzungen in einem anderen Mitgliedstaat der EU, des EWR oder der Schweiz (Mitgliedstaaten) versicherte Personen bei Wohnsitz oder vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland die zur Behandlung einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalles notwendige medizinische Versorgung aushilfsweise von den Trägern der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung erhalten können, bestimmen die Regelungen des innerhalb der Mitgliedstaaten geltenden überstaatlichen Rechts. Diese sehen vor, dass die in einem anderen Mitgliedstaat versicherten Personen gegenüber den deutschen Berufsgenossenschaften Anspruch auf die besonderen medizinischen Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten haben, so als ob sie nach deutschem Recht unfallversichert wären (sogenannte Sachleistungsaushilfe). Die Kosten der aushilfsweisen erbrachten medizinischen Sachleistungen werden den deutschen Berufsgenossenschaften

von den weiterhin zuständigen ausländischen Versicherungsträgern erstattet. Geldleistungen, wie beispielsweise Verletztengeld, sind hingegen nicht von den besonderen Aushilfeleistungen erfasst, da diese entsprechend den Vorgaben des überstaatlichen Rechtes vom zuständigen ausländischen Unfallversicherungsträger zu zahlen sind.

Der Umfang der Sachleistungsaushilfegewährung, insbesondere die Nichtzahlung von Geld-

leistungen, durch die Träger der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung bot vereinzelt Anlass zu Beschwerde von im Ausland versicherten Personen. Soweit den in anderen Mitgliedstaaten Versicherten Leistungen im Einzelfall zu Unrecht verwehrt wurden, setzte sich das BAS für die ordnungsgemäße Umsetzung der Sachleistungsaushilfegewährung durch die Berufsgenossenschaften ein.

8. *Digitalisierung in der Sozialversicherung*

8.1 Der Digitalausschuss im BAS

Seit dem Jahr 2017 bietet das BAS den bundesunmittelbaren Trägern eine zentrale Anlaufstelle für Fragen und Anregungen rund um das Thema Digitalisierung in der Sozialversicherung. Im Vordergrund steht dabei häufig die zentrale Frage, ob digitale Vorhaben der Träger rechtskonform sind. Im Zentrum der Beratungen stehen leistungrechtliche, datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und verwaltungsökonomische Fragestellungen.

Neben der zentralen Anlaufstelle für die bundesunmittelbaren Träger unterstützt der Digitalausschuss auch die abteilungsübergreifende Abstimmung und Koordination im BAS. In den 14-tägig stattfindenden Sitzungen können digitale Entwicklungen im Aufsichtsbereich aus den unterschiedlichen Fachdisziplinen gemeinsam bewertet und etwaige Maßnahmen abgestimmt werden.

Insoweit spiegelt sich der querschnittliche Ansatz der Digitalisierung in der internen Organisation der Abläufe im BAS wider. Dieses Konzept hat sich über die Jahre bewährt und wird fortgeführt. Die Diskussionen im Digitalausschuss haben deutlich gezeigt, dass ein Fortschritt in der Digitalisie-

rung – auch in der Sozialversicherung – nur gelingen kann, wenn das Silodenken überwunden und Lösungen bereichsübergreifend angegangen werden. Hierzu will das BAS mit dem Digitalausschuss einen Beitrag leisten.

Statistik des Digitalausschusses

Die Kennzahlen in der folgenden Tabelle zeigen die zahlenmäßige Entwicklung der Beratungen im Digitalausschuss. Die bereits im letzten Jahr zu erkennenden Tendenzen setzen sich fort. So verfestigt sich der Eindruck, dass der Informations- und Abstimmungsbedarf zu dem Einsatz technologischer Basisinnovationen zurückgeht. Digitale Lösungen im Schnittstellenbereich zu den Versicherten – wie z.B. Onlinegeschäftsstellen und Service-Apps – sind im Aufsichtsbereich weit fortgeschritten und der Beratungsbedarf diesbezüglich geht weiter zurück. Nunmehr stehen eher Fragen zu Prozessoptimierungen und den Grenzen der Automatisierung, dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz und der datenschutzkonforme Einsatz von Cloud-Lösungen im Zentrum der Beratungen.

Statistik des Digitalausschusses

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

8.2 Themenfelder im Digitalausschuss

Ersetzendes Scannen von Papierrezepten bei der Digitalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Das elektronische Rezept konnte sich im Jahr 2022 nicht flächendeckend durchsetzen, so dass Ärzte und Ärztinnen in den überwiegenden Fällen weiterhin Papierrezepte ausstellen. Die Aufbewahrung der Papieroriginale stellt eine hohe finanzielle und organisatorische Belastung für die Leistungserbringer und die Krankenkassen dar. Aus diesem Grund beschäftigte sich das BAS mit dem „ersetzenden Scannen“ von Papierrezepten.

Beim „ersetzenden Scannen“ wird das Papierrezept unter Einhaltung von konkreten technischen Vorgaben in eine elektronische Datei umgewandelt. Anschließend kann das Papierrezept entsorgt werden. Die Krankenkassen und Leistungserbringer nutzen dann nur noch die Rezept-Datei zur weiteren Bearbeitung. Die elektronische Rezept-Datei hat das Papierrezept ersetzt und wird dann wie ein Original behandelt.

Das BAS befasste sich hierbei mit der Frage, ob Leistungserbringer – wie zum Beispiel Sanitätshäuser – eigenverantwortlich ohne Einbindung der Krankenkassen Papierrezepte in elektronische Dateien umwandeln und das Papierrezept entsorgen dürfen. Es kam in dieser Frage zu dem Ergebnis, dass nach den derzeit geltenden gesetzlichen Regeln nur Krankenkassen ein ersetzendes Scannen von Papierrezepten unter gleichzeitigem Vernichten der Originalbelege durchführen können. Allerdings dürfen Krankenkassen das Scannen auf einen externen Dienstleister oder auch auf einen Leistungserbringer übertragen, so lange die Verantwortung bei den Krankenkassen verbleibt und diese ihrer Verantwortung durch entsprechende

Kontrollen auch gerecht werden. Die Krankenkassen müssen dabei die rechtlichen Anforderungen, die an das Auslagern von Aufgaben gestellt werden, beachten. Das BAS hat hierzu eine Zusammenfassung des Prüfergebnisses auf seiner Webseite unter dem Thema Digitalausschuss/Digitalisierung im Rechnungswesen veröffentlicht.

Digitalisierung in der DRV Bund

Der Digitalausschuss des BAS verfolgt auch die Digitalisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Hierzu finden regelmäßige Jour fixe mit dem *Chief Digital Officer* der DRV Bund statt. Gegenstand ist insbesondere die Umsetzung der Digitalstrategie der DRV Bund. Die zugrunde liegende Herangehensweise der DRV Bund ist vorbildhaft. Die Digitalstrategie ist in strategische Zielbereiche gegliedert, zum Beispiel in die Zielbereiche Kundinnen und Kunden und Mitarbeitende. Hiervon ausgehend werden konkrete operative Ziele abgeleitet, zum Beispiel Kundeneinbindung, Videoberatung, Prozessautomation. Von diesen Zielen sind rund 80 Einzelmaßnahmen abgeleitet worden, die sich in der Umsetzung befinden, zum Beispiel das neue Kundenportal sowie der sogenannte Digitalcheck. Der jeweilige Umsetzungsstand und die Fortschritte zu diesen Maßnahmen werden transparent auf einem speziellen Dashboard allen Mitarbeitenden sichtbar gemacht.

Der Austausch im vorliegenden Berichtsjahr fokussierte auch digitale Lösungen, mit denen die teilweise verzögerte Bearbeitung von Leistungsanträgen unterstützt werden soll (vgl. zu den Bearbeitungszeiten Kapitel 4.1). So wurden einige Prozesse mithilfe sogenannter *Robotic Process Automation* (RPA) teilautomatisiert. Auch wenn

sich die Automatisierbarkeit nur auf klar abgegrenzte Teil-Arbeitsschritte bezieht und nicht auf ganze Fachprozesse, konnten Aufwände insbesondere durch monotone „Click-Arbeit“ deutlich reduziert werden. Diese Potenziale sollen für die Übergangszeit weiter ausgeschöpft werden, bis eine grundlegende Überarbeitung des Kernsystems rvSystem erfolgt ist.

Leitlinien zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) in der Sozialverwaltung

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat im Mai 2021 das Netzwerk „KI in der Arbeits- und Sozialverwaltung“ ins Leben gerufen. Das BAS ist Mitglied in diesem Netzwerk und hat gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern von rund 20 Behörden und Sozialversicherungsträgern Herausforderungen und Potenziale von KI-Anwendungen in der Arbeits- und Sozialverwaltung diskutiert.

Auch der Digitalausschuss des BAS befasst sich seit einiger Zeit mit Anfragen zum Einsatz von

Anwendungen der künstlichen Intelligenz (siehe hierzu auch den letzten Tätigkeitsbericht des BAS unter Kapitel 8.2 und die Webseite des BAS unter Themen Digitalausschuss). Die aus der Aufsichtsperspektive gesammelten Erfahrungen und Herausforderungen hat das BAS in das Netzwerk eingebracht. Ziel war es, praxisnahe und anwendungsorientierte Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, um bei der Einführung von KI-Anwendungen der besonderen Verantwortung der Arbeits- und Sozialverwaltung gerecht zu werden.

Das Ergebnis liegt nun vor. In Form von selbstverpflichtenden Leitlinien werden konkrete Handlungsempfehlungen für den verantwortungsvollen und menschenzentrierten KI-Einsatz in der Arbeits- und Sozialverwaltung gegeben. Das BAS empfiehlt, diese Leitlinien bei einem Einsatz von KI-Anwendungen im Aufsichtsbereich zu berücksichtigen. Die Leitlinien sind auf den Internetseiten der Denkfabrik des BMAS (www.denkfabrik-bmas.de) und auf der Webseite des BAS unter der Rubrik Themen/Digitalausschuss/KI veröffentlicht.

8.3 Informationstechnik im Aufsichtsbereich

Aktuelle Entwicklungen im KRITIS-Bereich

Sieben große Sozialversicherungsträger sind bisher im Aufsichtsbereich des BAS Betreiber Kritischer Infrastrukturen im Sinne des BSI-Gesetzes. Hierbei handelt es sich um für das Gemeinwesen bedeutsame Institutionen, bei deren Ausfall Versorgungsengpässe für die Bevölkerung oder Beeinträchtigungen der öffentlichen Sicherheit zu befürchten wären.

Diese betroffenen Sozialversicherungsträger müssen ihre IT-Strukturen unter Berücksichtigung des Standes der Technik absichern und dies gegenüber dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik alle zwei Jahre nachweisen. Das BAS begleitet die entsprechenden Institutionen hierbei.

Im Jahr 2022 hat das BAS fünf Prüfungen im Themenfeld abgeschlossen. Im Fokus standen die Abarbeitung der im Zuge der letzten Nachweisprüfung festgestellten Abweichungen sowie die Melde- und Informationsprozesse. Zudem wurde – in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales – ein fachspezifisches Treffen zum Erfahrungsaustausch organisiert. Dieses Format fördert sowohl den kooperativen Austausch unter den betroffenen Sozialversicherungsträgern als auch den partnerschaftlichen Dialog mit den Aufsichten.

Ferner hat das BAS auch in diesem Jahr Sozialversicherungsträger auf Anfrage fachlich beraten, die IT-Sicherheitslage beobachtet und bei der Eigenschaftsfeststellung branchenspezifischer Sicherheitsstandards mitgewirkt.

Aufsicht über das Gemeinsame Rechenzentrum der Deutschen Rentenversicherung (RZ-DRV)

Zum 1. April 2022 wurde dem BAS durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Führung der Aufsicht über den Betrieb des RZ-DRV übertragen.

Bereits unmittelbar im Anschluss ist ein reger Austausch mit dem bei der DRV Bund zuständigen Geschäftsbereich sowohl zu IT-fachlichen als auch zu finanz- und vermögensrechtlichen Aspekten zu Stande gekommen.

In vermögensrechtlicher Hinsicht ist zur Entwicklung des RZ-DRV anzumerken, dass sich gemäß der verbindlichen Entscheidung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) vom 16. Mai 2019 alle 16 Rentenversicherungsträger der DRV dazu verpflichtet hatten, ein Gemeinsames Rechenzentrum zu errichten. Das wiederum setzt die Integration der bis dahin entstandenen Rechenzentrumsstrukturen der DRV in das neue RZ-DRV voraus, das von der DRV Bund für die gesamte Rentenversicherung betrieben werden soll.

Bisher wurde ein Teil der Rechenzentrumsleistungen mittels einer Arbeitsgemeinschaft in Form der Rechenzentrum Würzburg GmbH (RZW GmbH) erbracht, an der acht DRV-Träger als Gesellschafter beteiligt waren.

Im ersten Schritt hat die DRV Bund im September 2022 die Gesellschaftsanteile der acht Träger der DRV an der RZW GmbH erworben. Anschließend gingen mittels eines Betriebsübergangs die

Beschäftigten, im Zuge der Rechtsnachfolge die Verträge, die Bestandsinfrastruktur und die Erbringung von Vertragsdienstleistungen für die bislang beteiligten Rentenversicherungsträger von der GmbH auf die DRV Bund über. Die Beschäftigten der GmbH haben die Integration des Rechenzentrums in das RZ-DRV sowie die damit verbundenen Maßnahmen begrüßt.

Dem BAS ist als Aufsichtsbehörde der DRV Bund der Anteilserwerb, wie gesetzlich vorgesehen, angezeigt worden. Die DRV Bund hat alle erforderlichen Informationen, Daten und Unterlagen bereitgestellt, so dass ein laufender Abgleich anhand mehrerer Videokonferenzen stattfinden konnte. Wichtig war dabei insbesondere die Beachtung der Sozialversicherungshaushaltsverordnung. Danach darf ein Vermögensgegenstand nicht unter dem Verkehrswert veräußert werden. Im vorliegenden Fall wurde eine Bewertung nach dem Standard des Instituts der Wirtschaftsprüfer (IDW) S1 durchgeführt.

Als nächster und zugleich abschließender Schritt zur Integration folgte die Liquidation der RZW GmbH zum 1. Januar 2023. Diese wird circa ein Jahr in Anspruch nehmen und als gesondertes Anzeigeverfahren ebenfalls vom BAS bis zum Abschluss begleitet.

Aus IT-fachlicher Sicht hat das BAS positiv festgestellt, dass nicht einfach bestehende Strukturen übernommen wurden, sondern im Gegenteil auch die Gelegenheit einer konzeptionellen Neuausrichtung ergriffen wurde. Besonders hervorzuheben ist die Gewährleistung eines hohen IT-Sicherheitsstandards. Durch nachhaltige konzeptionelle Verbesserungen, beispielsweise die vierfach redundante Auslegung des IT-Betriebs an den Standorten Berlin und Würzburg, wird der besonderen gesellschaftlichen Relevanz der DRV Bund als Kritische Infrastruktur im Sinne des BSI-Gesetzes Rechnung getragen.

Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes im Aufsichtsbereich

Das BAS hat im Jahr 2022 exemplarisch sieben Sozialversicherungsträger aus allen Bereichen der Aufsicht beim Prozess der Entwicklung von Lösungen zur Verwirklichung des Online-Zugangsgesetzes (OZG) geprüft.

Dabei zeigte sich, dass alle Träger in der Lage waren, die Anforderungen des OZG adäquat und zeitgerecht umzusetzen. Danach erfüllen alle Leistungen den sogenannten Reifegrad 3. Dies setzt voraus, dass eine medienbruchfreie digitale Authentifizierung, Bearbeitung und Bescheidzustellung einschließlich Widerspruchsverfahren möglich sind. Lediglich eine direkte Verknüpfung zum Bundesportal ist zurzeit nicht umsetzbar, da die Versicherungsnummer als wesentliches Identifikationsmerkmal nicht im Nutzerkonto Bund gespeichert werden kann. Insofern ergab sich kein Anlass für ein aufsichtsrechtliches Einschreiten.

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) erreicht wichtigen Meilenstein in der IT-Konsolidierung

Seit dem 1. Januar 2013 ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) die zentrale Ansprechpartnerin in allen Fragen der Sozialversicherung für die Angehörigen der „grünen Berufe“ in Deutschland. Die SVLFG entstand durch einen Zusammenschluss der bis dahin bestehenden regionalen Sozialversicherungsträger und des Spitzenverbandes der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Dieser Zusammenschluss bildete den Startschuss für das Zusammenwachsen der bis dahin eigenständig agierenden Träger und ihrer spezifischen organisatorischen Strukturen. Dafür war und ist die Vereinheitlichung der unterschiedlichen Fachprozesse und IT-Systeme ein erfolgskritischer Faktor.

Zu diesem Zweck startete die SVLFG ein Programm zur Entwicklung eines leistungsfähigen und zukunftssicheren IT-Systems durch die Zusammenführung der bestehenden „Insellösungen“ zu einer zentralen und performanten IT-Systemlandschaft. Mit dem erfolgreichen Abschluss des größten Programmprojekts (Projekt L1, Gesamtaufwand: 73.100 Personentage, Projektlaufzeit: 96 Monate) zum 30. Juni 2022 hat die SVLFG einen wichtigen Meilenstein für den erfolgreichen Abschluss des Programms erreicht. Die Produktivsetzung der im Projekt L1 entwickelten Anwendungssoftware bildet einerseits die Voraussetzung für organisationsweit einheitliche Bearbeitungsprozesse in allen Fachbereichen der SVLFG sowie der Hebung von Effizienzpotenzialen (u. a. durch die Teilautomatisierung geeigneter Prozessschritte). Andererseits generiert es einen unmittelbaren Mehrwert für die Kunden der SVLFG durch die Verkürzung der Bearbeitungszeiten sowie der Minimierung des Aufwands für die Inanspruchnahme der Dienstleistungen der SVLFG durch die Nutzung digitaler Kanäle und Schnittstellen.

An dieser Stelle ist auch auf das Versichertenportal sowie die fristgerecht zum 31. Dezember 2022 umgesetzten OZG-Services der SVLFG hinzuweisen. Die Versicherten der SVLFG können Leistungen nunmehr digital beantragen. Das Versichertenportal bietet die Möglichkeit der digitalen Kommunikation zwischen der SVLFG und ihren Versicherten.

Sowohl der erfolgreiche Abschluss des Projekts L1 als auch die Bereitstellung der (hier nur exemplarisch genannten) digitalen Services sind das Ergebnis des großen Engagements aller beteiligten Mitarbeitenden der SVLFG, einer klaren Strategie und eines professionellen Managements. Zudem ist das Erreichte ein Indiz dafür, dass die SVLFG seit ihrer Gründung zu einer homogenen Einheit zusammengewachsen ist. Das BAS hat diesen Prozess über Jahre eng begleitet. Auch die Weiterentwicklung der Informationstechnik der SVLFG unter Verweis auf die kurz- und mittelfristigen Herausforderungen der Verwaltungsdigitalisierung wird das BAS weiterhin unterstützen.

8.4 Datenschutz im Aufsichtsbereich

Anforderungen an eine Auftragsverarbeitung

Die Sozialversicherungsträger können sich in bestimmten Konstellationen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben bei Dienstleistern bedienen. Diese sogenannte Auftragsverarbeitung ist in § 80 SGB X geregelt und bedeutet, dass Sozialdaten durch die Dienstleister verarbeitet werden dürfen. In dieser Vorschrift sind die Einzelheiten zur Zulässigkeit der Auftragsverarbeitung geregelt. So ist beispielsweise festgelegt, dass alle Auftragsverarbeitungsverträge rechtzeitig vor deren Abschluss den Aufsichtsbehörden anzuzeigen sind. Auch schreibt die Vorschrift fest, welche Voraussetzungen die Sozialversicherungsträger für einen solchen Auftragsverarbeitungsvertrag einhalten müssen.

Auf diese Regelungen hat das BAS mit einem Rundschreiben vom 7. Januar 2022 hingewiesen und die Sozialversicherungsträger zur Einhaltung der Vorschriften sensibilisiert. Dabei lag auf zwei Themen ein besonderer Fokus: Erstens haben die Sozialversicherungsträger sicherzustellen, dass den Dienstleistern keine eigenständigen Befugnisse eingeräumt werden, die über das Vertragsverhältnis hinaus gehen. Zweitens wurde besonders auf den Ort der Verarbeitung hingewiesen. Denn § 80 Abs. 2 SGB X legt fest, in welchem räumlichen Geltungsbereich wirksam Auftragsverarbeitungsverträge geschlossen werden können. Nach dieser Vorschrift dürfen Sozialversicherungsträger nur solche Verträge abschließen, bei denen eine Verarbeitung in Deutschland, dem europäischen Ausland oder einem gleichgestellten Staat erfolgt. Die Datenverarbeitung in einem sogenannten Drittstaat, also einem Staat der nicht in der EU liegt oder ihr gleichgestellt ist, ist nur zulässig, wenn ein Angemessenheitsbeschluss nach Art. 45 DSGVO vorliegt. Mit diesem Be-

schluss wird festgestellt, dass in dem Drittstaat ein der DSGVO entsprechendes Schutzniveau besteht. Deswegen haben die Sozialversicherungsträger darauf zu achten, dass es – auch nicht bei der Beteiligung weiterer Dienstleister – zu keinen Datenübermittlungen an Drittstaaten ohne Angemessenheitsbeschluss kommt oder Behörden eines Drittstaats Zugriff auf Sozialdaten erhalten.

Dieses Rundschreiben ist als Hinweis und Sensibilisierung zu verstehen. Die Sozialversicherungsträger haben dem BAS bislang nur solche Auftragsverträge angezeigt, in denen das geltende Recht berücksichtigt wird.

Genehmigung von Forschungsvorhaben

Im Jahr 2022 wurden von den Sozialversicherungsträgern für die Durchführung von 74 wissenschaftlichen Forschungsvorhaben Anträge auf die Übermittlung von Sozialdaten im BAS eingereicht. Hiervon konnten bereits im Berichtsjahr 46 genehmigt werden, 28 befinden sich noch in der Prüfung.

Darunter waren Forschungsvorhaben rund um Covid 19, weiterhin das durch das BMAS geförderte Vorhaben „Rehapro“, zunehmend aber auch solche, die im Zusammenhang mit Online-Anwendungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung stehen.

Die Anträge der Renten- und Unfallversicherungsträger haben im Vergleich zum Vorjahr zugenommen. Zudem hat das BAS nun auch mit den Aufsichten der landesunmittelbaren Renten- und Unfallversicherungsträger für übergreifende Vorhaben ein gemeinsames Abstimmungsverfahren vereinbart.

Im Berichtsjahr ist auch deutlich geworden, dass das Bedürfnis, Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken auszuwerten, generell weiterhin zunimmt und an Bedeutung gewinnt.

Stellungnahmen des BAS gegenüber dem BfDI

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) fordert das BAS auf der Grundlage von § 16 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zu einer Stellungnahme auf, wenn er beabsichtigt, Sanktionen zu ergreifen. Ausgangspunkt ist in der Regel eine Eingabe von Versicherten über einen datenschutzrechtlich relevanten Vorgang eines bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgers.

In seinem Stellungnahmeverfahren prüft das BAS den Vorgang und gibt hinsichtlich der beabsichtigten Sanktionsmaßnahme eine Empfehlung gegenüber dem BfDI ab. Darüber hinaus informiert das BAS den BfDI, ob und ggf. welche Maßnahmen in eigener Zuständigkeit aufgrund oder infolge des berichteten Datenschutzverstosses gegenüber dem Sozialversicherungsträger bereits ergriffen worden ist.

Das BAS und der BfDI sind eigenständige Bundesbehörden. Das BAS ist somit nicht an das Ergebnis der rechtlichen Bewertung und an das Votum des BfDI gebunden, sondern nimmt eine eigene Bewertung des Sachverhalts vor und gibt auf dieser Grundlage die Stellungnahme ab. Gleichzeitig trifft auch der BfDI seine Entscheidung über die Verhängung von Maßnahmen gegenüber dem Sozialversicherungsträger in eigener Zuständigkeit, er muss somit nicht dem Votum des BAS folgen.

Im Jahr 2022 wurde das BAS in insgesamt 10 Fällen im Rahmen eines datenschutzaufsichtsbehördlichen Verfahrens zur Stellungnahme aufge-

fordert, insofern ist die Anzahl der Verfahren im Vergleich zum Vorjahr etwa gleichgeblieben. Jedoch gab es thematisch und hinsichtlich der Komplexität der Verfahren in 2022 einige Veränderungen. Während im Vorjahr noch die versehentliche Falschversendung von Poststücken im Hauptfokus standen, nehmen die datenschutzrechtlichen Überprüfungen von Leistungsverfahren zu.

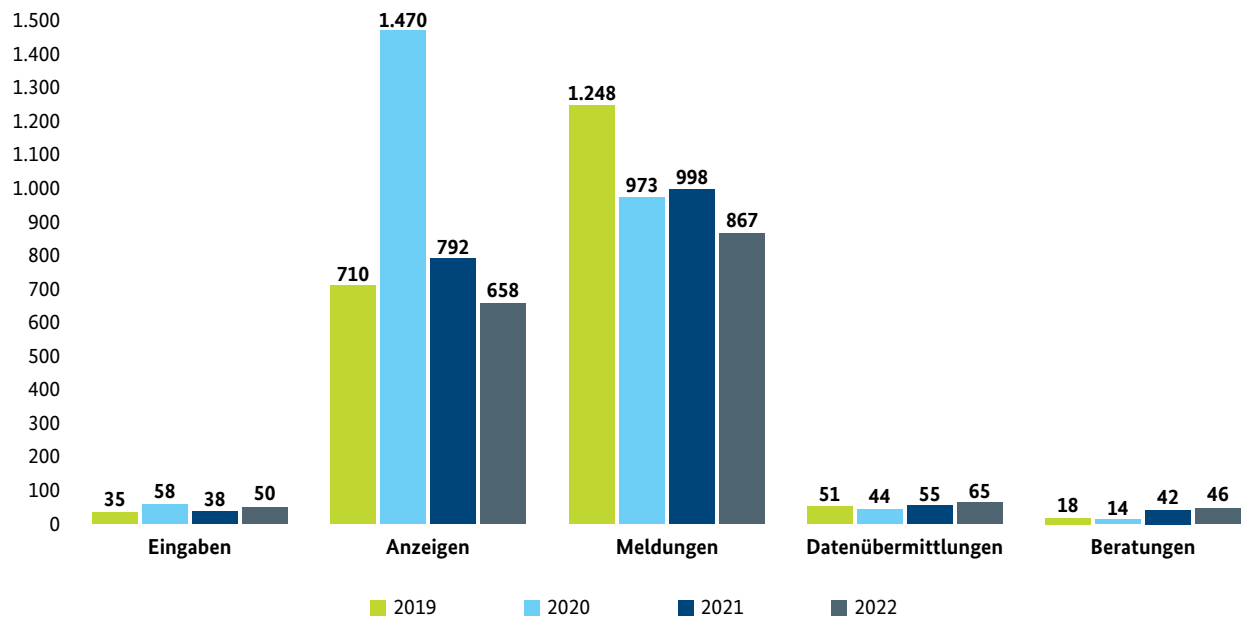
Datenschutz in Zahlen

Im Jahr 2022 hat das Thema Datenschutz wieder eine große Rolle gespielt. Bei Digitalisierungsvorhaben der Sozialversicherungsträger wurde erneut ein besonderer Schwerpunkt auf den Datenschutz gelegt. Es wurde wieder deutlich, dass Digitalisierungsmaßnahmen und die Einhaltung des Datenschutzes miteinander eng verbunden sind. Auch hat die Wahrnehmung von Datenschutzthemen in der Öffentlichkeit neue Bedeutung gewonnen, da deutlich mehr Eingaben mit datenschutzrechtlichem Bezug eingereicht worden sind. Es bleibt festzuhalten, dass das Thema Datenschutz auch für die Ausgestaltung von Forschungsvorhaben weiterhin eine bedeutende Rolle spielt.

Im Berichtsjahr 2022 hat das BAS:

- 50 Eingaben von Versicherten mit ausschließlich datenschutzrechtlichem Inhalt,
- 658 Anzeigen zur Verarbeitung von Sozialdaten gemäß § 80 SGB X und
- 867 Meldungen zu Datenschutzverletzungen gem. § 83a SGB X bearbeitet,
- 65 Datenübermittlungen zu Forschungsvorhaben, auch mit Bezug zu innovativen Projekten, genehmigt sowie
- 46 Ad hoc Beratungen und Prüfungen von Sozialversicherungsträgern durchgeführt.

Datenschutz in Zahlen



2. Teil

Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung





1. Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung



Die finanzielle Entwicklung im Jahr 2022 war gekennzeichnet von verschiedenen Maßnahmen zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes auf 1,3 Prozent. Insbesondere leistete der Bund neben dem regulären Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Mrd. Euro einen ergänzenden Bundeszuschuss von 14 Mrd. Euro. Dieser Zuschuss entfällt jedoch für das Jahr 2023, so dass ohne weitere Maßnahmen wieder ein deutliches Defizit drohte. Um dem zu begegnen und die Belastung für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zu begrenzen, sind mit dem „Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FinStG) verschiedene Regelungen zur Stärkung der Einnahmen des Gesundheitsfonds und damit zugunsten der GKV beschlossen worden. Diese umfassen im Wesentlichen einen zusätzlichen Bundeszuschuss von 2 Mrd. Euro, ein unverzinsliches Darlehen des Bundes in Höhe von 1 Mrd. Euro, das im Jahr 2026 zurückzuzahlen ist, eine Begrenzung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds auf die Mindesthöhe von 25 Prozent einer Monatsausgabe – der Schätzerkreis veranschlagt diese mit rund 4,7 Mrd. Euro – sowie eine Übertragung von Finanzreserven der Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds in Höhe von rund 3,9 Mrd. Euro. Die Obergrenze für die von den Krankenkassen vorzuhaltenden Finanzreserven wurde von 0,8 Monatsausgaben auf 0,5 Monatsausgaben abgesenkt.

Insbesondere die erneute Vermögensübertragung war umstritten, da bereits im Jahr 2021 Finanzreserven der Krankenkassen in Höhe von rund

8 Mrd. Euro zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes herangezogen wurden und viele Krankenkassen durch die erneute Abführung eine finanzielle Überforderung befürchteten. Im Zuge der weiteren Beratungen zum Gesetzentwurf wurde der Berechnungsweg daher so abgeändert, dass sich der gesamte Abführungsbetrag auf rund 2,5 Mrd. Euro verringerte. Der Zuführungsbetrag wird anhand der zum Stichtag 31. Dezember 2021 von den Krankenkassen ausgewiesenen Finanzreserven ermittelt. Dabei werden 40 Prozent des Betrages, der zwischen 0,2 und 0,3 Monatsausgaben liegt und 60 Prozent des Betrages der 0,3 Monatsausgaben übersteigt, herangezogen. Die Beträge werden vom BAS mit Bescheid geltend gemacht und mit den monatlichen Zuweisungen verrechnet.

Die Maßnahmen des GKV-FinStG waren darauf gerichtet, den Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes auf 0,3 Prozentpunkte zu begrenzen, Anhebungen selbst konnten jedoch durch die Maßnahmen nicht verhindert werden. Das Gesetz sieht daher vor, dass das Verbot von Zusatzbeitragssatzerhöhungen bei einer bestimmten Vermögenslage im Jahr 2023 nicht gilt. Ebenso entfällt im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2023 die Pflicht der Krankenkassen, ihre Mitglieder durch ein gesondertes Schreiben auf das Kündigungsrecht im Falle einer Zusatzbeitragssatzanhebung hinzuweisen, stattdessen haben sie ihre Mitglieder auf andere geeignete Weise zu informieren, z. B. in Mitgliederzeitschriften und auf der jeweiligen Internetseite.

1.1 Gesundheitsfonds

Verwaltung der Krankenversicherungsbeiträge und Bundesmittel

Das BAS verwaltet seit 2009 als Sondervermögen die Mittel zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsfonds). Hierzu gehören in erster Linie die von den Krankenkassen eingezogenen und an den Gesundheitsfonds weitergeleiteten Krankenversicherungsbeiträge. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Krankenversicherungsbeiträge für Rentner und die Minijob-Zentrale Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ab. Direktzahler sind die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger für die Beiträge aus Arbeitslosengeld und Bürgergeld, die Künstler-sozialkasse sowie das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr. Zudem leistet der Bund mehrere Bundeszuschüsse (u.a. zur pauschalen Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen an den Gesundheitsfonds) und Erstattungen für sonstige Aufwendungen des Gesundheitsfonds (Aufwendungen im Rahmen der Corona-Pandemie).

Zahlungsverkehr

Aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen Zuweisungen, die das BAS im Rahmen der im Folgenden näher erläuterten Finanzausgleiche ermittelt. Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie leistete der Gesundheitsfonds auch im Jahr 2022 Finanzhilfen an verschiedene Gruppen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Eine ausführliche Übersicht über die Zahlungen des Gesundheitsfonds und Einzelheiten zu den Rechtsgrundlagen und Empfängern findet sich im Kapitel 8.

Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

Das Jahr 2022 hat der Gesundheitsfonds mit einem Überschuss der Einnahmen in Höhe von voraussichtlich rund 4,27 Mrd. Euro abgeschlossen, davon entfallen rund 0,23 Mio. Euro auf den Saldo des Einkommensausgleiches (vorläufige Rechnungsergebnisse). Den Einnahmen in Höhe von rund 311,28 Mrd. Euro stehen Ausgaben in Höhe von rund 306,96 Mrd. Euro gegenüber. Die Einnahmen setzen sich mit rund 261,25 Mrd. Euro größtenteils aus Beitragseinnahmen (inkl. Zusatzbeiträge) und weiteren Einnahmen von rund 50,03 Mrd. Euro zusammen. Von den Ausgaben entfallen rund 285,20 Mrd. Euro auf Zahlungen an die Krankenkassen (Zuweisungen und Zahlungen aus dem Einkommensausgleich), rund 357,93 Mio. Euro auf Zuführungen aus der Liquiditätsreserve an den Innovations- und Strukturfonds und rund 53,80 Mio. Euro auf die Verwaltungskosten. Diese setzen sich aus der Einzugskosten-Vergütung an die Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rund 35,0 Mio. Euro, den Kosten für Beitragsprüfungen von 5,2 Mio. Euro, den sonstigen Vergütungen an andere von rund 4,1 Mio. Euro, den Erstattungen weiterer Verwaltungskosten des BAS von 2,3 Mio. Euro sowie den originären Verwaltungskosten des BAS für die Verwaltung des Gesundheitsfonds und der Durchführung des RSA von rund 9,7 Mio. Euro zusammen. Einzelheiten zu den Rechnungsergebnissen des Gesundheitsfonds können dem jährlich erscheinenden Begleitbericht zur Jahresrechnung der Webseite des BAS entnommen werden.

Voraussichtliche Rechnungsergebnis 2022 des Gesundheitsfonds in Euro (lt. KV45)

Beitragseinnahmen	261.251.956.328,67
davon aus Zusatzbeiträgen	21.763.459.820,44
weitere Einnahmen (Bundeszuschuss, Zinsen, Erstattung Finanzhilfen)	50.033.882.958,42
Einnahmen gesamt	311.285.839.287,09
Zahlungen an Krankenkassen	285.208.789.695,04
davon für Einkommensausgleich	21.529.950.792,40
Finanzhilfen Corona-Pandemie	21.392.067.755,94
Verwaltungskosten	53.796.279,63
Zuführung an Innovations- und Strukturfonds	357.932.553,17
Ausgaben gesamt	307.012.586.283,78
Überschuss der Einnahmen	4.273.253.003,31

Das Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds beträgt zum 31. Dezember 2022 rd. 9,51 Mrd. Euro. Die zum Stichtag 16. Januar 2023 ermittelte Liquiditätsreserve beträgt rund 11,95 Mrd. Euro.

Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds

Im Rahmen seiner Aufgaben als Verwalter des Gesundheitsfonds überwacht das BAS nicht nur die Entwicklung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern veröffentlicht auch Daten zum Beitragsaufkommen und zu den Beitragsrückständen im Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (GSV-Beitrag), der die Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung sowie die Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung umfasst. Ebenso veröffentlicht werden die sogenannten Sonstigen Krankenversicherungsbeiträge (beispielsweise Freiwillige Versicherung, Versorgungs-

bezüge). Die entsprechenden Werte können auf der Website des BAS zum Thema Gesundheitsfonds abgerufen werden.

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

Im Bereich des GSV-Beitrages belaufen sich die Beitragsrückstände für alle Beteiligten für das Jahr 2022 auf knapp 9,1 Mrd. Euro. Bei einem Jahressoll von rund 480 Mrd. Euro, beziehungsweise einem Jahresist von rund 478,6 Mrd. Euro zeigt dies, dass der Einziehungserfolg auf einem hohen Niveau stabil ist und auch 2022 über das Jahr 99,69 Prozent der Beitragsforderungen realisiert wurden. Dies gilt auch für die Krankenversicherungsbeiträge inklusive Zusatzbeitrag aus dem GSV-Verfahren, die rund 3,1 Mrd. Euro Rückstände aufweisen, wobei die Beiträge sich auf rund 156 Mrd. Euro im Soll und 155,5 Mrd. Euro im Ist belaufen.

Die Beitragsrückstände bei den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen betrugen am 31. Dezember 2022 rund 11,2 Mrd. Euro. Dies bedeutet einen Anstieg um 0,87 Mrd. Euro (Vergleich 2021: 10,3 Mrd. Euro). Dies sind nicht nur in absoluten Zahlen deutlich mehr als im GSV-Bereich, sondern auch im Verhältnis zum Beitragsoll in Höhe von 48,8 Mrd. Euro bzw. 47 Mrd. Euro Beitrags ist. Insgesamt bewegt sich die Realisierung der Beitragsansprüche mit 96,37 Prozent auf dem Niveau der Vorjahre.

Um Ursachen für die Beitragsrückstände zu identifizieren und um diese weiter zu verringern, werden seit 2019 die Beiträge der freiwilligen Mitglieder unterteilt nach Personengruppen sowohl nach Anzahl der Mitglieder, als auch nach Beitragsaufkommen und Rückständen in der amtlichen Statistik KB9 gesondert erfasst.

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, der AOK Nordost, der AOK Sachsen-Anhalt und des BKK Landesverbands Süd im Auftrag des BAS durchgeführt.

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 73 Institutionen (22 Agenturen für Arbeit, 36 gemeinsame Einrichtungen und 15 zugelassene kommunale Träger) geprüft. Dabei wurden rund 40.000 Fälle fehlerhafter Zahlungen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an den Gesundheitsfonds festgestellt. Insgesamt betrugen die Einnahmen aus den Prüfungen zugunsten des Gesundheitsfonds sowie des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung ca. 20,2 Mio. Euro.

In der nachfolgenden Tabelle sind die geprüften Institutionen mit den meisten Fehlerfeststellungen aufgeführt. Diese Institutionen mussten besonders hohe Beitragsnachzahlungen und Säumniszuschläge an den Gesundheitsfonds entrichten, da Sie 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. Bei den zugelassenen kommunalen Trägern sind zudem Softwareprobleme der jeweils genutzten IT-Fachverfahren für die hohe Anzahl an Fehlerfeststellungen verantwortlich.

Institutionen mit den meisten Fehlerfeststellungen (gerundete Zahlen)

Prüfinstitution	Anzahl der Fehlerfeststellungen	Zu zahlende KV- und PV-Beiträge an den Gesundheitsfonds	Säumniszuschläge
Gemeinsame Einrichtung	9.000	3 Mio. Euro	1,4 Mio. Euro
Gemeinsame Einrichtung	5.000	1,7 Mio. Euro	0,7 Mio. Euro
Agentur für Arbeit	800	1,6 Mio. Euro	0,4 Mio. Euro
zugelassener kommunaler Träger	2.400	0,7 Mio. Euro	0,2 Mio. Euro
zugelassener kommunaler Träger	1.800	0,6 Mio. Euro	0,2 Mio. Euro

1.2 Schätzerkreis

Der beim BAS gebildete Schätzerkreis, dem Fachleute des BMG, des GKV-Spitzenverbandes und des BAS angehören, hat die gesetzliche Aufgabe, die finanzielle Entwicklung der GKV für das laufende Jahr zu bewerten und eine Prognose für das Folgejahr zu treffen. Diese Prognose dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes, für die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs.

Die Schätzung für die Jahre 2022 und 2023 wurde am 12. und 13. Oktober 2022 vorgenommen, und berücksichtige u. a. die Effekte des Entwurfs zum GKV-FinStG.

Für das Jahr 2023 hat der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von rund 275,1 Mrd. Euro erwartet. Diese setzen sich im Wesentlichen zusammen aus erwarteten Beitragseinnahmen in Höhe von rund 249 Mrd. Euro, dem regulären Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Mrd. Euro, einem ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 2 Mrd. Euro, einem Bundesdarlehen in Höhe von 1 Mrd. Euro sowie einem weiteren ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 150 Mio. Euro für zusätzliche Aufwendungen im Bereich Kinderkrankengeld. Zudem wurden bei der Schätzung der Einnahmen des Gesundheitsfonds eine Zuführung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von

4,9 Mrd. Euro und eine Zuführung aus Finanzreserven der Krankenkassen in Höhe von 3,9 Mrd. Euro berücksichtigt. Die Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2023 belaufen sich voraussichtlich auf rund 299,9 Mrd. Euro.

Das BMG hat den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2023 am 28. Oktober 2022 auf 1,6 Prozent festgelegt. Bei der Berechnung ist die später beschlossene Verringerung der Zuführung aus den Finanzreserven der Krankenkassen auf 2,5 Mrd. Euro berücksichtigt worden.

Im Ergebnis belaufen sich somit die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen im Jahr 2023 auf insgesamt 273,7 Mrd. Euro. Damit unterschreitet das Zuweisungsvolumen aus dem Gesundheitsfonds die erwarteten Ausgaben der Krankenkassen um rund 26,2 Mrd. Euro. Dieser Fehlbetrag entspricht rechnerisch dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,6 Prozent. Die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze werden demgegenüber auf der Grundlage der einzelnen Haushaltspläne von den Selbstverwaltungen der Krankenkassen festgelegt.

Weitergehende Informationen zum Schätzerkreis und ein ausführlicher Bericht über die Ergebnisse der Schätzung für das Jahr 2023 sind auf der Website des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Schätzerkreis abrufbar.

1.3 Risikostrukturausgleich

Grundlagen

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das zentrale Element der solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. Da der Umfang des Krankenversicherungsschutzes eines Versicherten unabhängig von der Höhe der geleisteten Mitgliedsbeiträge besteht, müssen zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen Unterschiede in den Ausgaben der Krankenkassen, die auf Differenzen in der Risikostruktur beruhen, ausgeglichen werden. Diese Ausgabenunterschiede können insbesondere aus Abweichungen im Alter, beim Geschlecht, Wohnort oder in den Erkrankungen der Versicherten einer Krankenkasse resultieren. So soll die Versicherung von überdurchschnittlich vielen kranken Versicherten für eine Krankenkasse keinen Wettbewerbsnachteil darstellen. Das primäre Ziel des RSA besteht darin, Anreize zur Risikoselektion zu reduzieren. Daraus ergibt sich die oft verwendete Bezeichnung „morbidityorientierter Risikostrukturausgleich“ oder „Morbi-RSA“.

Die Krankenkassen erhalten an die Risikostruktur ihrer Versicherten angepasste Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Das Zuweisungsvolumen errechnet sich dabei aus einer Grundpauschale zur Deckung der erwarteten durchschnittlichen Ausgaben eines Versicherten und einem System alters-, geschlechts- und risikoadjustierter Zu- und Abschläge, die an den erwarteten Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse angepasst sind. Seit dem Ausgleichsjahr 2021 sind dies folgende Zu- bzw. Abschläge:

- alters- und geschlechtsadjustierte Zu- und Abschläge für Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG),
- risikoadjustierte Zuschläge für hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG),

- Krankengeldzuschläge differenziert nach Alter und Geschlecht (KAGG),
- Zu- und Abschläge für regionale Risikogruppen (RGG),

gesonderte Regelungen zur Ermittlung der Zuschläge für Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben (KEG) und Zuschläge für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland (AusAGG).

Weiterhin erhalten die Krankenkassen Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungsausgaben und standardisierte Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen sowie eine Programmkostenpauschale für die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP).

Die Werte zur Berechnung der Zuweisungen werden jährlich vom BAS ermittelt und bekannt gegeben, allein die Programmkostenpauschale wird vom GKV-Spitzenverband festgelegt.

Das BAS berechnet die Höhe der Zuweisungen und führt den Zahlungsverkehr durch. Das Verfahren ist als monatliches Abschlagsverfahren mit drei unterjährigen Strukturanpassungen und einem Jahresausgleich mit einer einmaligen Korrektur im Folgejahr ausgestaltet. Im Jahr 2022 wurde der Jahresausgleich für das Jahr 2021 sowie die Korrektur des Jahresausgleichs für das Jahr 2020 durchgeführt.

Weitergehende Informationen zur Funktionsweise und Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gibt es auf der Webseite des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich.

Monatliches Abschlagsverfahren für das Ausgleichsjahr 2022

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

Da sich auch die Versichertenstrukturen der Krankenkassen im Zeitverlauf verändern, werden im Rahmen unterjähriger Strukturanpassungen sowohl die Höhe der zukünftigen Zuweisungen angepasst als auch die bislang geleisteten Zuweisungen rückwirkend neu ermittelt. Die Anpassungen erfolgen jeweils im März und September des Ausgleichsjahres und im März des Folgejahres.

Im Abschlagsverfahren wurden die Zuweisungen bezogen auf die im Schätzerkreis vom 13. Oktober 2021 erwarteten Ausgaben für Pflichtleistungen, Verwaltungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen ermittelt. Die für 2022 erwarteten Ausgaben beliefen sich auf rund 284,2 Mrd. Euro. Das Gesamt-Zuweisungsvolumen (ohne Zusatz-

beiträge) ist jedoch auf 263,7 Mrd. Euro begrenzt, was den erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds für 2022 entspricht. Daher erfolgte bereits im monatlichen Abschlagsverfahren eine Kürzung der Zuweisungen (mitgliederbezogene Veränderung) um jeweils 29,74 Euro je Mitglied einer Krankenkasse. Die Zuweisungen für Pflichtleistungen und Verwaltungsausgaben werden zudem um die Zuweisungen für DMP-Programmkosten bereinigt.

Jahresausgleich des Ausgleichsjahres 2021

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen erfolgte im November 2022 die abschließende Festsetzung der Zuweisungen für das Jahr 2021 (Jahresausgleich). Die Zu- und Abschläge werden im Jahresausgleich auf Basis der versichertenbezogen erfassten Leistungsausgaben des Ausgleichsjahres und der endgültigen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen berechnet.

Die endgültige Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten für das Ausgleichsjahr 2021 ist der folgenden Übersicht zu entnehmen:

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2021 (RSA)

Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung	Gesamt
AOK	95,5 Mrd. €	4,427 Mrd. €	0,484 Mrd. €	0,470 Mrd. €	–6,2 Mrd. €	94,6 Mrd. €
BKK	34,4 Mrd. €	1,685 Mrd. €	0,194 Mrd. €	0,141 Mrd. €	–2,5 Mrd. €	34,0 Mrd. €
VdEK	96,9 Mrd. €	4,534 Mrd. €	0,500 Mrd. €	0,403 Mrd. €	–6,7 Mrd. €	95,6 Mrd. €
IKK	17,0 Mrd. €	0,814 Mrd. €	0,092 Mrd. €	0,079 Mrd. €	–1,2 Mrd. €	16,8 Mrd. €
KBS	7,1 Mrd. €	0,284 Mrd. €	0,026 Mrd. €	0,040 Mrd. €	–0,4 Mrd. €	7,0 Mrd. €
GKV	250,9 Mrd. €	11,7 Mrd. €	1,295 Mrd. €	1,134 Mrd. €	–17,0 Mrd. €	248,1 Mrd. €

Im Jahresausgleich für das Jahr 2021 wurden erstmals die mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22. März 2020 eingeführten neuen Verfahrenselemente bzw. Modelländerungen im RSA-Verfahren vollständig finanzwirksam. Dabei wurden die folgenden Reformbausteine umgesetzt:

- Berücksichtigung des vollen Krankheitspektrums (Krankheitsvollmodell)
- Wegfall der Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus
- Berücksichtigung von versichertenbezogenen Arzneimittelrabatten, -abschlägen und -erstattungsbeträgen
- Einführung von regionalen Merkmalen (RGGs)
- Einmalige Begrenzung der Regionalkomponente auf 75 Prozent je Bundesland (BLGs)
- Ausschluss statistisch auffälliger hierarchisierter Morbiditätsgruppen (HMG-Ausschluss)
- Pauschale für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen (vgl. Kapitel 1.4)
- Risikopool (vgl. Kapitel 1.4).

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11. Juli 2021 wurde zudem das Zuweisungsverfahren für Versicherte mit Anspruch auf Kinderkrankengeld neu geregelt. Ab dem Ausgleichsjahr 2021 sind die Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für das Kinderkrankengeld vollständig durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auszugleichen (Ist-Kosten-Ausgleich).

Weiterentwicklung

Schwerpunktsetzung Festlegung für das Ausgleichsjahr 2023, Reform beim Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte

Der RSA wird jährlich bis zum 30. September an die aktuelle Datenlage und das Versorgungsgeschehen angepasst. Dies betrifft insbesondere das

Versichertenklassifikationsmodell einschließlich der Risikozuschläge.

Dabei wird das BAS vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beraten. Informationen über die Expertinnen und Experten im aktuellen Beirat gibt es auf der Webseite des BAS unter dem Thema Wissenschaftlicher Beirat.

Im Mai 2022 hat der Wissenschaftliche Beirat die Anpassungen, die das BAS für das Klassifikationsmodell 2023 vorgestellt hat, beraten. Diese Anpassungen basieren auf drei thematischen Schwerpunkten:

1. Prüfung der in den vergangenen Jahren von GKV-Spitzenverbands und Krankenkassen eingebrachten Vorschläge zur stärkeren Berücksichtigung von Arzneimitteln im Klassifikationsmodell.
2. Identifikation und Auflösung bestehender Überdeckungen bei gleichzeitigem Vorkommen von zwei oder mehr verschiedenen Erkrankungen.
3. Einordnung von bisher nicht für die Klassifikation genutzten ICD-Kodes, sofern sich die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells dadurch verbessert.

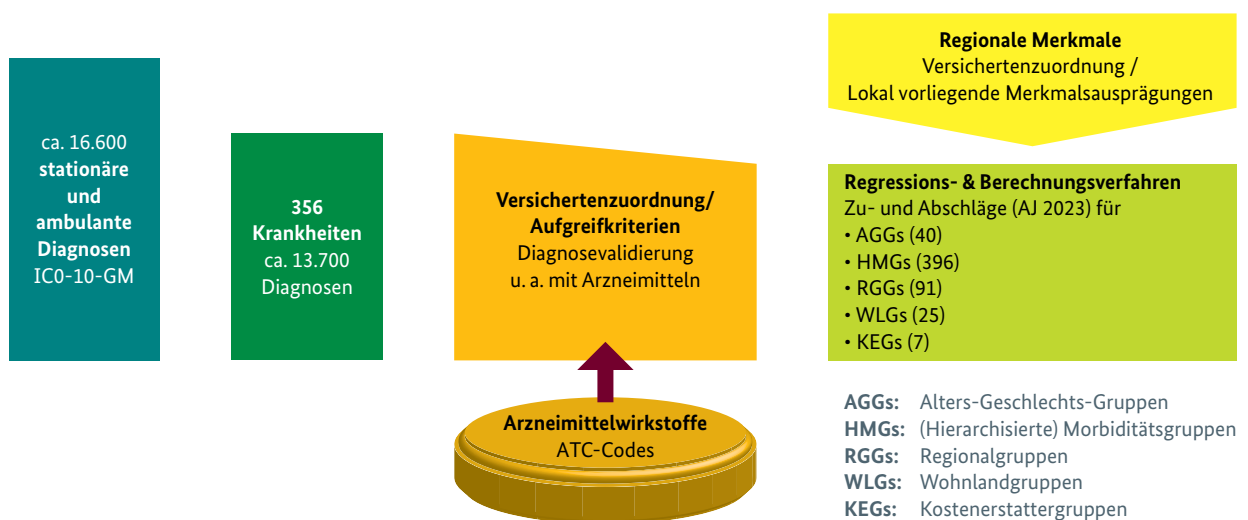
Darüber hinaus wird die Reform der Zuweisungen für die Auslandsversicherten im Klassifikationsmodell umgesetzt, d.h. für Versicherte, die sich für mindestens die Hälfte des Jahres nicht in Deutschland aufgehalten haben. Für die Zuordnung dieser Versicherten zu Risikogruppen werden 24 sogenannte Wohnlandgruppen (WLG) eingeführt, wobei die Risikozu- und -abschläge für die WLGs aus den durchschnittlichen Leistungsausgaben ermittelt werden, die für die Versicherten einer WLG anfallen. Die bislang für die Auslandsversicherten abgegrenzten Risikogruppen (AusAGGs) entfallen.

Den Modellberechnungen liegen die Leistungsausgaben des ersten Pandemiejahres 2020 zugrunde. Daher umfasst der Festlegungsentwurf des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2023 auch empirische Auswertungen, die die Auswirkungen der Pandemie auf die Daten des Berichtsjahres 2020 verdeutlichen.

Die Abbildung zeigt die Struktur des RSA mit den Zahlen für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2023.

Der Risikostrukturausgleich – von der Diagnose und dem Wohnort zum Zuschlag (Zahlen für das Ausgleichsjahr 2023)

Klassifikationsmodell



Nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und abschließender Beratung mit den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats im September 2022 hat das BAS die Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2023 am 30. September 2022 bekannt gegeben.

Das Modell umfasst 396 Morbiditätsgruppen, vierzig Alters-Geschlechts-Gruppen und 91 regionale Risikogruppen (s. Abb.). Die Anzahl der Diagnosegruppen (DxG) mit dem Aufgreifkriterium Arzneimittel nimmt von 154 (Ausgleichsjahr 2022) auf 211 (Ausgleichsjahr 2023) zu.

Weitergehende Informationen zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sind im auf der Website des BAS unter dem Thema RSA/Weiterentwicklung abrufbar.

Sicherung der Datengrundlagen

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

Bei den Prüfungen nach § 273 SGB V unterzieht das BAS die von den Krankenkassen für ihre Versicherten gemeldeten Morbiditätsdaten einer Überprüfung mit dem Ziel, unzulässige Datenmeldungen zu identifizieren. Für die Krankenkassen gilt ein sogenanntes „Einwirkungsverbot“. Sie

dürfen weder mittelbar noch unmittelbar auf die ärztlichen Abrechnungsdaten Einfluss nehmen, um sicherzustellen, dass nur auf einheitlichen Regeln fußende und einwirkungsfreie Daten für die risikogerechte Verteilung der Gelder des Gesundheitsfonds zugrunde gelegt werden.

Das Prüfverfahren ist mehrstufig angelegt und setzt sich aus kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfungen, regulären und anlassbezogenen Einzelfallprüfungen sowie ggf. der Erhebung von Korrekturbeträgen zusammen. Diese Beträge werden erhoben, indem das BAS bei einem festgestellten Rechtsverstoß die von der Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhaltenen Zuweisungen nachträglich kürzt. Diese Kürzungen schließen einen obligatorischen Strafzuschlag von 25 Prozent mit ein. Aus den vom BAS im Kalenderjahr 2022 erlassenen Korrekturbescheiden ergeben sich Korrekturbeträge in Höhe von 186 Mio. Euro.

Die Auffälligkeitsprüfung für die Daten des Berichtsjahres 2014, die das BAS im Jahr 2022 durchführte, ergab für 17 gesetzliche Krankenkassen statistisch signifikante Steigerungsraten in RSA-relevanten Diagnosebereichen. Diese Krankenkassen müssen nunmehr bei der regulären Einzelfallprüfungen die tatsächlichen Gründe für eine Auffälligkeit nachvollziehbar darlegen.

Anlassbezogene Prüfung leitet das BAS ein, wenn Tatsachen den Verdacht begründen, dass Diagnosen unrechtmäßig erhoben und/oder auf unzulässige Weise in den RSA eingeflossen sind. Mit Stand Dezember 2022 befasste sich das BAS mit rund 65 anlassbezogenen Prüfverfahren, die sich auf Datenmeldungen der Berichtsjahre 2013 bis 2020 erstreckten.

Die vom BAS koordinierten Prüfungen durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder nach § 20 RSAV untergliedern sich in die Prüfung der Versichertenzeiten und der Morbiditätsdaten. Sie

finden mindestens alle drei Jahre separat voneinander statt. Zur Prüfung werden Datenmeldungen der drei zuletzt durch den Jahresausgleich abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre herangezogen. Bei diesen Prüfungen geht es im Unterschied zu den Prüfungen nach § 273 um die Klärung, ob die Krankenkassen die für die Bemessung der Zuweisungen im RSA an das BAS gemeldeten Daten durch Originaldaten und -nachweise belegen können. Korrekturbeträge erhebt das BAS in diesen Prüfungen nur dann, wenn die von den Prüfdiensten festgestellten Datenfehler einen bestimmten Schwellenwert überschreiten.

Im Jahr 2022 wertete das BAS die von den Prüfdiensten übermittelten Prüfergebnisse (sogenannte Rückmeldesatzarten) für die laufenden Prüfungen der Morbiditätsdaten des Ausgleichsjahres 2016 sowie der Versichertenzeiten für das Ausgleichsjahr 2017 aus. Ende 2022 standen für die Morbiditätsdatenprüfung 2016 noch eine Rückmeldesatzart und für die Versichertenzeitenprüfung 2017 noch 27 Rückmeldesatzarten aus. Einzelheiten zu den Prüfungen nach § 273 SGB V und § 20 RSAV sind auf der Website des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Prüfungen abrufbar.

Bei der sogenannten Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung gemäß § 408 SGB V hatten die Krankenkassen ihren Mitgliederbestand für den Zeitraum August 2013 bis Dezember 2018 um bestimmte freiwillige Mitgliedschaften zu bereinigen. Die Prüfdienste des Bundes und der Länder haben in einer Sonderprüfung bei den Krankenkassen nachvollzogen, ob die Krankenkassen die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben zur Bereinigung eingehalten haben. Die Ergebnisse wurden dem BAS übermittelt, das bei unvollständiger Bereinigung einen Korrekturbetrag berechnet. Dabei wurden gegenüber 13 Krankenkassen Korrekturbeträge (inklusive Strafzuschläge) in Höhe von drei Mio. Euro erhoben.

1.4 Weitere GKV-Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren

Grundlagen

Neben dem RSA hat das BAS im Jahr 2022 weitere Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren durchgeführt. Diese umfassen unter anderem den Einkommensausgleich, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für den Risikopool sowie für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen.

Einkommensausgleich

Damit die unterschiedliche Einkommensstruktur der Mitglieder der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen für einzelne Krankenkassen führt, wird seit 2015 ein Einkommensausgleich durchgeführt. Ohne einen solchen Ausgleich würden aus der unterschiedlichen Einkommensstruktur der Mitglieder der Krankenkassen erhebliche Unterschiede bei den mit den Zusatzbeitragssätzen erzielten Beitragseinnahmen resultieren. Dies hätte zur Folge, dass die Zusatzbeitragssätze letztlich nicht mehr vergleichbar wären und der Wettbewerb im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung verzerrt werden könnte.

Der Einkommensausgleich wird wie folgt durchgeführt: Die Zusatzbeiträge werden unmittelbar an den Gesundheitsfonds abgeführt. Auf Basis des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes, der voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied sowie der aktuellen Mitgliederzahlen ermittelt das BAS die der Krankenkasse zustehenden Mittel und zahlt diese monatlich gemeinsam mit den Zuweisungen aus.

Durch diesen Einkommensausgleich erhalten Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder einen höheren Betrag aus dem Gesundheitsfonds als sie an den Fonds abgeführt haben und umgekehrt. Im Übrigen ist das Verfahren – entsprechend dem Verfahren des Risikostrukturausgleichs – als monatliches Abschlagsverfahren mit drei Strukturanpassungen und einem abschließenden Jahresausgleich im Folgejahr ausgestaltet.

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse des Jahresausgleichs für 2021, den das BAS im November 2022 für den Einkommensausgleich durchgeführt hat, sowie die Auszahlungen im Abschlagsverfahren 2022.

Zugewiesene Mittel aus dem Einkommensausgleich

Kassenart	im Jahresausgleich 2021	im Abschlagsverfahren 2022
AOK	6.585,8 Mio. €	7.954,6 Mio. €
BKK	2.893,7 Mio. €	3.008,3 Mio. €
VdEK	8.133,6 Mio. €	8.366,3 Mio. €
IKK	1.423,2 Mio. €	1.452,0 Mio. €
KBS	531,7 Mio. €	529,8 Mio. €
GKV	19.567,9 Mio. €	21.311,0 Mio. €

Die Einzelheiten zum Verfahren des Einkommensausgleichs sind auf der Website des BAS unter dem Thema Gesundheitsfonds/Einkommensausgleich abrufbar.

Risikopool

Mit dem GKV-FKG wurde als Ergänzung zum Risikostrukturausgleich ein Risikopool eingeführt. Die Durchführung des Risikopoolverfahrens erfolgte erstmalig im Jahr 2022 für das Ausgleichsjahr 2021.

Der Risikopool umfasst einen solidarischen Ist-Kosten-Ausgleich zur Finanzierung von Hochkostenfällen, die für einzelne Krankenkassen schwerwiegende finanzielle Belastungen zur Folge haben können. Neben dem Abbau von negativen Risikoselektionsanreizen gegenüber kostenintensiven Versicherten und der Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen soll auch der zunehmenden Bedeutung neuer kostenintensiver Therapien Rechnung getragen werden.

Der Risikopool gleicht 80 Prozent der Leistungsausgaben eines Versicherten aus, die einen Schwellenwert von 100.000 Euro übersteigen. Der Schwellenwert ist in seiner Größe dynamisch und in den Folgejahren jährlich vom BAS festzulegen.

Die Krankenkassen haben auf Kassenartenebene für das Ausgleichsjahr 2021 zusätzlich zu den Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich folgende Zuweisungen für den Risikopool erhalten:

Zuweisungen für Risikopool

Kassenart	im Jahresausgleich 2021
AOK	2.600,6 Mio. €
BKK	898,5 Mio. €
VdEK	2.718,6 Mio. €
IKK	489,6 Mio. €
KBS	160,0 Mio. €
GKV	6.867,3 Mio. €

Einzelheiten zum Risikopoolverfahren wird in einer Verfahrensbestimmung geregelt, die auf der Website des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Verfahrensbestimmungen und -beschreibungen abrufbar ist.

Die Datenmeldungen der Risikopoolversicherten werden künftig durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder jährlich überprüft. Hierzu hat das BAS ein externes wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben, um die statistisch-methodische Grundlage für das erforderliche Stichproben- und Hochrechnungsverfahren zu schaffen. Das Gutachten wurde im Dezember 2022 vorgelegt und ist auf der Website des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Prüfungen verfügbar.

Gutachten Pay-for-Performance-Verträge und Risikopool (BAS)

Am 25. Oktober 2022 hat das BAS das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Sondergutachten veröffentlicht, in dem die Wirkungen von Pay-for-Performance-Verträgen (P4P-Verträge) vor dem Hintergrund des Risikopools im RSA untersucht werden.

P4P-Verträge regeln eine erfolgsabhängige Vergütung zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen. Sie werden insbesondere bei neuen, kostenintensiven Arzneimitteltherapien geschlossen. Es gibt meistens Verträge mit zwei verschiedenen Modellen, zum einen Verträge mit Ratenzahlungen und zum anderen Verträge mit einer Einmalzahlung mit Rückerstattungsoption.

In der Ausgestaltung des Risikopools wirkt der Schwellenwert nur für Leistungsausgaben, die bis zur Korrektur des Jahresausgleichs gemeldet werden. Sofern eine Krankenkasse einen Rückerstattungsvertrag abgeschlossen hat und erst nach der letzten Datenmeldung eine Erstattung von dem

pharmazeutischen Unternehmen erhält (also im Falle eines Therapieversagens), verbleibt dieser Betrag vollständig bei der Krankenkasse. Eine (anteilige) Rückzahlung der Zuweisungen für den Risikopool erfolgt nicht.

In dem Sondergutachten unterbreitet das BAS einen umsetzungsreifen Vorschlag, mit dem Ratenzahlungs- und Rückerstattungsverträge im Zusammenwirken mit dem Risikopool gleichgestellt werden. Wirtschaftlichkeitsanreize bleiben auch nach Umsetzung des Vorschlags bestehen, da es für die Krankenkassen bei beiden Vertragsmodellen gleichermaßen die Motivation geben sollte, den Therapieerfolg nachzuverfolgen. Bei einem Ratenzahlungsvertrag führt das Ausbleiben des Therapieerfolgs dazu, dass zukünftige Zahlungen nicht fällig werden. Bei Rückerstattungsverträgen sind die Erstattungen des Pharmaunternehmens in Höhe einer sogenannten Ausgleichsquote an den Gesundheitsfonds zurückzuzahlen. Zwanzig Prozent der bei Therapieversagen ausgelösten Erstattung verbleiben weiterhin bei der Krankenkasse. Das Sondergutachten ist auf der Website des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung abrufbar.

Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

Als weitere Neuregelung des GKV-FKG wurde eine Vorsorgepauschale eingeführt, um Präventionsbemühungen der Krankenkassen im RSA stärker zu fördern. Die Krankenkassen erhalten dazu für jeden Versicherten einen pauschalen Betrag, wenn eine Präventionsmaßnahme (zum Beispiel Früherkennungsuntersuchung, zahnärztliche In-

dividualprophylaxe oder Schutzimpfung) in Anspruch genommen wurde.

Hierfür werden die ausgleichsfähigen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen in drei Stufen eingeteilt, die zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Die Stufeneinteilung und die Höhen der Pauschalen werden vom BAS ermittelt und für das jeweilige Ausgleichsjahr zusammen mit einer Verfahrensbeschreibung zum 30. April 2021 bekanntgegeben.

Das BAS hat die Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen für das Ausgleichsjahr 2021 erstmalig berechnet und mit dem Jahresausgleich 2021 im November 2022 beschieden. Die Berechnungsergebnisse auf Kassenartenebene enthält die folgende Tabelle:

Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

Kassenart	im Jahresausgleich 2021
AOK	57,4 Mio. €
BKK	24,3 Mio. €
VdEK	61,0 Mio. €
IKK	10,8 Mio. €
KBS	2,6 Mio. €
GKV	156,2 Mio. €

Die Einzelheiten zum Verfahren der Vorsorgepauschale sind auf der Website des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Verfahrensbestimmungen und -beschreibungen abrufbar.

2. *Innovationsfonds*



Grundlagen

Aus dem Innovationsfonds werden 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 beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtete Innovationsausschuss unter Einbeziehung externer Expertise die Schwerpunkte wie auch Kriterien für die Förderung fest und entscheidet über die Förderungsfähigkeit der eingereichten Anträge.

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 knapp 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 2022

Auszahlungen an Fördermittelempfänger werden nach Veranlassung der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses geleistet. In 2022 wurden Fördermittel in Höhe von rund 167,4 Mio. Euro ausbezahlt.

Finanzergebnisse des Innovationsfonds

Nach dem voraussichtlichen Rechnungsergebnis für das Geschäftsjahr 2022 betragen die Gesamtausgaben des Innovationsfonds rund 110,6 Mio. Euro. Davon entfallen unter Berücksichtigung von nicht mehr benötigten Fördermitteln von beendeten Projekten aus Vorjahren rund 58,4 Mio. Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der neuen Versorgungsformen, rund 43,0 Mio. Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der Versorgungsforschung und rund 9,2 Mio. Euro auf Verwaltungskosten. Dabei beliefen sich die Verwaltungskosten der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses (GBA) auf rund 8,9 Mio. Euro, die des BAS auf rund 0,3 Mio. Euro und die Kosten der wissenschaftlichen Evaluation auf 3.867,5 Euro. Die Verwaltungskosten verursachen einen Anteil von rund 4,6 Prozent des gesetzlich vorgesehenen Fördervolumens.

An der Finanzierung haben sich im Geschäftsjahr 2022 die LKK mit rund 1,5 Mio. Euro sowie die RSA-Krankenkassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit jeweils rund 99,2 Mio. Euro beteiligt. Der voraussichtliche Einnahmenüberschuss des Innovationsfonds beträgt rund 89,3 Mio. Euro.

3. *Krankenhaus- strukturfonds*



Seit dem Jahr 2016 führt das BAS die Förderung zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung mit Mitteln des von ihm verwalteten Strukturfonds durch, der aufgrund unterschiedlicher Förderhöhen und -ziele auf den Strukturfonds I und II aufteilt. 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. Darüber hinaus ist die Förderung auf die Verbesserung der IT-Si-

cherheit von Krankenhäusern, auf die Schaffung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, auf die Bildung integrierter Notfallzentren sowie auf die Schaffung bzw. Erweiterung von Ausbildungskapazitäten in der pflegerischen Versorgung gerichtet.

Im Jahr 2022 hat das BAS Fördermittel in Höhe von insgesamt rund 313,2 Mio. Euro an die Bundesländer ausgezahlt. Den Auszahlungen standen Rückzahlungen aus nicht benötigten Fördermitteln von rund 54,5 Mio. Euro gegenüber.

4. *Krankenhaus- zukunftsfonds*

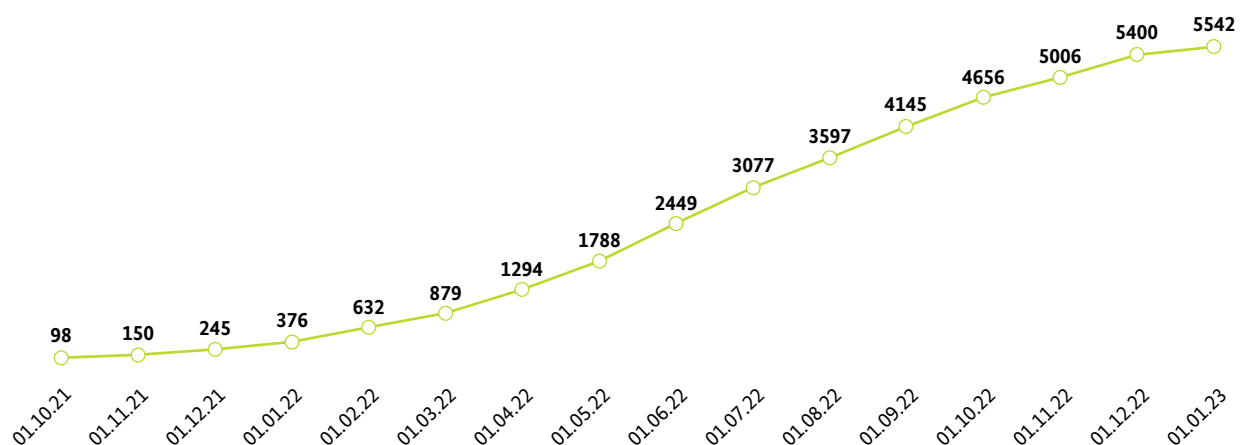


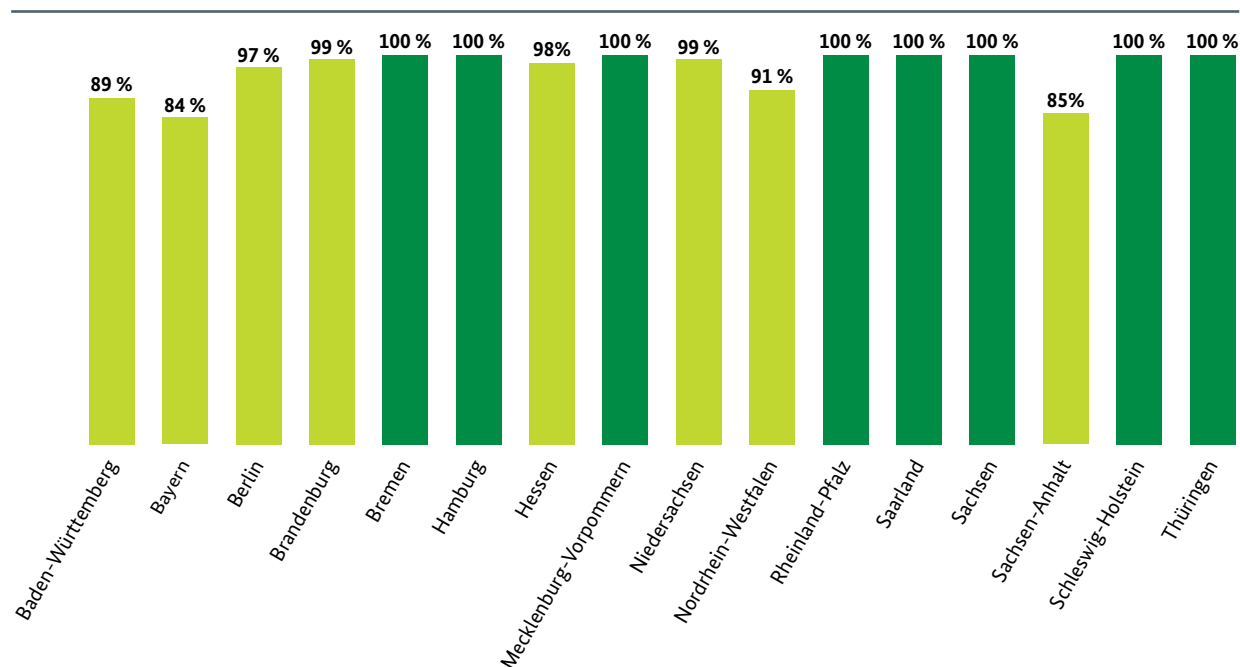
Im Juni 2020 hat die Bundesregierung ein Konjunktur- und Krisenbewältigungspaket im Umfang von 130 Mrd. Euro beschlossen. In dem dazugehörigen Eckpunktepapier „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“ wurde auch festgestellt, dass die Patientenversorgung in Krankenhäusern für die Bewältigung der Corona-Pandemie eine große Rolle spielt und deshalb eine moderne und bessere investive Ausstattung der Krankenhäuser notwendig ist. Hieraus folgte die Einrichtung des Krankenhauszukunftsfonds durch das Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser beim BAS. Aus dem Bundeshaushalt wurden dazu drei Milliarden Euro zur Verfügung gestellt, mit denen Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und verschiedene Digitalisierungsvorhaben gefördert werden sollten. Es wird angestrebt, die bereitgestellten Fördermittel durch die Europäische Aufbau- und Resilienzfazilität (ARF) zu refinanzieren. Hierzu wurde das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ in den Deutschen Aufbau- und Resilienzplan (DARP) aufgenommen.

Das BAS hat für diese neue Aufgabe innerhalb kürzester Zeit ein Verwaltungsverfahren entwickelt. So wurde u.a. ein Online-Portal eingerichtet, so dass die Länder die Anträge digital einreichen konnten. Insgesamt sind seitens der Länder 6.078 Anträge mit einem Fördervolumen von 3,042 Mrd. Euro beim BAS über das Online-Portal gestellt worden.

Bis zum 31. Dezember 2022 konnten bereits 5.542 Anträge beschieden und ein Fördervolumen von insgesamt 2,854 Mrd. Euro ausgezahlt werden. In dem Zeitraum von Mitte März 2022 bis zum 9. November 2022 wurde das BAS bei der Bearbeitung der Anträge von einem externen Dienstleister unterstützt, wobei die Entscheidungshoheit beim BAS verblieb. Nachfolgende Grafiken veranschaulichen den Verlauf der Bewilligung. Anhand der zweiten Grafik ist zu erkennen, dass bei einigen Ländern bereits alle Anträge beschieden wurden. Beim Freistaat Bayern ist zu berücksichtigen, dass ca. 200 Ersatzanträge gestellt wurden, für den Fall, dass Anträge nicht bewilligt werden können.

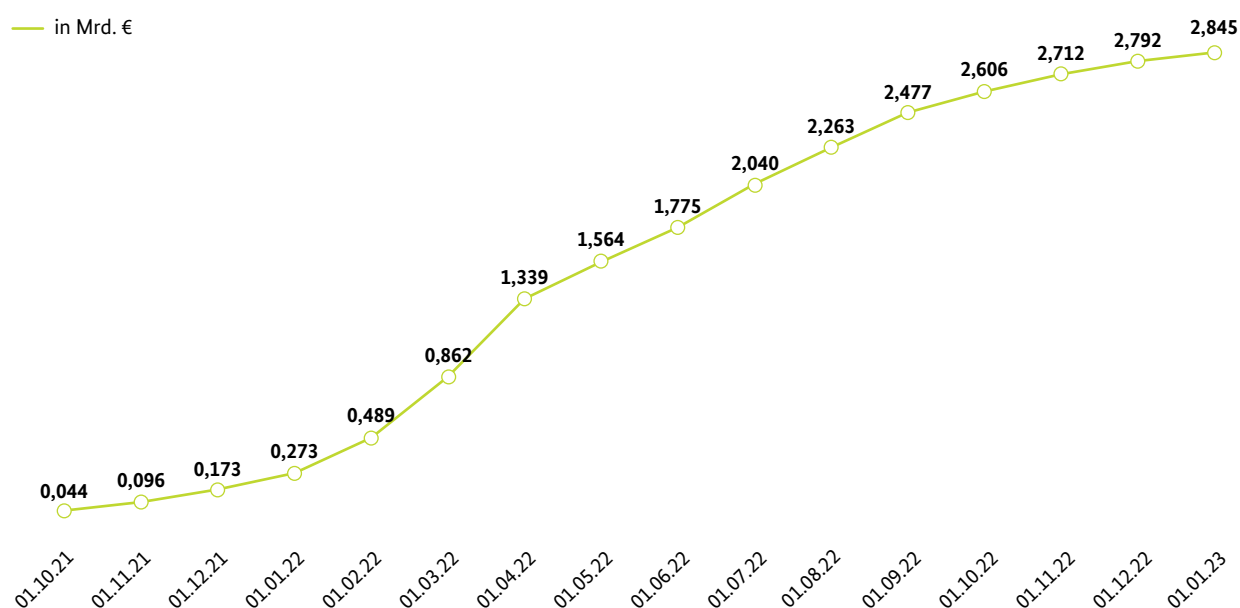
Anzahl der bewilligten Anträge (Stand 31. Dezember 2022)



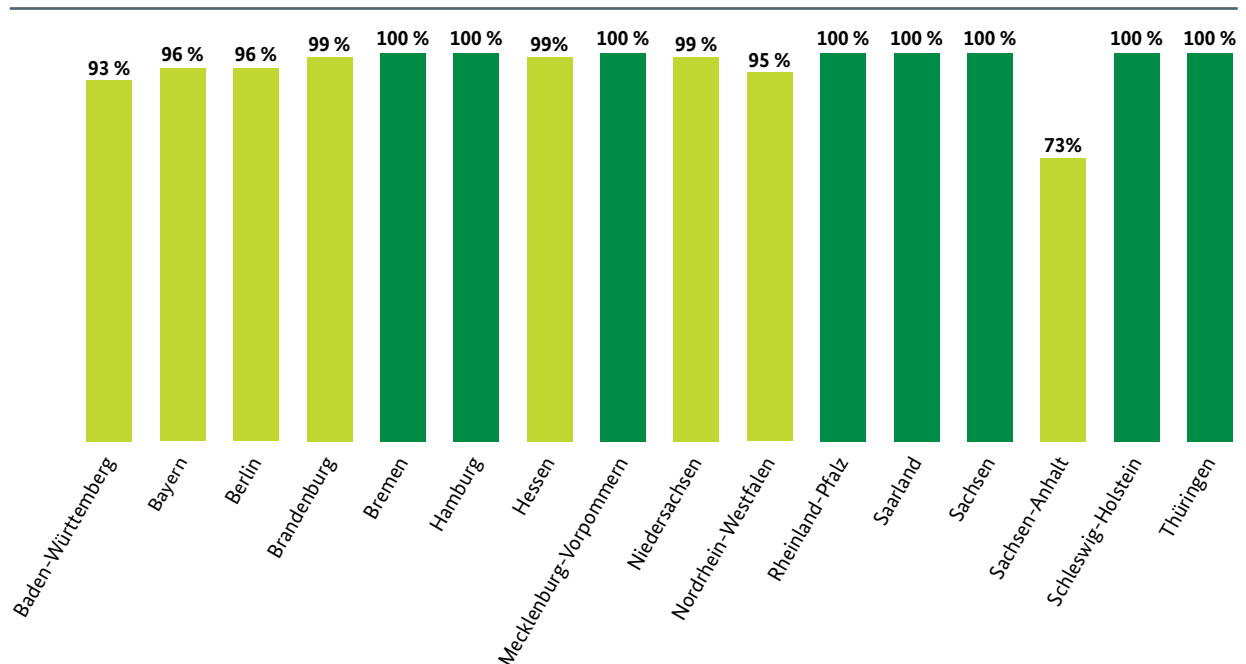
Anteil der bewilligten Anträge nach Bundesland (Stand 31. Dezember 2022)


Anhand der untenstehenden Grafiken kann der Verlauf über die Höhe der bewilligten Fördermittel nachvollzogen werden. Zwischenzeitlich wurden Anträge mit einem höheren Antragsvolumen vorrangig bearbeitet, um Negativzinsen zu ver-

meiden. Bis Mitte April waren die meisten Anträge mit besonders hohem Fördervolumen beschieden, so dass nachfolgend die Anträge nach Bundesländern und Zeitpunkt des Einganges der Anträge bearbeitet werden konnten.

Höhe der bewilligten Fördermittel


Anteil der bewilligten Fördermittel nach Bundesland



Eine Übersicht über die Anzahl der gestellten Anträge und das Volumen der beantragten Fördermittel einschließlich der Verteilung auf die einzelnen Bundesländer sowie der bereits bewilligten Fördergelder ist auf der Webseite des BAS veröffentlicht. Sie wird monatlich aktualisiert.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Einführung des Nachweisverfahrens. Dazu gehörte auch die Implementierung einer Portallösung, so dass die Länder in elektronischer Form die Nachweise an das BAS übermitteln können. Die Länder haben zum 1. April eines Jahres für die Vorhaben, für das das BAS Fördermittel gewährt hat, Unterlagen oder Angaben z.B. über dem Stand der Umsetzung, zur Höhe der ausgezahlten Fördermittel und zur Einhaltung der Förderrichtlinie abzugeben. Das Nachweisverfahren wurde während des gesamten Jahres stetig verbessert und angepasst.

Daneben ist der Betrieb des Schulungsprogramms für IT-Dienstleister um ein weiteres Jahr verlängert worden. Mit dem Schulungsprogramm können sich interessierte IT-Dienstleister noch mindestens bis Ende 2023 schulen lassen und eine Berechtigung erwerben. Bislang haben 7.676 Dienstleister nach Absolvierung des Schulungsprogramms die Berechtigung erlangen können. Die Berechtigung wird durch das BAS erteilt, wenn der IT-Dienstleister über die notwendige Eignung verfügt, festzustellen, ob die Vorhaben, für die Fördermittel beantragt werden, die Voraussetzungen für die Gewährung dieser Fördermittel erfüllen. Das Vorliegen dieser Feststellung eines berechtigten IT-Dienstleisters ist bei einem Teil der Vorhaben Fördervoraussetzung.

5. Vertragstransparenzstelle



Die beim BAS eingerichtete Vertragstransparenzstelle führt seit dem 30. September 2020 ein öffentliches Verzeichnis zu allen von den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossenen Verträgen über eine hausarztzentrierte Versorgung oder besondere Versorgungsformen (Selektivverträge). Die erste Veröffentlichung erfolgte mit einer reduzierten Anzahl an Vertragsmerkmalen. Seit dem 30. September 2021 wird das Verzeichnis mit allen gesetzlich vorgesehenen Angaben geführt. Es handelt sich um Angaben über die Vertragsform, die vertragschließende Krankenkasse, die vertragschließenden Leistungserbringer – soweit es sich um einen Vertrag zur besonderen Versorgung handelt, den Vertragsbeginn, die Wirksamkeit von Vertragsänderungen, das Vertragsende, den Geltungsbereich des Vertrages sowie über die dem Vertrag als Einschlusskriterien zugrunde liegenden Diagnosen – sofern diese von den Vertragsparteien vereinbart wurden.

Das Verzeichnis der Vertragstransparenzstelle umfasste zum 31. Dezember 2022 Daten zu rund 9.900 Selektivverträgen. Vertragsänderungen und Angaben zu neu abgeschlossenen Verträgen wer-

den von den Krankenkassen fortlaufend übermittelt. Die Krankenkassen melden die Datensätze zu den Verträgen einzeln – sobald Änderungen vereinbart oder neue Selektivverträge abgeschlossen wurden – oder vierteljährlich unter der Übermittlung ihres gesamten Vertragsbestandes. Die quartalsweise Datenlieferung muss spätestens bis zum 20. Kalendertag des Monats vorgenommen werden, der auf das Quartalsende folgt. Das Verzeichnis der Vertragstransparenzstelle bildet somit einen aktuellen Stand aller Selektivverträge der gesetzlichen Krankenkassen ab.

Das Verzeichnis der Vertragstransparenzstelle ermöglicht es Versicherten, Aufsichtsbehörden und der interessierten Fachöffentlichkeit sich über die Selektivverträge der gesetzlichen Krankenkassen zu informieren. Zudem dient es der Sicherung der Datengrundlagen für den RSA gem. § 273 SGB V, indem statistische Auffälligkeiten in den Datenmeldungen zum RSA durch den Vergleich mit den Daten des Verzeichnisses der Vertragstransparenzstelle künftig bestimmten Verträgen zugeordnet werden können.

6. *Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung*



6.1 Leistung und Leistungsfähigkeit des Ausgleichsfonds in Zeiten hohen Kostendrucks

Das Jahr 2022 war in besonderer Weise durch dynamische, verwaltungseigene wie gesetzgeberische Aktivitäten zur Steuerung der Liquidität und zum Erhalt der Funktionsfähigkeit des Ausgleichsfonds geprägt. So konnte der Ausgleichsfonds seinerseits verlässlich dafür Sorge tragen, dass allen Pflegekassen im Wege der Durchführung des Liquiditätsausgleichs ein hinreichendes Maß an liquiden Mitteln zur Verfügung stand. Dennoch geriet die Pflegeversicherung angesichts dauerhafter Ausgabenüberschüsse finanziell unter Druck. Hierzu trug auch die Refinanzierung der pandemiebedingten Kosten der Pflegekassen durch den „Rettungsschirm“ für die pflegesoziale Infrastruktur bei, an dem sich der Bund nur teilweise beteiligte. Das Jahresergebnis 2022 der Pflegeversicherung fiel mit –2,25 Mrd. Euro erneut negativ aus (Vorjahr: –1,35 Mrd. Euro). Die Leistungsausgaben der Pflegekassen stiegen um 11,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr auf rund 56,01 Mrd. Euro an. Gleichzeitig lagen die Beitragseinnahmen der Pflegekassen in Höhe von 41,71 Mrd. Euro im Jahr 2022 um 6,5 Prozent über denen des Vorjahres; die des Ausgleichsfonds (10,75 Mrd. Euro) nahmen um 1,7 Prozent zu.

Im Jahr 2022 hat das BAS insgesamt 24,35 Mrd. Euro aus Mitteln des Ausgleichsfonds an diejenigen Pflegekassen überwiesen, denen weniger Mittel

zur Verfügung standen, als an Betriebsmitteln und Rücklage gesetzlich vorzuhalten sind. Gegenüber dem Vorjahr (2021) entspricht dies einem Anstieg von 22,5 Prozent. Die monatsdurchschnittlichen Zahlungen (2,03 Mrd. Euro) im Jahr 2022 überstiegen damit erstmals die Grenze von 2 Mrd. Euro (2,03 Mrd.). Den Auszahlungen aus Mitteln des Ausgleichsfonds standen Zahlungen an den Ausgleichsfonds in Höhe von monatsdurchschnittlich rund 629 Mio. Euro (insgesamt 7,55 Mrd. Euro) durch diejenigen Pflegekassen gegenüber, deren Mittel-Ist das Soll überstieg (–2,16 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 für alle Pflegekassen einheitlicher Beitragssatz von (2022) 3,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (mit Zuschlag für nicht Kinder-Erzehende in Höhe von 0,25 Prozent) besteht. Es gilt das den Liquiditätsausgleich tragende Prinzip, dass die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen werden.

Der Mittelbestand des Ausgleichsfonds belief sich Ende des Jahres 2022 auf nur noch 72 Mio. Euro (das Darlehen des Bundes, s. unter 6.2., nicht mitberücksichtigt). Unter Hinzurechnung des Gesamt-Mittelbestandes der Pflegekassen in Höhe

von insgesamt rund 4,34 Mrd. Euro zum Ende des Jahres 2022 (+9,72 Prozent) betrug die so zusammengesetzte Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung rund 4,41 Mrd. Euro (–33,83 Prozent gegenüber dem Vorjahr).

Finanzergebnis der Sozialen Pflegeversicherung

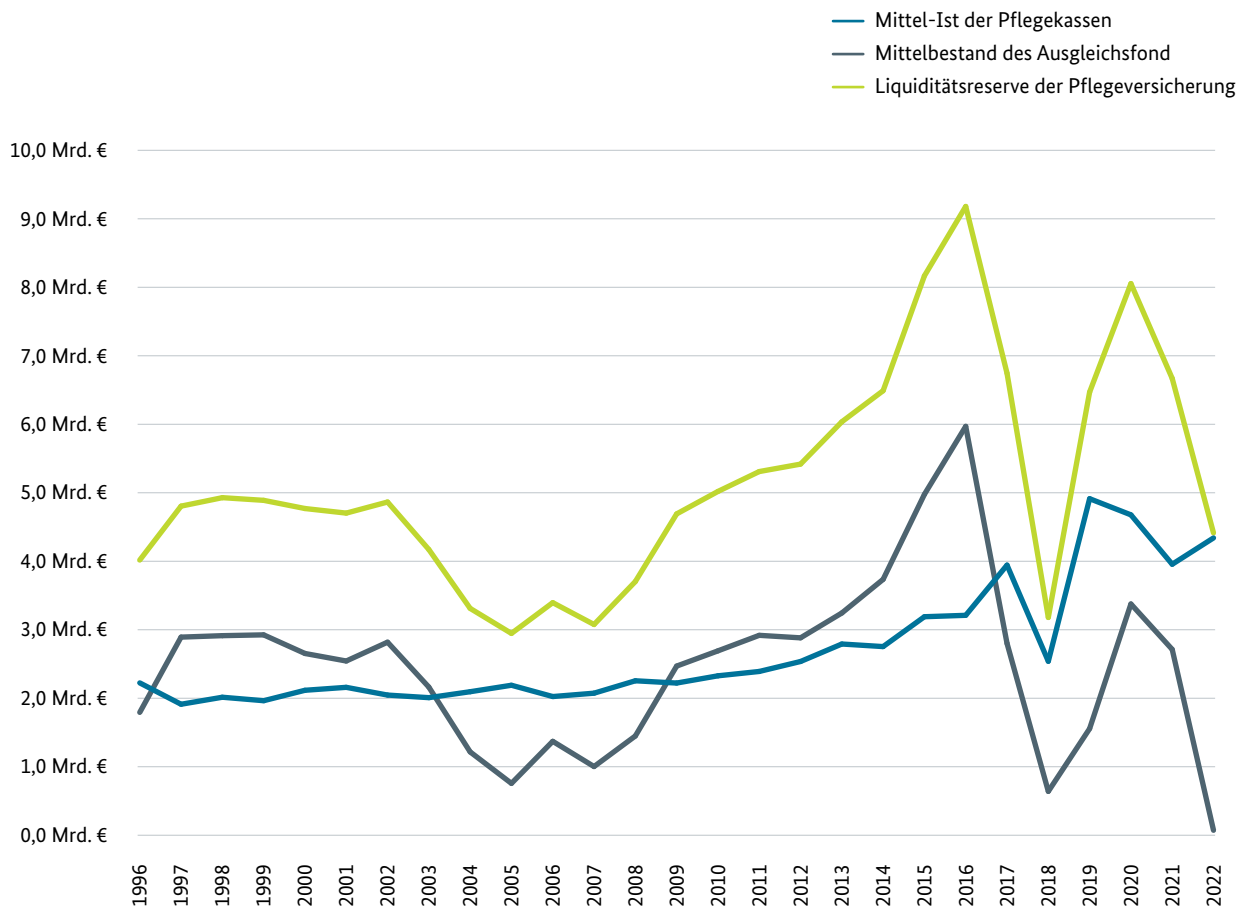
	Beträge 2022 absolut in Mio. Euro	Veränderungen gegenüber 2021 in Prozent
Einnahmen		
Beitragseinnahmen	52.451	5,5
Sonstige Einnahmen	5.332	90,0
davon Bundesmittel	3.700	370,0
Einnahmen insgesamt	57.783	10,1
Ausgaben		
Leistungsausgaben	56.227	11,9
Verwaltungskosten	1.624	8,1
Hälfte MDK	527	–1,0
Vorsorgefonds	1.629	3,8
Sonstige Ausgaben	26	43,3
Ausgaben insgesamt	60.035	11,5
Jahresergebnis	minus 2.252	

Im Jahr 2022 hat der Ausgleichsfonds Negativzinsen und Guthabenentgelte in Höhe von rund 2,5 Mio. Euro aufwenden müssen (2021 rund 10 Mio. Euro). Angesichts der Mittelabnahme, der unsicheren Liquiditätsentwicklung und der Bereitstellungsanforderungen durch den Grundsatz der Verfügbarkeit (vielfältige Zahlungstermine des Ausgleichsfonds) konnten lediglich kurzfristige Geldanlagen getätigt werden. Deren Sicherheit stand mit Blick auf die Folgen des Krieges gegen die Ukraine im Vordergrund. Die im Jahr 2022

eingetretene „Zinswende“ hat sich erst im späteren Verlauf des Jahres positiv auf die Ertragssituation ausgewirkt.

Nähere Informationen zu den Finanz- und Rechnungsergebnissen sowie zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben finden Sie auf der Webseite des BAS zum Thema Ausgleichsfonds/Finanzergebnisse.

Entwicklung des Mittelbestandes der sozialen Pflegeversicherung



6.2 Maßnahmen zur Sicherung der Funktionsfähigkeit des Ausgleichsfonds

In Fortsetzung der bereits seit Oktober 2021 bestehenden Praxis hat der Ausgleichsfonds auch im Jahr 2022 Mittel der Pflegekassen herangezogen, um seine Funktionsfähigkeit zu erhalten: Dabei wurde das „Soll“ der von den Pflegekassen vorzuhaltenden Betriebsmittel, das die Ermittlung der Ausgleichsansprüche im Liquiditätsausgleich zwischen den Pflegekassen bestimmt, nicht vollumfänglich, sondern mit einer Ausgabendeckungsquote von lediglich 0,7 (anstelle von 1,0 einer Monatsausgabe) berücksichtigt. Das daraus resultierende Mehr an Liquidität des Ausgleichsfonds sorgte für eine gleichmäßige Verteilung des Betriebsmittelfehlbestands und der Defizitlast unter sowie zwischen den Pflegekassen und dem Ausgleichsfonds.

Darüber hinaus geht es im Wesentlichen auf drei Finanzierungsmaßnahmen zurück, dass der Ausgleichsfonds über das notwendige Maß an Liquidität verfügte, um seine Aufgaben im Jahr 2022 erfüllen zu können:

Zum einen wurden die Zahlungen zur Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung, die (seit dem Jahr 2022) jährlich 1 Mrd. Euro in monatlich zu leistenden Teilbeträgen umfasst, vorgezogen, so dass mit Wirkung zum Mai 2022 bereits 95 Prozent der für die Monate Mai bis Dezember noch ausstehenden Zahlungen (zuzüglich einer Monatsleistung der ratierlichen Restzahlungen) vorfristig geleistet

wurden. Damit waren bis einschließlich Mai 2022 bereits gut 970 Mio. Euro an Bundesmitteln nach § 61a SGB XI ausgezahlt worden.

Zum Zweiten erstattete der Bund dem Ausgleichsfonds 1,2 Mrd. Euro im April 2022 und im Oktober 2022 nochmals 1 Mrd. Euro an pandemiebedingten Kosten. Diese werden gewährt, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung aufgrund pandemiebedingter Mehrkosten absehbar das gesetzliche betriebsmittel- und Rücklage-soll der Pflegekassen zu unterschreiten droht. Demgegenüber diene der vom Bund im September 2022 an den Ausgleichsfonds gezahlte Betrag in Höhe von 500 Mio. Euro konkret der Refinanzierung der durch die Pflegekassen an die Pflegeeinrichtungen und Arbeitgeber geleisteten Vorauszahlungen für Pflegeboni zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der Pandemie.

Schließlich gewährte der Bund dem Ausgleichsfonds im August 2022 ein unverzinstes Darlehen in Höhe von 1 Mrd. Euro als Liquiditätshilfe. Bis dahin war eine Verschuldung des Ausgleichsfonds nicht zulässig. Entgegen der gesetzlichen Erwartung konnte das Darlehen bis zum Jahresende 2022 nicht zurückgezahlt werden. Infolge dessen gilt die Rückzahlung nach der maßgeblichen Regelung im Haushaltsgesetz 2022 als bis zum Schluss des folgenden Haushaltsjahres (2023) zinsfrei gestundet.

6.3 Neue Rahmenbedingungen für die Vermögensverwaltung

Im Zuge der Reform des Vermögensrechts (§§ 80 ff. SGB IV) durch das 8. SGB IV Änderungsgesetz hat das BAS die Geldanlage mit Wirkung zum 1. Januar 2023 teilweise neu konzeptioniert. Die maßgeblichen Bestimmungen des SGB IV gelten für die Verwaltung des Ausgleichsfonds entsprechend, wie mit § 65 Abs. 5 SGB XI nunmehr ausdrücklich gesetzlich festgeschrieben.

Die für die Verwaltung des Fondsvermögens zentralen Neuerungen betreffen zuvorderst die Zusammenarbeit mit den (privaten) Kreditinstituten, die entweder keiner für die Anlage ausreichenden Sicherungseinrichtung der Kreditwirtschaft angehören oder deren Sicherungseinrichtung einen nur begrenzten Schutzzumfang vermittelt. Hintergrund ist, dass der Bundesverband deutscher Banken e.V. den Schutzzumfang seiner freiwilligen Einlagensicherung (Einlagensicherungsfonds) eingeschränkt hat. Dem Ausgleichsfonds ist die Zusammenarbeit mit den vorgenannten Instituten unter Abweichung von den einschlägigen Bestimmungen des § 83 SGB IV grundsätzlich erlaubt. Voraussetzung dafür ist, dass die Institute die geltenden Vorschriften über das Eigenkapital und die Liquidität einhalten und dies jährlich überprüft wird. Vor diesem Hinter-

grund begrenzt der Ausgleichsfonds die bei einem Kreditinstitut ohne Institutsgarantie insgesamt gehaltenen Anlagen. Sie dürfen einen bestimmten Prozentsatz der für die Bankenregulierung maßgeblichen (aufsichtsrechtlich anrechenbaren) Eigenmittel nicht überschreiten. Der konkrete Prozentsatz ergibt sich in Abhängigkeit von der Einstufung gemäß Bonitätsrating durch eine registrierte Ratingagentur (langfristiges Emittenten-Rating). Die so definierten Anlagehöchstgrenzen ergänzen die übrigen, aus den Anlagegrundsätzen des SGB IV folgenden Restriktionen.

Darüber hinaus achtet die Verwaltung des Ausgleichsfonds mittels interner Soll-Bestimmungen auf die Möglichkeit zur Anlage nach ökologischen, sozialen und Governance-Kriterien (environmental, social and governance, „ESG“). Dies gilt sowohl für die ESG-Merkmale der Anlagen als auch für die Anforderungen an auszuwählende oder ausgewählte Kreditinstitute, die jeweils auf Basis marktüblicher Standard, Normen und Ratings beurteilt werden. Überdies wird geprüft, ob die Kreditrating-Agenturen, auf die im Rahmen der Einschätzung des Bonitätsrisikos zurückgegriffen wird, ESG-Risiken berücksichtigen; auch ESG-Ratings können herangezogen werden.

6.4 Förder-, Finanzierungs- und Beteiligungsmanagement in Zahlen

Einsatz von Förder- und Finanzierungsmitteln des Ausgleichsfonds im Bereich der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

Der Ausgleichsfonds hat im Jahr 2022 rund 30 Mio. Euro für Fördermaßnahmen und für die Finanzierung besonderer Einrichtungen und Vorhaben aufgewendet. Den Schwerpunkt der Leistungsverwaltung bildet die Förderung der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen und die Förderung von Maßnahmen und Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der Qualitätssicherung einschließlich ihrer wissenschaftlichen Begleitung. In einer Mehrzahl der Tatbestände erfolgt die Förderung mit Mitteln des Ausgleichsfonds und unter Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Wege der ergänzenden zuschussweisen Mitfinanzierung (Anteilsfinanzierung), die an die Förderung aus Mitteln der Länder oder Kommunen anknüpft. Hinzu kommt die Finanzierung von Einrichtungen und Vorhaben im Wege der ausschließlichen Finanzierung aus Mitteln der Pflegeversicherung.

Das Fallzahlaufkommen ist unverändert hoch (mit rund 3.000 Mittelabrufen p.a.). Indes sind die Eingänge sehr ungleich über das Jahr verteilt. Allein im Dezember 2022 gingen ungeachtet der fortgesetzten Appelle des BAS, die Fälle im Interesse der Begünstigten nicht anzuhäufen und nicht „gesammelt“ einzureichen, rund 1.000 Mittelabrufe ein, die erst nach und nach abgearbeitet werden konnten. Auch vor diesem Hintergrund baut das BAS auf die Einführung des „Portals Elektronischer Mittelabruf (EMA)“ (s. unter 6.5.) zugunsten einer besseren unterjährigen Verteilung des Fallaufkommens.

Übersicht über den Einsatz von Förder- und Finanzierungsmitteln des Ausgleichsfonds im Bereich der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

Fördertatbestand / Art der Maßnahme / Einrichtung	Volumen in Mio. Euro (gerundet)
Angebote zur Unterstützung im Alltag	7,98
Förderung des Ehrenamtes	0,95
Förderung der Selbsthilfe	2,58
Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen	6,89
Modellvorhaben im Bereich des Ehrenamtes	0,01
Modellvorhaben im Bereich der Selbsthilfe	1,91
Qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege einschließ- lich wissenschaftlicher Aufträge	0,87
Regionale Netzwerke	2,69
Datenauswertungsstelle	1,26
Modellvorhaben des Spitzenverbandes Bund	2,43
Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur	2,02
Modellvorhaben zur Personalbedarfsmessung	0,04
Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege	0,03
Modellvorhaben zu innovativen Versorgungsansätzen	0,19

Finanzierungsbeteiligungen der gesetzlichen Krankenkassen und der Privaten Pflege-Pflichtversicherung

Die Verwaltung des Ausgleichsfonds agiert als zentrale Stelle zur Abrechnung und zur Vereinbarung von Finanzierungsanteilen, die von den gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Pflege-Pflichtversicherung zugunsten der sozialen Pflegeversicherung zu leisten sind. Mit Wirkung für die GKV agiert hier der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, während der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. für die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung tätig wird. Mit beiden Verbänden, die die Mittel in der Regel über Umlagen zu Lasten der Mitgliedschaften bzw. -unternehmen aufbringen, hat das BAS eine Reihe von Finanzierungsvereinbarungen zur Regelung des Näheren getroffen.

Die GKV hat sich im Jahr 2022 erneut mit 640 Mio. Euro an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen beteiligt. Darüber hinaus erstanden im Abrechnungszeitraum 2022 Kosten für die Beteiligung der GKV an pandemiebedingten Erstattungen (für Mehraufwendungen und Mindererstattungen) an ambulante Pflegeeinrichtungen und stationäre Hospize sowie anteilige Testkosten nach der Coronavirus-Testverordnung in Höhe von insgesamt 547,4 Mio. Euro. Der Finanzierungsanteil für Corona-Prämien für Beschäftigte von Pflegeeinrichtungen und anderen Arbeitgebern beträgt 106,9 Mio. Euro. Die im Jahr 2022 geleisteten, in Teilen den Vorjahreszeitraum betreffenden Zahlungen belaufen sich auf 562,58 Mio. Euro bzw. 104,5 Mio. Euro.

Übersicht: Finanzierungsanteile der gesetzlichen Krankenkassen zugunsten der Pflegeversicherung Ausgleichsfonds

Tatbestand / Leistungsbereich	Berechnung	Anteil absolut
Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären (§ 37 Abs. 2a SGB V)	pauschal	640.000.000 €
Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Erstattungen (§ 150 Abs. 4 SGB XI)	gemäß Verhältnis der Ausgaben für häusliche Krankenpflege (GKV) und für Pflegesachleistungen (SozPV)	547.442.095 €
Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Prämien (§ 150a Abs. 7 S. 5 aF. SGB XI)	gemäß Verhältnis der Ausgaben für häusliche Krankenpflege (GKV) und für Pflegesachleistungen (SozPV)	106.908.384 €

Des Gleichen hat sich die private Pflege-Pflichtversicherung an den pandemiebedingten Kosten zum Schutze der pflegerischen Infrastruktur maßgeblich beteiligt. Zudem nimmt 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 Finanzierungsbeiträge im Umfang von 7 bzw. 10 Prozent wahr. Danach entfielen auf den Abrechnungszeitraum 2022 die aus der nachfolgenden Darstellung ersichtlichen Anteile und Beträge.

Übersicht: Finanzierungsanteile der privaten Pflege-Pflichtversicherung zugunsten des Ausgleichsfonds

Tatbestand / Leistungsbereich	Kosten	Anteil	Anteil absolut
Angebote zur Unterstützung im Alltag, Förderungen des Ehrenamts sowie Modellvorhaben (§ 45c Abs. 1 SGB XI)	15.837.674 €	10 %	1.583.767 €
Angebote der Selbsthilfe (§ 45d SGB XI)	4.489.685 €	10 %	448.969 €
Regionale Netzwerke (§ 45c Abs. 9 SGB XI)	2.690.969 €	10 %	269.097 €
Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Abs. 6 SGB XI und wissenschaftlicher Aufträge nach § 113 Abs. 4 SGB XI (§ 8 Abs. 4 SGB XI)	868.004 €	10 %	86.800 €
Finanzierung der fachlich unabhängigen Institution nach § 113 Abs. 1b S. 1 SGB XI (§ 8 Abs. 5 SGB XI)	1.260.413 €	7 %	88.229 €
Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b SGB XI	–	7 %	–
Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (§ 8 Abs. 7 SGB XI)	1.051.269 €	7 %	73.589 €
Förderung digitaler Anwendungen in Pflegeeinrichtungen (§ 8 Abs. 8 SGB XI)	27.590.391 €	7 %	1.931.327 €
Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege (§ 33 Abs. 1 Nr. 4 PfIBG)	186.228.827 €	10 %	18.622.883 €
Finanzierungsanteil für Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal (§ 8 Abs. 6 SGB XI)		pauschal	44.000.000 €
Finanzierungsanteil an pandemiebedingten Kosten (§ 150 Abs. 2, 5a SGB XI; Corona-TestV)	4.359.312.857 €	7 %	305.151.900 €
Gesamt	4.643.330.087 €		372.256.561 €

Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege

Die soziale Pflegeversicherung und die private Pflege-Pflichtversicherung beteiligen sich an der Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG). Zu diesem Zweck zahlte das BAS 2022 aus Mitteln des Ausgleichsfonds insgesamt rund 186,29 Mio. Euro an die auf Landesebene verwalteten (gleichnamigen) Ausgleichsfonds für den Finanzierungszeitraum 2023. Die ausgezahlten Beträge entsprechen jeweils 3,6 Prozent des Finanzierungsbedarfs für die Pflegeausbildung im Land. Die Mitfinanzierung ergänzt die Umlagebeiträge der Krankenhäuser und der ambulanten und der stationären

Pflegeeinrichtungen sowie den Beitrag des jeweiligen Landes. Die private Pflege-Pflichtversicherung erstattet der sozialen Pflegeversicherung 10 Prozent ihrer Direktzahlung. Für die 2021 geleisteten Direktzahlungen wurden 16,83 Mio. Euro erstattet; die Erstattung für die Direktzahlungen 2022 wird im Frühjahr 2023 abgerechnet.

Die zum 30. November 2022 geleisteten Direktzahlungen fielen um 11 Prozent höher aus als Zahlungen im Jahr 2021. Eine Übersicht über die Zahlungen für die Festsetzungsjahre 2019 bis 2022 nach Bundesländern finden Sie auf der Webseite des BAS unter dem Thema Ausgleichsfonds/Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege.

6.5 Digitalisierung der Leistungs- und Finanzierungsverwaltung

Das BAS hat im Berichtsjahr intensiv daran gearbeitet, das Verfahren des bisher urschriftlich gestützten Mittelabrufs für alle Förder- und für zahlreiche Finanzierungstatbestände bis zum 1. Januar 2023 auf ein vollständig elektronisches Verfahren umzustellen. Zu diesem Zweck hat das BAS das Portal „Elektronische Mittelanforderung (EMA-Portal)“ eingerichtet. Bereits mit Wirkung zum 1. Dezember 2022 konnten in der eigens eingerichteten Testumgebung alle Portalfunktionen getestet werden.

Die Portallösung umfasst Mittelabrufe in den Bereichen „Fördergelder“ und „Vorhabenfinanzierung“, ferner die Finanzierung besonderer Einrichtungen sowie Finanzierungsbeteiligungen aus Mitteln des Ausgleichsfonds. Als Eingangsstelle für die auszahlungsrelevanten Informationen einschließlich der zugehörigen elektronischen Dokumente ist das EMA-Portal integraler Bestandteil der bereits zuvor existenten digitalen Anwendungen der Leistungs- und Finanzierungs-

verwaltung bis hin zur Auszahlung. Es ist im Hinblick auf neue Förder- und Finanzierungstatbestände erweiterbar. Den Zugang zum Portal erhalten nur autorisierte Beschäftigte der mittelanfordernden Stellen. Für Massenanforderungen wird vom BAS eine einheitliche Schnittstelle zum Datenimport bereitgestellt.

Die Portallösung beschleunigt das Auszahlungsverfahren und setzt dabei zugunsten der Fördergeldempfänger – dies sind in aller Regel nicht die mittelanfordernden Stellen – auf das Prinzip, dass der jeweilige Mittelabruf mit vollständigen Angaben und Unterlagen einschließlich der ggf. erforderlichen Erklärung des Einvernehmens Dritter aus einer Hand erfolgen soll.

Nähere Informationen hält das BAS auf seiner Webseite bereit. Dort finden sich auch ein elektronisches Benutzerhandbuch sowie eine Schnittstellenbeschreibung für den Datenimport.

6.6 Pflegevorsorgefonds

Das BAS hat im Jahr 2022 rund 1,63 Mrd. Euro aus Mitteln des Ausgleichsfonds an den Pflegevorsorgefonds überwiesen. Der Pflegevorsorgefonds, der vom BAS ab dem Jahr 2020 auch in gerichtlichen Verfahren vertreten wird, ist mit Beginn des Jahres 2015 als Sondervermögen zum Zwecke der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung der Pflegeversicherung errichtet worden. Die Summe der vom Ausgleichsfonds zugunsten

des Vorsorgefonds geleisteten Zuführungen der Jahre 2015 bis 2022 beläuft sich auf rund 11,34 Mrd. Euro (näher dazu auf der Website des BAS unter dem Thema Ausgleichsfonds/Finanzergebnisse). Für das Jahr 2023 erfolgt die Zuführung aus Mitteln des Ausgleichsfonds nicht wie bisher in monatlichen Raten; sie wird im Dezember 2023 als Gesamtbetrag an den Pflegevorsorgefonds entrichtet (§ 135 Abs. 3 SGB XI).

7. *Strukturierte Behandlungsprogramme*



Die zentrale Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease Management Programme – DMP) liegt in der Zuständigkeit des BAS. Die Entscheidung, ob sich chronische Erkrankungen für ein DMP eignen, trifft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb dieser Behandlungsprogramme bewirkt eine verbesserte Versorgung von chronisch kranken Versicherten und baut eine eventuelle Über-, Unter- und Fehlversorgung im vorhandenen Gesundheitssystem ab.

Für die fünf neuen Indikationen Herzinsuffizienz, Rückenschmerz, Depression, Osteoporose und Rheumatoide Arthritis sind die strukturellen Voraussetzungen durch die Beteiligten bereits überwiegend geschaffen. Verträge zur Vorprüfung für die Indikationen Osteoporose und Herzinsuffizienz sind bereits eingereicht, so dass ein Start eines Teils der neuen DMP im Jahr 2023 zu erwarten ist.

Bei der Zahl der Programmteilnehmenden ist 2022 ein Rückgang von insgesamt 760.168 Teil-

nehmenden zu verzeichnen. Die Indikation Diabetes mellitus Typ 2 ist dabei am stärksten vom Rückgang der Teilnehmerzahlen betroffen. Ein Grund dafür sind die seit dem 1. Januar 2022 ausgetragenen Corona-Sonderregelungen zu DMP, die es möglich machten, dass in den Jahren 2020 und 2021 DMP-Patienten trotz des Fehlens von zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen oder der Nicht-Teilnahme an Patientenschulungen nicht ausgeschrieben werden mussten, d.h. die Teilnahme fortgeführt werden konnte. Verglichen mit dem Stand der DMP-Teilnehmerzahlen vom 31. Dezember 2019 vor Einsetzen der Corona-Pandemie ergibt sich dennoch eine Steigerung von 141.089 DMP-Teilnehmenden.

Die absolute Zahl an Zulassungen für die sechs bestehenden strukturierten Behandlungsprogramme hat seit 2021 leicht abgenommen. 8,5 Mio. Teilnehmende haben an insgesamt 8.944 Programmen teilgenommen. 7.213.316 Teilnehmende haben sich dabei in einem oder in mehreren Programmen eingeschrieben. Alleine am DMP Diabetes mellitus Typ 2 nahmen mehr als 4,4 Mio. Versicherte teil.

Die bestehenden strukturierten Behandlungsprogramme im Vergleich 2021 und 2022

Indikation	Stichtag	Zulassungen	Teilnahme am DMP
Asthma bronchiale	31.12.2021	1.498	1.215.781
	31.12.2022	1.497	1.075.293
Brustkrebs	31.12.2021	1.443	168.844
	31.12.2022	1.441	172.319
COPD	31.12.2021	1.506	831.622
	31.12.2022	1.504	714.832
Diabetes mellitus Typ 1	31.12.2021	1.481	267.094
	31.12.2022	1.481	259.153
Diabetes mellitus Typ 2	31.12.2021	1.532	4.721.111
	31.12.2022	1.530	4.406.309
KKH	31.12.2021	1.493	2.064.100
	31.12.2022	1.491	1.880.478
Insgesamt	31.12.2021	8.953	9.268.552
	31.12.2022	8.944	8.508.384



8. *Überblick über Finanzhilfen des Gesundheitsfonds im Rahmen der Corona-Pandemie*



Die Corona-Pandemie hat sich auch im Jahr 2022 auf die Versorgungsstrukturen in der Krankenversicherung ausgewirkt. Für verschiedene Gruppen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen wurden Finanzhilfen vorgesehen, die zu einem erheblichen Teil durch das BAS ausgezahlt und aus Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert wurden. Durch verschiedene Verordnungen wurden die Aufgaben des BAS im Laufe der Zeit er-

weitert, z.B. auf die Finanzierung von Corona-Testungen, Corona-Impfungen oder die Abgabe von Corona-Medikamenten. Für jede neue Aufgabe mussten Verwaltungsverfahren mit unterschiedlichen Beteiligten aufgebaut und Zahlungswege vereinbart werden. Nachfolgend wird ein Überblick über die verschiedenen Hilfeverfahren gegeben, für die in 2022 noch Zahlungen erfolgten.

Verfahren: CORONA-Prämie 2022 für Pflegekräfte in Krankenhäusern

Rechtsgrundlage:	§ 26e KHG
Inhalt:	Pflegefachkräfte in Krankenhäusern, die im Jahr 2021 für mindestens 185 Tage in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in dem Krankenhaus beschäftigt gewesen sind, erhielten im Jahr 2022 eine Prämie.
Auszahlungsvolumen:	500 Mio. Euro
Zahlungsempfänger:	GKV-Spitzenverband
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	Die Auszahlung an den GK-Spitzenverband ist erfolgt; die Krankenhäuser haben bis Ende September 2023 die zweckgerechte Mittelverwendung nachzuweisen, andernfalls sind die erhaltenen Beträge zurückzuzahlen.

Verfahren: Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser wegen der Nichtbelegung von Betten
(Ausgleichszeitraum: 15. November 2021 bis 18. April 2022)

Rechtsgrundlage:	§ 21 Absätze 1b und 4b KHG
Inhalt:	Krankenhäuser erhalten Ausgleichszahlungen, wenn Betten auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie nicht so belegt werden können, wie es geplant war.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rund 4,08 Mrd. Euro (Stand: 15. März 2023)
Zahlungsempfänger:	Länder
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	Fast abgeschlossen; in einigen Ländern müssen noch Nachläufer beschieden werden oder es sind Klagen anhängig.

Verfahren: Versorgungsaufschlag an Krankenhäuser auf Grund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2
(Ausgleichszeitraum: 1. November 2021 bis 30. Juni 2022)

Rechtsgrundlage:	§ 21a KHG
Inhalt:	Zugelassene Krankenhäuser erhalten für jede Patientin und jeden Patienten, die oder der zwischen dem 1. November 2021 und dem 30. Juni 2022 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wird und bei der oder dem eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 durch eine Testung labordiagnostisch durch direkten Virusnachweis bestätigt wurde, einen Versorgungsaufschlag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Höhe des Versorgungsaufschlags je Patientin und Patient ergibt sich aus der Multiplikation der für das jeweilige Krankenhaus geltenden tagesbezogenen Pauschale, des Prozentsatzes 90 und des Faktors 13,9.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	3,06 Mrd. Euro (Stand: 15. März 2023)
Zahlungsempfänger:	Länder
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund
Status:	Fast abgeschlossen; in einigen Ländern müssen noch Nachläufer beschieden werden oder es sind Klagen anhängig.

Verfahren: Zuschüsse für soziale Dienstleister im Bereich der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung

Rechtsgrundlage:	§ 9 Abs.1 Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG)
Inhalt:	Soziale Dienstleister im Bereich der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung von Kindern und Jugendlichen erhalten für den Zeitraum vom 28. März 2020 bis zum 30. Juni 2022 Zuschüsse in Höhe von maximal 75 Prozent der monatsdurchschnittlichen Zuschüsse des Vorjahres. Soweit die Einrichtungen vorrangige Mittel aus Vergütungen oder Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen erhalten, sind die Ausgleichszahlungen zu erstatten.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rund 8,75 Mio. Euro (Stand: 15. März 2023)
Zahlungsempfänger:	benannte Krankenkassen
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
Status:	Die Auszahlungen sind grundsätzlich abgeschlossen, es sind noch die nachträglichen Erstattungsansprüche nach § 4 SodEG abzuwickeln.

Verfahren: Übernahme der Aufwendungen für SARS-CoV-2-Testungen

Rechtsgrundlage:	§ 20i SGB V i. V. m. Coronavirus-Testverordnung
Inhalt:	Die Aufwendungen für bestimmte Testungen von Personen auf den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 werden über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Zudem werden die Aufwendungen für die Ausstellung von COVID-19-Genesenenzertifikaten über die KVen bzw. die Apothekenrechenzentren mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Einzelheiten sind in der Coronavirus-Testverordnung geregelt. Die einzelnen Regelungen werden in Abhängigkeit von der Entwicklung des Pandemiegeschehens ständig weiterentwickelt.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	16,98 Mrd. Euro (Stand: 15. März 2023)
Zahlungsempfänger:	Kassenärztliche Vereinigungen, Apothekenrechenzentren
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund
Status:	Der Anspruch auf Leistungen nach der Coronavirus-Testverordnung endete am 28. Februar 2023, die bis dahin entstandenen Ansprüche auf Vergütungen sind bis zum 15. Dezember 2023 abzurechnen.

Verfahren: Kostentragung für Impfungen

Rechtsgrundlage:	§ 20i SGB V i.V.m. Coronavirus-Impfverordnung, ab 2023 auch § 421 SGB V
Inhalt:	§ 20i Abs. 3 Satz 2 Nr. 1a) SGB V ermächtigte das BMG bis zum Ablauf des 7. April 2023 zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Bestimmung des Anspruchs von Versicherten auf bestimmte Impfungen. In der Coronavirus-Impfverordnung wurde der Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geregelt. Die Impfungen wurden durch verschiedene Leistungserbringer durchgeführt (z.B. Impfzentren, mobile Impfteams, Krankenhäuser, niedergelassene Vertrags(zahn)ärzte, Betriebs- und Privat(zahn)ärzte). Der Kreis der zur Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 ermächtigten Leistungserbringer und die Höhe sowie der Kreis der vergüteten Leistungen wurden im Zeitablauf verändert bzw. erweitert. Der Gesundheitsfonds erstattet den Ländern einen Teil der Kosten der Impfzentren und der mobilen Impfteams. Die nach der CoronaImpfV festgelegten Vergütungen (z.B. für die Impfung, abschließliche Impfberatung, Ausstellung eines Impfbzertifikats, nachträgliche Impfdokumentation) für weitere Leistungserbringer werden über die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Abweichend dazu erfolgt die Abrechnung der in Apotheken ausgestellten Impfbzertifikate sowie der nachträglichen Impfdokumentation über die jeweiligen Apothekenrechenzentren. Der Pharmagroßhandel und die Apotheken erhalten für die Abgabe von Corona-Impfstoffen an Leistungserbringer eine Vergütung, die ebenfalls über das jeweilige Apothekenrechenzentrum mit dem BAS abgerechnet wird.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rund 7,32 Mrd. Euro (Stand: 15. März 2023)
Zahlungsempfänger:	Länder, KVen, KBV, Apothekenrechenzentren
Finanzierung:	ab 2021 Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund, die im Jahr 2023 erbrachten Leistungen werden zu 93 Prozent aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und zu 7 Prozent aus Mitteln der privaten Krankenversicherung finanziert
Status:	Der Anspruch auf Leistungen endet überwiegend zum 7. April 2023, danach sind die bis zum 7. April 2023 entstandenen Vergütungen abzurechnen.

Verfahren: Vergütung der Abgabe von vom Bund beschafften antiviralen Corona-Arzneimitteln

Rechtsgrundlage:	§ 4b SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung
Inhalt:	Nach der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung erhalten der Pharmagroßhandel und die Apotheken für die Abgabe von vom Bund beschafften antiviralen Arzneimitteln eine Vergütung, die über die Apothekenrechenzentren mit dem BAS abgerechnet wird. Für den Aufwand, der Ärztinnen und Ärzten im Zusammenhang mit der Abgabe der vom Bund beschafften zugelassenen antiviralen Arzneimittel zur Behandlung von COVID-19-Erkrankungen entsteht, erhalten Ärztinnen und Ärzte eine Vergütung.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rund 11,2 Mio. Euro (Stand: 15. März 2023)
Zahlungsempfänger:	Apothekenrechenzentren, Kassenärztliche Vereinigungen
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	Die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung trat zum 7. April 2023 außer Kraft.

Verfahren: Vergütung der beauftragten Stellen nach § 2 Absatz 1 der Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung für die Lagerung, Verteilung, Abgabe und Abrechnung der Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern

Rechtsgrundlage:	§ 5 Monoklonale-Antikörper-Verordnung (MAKV)
Inhalt:	Vom Bund beschaffte, nicht zugelassene Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern (Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern) werden im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten zur Anwendung bei Patientinnen und Patienten, die sich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert haben, nach § 1 Abs. 1 MAKV kostenfrei bereitgestellt, wenn die Anwendung medizinisch indiziert ist. Die Arzneimittel werden über damit beauftragte Krankenhausapotheken zur Verfügung gestellt: Die beliefernden Krankenhausapotheken erhalten je Lieferung eine Logistikpauschale von 100 Euro, die Zahlung des BAS erfolgt quartalsweise an das jeweilige Rechenzentrum.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 0,06 Mio. Euro (Stand: 15. März 2023)
Zahlungsempfänger:	Rechnungszentren der Krankenhausapotheken
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
Status:	Die MAKV trat mit Ablauf des 7. April 2023 außer Kraft.

Verfahren: Übernahme der Kosten für die Untersuchung von Krankheitserregern im Rahmen von Vollgenomsequenzierungen

Rechtsgrundlage:	§ 3 Corona-Surveillanceverordnung (CorSurV)
Inhalt:	Um die Verbreitung und das Auftreten neuer Virusmutationen frühzeitig zu erkennen, wird in Abhängigkeit von der Zahl der Neuinfektionen ein bestimmter Anteil der Erregerproben in Laboreinrichtungen einer Vollgenomsequenzierung unterzogen. Die Kosten der Laboreinrichtungen tragen die Kassenärztlichen Vereinigungen und werden aus dem Bundeshaushalt refinanziert.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	knapp 223 Mio. Euro (Stand: 15. März 2023)
Zahlungsempfänger:	Kassenärztliche Vereinigungen
Finanzierung:	Bundeshaushalt
Status:	Die Verordnung tritt am 31. Juli 2023 außer Kraft.



9. Aufsicht über die ZFP / Ordnungswidrigkeiten- behörde / Meldestelle im Bereich der privaten Pflegeversicherung



Aufsicht über die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge

Bürgerinnen und Bürger können eine staatlich geförderte Pflege-Zusatzversicherung abschließen. Die staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge wird auf Antrag in Form einer Zulage gewährt. Den Antrag stellt das private Versicherungsunternehmen im Namen und mit Vollmacht der zulageberechtigten Person bei der Zentralen Stelle für Pflegevorsorge (ZfP) bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Die ZfP prüft die Zulageberechtigung und zahlt die Zulage aus.

Als Rechtsaufsichtsbehörde prüft das BAS, ob die ZfP ihre Aufgaben rechtskonform ausübt. Zu den Prüft Themen gehörten im Berichtsjahr die Bereiche Finanzen- und Kassensicherheit, Rückforderungs- sowie Festsetzungsverfahren, Aufzeichnungs- und Aufbewahrungsfristen sowie die Informationen auf der Homepage.

Zahl der Prüfungen/Ergebnisse

Grundlage für die Entscheidung der ZfP über die Gewährung der Zulage sind die von den privaten Versicherungsunternehmen gemeldeten Daten. Kommen die privaten Versicherungsunternehmen ihren Meldepflichten gegenüber der ZfP nicht ordnungsgemäß nach, kann das BAS als zuständige Ordnungswidrigkeitenbehörde ein Bußgeld verhängen. Im Jahr 2022 boten die Meldungen nach Einschätzung des BAS keinen Anlass, um Ordnungswidrigkeitenverfahren gegenüber privaten Versicherungsunternehmen einzuleiten.

Durchführung des elektronischen Meldeverfahrens

Bei bestimmten Verstößen gegen die Pflegeversicherungspflicht im Bereich der privaten Versicherung kann gegen die versicherungspflichtige Person ein Bußgeld verhängt werden, zum Beispiel dann, wenn kein Vertrag besteht, oder wenn bei einem bestehenden Vertrag mehr als sechs Monate die Prämien nicht bezahlt wurden. Zuständig für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten sind über 280 Verwaltungsbehörden in den Bundesländern. Die privaten Versicherungsunternehmen melden dem BAS die Verstöße von versicherungspflichtigen Personen auf elektronischem Weg. Das BAS leitet die Meldungen an die jeweils zuständige Ordnungswidrigkeitenbehörde weiter. Im Jahr 2022 war die IT-Sicherheitslage durch die Corona-Pandemie und den Ukraine-Krieg besonders angespannt. Die Services der elektronischen Meldestelle wurden daher optimiert, um die Sicherheit des Meldeverfahrens weiterhin gewährleisten zu können.

Fallzahlen Meldeverstöße

Kommen private Pflegeversicherungsunternehmen ihren Meldepflichten gegenüber dem BAS nicht ordnungsgemäß nach, kann das BAS als zuständige Ordnungswidrigkeitenbehörde ein Bußgeld gegen das jeweilige Unternehmen verhängen. Im Berichtsjahr nahm das BAS in 15 Fällen Ermittlungen gegen private Versicherungsunternehmen auf. Es erließ drei Bußgeldbescheide gegen private Versicherungsunternehmen. Ein Verfahren wurde eingestellt.

10. Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung



10.1 Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung

Das BAS bewirtschaftet die Mittel des Bundes, die an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt werden; dabei hat das BAS 2022 insgesamt ca. 108,7 Mrd. Euro überwiesen. Diese Summe entspricht ca. 30,4 Prozent der Einnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung und trägt damit wesentlich zur finanziellen Stabilität des Rentenversicherungssystems bei. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Mittel des Bundes um rund 1,4 Prozent.

In diesem Betrag enthalten sind u. a. die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversiche-

rung in Höhe von 81,0 Mrd. Euro und die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten in Höhe von 16,8 Mrd. Euro sowie die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sondersversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) in Höhe von 5,8 Mrd. Euro.

Auch die Zuschüsse des Bundes an die Versorgungsanstalt der Bezirksschornsteinfegermeister (VdBS) werden durch das BAS bewirtschaftet und stiegen in 2022 auf 81,6 Mio. Euro im Vergleich zu 78,6 Mio. Euro im Jahr 2021 an.

10.2 Aufgaben nach dem Kohleverstromungsbeendigungsgesetz

Im Rahmen des Kohleverstromungsbeendigungsgesetzes (KVBG) können Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Braunkohleindustrie und Steinkohlestromversorgung auf Antrag eine Überbrückungshilfe bis zur Anspruchsberechtigung auf die Altersrente erhalten (sogenanntes Anpassungsgeld). Aufgabe des BAS ist es dabei, die Abrechnung für die Ausgleichszahlungen des Bundes zwischen dem Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA) und der Deutschen Rentenversicherung durchzuführen.

Der auf Grundlage von Daten der BAFA ermittelte Ausgleichsbetrag für das Abrechnungsjahr 2021 belief sich auf 1,57 Mio. Euro, wovon der allgemeinen Rentenversicherung ein Betrag in Höhe von 0,32 Mio. Euro und der knappschaftlichen Rentenversicherung ein Betrag in Höhe von 1,25 Mio. Euro zuzuordnen war.

11. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung



Seit 2009 führt das BAS die jährliche Lastenverteilung zwischen den neun gewerblichen Berufsgenossenschaften (BGen) durch. 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 2022 betrug die Lastenverteilung insgesamt ca. 819,8 Mio. Euro und hat sich damit

gegenüber dem Vorjahr um ca. 10 Mio. Euro reduziert. Dabei sind in der Regel fünf BGen ausgleichspflichtig (Verwaltungs-BG, BG Handel und Warenlogistik, BG Energie Textil Elektro Medien-erzeugnisse, BG Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) und vier BGen ausgleichsberechtigt (BG Rohstoffe und chemische Industrie, BG der Bauwirtschaft, BG Holz und Metall und BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe).

12. Temporäre Sonderaufgaben



Erstattung Krankenbehandlungskosten für ukrainische Flüchtlinge

Das BAS erstattet den Bundesländern unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für die Krankenbehandlung von Flüchtlingen aus der Ukraine, die im Zeitraum von Juni bis August 2022 angefallen waren. Dem BAS wurde diese neue Aufgabe im Mai 2022 kurzfristig vom Gesetzgeber übertragen; dies war in einer Übergangszeit nach dem Wechsel dieses Personenkreises vom Asylbewerberleistungsgesetz in den Rechtskreis des SGB II bzw. SGB XII erforderlich. Von den Bundesländern werden die Mittel an die Leistungsträger, in der Regel Sozialbehörden, weitergeleitet. Im Oktober 2022 veröffentlichte das BAS Verfahrensbestimmungen zum Erstattungsverfahren. Die Erstattungen beliefen sich in 2022 auf insgesamt fast 29,3 Mio. Euro. Für das Jahr 2023 erwartet das BAS weitere Erstattungsforderungen der Länder, da die Abrechnung der Krankenbehandlungen oftmals mit Zeitverzögerung erfolgt.

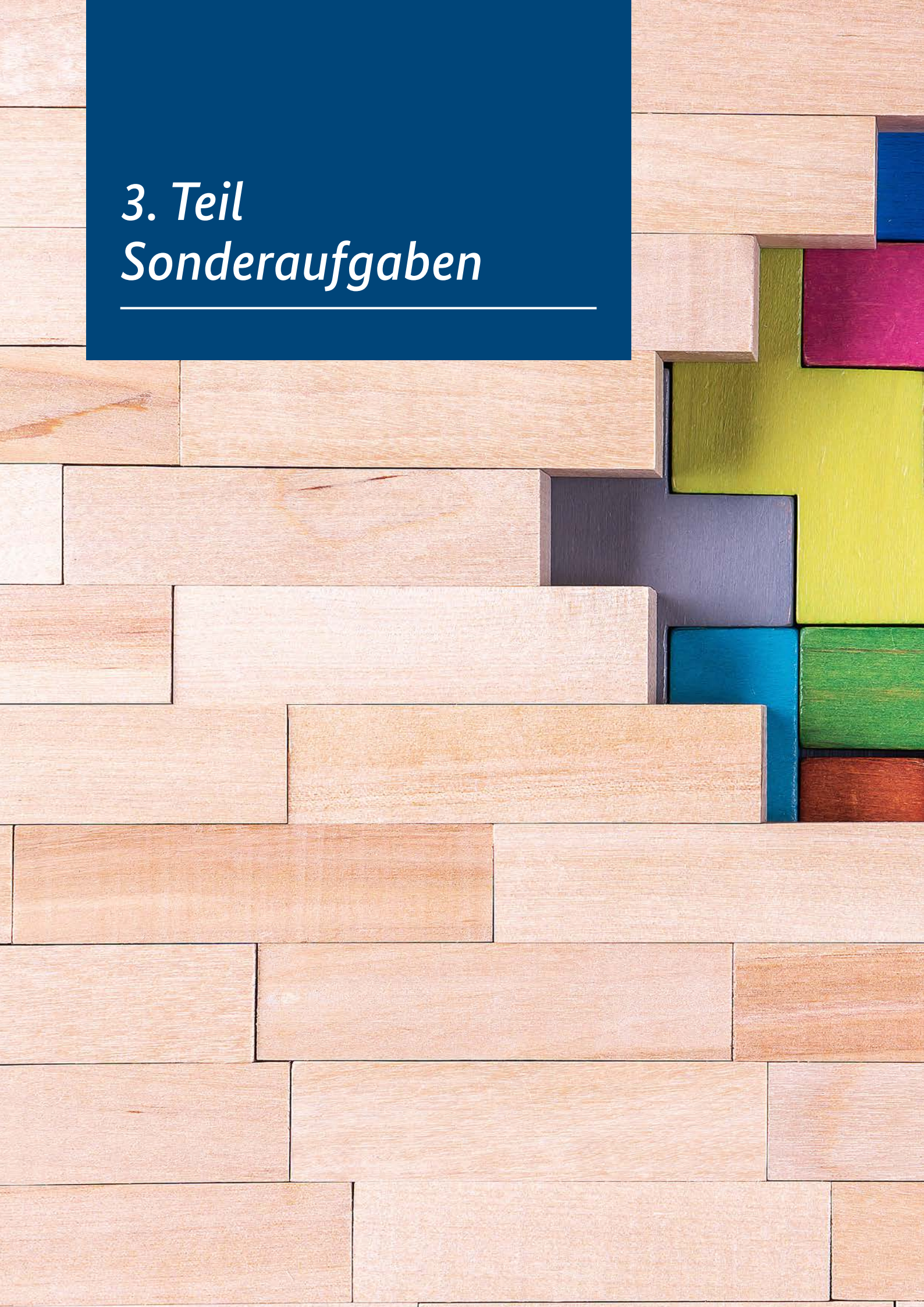
Energiepreispauschale an Rentnerinnen und Rentner

Das BAS hat im Rahmen des Gesetzes zur Zahlung einer Energiepreispauschale für Rentnerinnen und Rentner (RentEPPG) die Auszahlung der Mittel der Energiepreispauschale von jeweils 300 Euro

an Rentnerinnen und Rentner an die allgemeine Rentenversicherung und an die knappschaftlichen Rentenversicherung im Dezember 2022 angewiesen. Die Auszahlung erfolgte für die allgemeine Rentenversicherung durch den Renten Service der Deutschen Post AG und für die knappschaftliche Rentenversicherung durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Diese, erste Auszahlung betraf die Bestandsrentnerinnen und Bestandsrentner des Monats November 2022. Die Auszahlung der Energiepreispauschale an die Rentnerinnen und Rentner, die im Dezember 2022 in den Ruhestand eintraten, erfolgte im Januar 2023.

Darüber hinaus hat das BAS die Erstattung der geleisteten Energiepreispauschalen für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger der bundesunmittelbaren Rentenversicherungs- und Unfallversicherungsträger (Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung) gemäß des Versorgungsrechtlichen Energiepreispauschalen-Gewährungsgesetzes (VEPPGewG) durchgeführt. Der Betrag wurde je nach Anforderung dem jeweiligen Träger Ende Dezember 2022 ausgezahlt.

Im Ergebnis hat das BAS im Jahr 2022 Bundesmittel im Zusammenhang mit der Energiepreispauschale in Höhe von rund 5,9 Mio. Euro ausgezahlt (für fast 20 Mio. Zahlfälle).



3. Teil *Sonderaufgaben*



1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz

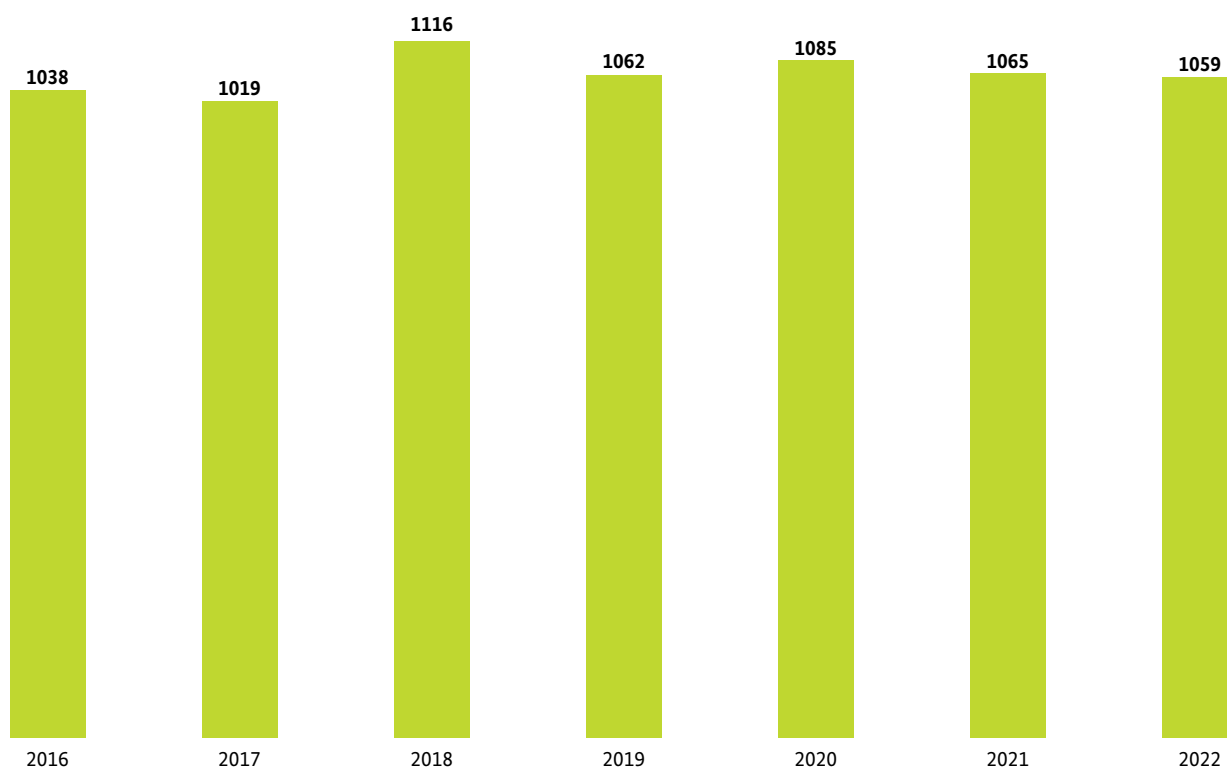


1.1 Ausbildungsplatzsituation

Am Stichtag 31.12.2022 betreute das BAS insgesamt 2.893 Ausbildungsverhältnisse der Einstellungsjahrgänge 2020 bis 2022 in den verwaltungseigenen Berufen (ohne abgebrochenen Ausbildungsverhältnisse). Davon entfielen 2.867 auf Sozialversicherungsfachangestellte, neun auf Kaufleute für Büromanagement und auf 17 Verwaltungsfachangestellte.

Die Zahl der im Jahr 2022 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge bei den Sozialversicherungsträgern in den verwaltungseigenen Berufen ist mit 1.059 um sechs Verträge gesunken. Hier von entfielen 1.051 auf Sozialversicherungsfachangestellte, drei auf Kaufleute für Büromanagement und fünf auf Verwaltungsfachangestellte.

Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in verwaltungseigenen Berufen (einschließlich Abbrecher)



Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat im Berichtsjahr 371 Ausbildungsverträge im Beruf der Sozialversicherungsfachangestellten abgeschlossen. Das sind 34 mehr als im Vorjahr. Bei den Krankenversicherungsträgern ist die Ausbildungszahl in diesem Beruf nochmal um 17 Ausbildungsverträge auf 519 zurückgegangen. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-

Bahn-See sind fünf Ausbildungsverträge weniger geschlossen worden. Die Unfallversicherungsträger haben 53 Ausbildungsverträge abgeschlossen, 13 weniger als im Vorjahr. Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau hat mit 12 Ausbildungsverträgen fünf Auszubildende weniger als im Vorjahr eingestellt.

Verteilung der Ausbildungsverhältnisse in verwaltungseigenen Berufen auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

Einstellungs- jahr	Sozialversicherungsfachangestellte					Verwaltungsfachangestellte					Kaufleute für Büromanagement				
	KV	RV	KBS	LSV	UV	KV	RV	KBS	LSV	UV	KV	RV	KBS	LSV	UV
2016	700	137	104	9	83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
2017	677	164	100	0	73	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3
2018	665	235	99	34	68	0	0	0	0	2	6	0	0	0	4
2019	605	247	98	34	70	0	0	0	0	2	4	0	0	0	2
2020	567	292	100	32	87	0	0	0	0	3	0	0	0	0	4
2021	536	337	102	17	66	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2
2022	519	371	97	12	53	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0

Im Einstellungsjahrgang 2022 verfügten rund 65,08 Prozent der Auszubildenden über Hoch- oder Fachhochschulreife, 34,83 Prozent über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss und ein Auszubildender über einen Hauptschulabschluss.

Zur Beschleunigung der Kommunikation mit den ausbildenden Trägern und als Erleichterung für

die Eintragung der Ausbildungsverträge im Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse bietet das BAS seit dem Jahr 2022 ein digitales Antragsverfahren mit der Möglichkeit des Dokumentenuploads an. Ab dem Einstellungsjahr 2023 sollen alle Anträge auf Eintragung ausschließlich digital erfolgen. Der entsprechende Online-Antrag ist auf der Webseite des BAS zu finden.

1.2 Beratung und Überwachung

Die Ausbildungsberatung des BAS als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz hat im Jahr 2022 insgesamt 2.118 Nachwuchskräfte vor der Zwischen- bzw. Abschlussprüfung beraten. Mit 1.621 Auszubildenden entfiel hierbei der größere Anteil auf die angehenden Sozialversicherungsfachangestellten. 497 Auszubildende befanden sich in der Ausbildung zu Kaufleuten im Gesundheitswesen.

Die Beratungen fanden in 118 Beratungsveranstaltungen statt, davon 78 in Präsenz, die übrigen 40 als Videokonferenz. Damit festigte sich das Angebot der Onlineberatung als Alternative zur Präsenzberatung.

Der Wunsch nach Onlineberatungsterminen bei den Ausbildungsbetrieben gründete sich im Jahr 2022 im Wesentlichen aber nicht mehr auf pandemiebedingte Einschränkungen, sondern auf praktische Erwägungen. Onlineberatungen sind für die Sozialversicherungsträger weniger aufwendig in Planung und Umsetzung. Gleiches gilt für die Ausbildungsberatenden. Allerdings ist die Mitarbeit der Auszubildenden bei Onlineberatungen deutlich zurückhaltender als bei Präsenzveranstaltungen. Die technische Barriere, die Anonymität und die fehlende Gruppendynamik lassen einen lebhaften und konstruktiven Austausch zwischen Auszubildenden und Beratenden nur schwer aufkommen. So werden persönliche Fragen so gut wie nie gestellt. Außerdem fehlt es regelmäßig an den Kontakten zu den im Bereich der Ausbildung tätigen Personen, wodurch eine für die Ausbildungsberatung sehr wichtige Informationsquelle bei der Onlineberatung wegfällt.

Die infolge der Pandemie eingestellten Beratungen der Auszubildenden am Ausbildungsplatz in

den Geschäftsstellen wird wieder aufgenommen. Die Ausbildungsberatung kann künftig den Dialog mit Auszubildenden und Auszubildenden wieder intensivieren.

Beratungen bei den angehenden Sozialversicherungsfachangestellten

Ausbildungsfachrichtung	Beratungstermine	Beratene Auszubildende
KV	52	927
UV	3	124
RV	15	272
KBS	10	243
LSV	2	55
Summe	82	1621

Die Zahl der Beratungstermine für angehende Sozialversicherungsfachangestellte lag im Jahr 2021 noch bei 68, die Zahl der beratenen Auszubildenden bei 1.231. Die hohe Steigerungsrate von 2021 auf 2022 ist allerdings nicht auf eine Erhöhung der Zahl der Ausbildungsplätze bei den Sozialversicherungsträgern zurückzuführen, sondern darauf, dass es im Jahr 2022 zu keinem pandemiebedingten Lockdown der Bildungseinrichtungen mehr kam. So konnten deutlich mehr Auszubildende mit den Beratungsangeboten der zuständigen Stelle erreicht werden.

Ein zentrales Anliegen des BAS als zuständige Stelle ist die Wahrung der Qualitätsstandards in der Ausbildung, insbesondere bei der Überprüfung neuer Ausbildungskonzepte.

Was vor der Pandemie noch undenkbar war, nämlich Ausbildungsinhalte im Homeoffice zu vermitteln, hat sich inzwischen bewährt. So, dass einige Sozialversicherungsträger den Wunsch geäußert haben, diese neue Form der Ausbildung auch künftig als ergänzenden und optionalen Baustein in die Berufsausbildung zu integrieren. Das BAS hat den Ausbildungsbetrieben gegenüber signalisiert, dass es dieser Form der Weiterentwicklung der Ausbildung aufgeschlossen gegenübersteht. Während der pandemiebedingten Einschränkungen hat sich gezeigt, dass eine erfolgreiche Ausbildung auch dann zeitweise von zu Hause erfolgen kann, wenn der persönliche Austausch weiterhin überwiegt und die sozialen Kontakte nicht darunter leiden.

Ein entsprechendes, um die Homeoffice-Ausbildung erweitertes Ausbildungskonzept eines Sozialversicherungsträgers konnte das BAS nach Überprüfung bestätigen. Hier ermöglicht die Ausbildungsstruktur ein zeitweises Arbeiten im Homeoffice, so dass gewährleistet ist, dass die Ausbildung weiterhin in gleicher Qualität erfolgt wie zuvor.

Ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung hat Demographie bedingt erneut deutlich seine Ausbildungszahlen erhöht. Ein entsprechend neu

gestaltetes Ausbildungskonzept konnte das BAS nach umfangreicher Überprüfung, u. a. vor Ort in der neuen Lernumgebung, bestätigen. Ziel ist die praxisnahe Ausbildung zu optimieren und die Nachwuchskräfte langfristig an den Träger zu binden.

Mit einer inhaltlich, zeitlich und räumlich stärkeren Verzahnung von Theorie und Praxis bei gleichzeitiger Erhöhung der Praxis- und Reduzierung der Theorieanteile, entsprach das Ausbildungsmodell immer noch den Vorschriften der Ausbildungsordnung. Diese schreibt zwar einen zeitlichen Umfang von sechzehn Wochen systematischer Vermittlung und Vertiefung der Fertigkeiten und Kenntnisse zu den rechtlichen und fachlichen Grundlagen vor, lässt jedoch Spielraum bei der Frage, in welcher Form die systematische Vermittlung stattfinden soll. Neben „klassischem“ Frontalunterricht mit Lehrkräften können daher auf der Grundlage didaktisch-methodischer Konzepte auch – wie in dem Ausbildungskonzept vorgesehen – eine praxisorientierte, von Ausbildenden begleitete Vermittlung von Theorieinhalten, digitale Lernplattformen und multimediale Lernangebote zum Einsatz kommen. Das BAS wird die Umsetzung des neuen Ausbildungskonzepts weiterhin konstruktiv begleiten.

1.3 Prüfungen

Im Jahr 2022 hat das BAS insgesamt 2.114 Personen und damit mehr als im Vorjahr (2021: 2056) geprüft.

An zehn Zwischenprüfungen nahmen 943 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten und fünf angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei wurden 54 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 15 Abschlussprüfungen, bei denen 68 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 933 Personen teil, darunter 34 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r entfielen 919 zu prüfende Personen, fünf auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte/r und neun auf den Ausbildungsberuf Kaufmann/Kauffrau für Büromanagement. 889 Prüflinge bestanden die Prüfung. Unter den 919 zu prüfenden Personen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellte/r waren 18, die – weil nicht in einem Ausbildungsberuf stehend – nach § 45 Abs. 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Diese kamen alle von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zum/zur Krankenkassenfachwirt/in nahmen insgesamt 57 Mitarbeiter/innen von Betriebs- und Innungskrankenkassen teil. Elf davon kamen von landesunmittelbaren Kassen und wurden vom BAS im Rahmen der Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die bisher keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Drei Prüfungsausschüsse waren im Einsatz. 51 Prüflinge bestanden die Prüfung. Bei der Organisation wurde das BAS von der BKK- und IKK-Akademie unterstützt.

Zudem hat das BAS zwölf Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 132 Ausbilder/innen teilnahmen. 23 dieser Ausbilder/innen arbeiten bei der BARMER, 36 bei der DAK-Gesundheit, zehn bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, 17 bei Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und 46 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Es nahmen 24 Mitarbeiter/innen von Betriebs- und Innungskrankenkassen an der Fortbildungsprüfung zum/zur Fachwirt/-in für Management und Führung in Krankenkassen teil. Im Einsatz waren drei Prüfungsausschüsse.

Außerdem nahmen 20 Beschäftigte der Deutschen Rentenversicherung Bund an der Fortbildungsprüfung zum/zur geprüften Sozialversicherungsfachwirt/in teil. Dabei wurden zwei Prüfungsausschüsse eingesetzt.

Im Berichtsjahr hat das BAS alle Prüfungsausschüsse für den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte neu berufen. Dabei hat sich die Anzahl der Prüfungsausschüsse in der Fachrichtung gesetzliche Rentenversicherung – bedingt durch die bei der Deutschen Rentenversicherung Bund deutlich gestiegenen Ausbildungszahlen – im Vergleich zur vorherigen Amtsperiode verdreifacht.

Zudem hat das BAS neue Zwischenprüfungsordnungen für Sozialversicherungsfachangestellte und Verwaltungsfachangestellte erlassen, die im Gemeinsamen Ministerialblatt vom 31. März 2022 veröffentlicht sind.

2. Mutterschaftsgeldstelle



Wenn Frauen wegen der Schutzfristen vor und nach der Entbindung kein Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung erhalten und sie nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, besteht ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld in Höhe von maximal 210 Euro. Das Mutterschaftsgeld erhalten auch Frauen, deren Beschäftigungsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Mutterschutzfristen nach der Geburt durch den Arbeitgeber zulässig, d.h. mit Zustimmung der für den Arbeitsschutz zuständigen Behörde gekündigt wurde. Zuständig für die Auszahlung des Mutterschaftsgeldes ist die Mutterschaftsgeldstelle im BAS.

Die Mutterschaftsgeldstelle erreichten im Jahr 2022 rund 13.800 Anträge. Gegenüber dem Vorjahr ist das ein Rückgang von rund zwölf Prozent. Der Anteil der online gestellten Anträge liegt bei etwa fünfzig Prozent. Dieses Antragsverfahren vereinfacht nicht nur die Antragstellung, sondern ermöglicht auch eine noch schnellere und effizientere Bearbeitung.

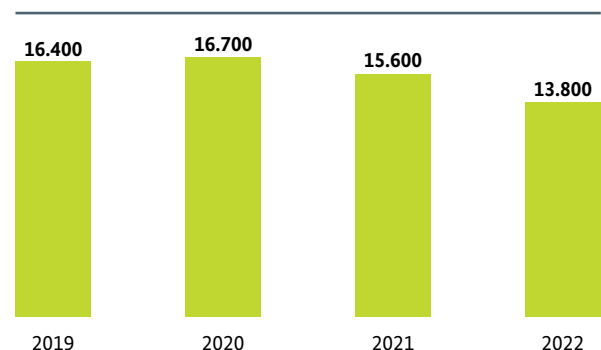
Wie im Vorjahr musste die Mutterschaftsgeldstelle rund ein Drittel der Anträge (rund 4.450) ablehnen, weil die gesetzlichen Voraussetzungen nicht erfüllt waren. In rund 21 Prozent der Fälle bestand eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse, was zur Folge hat, dass für die Prüfung eines Anspruchs nicht das BAS, sondern die gesetzliche Krankenkasse zuständig ist. Darüber hinaus waren Ablehnungen überwiegend vorzunehmen, weil die (werdenden) Mütter in keinem Beschäftigungsverhältnis standen. Da das Mut-

terschaftsgeld eine Entgeltersatzleistung ist, wird auch der Wegfall eines Arbeitsentgelts aufgrund der Schutzfristen für den Anspruch vorausgesetzt.

In etwa hundert Fällen legten Antragstellerinnen gegen die ablehnende Entscheidung Widerspruch ein. In der überwiegenden Zahl dieser Widersprüche wurde die Frage nach dem Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses missverstanden und verneint, weil das für werdende Mütter bestehende Beschäftigungsverbot irrtümlich als fehlendes Beschäftigungsverhältnis verstanden wurde. Die Mutterschaftsgeldstelle hat in diesen Fällen das Mutterschaftsgeld nachträglich ausbezahlt.

Das BAS zahlte insgesamt rund 1,75 Mio. Euro an Leistungen für Aufwendungen nach dem Mutterschutzgesetz aus. Darin enthalten sind rund 15.800 Euro Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung, welche das BAS für Frauen abführt, die vor Beginn der Schutzfrist sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren und daher auch während des Bezuges von Mutterschaftsgeld der Arbeitslosenversicherungspflicht unterliegen.

Anträge auf Mutterschaftsgeld





3. Aufbau der Bundes- stelle für Soziale Entschädigung (BfSE) (Aufbaustab SER)

3.1 *Das neue Soziale Entschädigungsrecht (SER)*

Am 29.11.2019 hat der Bundesrat dem vom Bundestag beschlossenen neuen Sozialen Entschädigungsrecht zugestimmt. Die Opferentschädigung wird damit künftig im Sozialgesetzbuch XIV (SGB XIV) geregelt. Das Opferentschädigungsgesetz (OEG) und das Bundesversorgungsgesetz (BVG) werden aufgehoben.

Die meisten Regelungen des Sozialen Entschädigungsrechts treten am 1. Januar 2024 in Kraft. Einzelne Regelungen des Gesetzes wie z.B. der

Anspruch auf Leistungen in Traumaambulanzen traten ab 2021 und die Gleichbehandlung von Opfern von Gewalttaten unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit rückwirkend ab 2018 in Kraft.

Das derzeit noch geltende Entschädigungsrecht orientiert sich am System und den Leistungen der Kriegsopferversorgung. Bei abnehmender Anzahl der leistungsberechtigten Kriegsoffer und ihrer Hinterbliebenen richtet sich das neue SGB XIV stärker an den Bedarfen von Gewaltopfern aus.

3.2 Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE)

Zum 1. Januar 2024 werden dem BAS Aufgaben bei der Durchführung des Sozialen Entschädigungsrechts (SER) nach dem (dann neuen) SGB XIV übertragen und gleichzeitig die Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE) eingerichtet. Diese Bundesstelle soll einerseits selbständig Aufgaben des Bundes auf dem Gebiet der sozialen Entschädigung wahrnehmen und andererseits als Kompetenzzentrum das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) bei der Qualitätssicherung zur bundeseinheitlichen Durchführung des SER unterstützen. Die BfSE wird der Fachaufsicht des BMAS unterliegen.

Die Aufgaben der BfSE lassen sich in drei Aufgabengebiete unterteilen:

1. Eigene Aufgaben:

- Abschluss von Verwaltungsvereinbarungen mit dem GKV-Spitzenverband zur Pauschalierung von Erstattungsansprüchen der Kranken- und Pflegekassen
- Wahrnehmung der Aufgaben der zentralen Behörde bei Rechtshilfeersuchen nach dem Europäischen Übereinkommen über die Entschädigung von Gewalttaten vom 24. 11. 1983
- Wahrnehmung der Aufgabe der Deutschen Unterstützungsbehörde bei grenzüberschreitenden Fällen innerhalb der EU oder im Krisenfall.

2. Kompetenzzentrum für das BMAS

- Erstellen und Führen der amtlichen Statistik
- Abwicklung von Forschungsprojekten im Bereich SER.
- Geschäftsführung des Fachbeirates Soziale Entschädigung.
- Organisation von Veranstaltungen und Erfahrungsaustauschen
- Entwicklung von Arbeitshilfen und Formularen

3. Unterstützung der Länder bei der Aus- und Fortbildung

- Mitwirkung an der Aus- und Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Länder aufgrund des erhöhten Bedarfs durch die Einführung des SGB XIV und umfassender Reform des SER

Zur fachlichen und organisatorischen Vorbereitung der Aufgabenübernahme hat das BAS bereits mit Wirkung vom 1. Januar 2022 einen Aufbaustab eingesetzt, der eng mit dem BMAS, den Ländern und weiteren Beteiligten zur Umsetzung des zukünftigen SGB XIV zusammenarbeitet.



Blick nach Innen

Presse und Kommunikation

Viele Aufgaben des BAS stehen im öffentlichen Interesse und damit im Blick der Medien. Den Schwerpunkt zahlreicher Medienanfragen bildete auch in 2022 wieder die Auszahlungen von Corona-Finanzhilfen. Nach wie vor im Fokus standen hierbei das Zahlungsverfahren und die Zahlungsbeträge für Corona-Tests sowie Auszahlungen für Schutzimpfungen und Finanzhilfen für Krankenhäuser. Das Thema Corona fand sich auch im Zusammenhang mit der Anerkennung von Berufskrankheiten wieder.

Ein Großteil der Presseanfragen betraf auch das politisch umstrittene Thema Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Von regem Interesse waren hier Auffälligkeitsprüfungen des BAS zur Sicherung der Datengrundlagen des Risikostrukturausgleichs sowie die Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds.

Auch zum Krankenhauszukunftsfonds kamen zahlreiche Anfragen. Insbesondere ging es um den Bearbeitungsstand der gestellten Anträge, zur Höhe der ausgezahlten Fördermittel, zu Antragsablehnungen und der Frage, zu welchem Zeitpunkt die Mittel des Fonds vollständig ausgezahlt sein würden.

Mit einem Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung veröffentlichte das BAS

seine Erkenntnisse und Empfehlungen zur Qualität der Hilfsmittelversorgung in der GKV. Eine weitere Veröffentlichung des BAS erfolgte mit dem Sondergutachten zu den Wirkungen von erfolgsabhängigen Verträgen für hochpreisige Arzneimittel nach Einführung des Risikopools in der GKV.

Auf seiner Webseite stellt das BAS zu allen Themen aktuelle Informationen zur Verfügung. Diese werden von sehr unterschiedlichen Zielgruppen wie etwa der Fachöffentlichkeit, Spezialisten, oder Bürgerinnen und Bürgern abgeholt. Der Anspruch ist hierbei, die teilweise sehr komplexen Sachverhalte nachvollziehbar mit gutem Informationsgehalt auf hohem Niveau darzustellen.

Auch die interne Kommunikationsarbeit steht für über 750 Mitarbeitende und entsprechend stark unterschiedlichen Bedürfnissen stets vor Herausforderungen. Um den Beschäftigten eine gezielte und arbeitserleichternde Informationsplattform anzubieten, wurde das Intranet des BAS laufend ausgebaut und inzwischen als modernes Wissensportal ausgestaltet.

Das BAS – ein moderner und zukunftsorientierter Arbeitgeber

Das größte Potential des BAS sind seine rund 750 gut ausgebildeten und hoch motivierten Be-

schäftigten, die in ihrem täglichen Wirken einen wichtigen Beitrag zur Funktionsfähigkeit und finanziellen Stabilität des deutschen Sozialversicherungssystems leisten.

Ihnen bietet das BAS attraktive, abwechslungsreiche und zukunftsgerichtete Arbeitsplätze sowie vielfältige Entwicklungs- und Fortbildungsmöglichkeiten nach individuellem Bedarf. Neuen Führungskräften werden neben fachlichen Fortbildungen insbesondere individuelle Coaching-Angebote unterbreitet, um gut in die Führungsrolle hineinzuwachsen.

Einen hohen Stellenwert hat im BAS die Gewinnung und Ausbildung von Nachwuchskräften. So bietet das BAS einen dreijährigen, dualen Bachelor-Studiengang zum Bachelor of Laws an. Das Studium findet an der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung am Fachbereich Sozialversicherung in Berlin und Bochum statt. Daneben bildet das BAS jedes Jahr am Standort Bonn in Zusammenarbeit mit dem Bundesverwaltungsamt Verwaltungsfachangestellte aus.

Inklusion ist im BAS eine wichtige Angelegenheit. Daher sind Bewerbungen von schwerbehinderten oder diesen gleichgestellten Menschen ausdrücklich erwünscht. Bereits im Bewerbungsverfahren werden sie besonders unterstützt; hinsichtlich der Erfüllung der Ausschreibungsvoraussetzungen erfolgt eine individuelle Betrachtung. Im beruflichen Alltag erhalten sie bestmögliche Unterstützung, Förderung und Begleitung.

Der Hauptsitz des BAS befindet sich in der Bundesstadt Bonn in gut an ÖPNV und Individualverkehr angebundener Lage. Nachdem im Jahr 2022 der Mietvertrag für die Liegenschaft verlängert wurde, wird diese im laufenden Betrieb bis Ende 2024 umfassend modernisiert und gemäß modernen Anforderungen an eine Büroumgebung umgebaut. Daneben verfügt das BAS über

Außenstellen in Berlin, Cloppenburg, Duisburg, Fulda und Ingolstadt (s. auch Kapitel PDK).

Beruf und Privatleben – im BAS gelebte Realität

Im BAS ist die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben kein bloßer Programmsatz, sondern gelebte Realität. So sind im BAS flexible Arbeitszeiten, individuelle Teilzeitmodelle, ein Eltern-Kind-Zimmer sowie eine Beratung durch einen Familien-Service-Dienstleister seit Jahren selbstverständlich. Die meisten Beschäftigten nutzen die nach Ende der Corona-Phase in einer neuen Dienstvereinbarung angebotenen Möglichkeit, auch regulär bis zu 60 Prozent Telearbeit bzw. mobiler Arbeit zu leisten; die Arbeitsfähigkeit und Erreichbarkeit der jeweiligen Arbeitseinheiten werden durch die Beschäftigten eigenverantwortlich durch entsprechende Teamvereinbarungen gewährleistet.

Auch die zunehmende Wahrnehmung von Führungspositionen in Teilzeit wird im BAS unterstützt. Dies hat sicherlich mit dazu beigetragen, dass der Anteil von Frauen in Führungspositionen mittlerweile bei mehr als 50 Prozent liegt. Für seine großen Erfolge im Bereich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist das BAS schon mehrfach und auch jüngst wieder im Rahmen des Audits „Beruf und Familie“ der Hertie-Stiftung als familienfreundlicher Arbeitgeber zertifiziert worden.

Ein besonderes Anliegen ist dem BAS schließlich die Gesundheit seiner Beschäftigten. Ein strukturiertes „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ ist seit vielen Jahren etabliert und bietet den Beschäftigten u.a. vielfältige gesundheitsfördernde Präventionsangebote an. Der hohe Standard bei der flächendeckenden ergonomischen Ausstattung der Arbeitsplätze (u.a. mit höhenverstellbaren Schreibtischen) wird kontinuierlich angepasst.

Nachhaltigkeit im BAS

Nachhaltigkeit stellt eines der Leuchtturmthemen der strategischen Ausrichtung des BAS dar. In diesem Zusammenhang ist zunächst die inhaltliche und organisatorische Etablierung eines zertifizierten Umweltmanagementsystems ein bedeutsamer Schwerpunkt. Ziel ist es, die EMAS-Zertifizierung (Eco-Management and Audit Scheme) durch eine externe Auditierung zu erhalten. Für die Umsetzung hat das BAS einen Umweltmanagementbeauftragten (UMB) bestellt, der das Projekt leitet. Mit der Veröffentlichung der Umweltleitlinien wird der Gedanke einer „Nachhaltigen Entwicklung“ zum festen Bestandteil des Handelns. Mit Hilfe der ersten Umweltbetriebsprüfung wurden die umweltrelevanten Tätigkeiten und Prozesse ermittelt.

Bereits vor dem Krieg in der Ukraine kam der Transformation der Bundesverwaltung auf dem Weg zur Klimaneutralität eine besondere Bedeutung zu. Seitdem ist das Thema der Energieeinsparung im privaten Bereich und natürlich auch im BAS noch mehr in den Fokus gerückt. Durch zahlreiche Sofortmaßnahmen konnte das BAS seinen Energieverbrauch deutlich senken. Auch im aktuellen Umbauprojekt des BAS wurde das Thema Nachhaltigkeit integriert.

Weitere Maßnahmen wurden ebenfalls mit dem Ziel umgesetzt, die Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung auch im BAS voranzubringen. So nimmt das BAS beispielsweise zur Förderung alternativer Verkehrsmittel an der Aktion „Mit dem Rad zur Arbeit“ teil und subventioniert das Job-Ticket aus eigenen Mitteln. Allen Beschäftigten wird die Möglichkeit gegeben, an Fortbildungsveranstaltungen der Bundesakademie für öffentliche Verwaltung (BAkÖV) speziell zum Thema Nachhaltigkeit teilzunehmen. Durch die flächendeckende Einführung der E-Akte und die Digitalisierung von Prozessen und Fachverfahren

reduziert das BAS zudem dauerhaft seinen Papierverbrauch.

Veränderungsmanagement

Das BAS befindet sich im steten Wandel. Die Auslöser für Veränderungen sind vielfältig: politische Vorgaben, sich ändernde Rahmenbedingungen, die Digitalisierung und der demografische Wandel. Der Wandel der heutigen Zeit bedeutet, sich in immer kürzeren Zyklen neuen Veränderungen zu stellen und diese erfolgreich zu bewältigen.

Veränderungsprozesse sind nicht einfach und oftmals von Unsicherheit und Skepsis begleitet. Deshalb ist es wichtig, den Wandel durch ein koordiniertes Veränderungsmanagement zu unterstützen. Hierbei hängt der Erfolg einer Veränderungsmaßnahme maßgeblich davon ab, die Mitarbeitenden für das Vorhaben zu begeistern.

Im letzten Jahr hat das BAS daher verstärkt auf Transparenz, Kommunikation und Beteiligung der Mitarbeitenden gesetzt. Insbesondere vielfältige Beteiligungsformate, wie Arbeitsgruppen, Workshops und Projektarbeit haben geholfen, die Beschäftigten mitzunehmen. Damit verfolgt das BAS das Ziel der Veränderung durch gemeinsame Gestaltung.

Anwender/-innenbeirat im BAS

Eine der genannten Arbeitsgruppen widmete sich der „Herausforderungen der Digitalisierung“, aus welcher die Etablierung eines Anwender/-innenbeirats – AWB - hervorging, um die Anwenderinnen und Anwender hierarchieunabhängig an Bewertungs-, Anschaffungs- und Umsetzungsprozessen zu beteiligen. Dieser AWB will sicherstellen, dass die Kolleginnen und Kollegen im Mittelpunkt von digitalen Prozessen im BAS stehen

und hat sich daher zum Ziel gesetzt, als praxisorientiertes Beratungsgremium die Zusammenarbeit aller an der Digitalisierung Beteiligten zu unterstützen, um die Belange und Interessen der Anwendenden zu vertreten. Hauptfokus ist es dabei, den Beschäftigten im BAS eine Stimme zu geben. Im Juli 2022 wurde der Beirat als fester Bestandteil des BAS installiert.

Ersteinführung der E-Akte Bund (EAB) erfolgreich abgeschlossen

Das BAS befindet sich mitten in der digitalen Transformation, in der, neben vielfältigen technischen Neuerungen, vor allem Prozesse optimiert und die Formen der Zusammenarbeit neu gedacht werden müssen.

Mit der der Ersteinführung der E-Akte Bund (EAB), hat das BAS einen weiteren großen Schritt in Richtung Digitalisierung gemacht.

Das BAS hat die EAB nach Pilotierung in drei Rollout-Phasen von Januar bis November 2022 flächendeckend eingeführt. Seitdem arbeiten über 750 Beschäftigte mit der EAB und nutzen dabei deren integrierte Workflowkomponente. Damit werden sämtliche aktenrelevanten Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse bis hin zur Amtsleitungsebene abgebildet.

Die Ersteinführung der EAB innerhalb eines Jahres war insgesamt ein Kraftakt, der nur durch intensive Zusammenarbeit und mit einem hohen Engagement der Mitarbeitenden des BAS bewältigt werden konnte. Durch die strategische Anbindung des Einführungsprojektes bei der Behördenleitung wurde die Bedeutung insgesamt und damit eine umfassende Beteiligung aller benötigten Kompetenzen im Rahmen des Einführungsprozesses sichergestellt. Im BAS wurden Fachadministrierende eingesetzt und ein zentrales

Dokumentenmanagement- und Scanverfahren eingerichtet. Ein Dozententeam, Multiplikatoren und abrufbare Erklärvideos sowie Anleitungen unterstützten den Einführungsprozess. Entscheidend für den guten Erfolg des Dozententeams und der Multiplikatoren war die Rekrutierung aus der eigenen BAS-Belegschaft in allen Abteilungen. Auch die erklärenden Anleitungen und Videos wurden „hausgemacht“, d.h. auf die spezifischen Bedürfnisse des BAS ausgerichtet

Die Einführung der EAB ist ein herausfordernder Prozess, den das BAS in den kommenden Jahren in vielfältiger Hinsicht weiterentwickeln und optimieren wird.

Onlinezugangsgesetz (OZG)

Im Rahmen des Onlinezugangsgesetzes hat das BAS in 2022 ebenfalls die Digitalisierung weiter ausgebaut. Unter anderem wurde der Antrag auf Mutterschaftsgeld, der im BAS bereits über ein Onlineformular erreichbar ist und digital bearbeitet wird, im Bundesportal aufgenommen und an das Nutzerkonto Bund angebunden. Die Möglichkeit zu Beschwerden über bundesunmittelbare Sozialversicherungsträger sowie Anträge zum „IFG“ und „DSGVO“ werden über einen bundeseinheitlichen Standard umgesetzt, ebenfalls im Bundesportal implementiert und an das Nutzerkonto Bund angebunden. Auch weitere Verpflichtungen aus dem OZG wird das BAS künftig weiter ausbauen und optimieren.

Korruptionsprävention im BAS

Im Bereich der Korruptionsprävention lag der Fokus auf einer Optimierung der Präventionsmaßnahmen. Das BAS schloss im Jahr 2022 eine Risikoanalyse zur Korruptionsprävention ab. Damit stellte es die besonders korruptionsgefährde-

ten Arbeitsgebiete aktuell fest und nahm für diese Arbeitsgebiete eine Bewertung der bestehenden Sicherungsmaßnahmen vor. Soweit die Risikoanalyse einen Handlungsbedarf ergab, konnten zusätzliche Sicherungsmaßnahmen erarbeitet werden. Diese gewährleisteten zukünftig in den jeweiligen Arbeitsgebieten einen verbesserten Schutz vor Korruption. Zudem hat das BAS ein ergänzendes „Konzept Korruptionsprävention“ erstellt, um alle hausinternen Präventionsmaßnahmen optimal aufeinander abzustimmen und weiter zu intensivieren.

Anwendungsentwicklung im BAS

Im Jahr 2022 wurde die Mutterschaftsgeldstelle im Rahmen des Onlinezugangsgesetzes (OZG) an das Nutzerkonto Bund angebunden. Neben umfangreichen Weiterentwicklungen im Krankenhauszukunftsfonds wurde eine Onlinemeldung für die Zuständige Stelle der Beruflichen Bildung in der Sozialversicherung geschaffen. Darüber hinaus ist ein Onlineportal zur Fördermittel-Beantragung im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung live gegangen, worüber in Zukunft ca. 4.000 Anträge pro Jahr digital eingehen können.

Das IT-Entwicklungs-Team entwickelt und betreut aktuell ca. 60 BAS-„eigene“ IT-Lösungen (Produkte). Die Produktverantwortung wird umfassend verstanden und reicht somit von der Anforderungsanalyse über die Softwareentwicklung mit eigener Qualitätssicherung bis hin zum Produktbetrieb einschließlich der Wartung sowie dem Support. Die Produkte werden überwiegend als Webanwendungen bereitgestellt, die mit Hilfe modernster Technologien und Architekturen entwickelt und mit Container-Technologien betrieben werden. Diverse Open-Source Werkzeuge unterstützen dabei den Entwicklungs-, Test- und Deployment-Prozess. Neue Funktionalitäten, Fehlerbehebungen oder Sicherheitsupdates kön-

nen umgehend und beliebig häufig ausgerollt werden. Bei der Entwicklung wird der Secure-by-Design Ansatz verfolgt und großer Wert auf Barrierefreiheit der Angebote gelegt. Ende 2022 waren über alle Umgebungen hinweg mehr als 400 Container in Betrieb. Die interne Softwareentwicklung erfolgt seit Jahren erfolgreich nach agilen Prinzipien und der Methode „Scrum“. Für die notwendige Kommunikation werden moderne Werkzeuge eingesetzt. Organisatorische Leitplanken anhand von Mikro- und Makroarchitektur-Standards werden mit Hilfe eines Technologie-Radars visualisiert und quartalsweise aktualisiert.

Informationstechnik im BAS

Im BAS bestehen aufgrund der verwalteten Sozial- und Gesundheitsdaten sowie der besonderen Bedingungen im Zahlungsverkehr hohe Anforderungen an die Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit der Daten und damit an die gesamte IT-Infrastruktur. Sie unterliegt hinsichtlich der Server, Datenbanken, Speichersysteme und Netzwerkinfrastrukturen inklusive der Anbindung externer Netze einem ständigen Modernisierungsprozess und wurde auch in 2022 weiter ausgebaut.

Das BAS betreibt zwei gegeneinander gespiegelte zentrale Serverräume am Hauptstandort Bonn sowie fünf abgesetzte Serverräume zur Versorgung seiner Außenstellen. Insgesamt werden im BAS über 400 Serversysteme in hoch virtualisierten Umgebungen für Produktion, Integration, Entwicklung und Test betrieben. In der zentralen Produktionsumgebung sorgen durchgehende Cluster-Infrastrukturen im Server-, Daten- und Netzwerkbereich für einen hochverfügbaren Betrieb. Im Rahmen des turnusgemäßen Ausbaus der eingesetzten Technologien und Komponenten wurden im Jahr 2022 z.B. die Infrastrukturen der für die hochverfügbare Datenhaltung notwendi-

gen Speichernetze sowie der Datensicherungssysteme durchgehend erneuert. Weiterhin fanden umfangreiche Arbeiten zur Konsolidierung der Verzeichnisdienst- und Identity-Management-Strukturen statt und es wurden weitere Systeme zur Absicherung des internen Netzwerkverkehrs eingeführt.

Neben diesen Arbeiten am Hauptstandort Bonn wurden in allen Außenstellen nach der Erneuerung der Server, Netz- und Speicherkomponenten in den vergangenen Jahren nun ebenfalls die unterbrechungsfreien Stromversorgungen und weitere damit verbundene Versorgungssysteme modernisiert. Des Weiteren fanden umfangreiche Vorbereitungsarbeiten für eine Erneuerung der netztechnischen Anbindungen der Außenstellen an den Hauptstandort Bonn statt.

Nachdem für die Einführung der elektronischen Akte Bund (EAB) in 2021 die technische Anbindung des BAS an die im ITZBund dafür zentral vorgehaltenen Plattformen über die Bundescloud erfolgte, wurden im Jahr 2022 weitere für die EAB notwendige lokale Systeme, wie z. B. Scansysteme, bereitgestellt.

Aufgrund der sich ständig entwickelnden Gefährdungslage stellt die kontinuierliche Überprüfung und Erhöhung der operativen IT-Sicherheit eine wichtige Daueraufgabe dar. In diesem Kontext hat das BAS Maßnahmen durchgeführt, die im Jahr 2022 vor allem auf erweiterte Schutzmechanismen im Bereich der Netzwerkinfrastruktur und Infrastrukturdienste zielten. Dies hat auch vor dem Hintergrund des Angriffskriegs Russlands gegen die Ukraine und der damit einhergehenden Verschärfung der Sicherheitslage eine besondere Bedeutung erhalten.

Im Zuge des Umbaus der Liegenschaft am Hauptstandort Bonn sind umfangreiche und flächendeckende Renovierungs- und Modernisierungsmaßnahmen vorgesehen. Dies umfasst auch einen Umbau der komplexen IT-Landschaft (Verlagerung der Serverräume, Ablösung der Fibre-to-the-Desk-Verkabelung durch eine strukturierte Kupferverkabelung auf Büroebe, temporäre interne Umzüge der Büroarbeitsplätze während der Renovierung der Etagen). Die Durchführung im laufenden Betrieb stellt eine besondere Herausforderung dar.

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt 59)

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 47)

- Audi BKK
- BAHN-BKK
- Bertelsmann BKK
- Betriebskrankenkasse B. Braun Aesculap
- Betriebskrankenkasse der BMW AG
- Betriebskrankenkasse der Deutsche Bank Aktiengesellschaft
- BKK MTU
- 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 Verkehrsbau Union
- BKK Wirtschaft & Finanzen Die BKK der wirtschaftsprüfenden und -beratenden Berufe
- BKK ZF & Partner
- BKK24
- BKK-Würth
- Bosch BKK
- Continentale Betriebskrankenkasse
- Mercedes-Benz Betriebskrankenkasse
- Debeka Betriebskrankenkasse
- energie-Betriebskrankenkasse
- Ernst & Young BKK
- Heimat BKK
- mhplus Betriebskrankenkasse
- Novitas BKK
- pronova BKK
- R+V Betriebskrankenkasse
- Salus BKK
- SECURVITA BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse
- SKD BKK
- Südzucker BKK
- TUI BKK
- VIACTIV BKK
- vivida 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 56)

- 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 Adalimumab
- ARGE Rituximab
- ARGE Infliximab II
- ARGE Blutzuckerteststreifen
- ARGE Arzneimittelforum der Ersatzkassen
- ARGE Tilkradizumab
- 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 Infliximab III
- ARGE Rabattverträge zu zugelassenen CAR-T-Präparaten
- ARGE Verträge Elektrostimulationsgeräte
- ARGE Beratung Biologika
- ARGE Hilfsmittelforum der Ersatzkassen
- ARGE Generika T1302
- ARGE Ilumetri
- ARGE Abatacept III
- ARGE Etanercept III
- ARGE Vedolizumab II
- 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 Sarilumab II GbR
- ARGE Upadacitinib
- ARGE Brodalumab GbR
- ARGE Trakolimumab
- ARGE Skilarence
- ARGE – MS-Vertrag

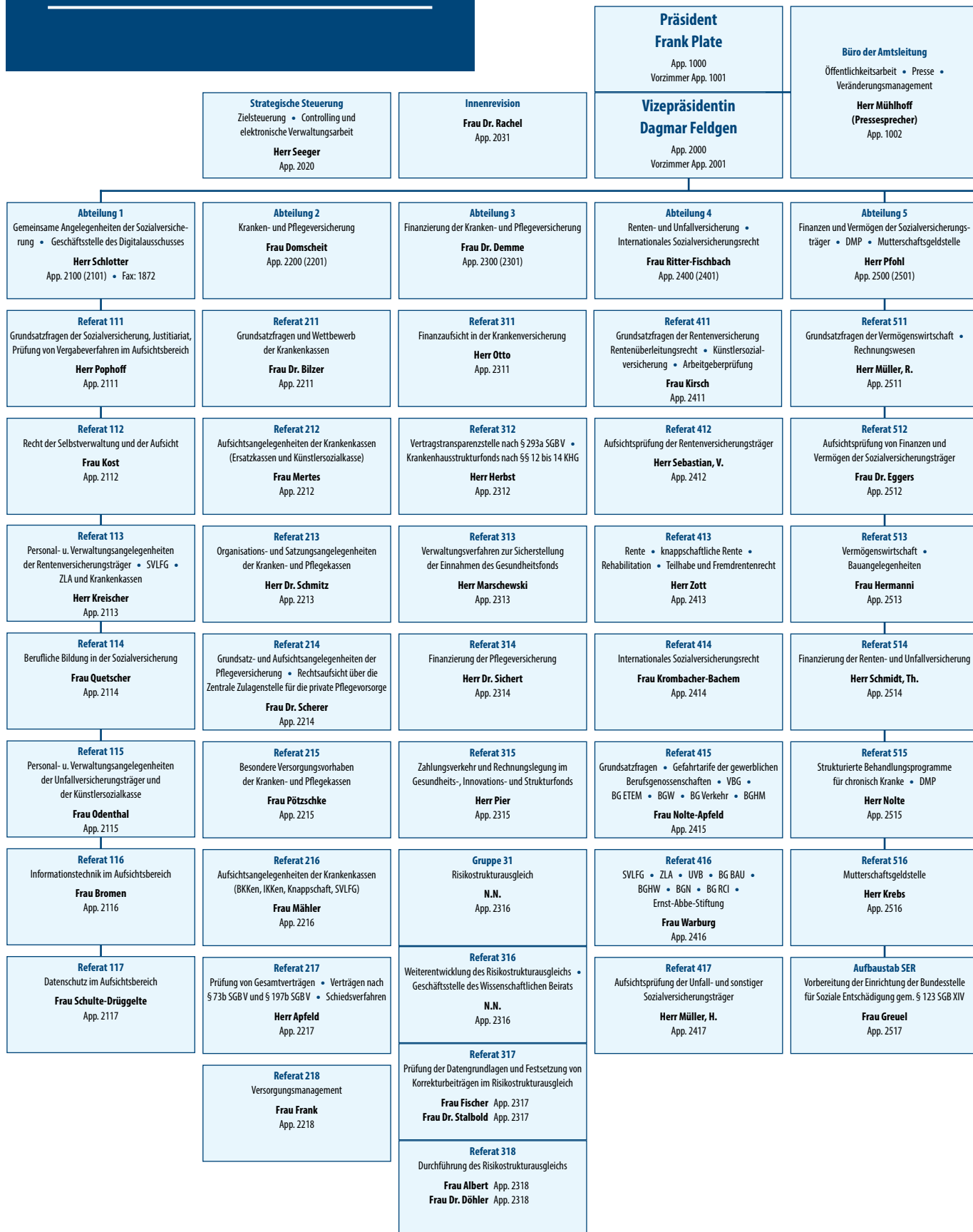
- GKV-Bündnis für Gesundheit
- ARGE Trastuzumab (KKH-DAK Gesundheit)
- ARGE Bevacizumab (KKH-DAK Gesundheit)
- ARGE – Dimethylfumarat ATC-Code
- ARGE Rheuma-Wirkstoffe II
- ARGE Infliximab V
- BKK Dachverband e.V.
- Verband der Ersatzkassen e.V.

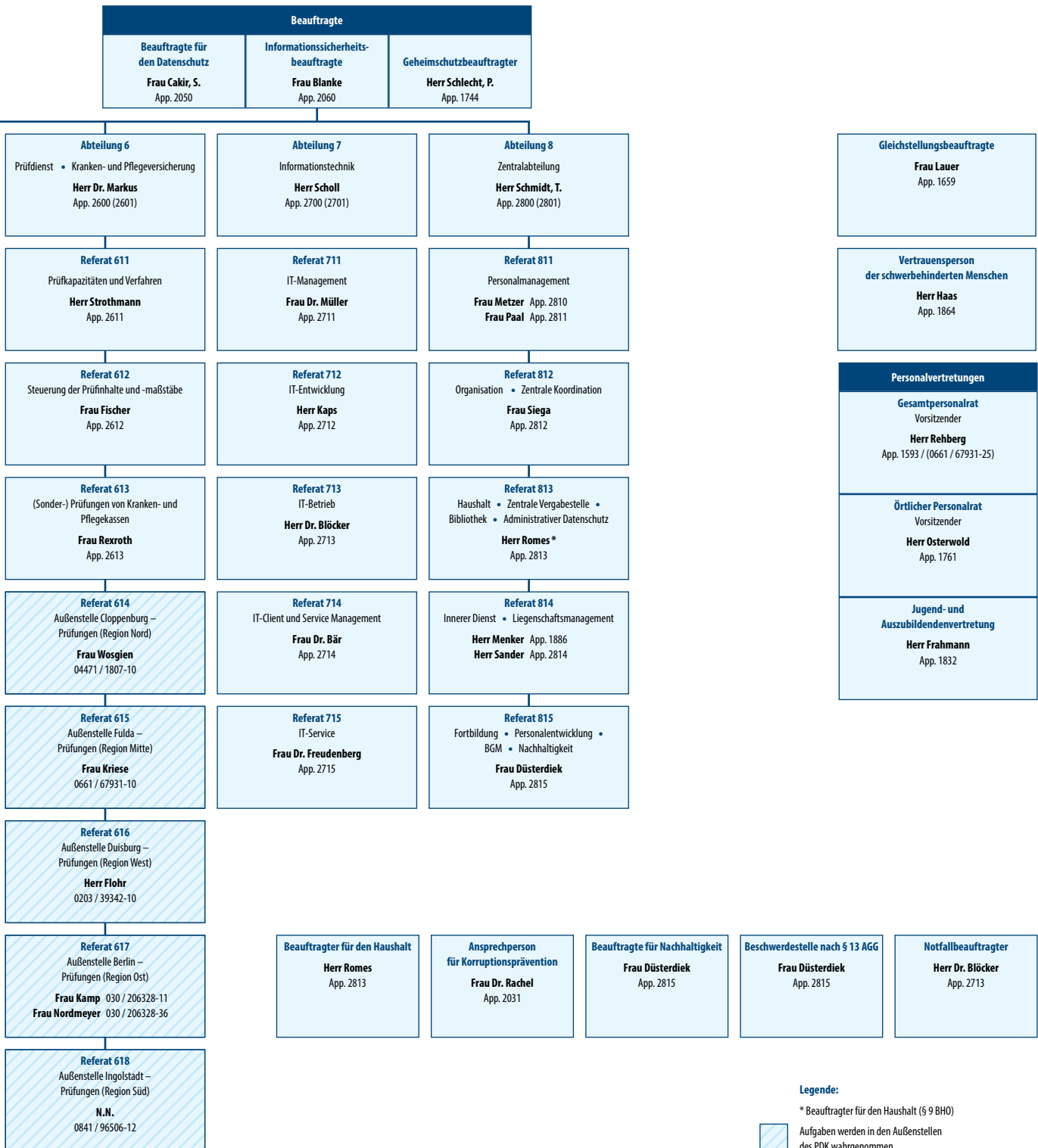
Arbeitsgemeinschaften Unfallversicherung

(insgesamt 17)

- Port Sol 19 GmbH
- SIGUV Shared-Services Interessengemeinschaft für die gesetzliche Unfallversicherung GbR
- Berufsgenossenschaftlicher arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Dienst e.V.
- Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger
- 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 Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH
- BG Klinikum Duisburg gGmbH
- Unfallbehandlungsstelle Berlin gGmbH
- BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH
- ARGE BG Klinikum Bergmannstrost Halle gGmbH

Organigramm





Impressum

Herausgeber

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

Telefon: (0228) 619-0

E-Mail: poststelle@bas.bund.de

www.bundesamtsozialesicherung.de

Verantwortlich für den Inhalt

Frank Plate, Präsident

Visuelle Gestaltung und Satz

www.zweiband.de

Druck

Warlich Druck RheinAhr GmbH & Co. KG, Grafschaft



Stand

Juli 2023

Fotocredits

Marian Hamacher / BAS (S. 1)

Jürgen Schulzki / BAS (S. 3)

crizzystudio / Adobe Stock (S. 10–11)

REDPIXEL / Adobe Stock (S. 12)

Jiri Hera / Adobe Stock (S. 25)

Robert Kneschke / Adobe Stock (S. 26)

Chinnapong / Adobe Stock (S. 29)

Gina Sanders / Adobe Stock (S. 30)

fpdress / iStock (S. 39)

skynesher / iStock (S. 40)

BGStock72 / Adobe Stock (S. 45)

contrastwerkstatt / Adobe Stock (S. 46)

auremar / Adobe Stock (S. 51)

Halfpoint / Adobe Stock (S. 52)

Marcel Poncu / Adobe Stock (S. 55)

New Africa / Adobe Stock (S. 56)

PRILL Mediendesign / Adobe Stock (S. 68)

akinbostanci / iStock (S. 78–79)

Anastasiia Yanishevskaya / iStock (S. 80)

blackred / iStock (S. 94)

taikrixiel / iStock (S. 96)

vectorfusionart / Adobe Stock (S. 98)

ipuwadol / Adobe Stock (S. 102)

Ingo Bartussek / Adobe Stock (S. 104)

LIGHTFIELD STUDIOS / Adobe Stock (S. 116)

Photographie.eu / Adobe Stock (S. 119)

sebastianosecondi / iStock (S. 120)

crazybear / Adobe Stock (S. 127)

thatinchan / Adobe Stock (S. 128)

Helder Almeida / Adobe Stock (S. 130)

timsa / iStock (S. 132)

xy / Adobe Stock (S. 134)

radachynskyi / Adobe Stock (S. 136–137)

David / Adobe Stock (S. 138)

Drobot Dean / Adobe Stock (S. 144)

Kuzmaphoto / Adobe Stock (S. 146)

vegefox.com / Adobe Stock (S. 149)



bundesamtsozialesicherung.de