



Bundesversicherungsamt

Tätigkeitsbericht 2017



230.000.000.000

230 Mrd. EURO
AN DIE GESETZLICHEN KRANKENKASSEN GEZAHLT

189.000.000.000

189 Mio. EURO
FÖRDERMITTEL AUS DEM
KRANKENHAUSSTRUKTURFONDS AUSGEZAHLT

25.000.000.000

25 Mio. EURO
FÖRDERGELDER IM PFLEGEBEREICH
AUSGEZAHLT

16.250.000.000

16,25 Mio. EURO
BEITRÄGE UND SÄUMNISZUSCHLÄGE FÜR DEN
GESUNDHEITSFONDS NACHGEFORDERT

22.000.000.000

22 Mio. EURO
KORREKTURBEITRÄGE IM RSA ERHOBEN

43.500.000.000

43,5 Mio. EURO
FÖRDERMITTEL AUS DEM INNOVATIONS-
FONDS AUSGEZAHLT

15.800.000.000.000

15,8 Mrd. EURO
TRANSFERVOLUMEN IN DER
PFLEGEVERSICHERUNG

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen
und Leser,

das Bundesversicherungsamt ist eine zentrale Aufsichtsbehörde im Bereich der Sozialversicherung und erledigt vielfältige Verwaltungsaufgaben. Mit unserem Außendienst prüfen wir bei den Versicherungsträgern auch vor Ort. Wir sind Experten im Bereich Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung. Unser Anliegen ist, dass die Sicherungssysteme rechtssicher und wirtschaftlich funktionieren.

Mit unserem Tätigkeitsbericht geben wir einen Einblick in unsere Aufgabenvielfalt. Mit den Schlaglichtern erhalten Sie einen guten Überblick über besonders spannende Themen, im 1. bis 3. Teil des Berichts bieten wir dann den gewohnten Einblick in zahlreiche Einzelthemen aus der Aufsichts- und Prüfpraxis bei den bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern,



in unsere Verwaltungsaufgaben für die Sozialversicherung sowie unsere Sonderaufgaben im Bereich der beruflichen Bildung und der Mutterschaftsgeldstelle.

Auch in diesem Jahr wünsche ich Ihnen eine interessante Lektüre.

Frank Plate
Präsident des
Bundesversicherungsamtes

Das Bundesversicherungsamt und seine Aufgaben	9	1.3.2. IT-Prüfungen	45	4. Unfallversicherung	68	2. Teil	
Schlaglichter 2017	10	Nachlese: Softwareprüfung Erstellung Satzarten 2016	45	4.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht	68	Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung	
1. Teil		Softwareprüfung Erstellung amtliche Statistiken	46	Aufsicht über die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)	68	1. Schätzerkreis, Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich	90
Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger		Elektronische Kommunikation und Digitalisierung	47	4.2 Satzung	69	1.1. Schätzerkreis	90
1. Krankenversicherung	23	1.3.3. Leistungen der Krankenkassen	48	Gefahrtarifangelegenheiten	69	1.2 Gesundheitsfonds	90
1.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht	23	Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise – Regress gegen einen Arzt nach Hinweis des Prüfdienstes	48	4.3 Prüfung	69	1.2.1 Allgemeines	90
Anzahl der Vereinigungsverfahren	23	Erstattung von Behandlungskosten bei Urlauben im europäischen Ausland	49	Prüfung zum Stand der Fusionsumsetzung auf den Gebieten Verwaltung, Finanzen und Leistungswesen	69	1.2.2 Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds	91
Nahtlosigkeit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	23	Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen – Begutachtungsfälle	49	5. Landwirtschaftliche Sozialversicherung	72	1.2.3 Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds	93
Probleme bei der Hilfsmittelversorgung	23	Satzungsleistungen	50	5.1 Finanzen	72	1.3 Risikostrukturausgleich	94
Ausschreibungsverfahren von Krankenkassen nach Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG)	24	1.3.4. Finanzen und Kassensicherheit	50	Haushaltsgenehmigung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	72	1.3.1 Grundlagen	94
Keine Einschaltung von Leiharbeitnehmern bei der Bearbeitung von Hilfsmittelanträgen	25	Liquiditätsplanung	50	5.2 Verwaltungskostenbudgetierung	73	1.3.2 Monatliches Abschlagsverfahren 2017	95
Obligatorische Anschlussversicherung für Saisonarbeiter aus dem Ausland	26	Abfindungen zulasten der Pflegeversicherung	51	5.3 Soll-Stellenplan 2018	73	1.3.3 Jahresausgleich 2016	96
Versorgung der Versicherten mit Cannabisarzneimitteln ..	27	Weiterleitung von Beitragseinnahmen an den Gesundheitsfonds	51	5.4 Verordnung zur Bildung von Altersrückstellungen durch die SVLFG	73	1.3.4 Weiterentwicklung	97
Probleme bei der Information der Versicherten über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes	28	1.3.5 Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V	51	5.5 Satzung	74	1.3.5 Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs	98
Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld für hauptberuflich Selbständige	29	Änderungen durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)	52	6. Übergreifende Aufsichtsthemen	75	1.3.6 Gutachten zu Auslandsversicherten und Krankengeld	99
Kooperation zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen	30	Nutzung einer Prüfsoftware	52	6.1 Finanzen	75	1.3.7 Gerichtsverfahren zum Risikostrukturausgleich	99
Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V – Der Gesetzgeber drängt die Krankenkassen zur Eile	30	2. Pflegeversicherung	53	Sicherheit der Geldanlagen	75	1.3.8 Sicherung der Datengrundlagen	100
Vergütung der Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen, Zustimmungserfordernis der Aufsichtsbehörde gemäß § 35a Absatz 6a SGB IV	31	2.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht	53	Aktienanlagen	76	1.4 Einkommensausgleich	101
Kassenordnungen der Krankenkassen	32	Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag	53	Genehmigung und Anzeigen von Immobilienmaßnahmen nach § 85 SGB IV	76	2. Innovationsfonds und Krankenhausstrukturfonds	103
1.2 Satzung und Verträge	33	Fehlerhafte Verbuchung der Kosten für die Pflegeberatung erfordern Umbuchungen	54	Zuwendungsrichtlinie „Reha-Forschung“ der Deutschen Rentenversicherung	77	2.1 Innovationsfonds	103
Bonusprogramme nach § 65a Absatz 2 SGB V (Arbeitgeber/Arbeitnehmerbonus)- Umsetzungsstand	33	2.2 Feststellungen des Prüfdienstes	55	Rentenversicherung	77	2.1.1 Grundlagen	103
Kassenbereich der geöffneten Betriebs- und Innungskrankenkassen	34	Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade	55	6.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht	78	2.1.2 Ermittlung der Finanzierungsanteile	103
Wahltarif für Krankengeld – Abstimmung der Musterregelung mit dem BKK Dachverband e.V. sowie der GWQ ServicePlus AG	34	Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege	56	Mietverträge und Raumplanung der Sozialversicherungsträger	78	2.1.3 Erstmalige Fördermittelauszahlungen	103
Wahltarif nach § 53 Absatz 4 SGB V – Kostenerstattung bei Zahnersatz	35	Übergangsrecht zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	56	Anforderungen an eine wirtschaftliche und sparsame Stellenausbringung der Sozialversicherungsträger (§ 69 Absatz 6 SGB IV)	78	2.1.4 Finanzergebnisse des Innovationsfonds	104
Dentale Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder vor dem 30. Lebensmonat unzulässig im Rahmen gesamtvertraglicher Regelungen	36	3. Rentenversicherung	59	Genehmigung von Anträgen der SV-Träger auf Sonn- und Feiertagsarbeit	79	2.2 Krankenhausstrukturfonds	105
Einflussnahme auf das Kodierverhalten der Ärzte seitens der Krankenkassen	37	3.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht	59	Aufsichtsrechtliche Begleitung der Sozialwahlen der 12. Wahlperiode	79	2.3 Stand der Förderung/Anträge und Auszahlungen im Berichtsjahr	105
1.3 Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung	39	EM-Leistungsverbesserungsgesetz	59	6.3 Digitalisierung in der Sozialversicherung	80	2.4 Praxis der Förderverwaltung/Grundsatzfragen	106
Prüfungen nach § 274 Abs. 1 S. 2 SGB V	40	Rentenüberleitungsrecht	60	Digitalausschuss	80	2.5 Nachverteilungsverfahren	107
1.3.1 Allgemeine Verwaltung	42	Umsetzung des Flexirentengesetzes	61	Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte	80	2.6 Auswertung und Berichtswesen	107
Automatisierte Sachbearbeitung	42	Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes	62	Leistungsrechtliche Grenzen der Digitalisierung	82	2.7 Ausblick	108
Mitgliederwerbung auf dem Prüfstand	43	Eingaben zur „Mütterrente“	62	Verbesserung der Servicefunktionen durch Onlinegeschäftstellen und Service-Apps	82	3. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)	109
Beauftragter des Arbeitgebers in Schwerbehindertenangelegenheiten und Abschluss einer Inklusionsvereinbarung	44	Eingaben zur „Rente mit 63“	64	Bereitstellung von IT-Ressourcen auf Basis von Cloud Computing	83	3.1 15 Jahre Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) ..	109
Rechtsbehelfsbelehrung	45	Befreiung von der Rentenversicherungspflicht	64	Unterstützung bei der Umsetzung der neuen Datenschutzregelungen im Aufsichtsbereich	85	3.2 Zulassungsstand	110
		Laufzeiten bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Übergangsgeld	65	Neue gesetzliche Regelungen zum Schutz sog. Kritischer Infrastrukturen	85	3.3 Vertragsanpassungen	110
		Nichtbeachtung von Vollmachten	65	Übermittlung von Sozialdaten zu Forschungszwecken bei Innovationsfondsprojekten	86	3.4 Qualitätsberichte	111
		Internationale Kontakte/ Konferenzen	65	6.4 Vergabe	87	3.5 Evaluation	111
		2.2 Prüfung	66	Vergaberechtssichere Beschaffung von IT-Dienstleistungen nach 15 Jahren aus einer Rahmenvereinbarung	87	3.6 DMP – Perspektiven	111
		Prüfverfahren „Knappschaftsausgleichsleistung“, „Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute“ und „Rente für Bergleute“	66			4. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung	112
		Ausblick: Kommende Prüfungsschwerpunkte in der Rentenversicherung	67			4.1 Finanzausgleich	112
						4.2 Entwicklung des Mittelbestandes	113
						4.3 Verwaltung der Mittel des Ausgleichsfonds	114
						4.4 Verwaltungskosten der sozialen Pflegeversicherung	114
						4.5 Leistungsausgaben des Ausgleichsfonds (Fördergelder) und Finanzierungsbeteiligungen	115
						4.6 Beitragseinnahmen des Ausgleichsfonds	116
						4.7 Festsetzung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen an den Kosten für Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen	117
						4.8 Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung	118
						4.9 Ausblick auf das Jahr 2018	118

5.	Meldestelle/Ordnungswidrigkeitenbehöre/ Aufsicht über die ZfP	119
5.1	Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen	119
5.2	Implementierung eines neuen elektronischen Meldeverfahrens	120
5.3	Aufsicht über die Zentrale Zulagenstelle für die private Pflegevorsorge (ZfP)	120
5.4	Ordnungswidrigkeitenverfahren gemäß § 121 Absatz 1 Nummer 7 i.V.m. Absatz 3 SGB XI gegenüber privaten Versicherungsunternehmen	121
6.	Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung	122
7.	Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger (VdBS)	124
8.	Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung	125
3. Teil		
Sonderaufgaben		
1.	Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz	128
1.1	Überwachung der Berufsausbildung	128
1.2	Ausbildungsplatzsituation	128
1.3	Überwachung und Beratung	130
1.4	Prüfungen	133
2.	Mutterschaftsgeldstelle	134
Blick nach innen 2016		136
Das Bundesversicherungsamt in den Medien		136
Das Bundesversicherungsamt als Arbeitgeber		137
Selbstkontrolle		137
Schutz vor Korruption		137
Strategische Steuerung im Bundesversicherungsamt		138
IT-Betrieb, Entwicklung und Service im Bundesversicherungsamt		138
Anhang		
Übersicht der Träger		
Organigramm		





Überblick

Aufgaben

Das Bundesversicherungsamt führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Träger und Einrichtungen der:

- gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung
- der gesetzlichen Rentenversicherung
- der gesetzlichen Unfallversicherung
- und der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Bei ihm ist auch der Prüfdienst für die bundesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen angesiedelt. Die Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamtes beinhalten u. a.:

- Verwaltung des Gesundheitsfonds, des Krankenhausstrukturfonds und des Innovationsfonds
- Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs
- Mitwirkung bei der Finanzschätzung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Schätzerkreis)
- Zulassung von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme oder DMP)
- Verwaltung des Ausgleichsfonds und die Durchführung des Finanzausgleichs in der sozialen Pflegeversicherung
- Meldestelle für die privaten Versicherungsunternehmen und Ordnungswidrigkeitenbehörde für diese
- Festsetzung, Zuweisung und Abrechnung der Zahlungen des Bundes an die Rentenversicherung

- Mitwirkung bei den Finanzschätzungen in der Rentenversicherung
- Durchführung der Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt folgende weitere Aufgaben:

- Zuständige Stelle im Sinne des Berufsbildungsgesetzes für die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und Prüfungsamt
- Zahlung des Mutterschaftsgeldes nach § 13 Abs. 2 und 3 und des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 2 und 3 Mutterschutzgesetz

Organisation des Bundesversicherungsamtes

Das Bundesversicherungsamt hat rund 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und seinen Hauptsitz in Bonn. Der Prüfdienst hat zudem Außenstellen in Cloppenburg, Fulda, Duisburg, Berlin und Ingolstadt. Organisatorisch ist das Bundesversicherungsamt in acht Abteilungen, 47 Referate und drei Stabsstellen gegliedert. Siehe Organigramm Bundesversicherungsamt Seite 143.

Krankenversicherung

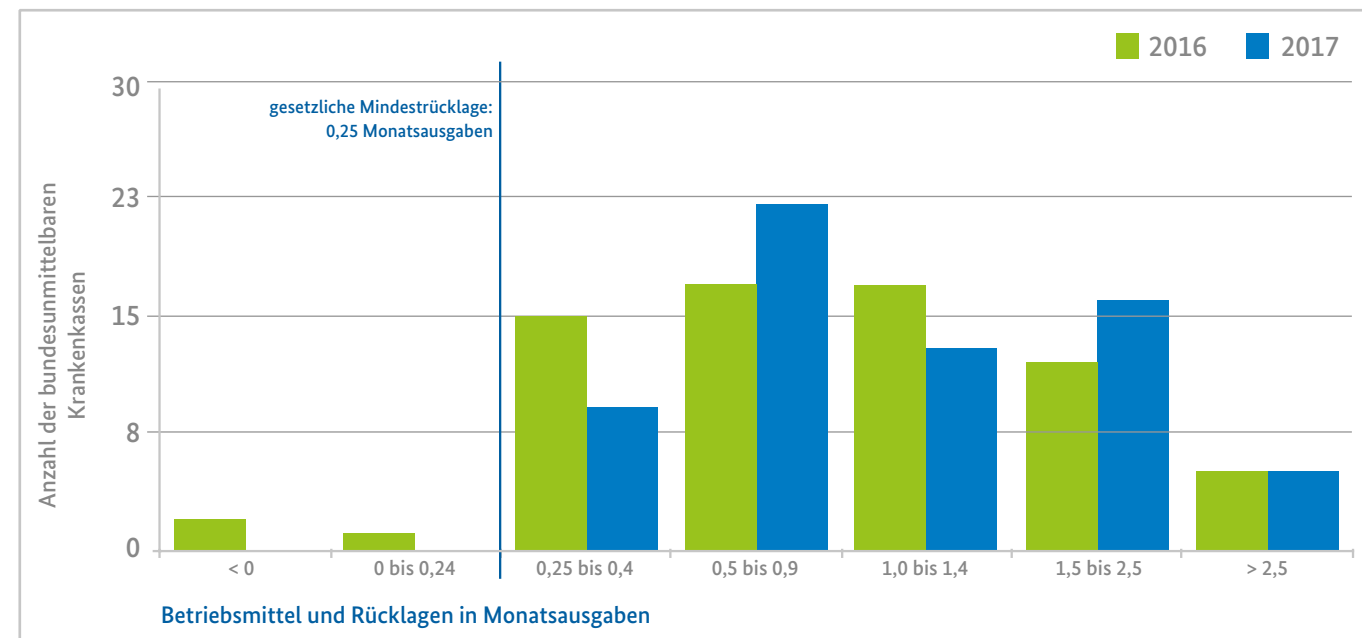
Finanzentwicklung weiter positiv

Im Jahr 2017 erzielten die bundesunmittelbaren Krankenkassen einen Überschuss der Einnahmen in Höhe von 1,7 Mrd. Euro und verfügten am Jahresende über ein Betriebsmittel- und Rücklagevermögen in Höhe von 9,7 Mrd. Euro, was 0,84 Monatsausgaben entsprach. Sowohl die Rechnungsergebnisse als auch die Höhe der vorhandenen Rücklagen unterschieden sich allerdings zwischen verschiedenen Krankenkassen zum Teil sehr deutlich. So erzielten 54 Krankenkassen einen Überschuss der Einnahmen und 11 Krankenkassen einen Überschuss der Ausgaben. Alle bundesunmittelbaren Krankenkassen verfügten am Jahresende über die vorgeschriebene Mindestrücklage in Höhe von 0,25 Monatsausgaben. 34 Krankenkassen verfügten über ein Betriebsmittel- und Rücklagevermögen von mehr als einer Monatsausgabe.

Weiterhin mehr Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Zusatzbeitragssatz

Der vom Bundesministerium für Gesundheit für das Jahr 2017 bekanntgegebene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz lag wie im Jahr zuvor bei 1,1 %. Am Jahresende galt dieser Zusatzbeitragssatz für 9,5 Mio. Mitglieder von 16 bundesunmittelbaren Krankenkassen. Für 11,1 Mio. Mitglieder von 25 Krankenkassen lag der Zusatzbeitragssatz darunter, für 13,8 Mio. Mitglieder von 23 Krankenkassen lag der Zusatzbeitragssatz oberhalb von 1,1 %. Die Landwirtschaftliche Krankenkasse erhebt Beiträge nach Beitragsklassen und ist hier nicht mit aufgeführt. Für das Jahr 2018 hat das Bundesministerium für Gesundheit den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auf 1,0 % abgesenkt. Da sich die Ertrags- und Vermögenssituationen der einzelnen Krankenkassen z.T. deutlich voneinander unterscheiden, bedeutet dies allerdings nicht, dass auch alle Krankenkassen ihre Beitragssätze senken.

Betriebsmittel und Rücklagen der bundesunmittelbaren Krankenkassen 2016 und 2017



Quelle: KV45, 4. Quartal 2016 mit 69 und 2017 mit 65 bundesunmittelbaren Krankenkassen, trunken

Das Bundesversicherungsamt hat Ende 2017 die Haushaltspläne aller bundesunmittelbaren Krankenkassen für das Jahr 2018 geprüft und bei 3 Krankenkassen mit insgesamt 0,5 Mio. Mitgliedern Erhöhungen des Zusatzbeitragssatzes genehmigt. Für 25,6 Mio. Mitglieder von 53 Krankenkassen veränderte sich der Zusatzbeitragssatz nicht; für 8,1 Mio. Mitglieder von 8 Krankenkassen wurde der Zusatzbeitragssatz gesenkt. Tagesaktuelle Informationen über die Höhe der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen können dem Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden (www.gkv-spitzenverband.de).

230 Milliarden Euro an Krankenkassen verteilt

Auch in diesem Tätigkeitsbericht wird wieder die Funktionsweise von Gesundheitsfonds (S. 90), Morbi-RSA (S. 94) und Einkommensausgleich (S. 101) beschrieben und dargestellt, was sich geändert hat. Außerdem stellen wir die Zahlen aus 2017 und die für 2018 erwarteten Zahlen vor.

Förderung von Vorhaben mit Mitteln des Innovations- und des Strukturfonds hat Fahrt aufgenommen

Das mit der Verwaltung der Mittel des Innovationsfonds und des Krankenhausstrukturfonds beauftragte Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr Fördermittel in Höhe von rd. 43,5 Mio. Euro aus dem Innovationsfonds und 189 Mio. Euro aus dem Strukturfonds ausbezahlt.

Im Berichtszeitraum 2017 wurde erstmals die Auszahlung von Fördermitteln aus dem Innovationsfonds beantragt. Insgesamt hat das Bundesversicherungsamt rd. 38,9 Millionen an Projekte, die schon 2016 bewilligt wurden, und rd. 4,6 Millionen Euro an Projekte aus dem Jahr 2017 ausbezahlt.

Im Bereich des Krankenhausstrukturfonds sind bis zum Ende des Berichtsjahres Fördermittel in Höhe von insgesamt rund 198 Mio. Euro und damit 41% aller bis zum 31. Juli 2017 beantragten Fördermittel ausbezahlt worden. Am 2. August 2017 hat das Bundesversicherungsamt bekannt gegeben, dass 11,49 Mio. Euro

an Fördermitteln, die bis zum 31. Juli 2017 nicht zur Bewilligung beantragt wurden, zur Nachverteilung zur Verfügung stehen. Die Nachverteilung wird im Jahr 2018 erfolgen, sobald über alle bis zum 31. Juli 2017 eingereichten Anträge entschieden worden ist. Näheres zum Innovations- und Strukturfonds finden Sie auf Seite 103 und Seite 105.

Sondergutachten zum Risikostrukturausgleich vorgelegt

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Wissenschaftlichen Beirat beauftragt, in einem Sondergutachten die Wirkungen des Morbi-RSA unter Berücksichtigung der bisher vorliegenden RSA-Jahresausgleiche zu überprüfen sowie die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA empirisch abzuschätzen. Die wesentlichen Ergebnisse dieser Untersuchung wurden im Rahmen einer Pressekonferenz am 19. Oktober 2017 im Bundesversicherungsamt präsentiert, das endgültige Gutachten wurde am 28. November 2017 dem BMG übergeben. Das Gutachten enthält Reformvorschläge zur Veränderung der Krankheitsauswahl und Vorschläge zur Modellveränderung. Weitere Fragestellungen betreffen die Thematik der Manipulationsresistenz des Ausgleichsverfahrens, das Verhältnis von Morbi-RSA und Prävention, die Pauschale für Disease-Management-Programme (DMP-Programmkostenpauschale) sowie die Berücksichtigung von Verwaltungsausgaben im Morbi-RSA (S. 98).

Das Gutachten steht auf der Homepage des Bundesversicherungsamts zum Download zur Verfügung (<https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html>).

15 Jahre Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

2017 war es 15 Jahre her, dass dem Bundesversicherungsamt die Zuständigkeit für die DMP übertragen wurde. Mit dem Inkrafttreten der 4. RSV-Änderungsverordnung am 1. Juli 2002 konnten die Krankenkassen die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen beim



Bundesversicherungsamt beantragen. Die ersten Zulassungsbescheide hat das Bundesversicherungsamt dann im Frühjahr 2003 versandt. Inzwischen wird nicht mehr bestritten, dass sich die DMP als fester Bestandteil der medizinischen Versorgungslandschaft in Deutschland durchgesetzt haben. Derzeit werden von allen Krankenkassen mehr als 9.000 vom Bundesversicherungsamt zugelassene DMP angeboten. Praktisch alle Krankenkassen bieten DMP an. Mehr als 8 Millionen Versicherte sind in die Programme der insgesamt sechs Indikationen eingeschrieben (S. 109).

Probleme bei Ausschreibungsverfahren von Krankenkassen nach Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG)

Dem Bundesversicherungsamt lagen im Berichtsjahr 2017 zahlreiche Beschwerden vor, die sich gegen die Vertragspraxis der Krankenkassen nach Erlass des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) richteten. Das HHVG hat zu Neuerungen im Gesetz geführt, welche nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes und auch mancher Stimmen aus der Politik von einigen Krankenkassen nur unzureichend beachtet worden sind. Nicht nur die Frage der „Zweckmäßigkeit“ von Ausschreibungen für eine Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil, sondern auch die vom Gesetzgeber geforderte angemessene Berücksichtigung von Qualitätsaspekten in den Ausschreibungen bildeten Schwerpunkte in der Aufsichtsführung durch

das Bundesversicherungsamt. Daneben hatte sich das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr 2017 mit der Frage der Zulässigkeit sogenannter „Open-house-Verfahren“ im Rahmen des § 127 Abs. 2 SGB V zu befassen, bei denen Vertragspartnern einseitig ein Vertragsschluss angeboten wird, ohne dass eine Verhandlungsmöglichkeit über Vertragskonditionen besteht. Das Bundesversicherungsamt hat sich gegen die Rechtmäßigkeit von „Open-house-Verfahren“ und für eine Pflicht zur Ermöglichung von Vertragsverhandlungen für die Leistungserbringer ausgesprochen. Eine abschließende landessozialgerichtliche Klärung steht aber noch aus (S. 24).

Wege gegen die Manipulation von Diagnosedaten

Ärztliche Diagnosen bilden u.a. Datengrundlagen zur Berechnung des Risikostrukturausgleichs. Die Ziele dieses Finanzausgleichs (s. dazu S. 94) werden jedoch nicht erreicht, wenn die ärztlichen Kodierungen seitens der Krankenkassen beeinflusst werden, um Zuweisungen aus dem RSA „künstlich“ zu steigern. Das Thema hat auch 2017 wieder ein starkes Medieninteresse hervorgerufen. Die rechtliche Lage ist eindeutig: Jede Art von Einflussnahme von Krankenkassen auf das ärztliche Kodierverhalten ist rechtswidrig. Inzwischen konnte das Bundesversicherungsamt neben der rechtlichen Klärung auch erreichen, dass die bundesunmittelbaren Kassen die sogenannten Betreuungsstrukturverträge gekündigt haben. Ein weiteres Ziel der Bundesaufsicht ist das Herbeiführen einer

bundesweit einheitlichen Aufsichtspraxis. Mehr dazu ab Seite 37. Als RSA-Durchführungsbehörde ist das Bundesversicherungsamt sowohl gegen bundes- als auch landesunmittelbare Kassen tätig geworden (S. 100).

Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaften in Ermittlungsverfahren zu Datenmanipulationen im RSA

Im Berichtsjahr haben sich mehrere Staatsanwaltschaften an das Bundesversicherungsamt mit der Bitte um Unterstützung bei der Aufklärung von Verdachtsfällen im Bereich der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich finanzwirksamen Kodierung von Krankheiten gewandt.

Das Bundesversicherungsamt als Durchführungsbehörde des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, das die Beitragseinnahmen der Krankenkassen und den Bundeszuschuss treuhänderisch verwaltet und verteilt, hat dabei die entsprechenden staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen konstruktiv begleitet und im Rahmen seiner Möglichkeiten unterstützt.

Versorgung der Versicherten mit Cannabisarzneimitteln

Bei schwerwiegenden Erkrankungen können Ärzte ihren Patienten Cannabisarzneimittel verschreiben, wenn die Krankenkasse die erste Verordnung genehmigt. Nur in einigen Fällen musste das Bundesversicherungsamt das Genehmigungsverfahren der Krankenkassen beanstanden (S. 27).

Leistungsentscheidungen: Gesetzgeber drängt die Krankenkassen zu Eile

Das neue Patientenrechtegesetz verpflichtet die Kassen, innerhalb von drei bis fünf Wochen über Leistungsanträge zu entscheiden. Erfolgt die Klärung nicht innerhalb dieses Zeitraumes, gilt der Antrag als genehmigt. Eine vorsorgliche Ablehnung durch die Krankenkassen ist nicht rechtmäßig. Noch umstritten ist die Frage, ob die automatische Genehmigung, die

durch den Ablauf der Frist entsteht, nach endgültiger Klärung wieder aufgehoben werden darf (S. 30).

Konstruktive Lösung für die Amtsermittlungspflicht der Krankenkassen bei Saisonarbeitern aus dem Ausland

Bei einigen Krankenkassen bestand der Verdacht, dass Saisonarbeiter aus dem Ausland über die sogenannte Obligatorische Anschlussversicherung weiter als Mitglieder geführt würden, obwohl keine tatsächliche Mitgliedschaft mehr bestand. Um die Amtsermittlungspflicht der Krankenkassen zu erleichtern, hat das Bundesversicherungsamt eine konstruktive Lösung mit dem GKV-Spitzenverband initiiert: Ergänzungen im Arbeitgeber-Meldeverfahren ermöglichen den Krankenkassen künftig, den betroffenen Personenkreis zu identifizieren und in mitgliedschaftsrechtlicher Hinsicht zeitnah zu beurteilen, sobald die Saisonarbeit beendet ist (S. 26).

Keine Einzelleistungen bei Wahltarifen

Bietet eine Krankenkasse Wahltarife für Mitglieder an, sind diese immer auf den gesamten Bereich der Versorgung zu beziehen. Eine Beschränkung nur auf Einzelleistungen wie Zahnersatz und nicht auf die zahnärztliche Versorgung ist nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes nicht zulässig (S. 35). Die Ansicht des Bundesversicherungsamtes wurde bereits zweimal gerichtlich bestätigt. Aktuell führt das Bundesversicherungsamt hierzu wieder ein aufsichtsrechtliches Verfahren.

Mitgliederwerbung

Bei der Werbung neuer Mitglieder zeigen sich die Krankenkassen kreativ. Auch was finanzielle Anreize für erfolgreiche Werber angeht. Allerdings dürfen festangestellte Mitarbeiter keine Prämien oder sonstige zusätzliche Leistungen für eine erfolgreiche Werbung erhalten. Und für die Prämienzahlung an Dritte muss eine ausreichende Dokumentation vorliegen. Der

Prüfdienst der Krankenkassen entdeckte hier Ungenauigkeiten und sorgte mit seinen Empfehlungen wiederholt für das korrekte Einhalten der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze (S. 43).

Zusatzbeitragssatz – Klare Information gefordert

Erhöht eine Kasse den Zusatzbeitragssatz, muss sie ihre Versicherten darüber informieren, damit ggf. vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch gemacht werden kann. Manche Kassen kaschieren diese Information geschickt in einem umfangreichen Werbeanschreiben an die Versicherten, so dass die Botschaft zur Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes „überlesen“ werden könnte. Diese „Ausweichstrategie“ ist gesetzlich untersagt und das Bundesversicherungsamt verfolgt die Beschwerden von Versicherten zu dieser versteckten Informationspolitik (S. 28).

Wettbewerb im Fokus

2017 hat sich das Bundesversicherungsamt auch abteilungsübergreifend besonders des Themas Wettbewerb angenommen. Erste Erkenntnisse wurden aufgearbeitet, Interviews geführt und ein Sonderbericht erstellt, der zwischenzeitlich veröffentlicht werden konnte. (s. www.bundesversicherungsamt/service/publikationen.html)

Pflegeversicherung

Folgen der Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze

Zum 1. Januar 2017 sind die Regelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II, „Zweite Stufe“) und das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) in Kraft getreten. Der neu eingeführte Pflegebedürftigkeitsbegriff führte zu einer deutlichen Antragszunahme auf Leistungen der Pflegeversicherung bei den bundesunmittelbaren Pflegekassen. Diese Antragsflut bedingte

eine längere als die übliche Verfahrensdauer bei den Pflegekassen und längere Bearbeitungszeiten bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) und dem Sozialmedizinischen Dienst (SMD). Hiergegen richteten sich viele Eingaben (S. 18). Dabei haben viele Versicherte nicht berücksichtigt, dass der Gesetzgeber von steigenden Anträgen ausging und das Verwaltungsverfahren in der Übergangszeit verschlanken wollte. Daher hatte er die Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen in der Zeit vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2017 ausgesetzt.

Die Umstellung auf Pflegegrade wurde allerdings gut bewältigt (S. 55), auch wenn es in einigen Fällen zu Eingaben kam. Etwas schwerer taten sich die Pflegekassen bei den Übergangsregelungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (S. 56).

Ein weiterer Schwerpunkt von Eingaben war der sog. Entlastungsbetrag (bis zum 1. Januar 2017: zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen) gemäß § 45b SGB XI. Die Pflegebedürftigen können bisher nicht abgerufene Beträge aus den Jahren 2015 und 2016 noch bis zum 31. Dezember 2018 abrufen. Dies gilt allerdings nur dann, wenn sie die Voraussetzungen erfüllten und es sich um entsprechende zweckgebundene Angebote handelt. Haushalts- und Putzhilfen sowie Angebote für Gartenpflege oder den Winterdienst durch Privatpersonen, wie sie einige Pflegebedürftige und ihre Angehörige in Anspruch nehmen wollten, sind hiervon nicht abgedeckt. Es muss sich um nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Entlastung im Alltag handeln, wie z.B. Helferkreise, Demenzcafés, o.ä. Dabei sind die Voraussetzungen je nach Bundesland unterschiedlich, zum Teil müssen die Helfer einen Pflegekurs nachweisen.

Auch der mit dem PSG II neu eingeführte einrichtungseinheitliche Eigenanteil und die Überleitungsvorschrift hierzu nach § 144 Abs. 3 SGB XI (Besitzstandsschutzregelung) führten zu vielen Rückfragen. Sinn und Zweck dieser Regelung ist, dass die Pflegebedürftigen durch die neu zu regelnden Vergütungsvereinbarungen keinen höheren Eigenanteil als bisher zahlen sollten, also nicht schlechter gestellt werden. Auch der Prüfdienst hat sich intensiv vor Ort damit beschäftigt (S. 55).



Sach- und Personalkosten in der Pflegeberatung richtig verbuchen

Personen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben, haben Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung und Hilfestellung durch qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Diese ermitteln den konkreten Hilfebedarf und stellen einen, den konkreten Bedarf erfassenden Versorgungsplan auf. Die hierbei entstehenden Sach- und Personalkosten müssen in der vorgeschriebenen Kontenart verbucht werden. Das Bundesversicherungsamt informierte über diese Sachlage wiederholt in Rundschreiben an die Pflegekassen. Prüfungen ergaben allerdings, dass auf einen Zeitraum von fünf Jahren Korrekturbuchungen in Millionen Höhe notwendig wurden (S. 54).

Rentenversicherung

Neue Hinzuverdienstregelungen

Die Aufsichtstätigkeit des Bundesversicherungsamtes im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung hat wiederum bestätigt, dass die zum 1. Juli 2017 erfolgten Änderungen im Hinzuverdienstrecht, insbesondere hinsichtlich der zuvor starren Hinzuverdienstgrenzen, notwendig waren. Zahlreiche Rentnerinnen und

Rentner wandten sich auch im Jahr 2017 gegen die bisherigen Regelungen. Die Umsetzung der Neuregelungen zum 1. Juli 2017 durch die Träger hat das Bundesversicherungsamt aufmerksam verfolgt. Angesichts der neuen Berechnungen erwartet das Bundesversicherungsamt in Folge der zum 1. Juli 2018 erstmals durchzuführenden Spitzabrechnungen allerdings neue Eingaben (S. 61).

Unabhängig von deren Bearbeitung wird das Bundesversicherungsamt eine gesonderte Aufsichtsprüfung zu den Neuregelungen im Hinzuverdienstrecht durchführen (S. 67).

Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

Der gesamte Themenkomplex Befreiung von der Rentenversicherungspflicht beschäftigte das Bundesversicherungsamt erneut stark. Das Bundesversicherungsamt erörterte mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger sowohl die Voraussetzungen der Erstreckung einer bereits bestehenden Befreiung von der Rentenversicherungspflicht auf eine andere versicherungspflichtige Beschäftigung und Tätigkeit als auch Fragen der rückwirkenden Befreiung von Syndikusrechtsanwälten von der Rentenversicherungspflicht (S. 64).

Bundeszuschüsse weiterhin auf hohem Niveau

Das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet die Mittel des Bundes, die an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt werden. Es legt in diesem Rahmen monatliche Vorschüsse fest und führt Jahresabrechnungen durch. Im Jahr 2017 wurden rund 92 Milliarden Euro an Bundesmitteln überwiesen. Dies entspricht ca. 29 Prozent der Einnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Bund trägt somit wesentlich zur finanziellen Stabilität des Rentenversicherungssystems in Deutschland bei (S. 122).

Keine Schätzung von Jahresendprämien

Auch fast 30 Jahre nach der Wiedervereinigung sind Fragestellungen aus dem Bereich des Rentenüberleitungsrechts nach wie vor Gegenstand aufsichts-

rechtlicher Prüfung, insbesondere die nachträgliche Einbeziehung in die Zusatzversorgungssysteme der ehemaligen DDR oder die Anerkennung von Jahresendprämien (S. 60).

Unfallversicherung

Fusion auf dem Prüfstand

Das Bundesversicherungsamt hat auch 2017 seine aufsichtsrechtlichen Prüfungen zum Stand der Fusionsumsetzung in der gesetzlichen Unfallversicherung fortgesetzt. Noch nicht alle Ziele sind abschließend erreicht. Ob Liegenschaftsverwaltung, IT-Konsolidierung oder Vergabeverfahren – oft werden durch Prüfungen Nachbesserungsbedarfe festgestellt. Das Zusammenwachsen der Unfallversicherungsträger funktioniert aber erfolgreich im konstruktiven Dialog mit der Aufsicht (S. 69).

Landwirtschaftliche Sozialversicherung

Einsparziel erreicht

Das Bundesversicherungsamt konnte nach Auswertung der Rechnungsergebnisse und weiterer Angaben der SVLFG bestätigen, dass die SVLFG in allen Zweigen die vom Gesetzgeber vorgesehenen Obergrenzen eingehalten hat.

SVLFG-Altersrückstellungsverordnung

Die SVLFG bildet seit dem 1. Januar 2018 für alle bei ihr Beschäftigten zweckgebundene Altersrückstellungen zur Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung. Die Regelungen hierzu hat das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft in der SVLFG-Altersrückstellungsverordnung festgelegt. Diese ist am 15. November 2017 in Kraft getreten. Bis 2039 wird sukzessive ein ausreichender Kapitalstock aufgebaut, um die betrieblichen Altersversorgungszusagen finanzieren zu können. Dadurch wird vermieden, dass die künftigen Beitragszahler durch die künftigen Pensionslasten übermäßig belastet oder sogar überfordert werden (S. 73).

Vermischtes

Veränderungen bei den Anlagemöglichkeiten

Durch Änderungen bei dem freiwilligen Einlagensicherungsfonds des Bundesverbandes deutscher Banken sind die Anlagemöglichkeiten der Sozialversicherungsträger beschränkt worden (S. 75). Für den eng begrenzten Bereich der Altersrückstellungen darf ein Teil in Aktien angelegt werden (S. 76).

Digitalausschuss gut angekommen

Im letzten Tätigkeitsbericht ist über die Einrichtung eines sog. Digitalausschusses im Bundesversicherungsamt berichtet worden. Ziel dieses internen Koordinierungsgremiums ist es, die mehrperspektivischen Fragestellungen rund um das Thema Digitalisierung abteilungsübergreifend zu diskutieren und den Sozialversicherungsträgern eine zentrale Anlaufstelle für Fragen in diesem Kontext zu bieten.

Das letzte Jahr hat gezeigt, dass das Konzept des Digitalausschusses aufgegangen ist und die damit verbundenen Ziele erreicht werden konnten. Viele spezielle Beratungsanfragen aber auch allgemein vorgestellte Digitalisierungsstrategien konnten übergreifend aus leistungs- und datenschutzrechtlicher sowie sicherheitstechnischer und verwaltungsökonomischer Perspektive diskutiert werden. Nicht zuletzt wegen der positiven Resonanz wird das Bundesversicherungsamt den Digitalausschuss weiterführen und den Sozialversicherungsträgern und deren Arbeitsgemeinschaften für Fragestellungen rund um das Thema Digitalisierung gerne zur Verfügung stehen. Themen waren unter anderem die persönliche elektronische Gesundheitsakte, Onlinegeschäftsstellen und natürlich diverse Apps und cloud computing (S. 83). Auch bei den Prüfungen und Beratungen vor Ort ist die Digitalisierung immer wieder Thema (S.47).

Neue Datenschutzregeln ab dem 25. Mai 2018

Die EU-Datenschutzgrundverordnung (kurz: DSGVO) ist am 25. Mai 2016 in Kraft getreten und muss ab dem 25. Mai 2018 europaweit einheitlich angewendet werden. Dies wird zu einer Umstellung der Datenschutzpraxis im Aufsichtsbereich führen, die das Bundesversicherungsamt aktiv begleiten will.

Die unmittelbar geltende EU-Verordnung enthält eine Reihe von Öffnungsklauseln. Für den Aufsichtsbereich des Bundesversicherungsamtes hat der nationale Gesetzgeber zwischenzeitlich die Sozialgesetzbücher I



und X entsprechend angepasst und Öffnungsklauseln für nationale Regelungen genutzt. Das Bundesversicherungsamt hat im Gesetzgebungsverfahren zu den geplanten Änderungen Stellung genommen. Vor diesem Hintergrund wurden eine Reihe von Auslegungs- sowie Verständnisfragen an das Bundesversicherungsamt herangetragen. Da die allermeisten Fragen einen Großteil der Sozialversicherungsträger interessieren, ist dies zum Anlass genommen worden, eine sog. FAQ-Liste zu veröffentlichen. Diese Liste mit häufigen Fragen (in anonymisierter Form) und Antworten der Rechtsaufsicht hierzu wird fortlaufend aktualisiert. Die aktuelle Fassung kann jederzeit von der Homepage heruntergeladen werden (Rubrik Aufsicht / Datenverarbeitung/Datenschutz). Zudem sind zur praktischen Umsetzung der DSGVO einige Muster (z. B. für Anzeigen von Auftragsverarbeitungen sowie Meldungen von sog. Datenschutzpannen) auf der Homepage veröffentlicht.

Schutz Kritischer Infrastrukturen in Sozialversicherung

Seit dem Jahr 2017 werden Sozialversicherungsträger – bei überschreiten bestimmter Schwellenwerte – als sogenannte Kritische Infrastrukturen klassifiziert. Hierbei handelt es sich um Organisationen oder Einrichtungen mit wichtiger Bedeutung für das staatliche Gemeinwesen. Mit dieser Bewertung gehen umfangreiche gesetzliche Pflichten zur Absicherung der IT-Systeme, zur Erreichbarkeit bei IT-Sicherheitsvorfällen und zur Meldung von IT-Störungen einher. Das Bundesversicherungsamt begleitet die betroffenen Sozialversicherungsträger innerhalb seines Aufsichtsbereichs eng bei der Umsetzung der neuen rechtlichen Anforderungen. Weitere Informationen dazu finden Sie ab Seite 85.

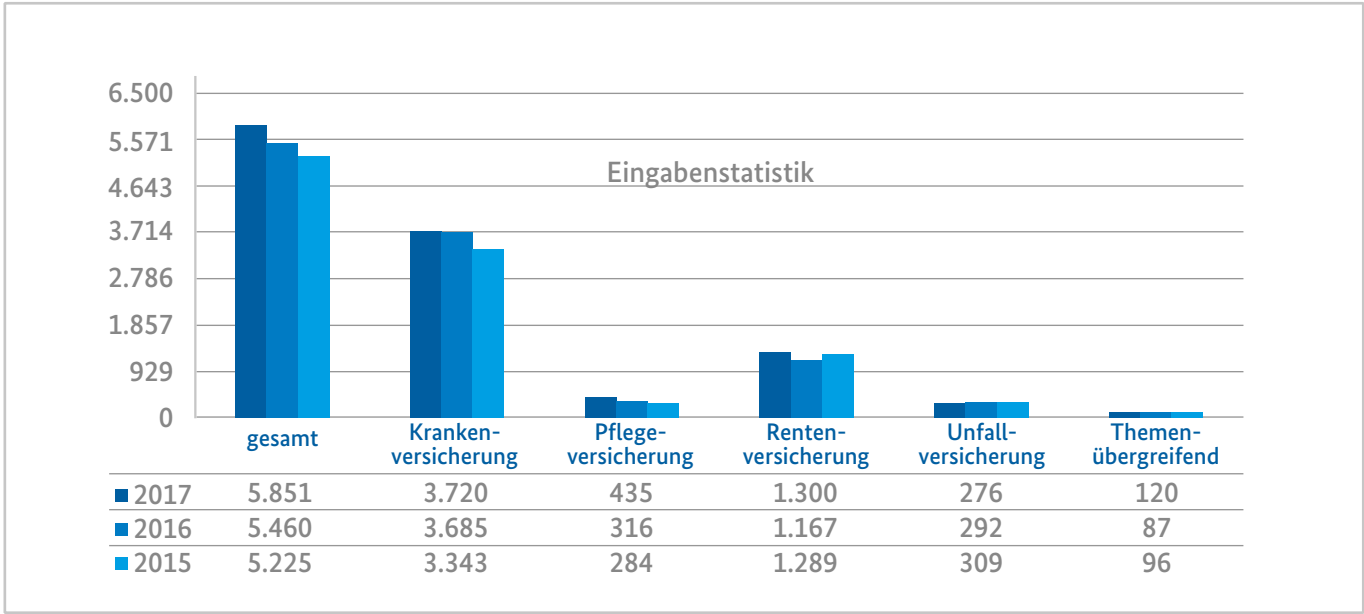
Zahl der Eingaben und die Themenvielfalt steigen weiter

Auch 2017 war das Bundesversicherungsamt mit einer weiter steigenden Zahl von Beschwerden befasst. Allein im Bereich Krankenversicherung und Pflege gingen über 4.000 Eingaben und Petitionen beim Bundesversicherungsamt ein. Themen wie etwa

Krankengeld und Hilfsmittelversorgung stechen dabei hervor. Auch die Bereiche der rückständigen Beiträge, der Beitragsbemessung bei freiwilligen Mitgliedern sowie die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (S. 23) führten oft zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Versicherten und ihren Kassen. Aber auch neue gesetzliche Vorschriften sorgen in der praktischen Umsetzung für Probleme und so werden Themen wie die Versorgung von Schmerzpatienten mit Cannabis von den Versicherten an das Bundesversicherungsamt herangetragen (S. 27). Demgegenüber ist zu hoffen, dass die Eingabezahlen im Bereich der Beitragsbemessung vor allem für freiwillig versicherte Selbständige infolge der Rechtsänderung in § 240 Abs. 4a SGB V zum 1. Januar 2018 perspektivisch sinken werden. Durch die für das Arbeitseinkommen vorgesehene endgültige Beitragsfestsetzung auf Grundlage der tatsächlichen Einnahmen, wie sie nunmehr als Regelfall normiert ist, wird dem Gerechtigkeitsempfinden vieler Mitglieder entsprochen und die Entstehung finanzieller Härten vermindert. Dass Rechts- und Verfahrensänderungen durchaus Einfluss auf die Zahl der Eingaben in einzelnen Bereichen haben können, lässt sich beispielhaft an den Eingaben zur Beitragspflicht von Versorgungsbezügen erkennen. Nachdem das Bundesversicherungsamt 2014 noch mit rund 80 Eingaben zu dieser Thematik konfrontiert wurde, ist die Zahl nach der Etablierung eines einheitlichen Zahlstellen-Meldeverfahrens nunmehr auf etwa ein Viertel dieser Zahl zurückgegangen. Die an dieser Stelle im vergangenen Jahr noch als Schwerpunkt benannte Ausstellung von Kündigungsbestätigungen hat im Jahr 2017 ebenfalls an Bedeutung verloren. Hier ist eine Halbierung der Fallzahlen zu konstatieren. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass aufgrund der guten wirtschaftlichen Situation im System der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichsweise wenige Krankenkassen unterjährig ihren Zusatzbeitrag erhöht und damit Anlass zum Krankenkassenwechsel gegeben haben. Sollte sich dieser Umstand in den kommenden Jahren ändern, ist auch mit einem erneuten Anstieg der Eingaben rund um Probleme beim Wechsel der Krankenkasse zu rechnen. Wie aus der oben wiedergegebenen Entwicklung der

Fallzahlen deutlich wird, wurden die dargestellten Reduzierungen der Eingaben in einzelnen Bereichen durch einen starken Anstieg in anderen Bereichen mehr als ausgeglichen. Die Zahl der Eingaben und Petitionen im Bereich Pflege ist 2017 im Vergleich zum Vorjahr um knapp 38 Prozent gestiegen (2016: 317; 2017: 435). Zahlreiche Eingaben betrafen die langen Bearbeitungszeiten bei den bundesunmittelbaren Pflegekassen sowie MDK und SMD. Auch haben viele Versicherte anhand verschiedener Pflegegradrechner im Internet ihren vermeintlichen Pflegegrad selbst bestimmt und waren unzufrieden mit dem niedrigeren Pflegegrad, der durch die Pflegekassen festgestellt wurde. Auch der einrichtungseinheitliche Eigenanteil war mehrfach Gegenstand von Eingaben, ebenso wie die Themen wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, die Abführung von Rentenversicherungsbeiträgen für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen sowie der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI und dessen Übertragbarkeit. Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2017 zahlreiche Eingaben und Petitionen zu den unterschiedlichsten Themen des Renten- und Rehabilitationsrechtes bearbeitet. Einen Schwerpunkt bildete die Umsetzung der gesetzlichen Neuregelungen der letzten Jahre. So prüfte das Bundesversicherungsamt wiederum Beschwerden zur sog. Mütterrente (S. 62). und zur Altersrente für besonders langjährig Versi-

cherte nach § 236b SGB VI („Rente mit 63“) (S. 64), die beide durch das RV-Leistungsverbesserungsgesetz zum 1. Juli 2014 eingeführt wurden. Daneben beschäftigte sich das Bundesversicherungsamt mit ersten Eingaben zum Flexirentengesetz vom 8. Dezember 2016 (S. 61). Ferner hat sich das Bundesversicherungsamt im Jahr 2017 wiederum mit verschiedensten Themen aus der gesetzlichen Unfallversicherung befasst, die die Petentinnen und Petenten in ihren Eingaben und Petitionen vorgetragen haben. Die Anliegen und Beschwerden haben die unterschiedlichsten, meist sehr komplexen Fallkonstellationen des Leistungs-, Beitrags- und Mitgliedschaftsrechts zum Gegenstand. Die Lebensumstände und Erkrankungen aus dem Beruf oder nach Arbeitsunfällen etwa oder die Höhe und Erhebung von Beiträgen beschäftigen die Betroffenen in ihren Beschwerden. Diese bemängeln u.a. in Verfahren bei den Trägern, dass diese nicht rasch genug oder Begutachtungen nicht richtig durchgeführt würden, dass Leistungen zu gering angesetzt seien oder bei Unfällen bzw. Krankheiten nicht anerkannt würde, dass sie dem Beruf oder der Arbeit zuzuordnen seien.





Gerichtsverfahren

Für das Jahr 2017 sind insgesamt 28 neue Gerichtsverfahren – allesamt Hauptsacheverfahren – unter Beteiligung des Bundesversicherungsamtes zu verzeichnen. Gegenüber dem Vorjahr ist die Anzahl neuer gerichtlicher Verfahren dabei gleich geblieben. In der Mehrzahl der Rechtsstreite (24 der 28 neuen Verfahren) wurden Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes beklagt. Lediglich in vier Fällen erfolgte die Einbeziehung in ein laufendes Verfahren zwischen anderen Hauptbeteiligten im Wege der Beiladung.

Wie im Vorjahr betrafen die meisten der neuen Rechtsstreite (24 der 28 neuen Rechtsstreite) aufsichtsrechtliche Fragestellungen, während nur noch zwei Bescheide hinsichtlich der Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie der Verwaltung des Gesundheitsfonds beklagt wurden. Ein gerichtliches Verfahren betraf zudem eine Angelegenheit aus dem Entschädigungsrentenrecht, ein weiteres den Bereich des Informationsfreiheitsgesetzes.

Insgesamt zehn gerichtliche Verfahren unter Beteiligung des Bundesversicherungsamtes wurden im Laufe des Jahres 2017 durch Urteile und Beschlüsse

entschieden, wobei acht der Entscheidungen bereits in Rechtskraft erwachsen. Eine letztinstanzliche Entscheidung durch das Bundessozialgericht war im Jahr 2017 nicht darunter.

Hingegen wurden sechs Rechtsstreite durch die Landessozial- und vier Rechtsstreite durch die Sozialgerichte entschieden. Dabei wurde in allen Fällen die jeweilige Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes bestätigt.

In zwölf gerichtlichen Verfahren erfolgte überdies die Beendigung auf nichtstreitigem Weg (acht Rechtsmittelrücknahmen, vier Erledigungen).

Im Ergebnis stehen den 28 neuen Rechtsstreiten somit 20 erledigte Verfahren gegenüber. Der Bestand der Rechtsstreite, an denen das Bundesversicherungsamt beteiligt war, ist vor diesem Hintergrund von 71 Verfahren zu Beginn des Jahres 2017 auf 79 zum Ende des Berichtsjahres angestiegen.

Die Anzahl der Rechtsstreite gegen Bescheide des Bundesversicherungsamtes auf dem Gebiet des Risikostrukturausgleichs bzw. Gesundheitsfonds ist hingegen weiterhin zurückgegangen von zehn Fällen im Jahr 2016 auf fünf Fälle im Jahr 2017.

Erste Urteile zu verweigten Zustimmungen zu Vorstandsdienstverträgen (§ 35a Abs. 6a SGB IV)

Im Jahr 2017 sind nunmehr erste Urteile von Landes- sozialgerichten zu der am 13. August 2013 durch das Dritte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften in Kraft getretenen Ergänzung des § 35a SGB IV um einen Abs. 6a ergangen. Durch diese Änderung sollte sichergestellt werden, dass Vorstandsdienstverträge bei den gesetzlichen Krankenkassen nicht ohne vorherige Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde wirksam werden und die darin vereinbarten Vergütungen der Vorstände in angemessenem Verhältnis zur Größe der Körperschaft und zum Aufgabenbereich stehen, wobei insbesondere die Zahl der Mitglieder zu berücksichtigen ist.

Dabei haben das Bayerische Landessozialgericht in einem Rechtsstreit sowie das Landessozialgericht Baden-Württemberg in zwei Rechtsstreiten die jeweilige Klage der Krankenkasse gegen eine diesbezügliche verweigte Genehmigung durch das Bundesversicherungsamt abgewiesen, was das Bundesversicherungsamt als Bestätigung seines aufsichtsbehördlichen Handelns in diesem Bereich ansieht.

Die Entscheidung des Bayerischen Landessozialgerichts wurde zwischenzeitlich durch das Bundessozialgericht aufgehoben und dem Bundesversicherungsamt wurde aufgegeben, die Krankenkasse neu zu bescheiden. Den Aufsichtsbehörden obliegt es, ihre Maßstäbe unter Berücksichtigung dieses Urteils weiterzuentwickeln und die insoweit einschlägigen Ermessenskriterien in allgemeinen Verwaltungsvorschriften festzulegen. Die zwischenzeitlich vorliegenden schriftlichen Urteilsgründe sind zunächst auszuwerten und die Maßstäbe gemeinsam mit den Aufsichten der Länder weiterzuentwickeln (S. 31).

Ausbildung im digitalen Wandel begleiten

Der digitale Wandel verändert die Arbeitswelt in der Sozialversicherung nachhaltig. Neue Geschäftsmodelle entstehen, Arbeitsprozesse und Abläufe in der Ausbildung verändern sich und digitale Medien und

Technologien ersetzen immer mehr herkömmliche didaktische Unterrichtsmethoden. Dies erschafft viele Chancen und Herausforderungen. Als zuständige Stelle hat das Bundesversicherungsamt den digitalen Veränderungsprozess in zahlreichen Gesprächen mit Verantwortlichen aller Träger konstruktiv begleitet und weiterhin zu einer zukunftsfesten Berufsausbildung beigetragen. 2017 hat das Bundesversicherungsamt 3.164 Auszubildende betreut, 2.396 Prüfungen abgenommen und in 251 Veranstaltungen die Auszubildenden und Ausbilder beraten (ab S. 128).

Neues Mutterschutzgesetz sorgt für mehr Rechtssicherheit

Mit dem neuen Mutterschutzgesetz, das 2017 teilweise in Kraft trat, wird der Schutz erwerbstätiger Mütter und ihrer Kinder erheblich ausgeweitet. So verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung künftig nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung auf Antrag. Ebenso wurde der mutterschutzrechtliche Kündigungsschutz auf Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten haben, ausgedehnt. Die leistungsbezogenen Vorschriften des neuen Mutterschutzgesetzes traten erst ab dem 1. Januar 2018 in Kraft.

In 2017 stellten rund 19.500 Frauen einen Antrag auf Mutterschaftsgeld beim Bundesversicherungsamt. Die Ausgaben hierzu beliefen sich auf rund 2,77 Millionen Euro (S. 134).



1. Teil

Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

1. Krankenversicherung

1.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Anzahl der Vereinigungsverfahren

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 fusionierten die BKK24 und die BKK advita zur BKK24. Mit Wirkung zum 1. Januar 2018 vereinigte sich die BKK Pfalz mit der BKK Vital zur BKK Pfalz.

Nahtlosigkeit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Zu den Voraussetzungen des Krankengeldanspruchs gehört insbesondere die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, welche regelmäßig für jeden Bewilligungsabschnitt erneut festgestellt werden muss. Erforderlich ist dabei eine nahtlose Bescheinigung. Das ist dann der Fall, wenn die ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt. In den problematischen Fällen unterbleibt aus verschiedenen Gründen (etwa vorübergehende Schließung einer Arztpraxis) die vorgenannte nahtlose Bescheinigung. Bestimmte Versicherte, die z. B. zwischenzeitlich ihren Arbeitsplatz verloren haben, haben sodann keinen Anspruch auf Krankengeld mehr, sondern müssen Sozialleistungen in Anspruch nehmen. (Siehe zu dieser Problematik ausführlich den Tätigkeitsbericht 2015 Seite 25 f. sowie den Tätigkeitsbericht 2013, Seite 22 ff.)

Im Berichtszeitraum hatte insoweit das Bundessozialgericht (Urteil vom 11. Mai 2017 – B 3 KR 22/15 R –) seine Rechtsprechung zu Gunsten der Versicherten dahingehend ergänzt, dass trotz verspäteter Vorlage der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung unter engen Voraussetzungen weiterhin Anspruch auf Krankengeld besteht. Voraussetzung ist, dass der Versicherte alles in seiner Macht Stehende und ihm Zumutbare zur ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit getan hat und die Feststellung wegen der nichtmedizinisch

begründeten Fehlvorstellung des Vertragsarztes unterblieben ist, die Arbeitsunfähigkeit könne auch noch rückwirkend im Nachhinein attestiert werden. Zu einer relevanten Verringerung der entsprechenden Eingaben hat diese Entscheidung bislang allerdings nicht geführt.

Probleme bei der Hilfsmittelversorgung

Bei den Hilfsmitteln wurden im Berichtszeitraum diverse Fälle an das Bundesversicherungsamt herangetragen, in denen gehbehinderte Versicherte mit der Rollstuhl-Versorgung durch die Krankenkassen unzufrieden waren.

Hinsichtlich der Erwartungen der Versicherten, die neben Zweitrollstühlen auch Zusatzfunktionen, wie z.B. eine Hubfunktion, oder Zusatzgeräte zum Rollstuhl, wie Schiebehilfen, wünschten, war aber zu berücksichtigen, dass die Krankenkasse die Versorgung lediglich anhand des konkreten medizinischen Bedarfs durchführen muss. Im Übrigen ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Krankenversicherung nur für einen Basisausgleich der Behinderung zuständig. Hierzu gehört die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um „an die frische Luft zu kommen“ oder um die – im Nahbereich der Wohnung liegenden – Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind (z. B. Supermarkt, Arzt, Apotheke, Geldinstitut, Post), nicht aber die Bewegung außerhalb dieses Nahbereichs.

Auffällig war des Weiteren die kontinuierlich hohe Zahl der Versicherten, die sich über die Versorgung mit Hilfsmitteln bei Inkontinenz beschwert haben, siehe hierzu bereits den Tätigkeitsbericht 2015 Seite 21. 2017 wurde insbesondere die Versorgung mit ableitenden Inkontinenzhilfen beanstandet.

Die Versicherten kritisierten etwa, dass die Leistungserbringer nur telefonisch zu erreichen seien. Entsprechend musste im Rahmen der Fallbearbeitung die

Lösung von Kommunikationsproblemen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherten angestoßen werden. Dem Grunde nach muss die notwendige Beratung der Versicherten bei Einsatz von Hilfsmitteln sichergestellt und für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten gesorgt werden. Dies wird von den Krankenkassen im Rahmen der abgeschlossenen Verträge mit den Leistungserbringern geregelt. Hierzu muss ggf. auch ein Hausbesuch durch die Mitarbeiter des Vertragspartners erfolgen. Im Einzelfall wurden die Krankenkassen aufgefordert, ihre Vertragspartner auf die Einhaltung der vereinbarten Pflichten hinzuweisen.

Probleme sahen die Versicherten auch beim ausschreibungsbedingten Wechsel von Leistungserbringern, wenn die neuen Vertragspartner der Kasse andere Produkte als die gewohnten Inkontinenzhilfen zur Verfügung stellten. Einen Produktwechsel müssen die Versicherten jedoch grundsätzlich hinnehmen, es sei denn, dass zwingende medizinische Gründe für die bisherige Versorgung sprechen. Eine Versorgung mit von vorne herein untauglichen Hilfsmitteln konnte im Übrigen nicht festgestellt werden.

Ausschreibungsverfahren von Krankenkassen nach Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG)

Das Bundesversicherungsamt hat sich im Berichtsjahr 2017 im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit verstärkt mit Ausschreibungen von Hilfsmittelverträgen diverser Krankenkassen nach § 127 Abs. 1 SGB V befasst. Anlass zu einem vermehrten Aufkommen von Beschwerden boten nicht zuletzt die durch das HHVG vorgenommenen Änderungen im Gesetz, welche nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes und auch Stimmen aus der Politik von einigen Krankenkassen nur unzureichend beachtet worden sind. Durch das HHVG bezweckte der Gesetzgeber primär eine Erhöhung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung. Dies wird deutlich durch die Einschränkung der Ausschreibungsmöglichkeiten für Krankenkassen, wonach Ausschreibungen u.a. nicht zweckmäßig im Sinne des Gesetzes sind, wenn die Versorgung einen hohen Dienstleistungsanteil umfasst. Während diese zuvor

noch „in der Regel“ nicht zweckmäßig waren und den Krankenkassen ein Gestaltungsspielraum eingeräumt war, ist jener Beurteilungsspielraum durch die Streichung des Tatbestandsmerkmals „in der Regel“ nunmehr weggefallen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund lehnt das Bundesversicherungsamt die Auffassung ab, dass Hilfsmittelverträge stets auszuschreiben wären bzw. sich die Prüfung der Zweckmäßigkeit, bei der sich Krankenkassen an den Gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverbandes nach § 127 Abs. 1a SGB V zu orientieren haben, auf Ausschreibungen unterhalb des EU-Schwellenwerts beschränke. Vielmehr haben Gesetzliche Krankenkassen im Rahmen des § 127 Abs. 1 SGB V eine Ermessensentscheidung zu treffen, ob nach den Umständen des Einzelfalles, konkret der Versorgungsvertrag für ein Ausschreibungsverfahren geeignet ist, und insbesondere zu prüfen, wie hoch der Dienstleistungsanteil der Versorgung ist. Gegenwärtig führt das Bundesversicherungsamt drei Rechtsstreite, in denen Krankenkassen die Aufsichtsbescheide beklagt sowie Anträge auf einstweiligen Rechtsschutz gestellt haben.

Der Wille des Gesetzgebers zur Steigerung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung wurde aber insbesondere auch durch die in § 127 Abs. 1 Satz 4, Abs. 1b SGB V vom Gesetzgeber geforderte angemessene Berücksichtigung von Qualität in den Ausschreibungen manifestiert. Gegenstand des aufsichtsrechtlichen Dialogs mit den Krankenkassen war dabei stets die Frage, wann eine angemessene Berücksichtigung von zusätzlichen Qualitätskriterien vorliegt und welche Auswirkungen dies auf die Gewichtung von Preis und Qualität im Rahmen der Bezuschlagung hat. Das Bundesversicherungsamt vertritt die Auffassung, dass von einer angemessenen Berücksichtigung zusätzlicher qualitativer Anforderungen vor dem Hintergrund des Wortlauts sowie des gesetzgeberischen Zwecks der Norm nur dann ausgegangen werden kann, wenn qualitative Anforderungen insgesamt immer zu mindestens 50 Prozent in der Ausschreibung Berücksichtigung finden (Kombination von qualitativen Anforderungen in der Leistungsbeschreibung und als Zuschlagskriterien). Eine angemessene Berücksichtigung von Qualitätskriterien liegt indessen nicht vor, wenn es sich um Anforderungen handelt, die für eine

Präqualifizierung oder Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis ohnehin erfüllt sein müssen.

Daneben hatte sich das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr 2017 mit der Frage der Zulässigkeit sogenannter „Open-house-Verfahren“ zu befassen, bei denen Vertragspartnern einseitig ein Beitritt zu einem Vertrag ermöglicht wird, ohne dass eine Verhandlungsmöglichkeit über die Vertragskonditionen besteht. Entscheidet sich die Krankenkasse im Rahmen ihres Ermessens gegen eine Ausschreibung von Verträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V und für einen Abschluss von Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V, so hat sie zwingend Verhandlungsmöglichkeiten zu eröffnen (vgl. Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom 10. Dezember 2010 und 20. Juli 2017). Der Gesetzgeber hat für die Hilfsmittelverträge mit den verschiedenen Vertragstypen des § 127 SGB V einen abschließenden – und für die Krankenkassen verbindlichen – Katalog möglicher Versorgungsverträge festgelegt, außerhalb dessen eine Hilfsmittelbeschaffung ausscheidet. Es besteht entweder das Instrument der Ausschreibung nach § 127 Abs. 1 oder das Instrument der Vertragsschlüsse nach § 127 Abs. 2 bis 3 SGB V auf Grundlage von Vertragsverhandlungen. Open-house-Verträge im Bereich der Hilfsmittelversorgung widersprechen dieser gesetzlich vorgegebenen Vertragssystematik, da § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V ausdrücklich festlegt, dass Hilfsmittel an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 oder 3 SGB V abgegeben werden dürfen.

Keine Einschaltung von Leiharbeitnehmern bei der Bearbeitung von Hilfsmittelanträgen

Einer der Schwerpunkte des Jahres 2017 im Bereich der Hilfsmittelversorgung der Versicherten war die Prüfung von Arbeitnehmerüberlassungsverträgen zwischen Krankenkassen und externen Dienstleistungsunternehmen, mit denen einige Krankenkassen den Umfang der in diesem Bereich ausgliederungsfähigen Aufgaben über die gesetzlichen Grenzen hinaus ausdehnen. Hierbei werden Arbeitnehmerüberlassungsverträge mit externen Dienstleistern geschlossen, welche u.a. die Bearbeitung der Anträge auf Bewilligung von Hilfsmitteln durch die Versicherten zum Gegenstand haben. Wurden derartige Verträge bereits in den Vorjahren in den Fokus der Aufsicht gerückt und zumindest dann beanstandet, wenn keine echte Arbeitnehmerüberlassung im Sinne des § 1 Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) vorlag, ist die Unzulässigkeit dieser Verträge mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) am 11. April 2017 durch Einführung des § 33 Abs. 5b SGB V nunmehr gesetzlich manifestiert. In diesem neu eingefügten Abs. 5b erfolgt eine rechtliche Klarstellung dergestalt, dass die Krankenkassen im Zusammenhang mit der Bewilligung eines Hilfsmittels in geeigneten Fällen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Erforderlichkeit beauftragen können. Um auszuschlie-

ßen, dass Krankenkassen externe Mitarbeiter als freie Mitarbeiter einstellen, wurde zusätzlich geregelt, dass die Krankenkassen in den Fällen, in denen sie die Prüfung eines Antrags auf ein Hilfsmittel selbst durchführen, dies nur mit „eigenem weisungsgebundenem Personal“ erfolgen kann.

Die beteiligten Krankenkassen werten den Einsatz von Leiharbeitnehmern bei der Hilfsmittelversorgung nicht als Aufgabenbewältigung durch Dritte, sondern sehen die im Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung für die Krankenkasse tätigen Arbeitnehmer als „eigenes weisungsgebundenes Personal“ an. Zwar handeln die Leiharbeitnehmer weisungsgebunden, sie zählen jedoch nicht zum „eigenen“ Personal. Der Einsatz von Leiharbeitnehmern – auch auf Grundlage des AÜG – ist durch Inkrafttreten des HHVG bei der Bearbeitung von Anträgen auf Bewilligung eines Hilfsmittels unzulässig.

Nach enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit hat das Bundesversicherungsamt die Krankenkassen in einem Rundschreiben über die Rechtslage nach Inkrafttreten des HHVG informiert. Vorgenannte Vertragsgestaltungen im Rahmen der Bearbeitung von Anträgen auf Bewilligung eines Hilfsmittels zwischen Krankenkasse und Dienstleistern wurden mit aufsichtsrechtlichen Mitteln geahndet. Das Bundesversicherungsamt hat gegenüber einer Krankenkasse aufgrund deren Weigerung, entsprechende Verträge zu kündigen, gemäß § 89 Abs. 1 Satz 1 SGB IV ein aufsichtsrechtliches Verfahren eingeleitet.

Obligatorische Anschlussversicherung für Saisonarbeiter aus dem Ausland

Im Berichtsjahr erreichten das Bundesversicherungsamt die Beschwerde eines Verbandes der Krankenkassen, sowie mehrere Presseanfragen, wonach der Verdacht bestehe, dass einzelne Krankenkassen durch mögliche „Manipulation“ von Versicherungszeiten für Saisonarbeiter aus dem Ausland zu Unrecht Zuweisungen aus dem RSA erhalten würden. Hintergrund des Verdachts war die Fortführung von

Mitgliedschaften im Wege der sog. Obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V. Hierbei sollen ehemalige Saisonarbeiter nach deren Beschäftigungsende als freiwillige Mitglieder (mit entsprechenden Versicherungszeiten) geführt worden sein, obschon eine entsprechende Mitgliedschaft nicht hätte hergestellt oder fortgeführt werden dürfen. Die betreffenden Krankenkassen seien ihren Amtsermittlungspflichten nicht ausreichend nachgekommen, so dass zu Unrecht Mitgliedschaftszeiten produziert würden.

Zur Klärung der Sach- und Rechtslage und möglicher Lösungswege wurden auf Initiative des Bundesversicherungsamtes, unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit, Gespräche mit dem GKV-Spitzenverband aufgenommen. Hierbei bestand unter den Beteiligten frühzeitig Einigkeit dahingehend, dass nicht zuletzt aufgrund der komplexen Rechtslage wegen des Bezugs zu ausländischem Recht und der grundsätzlichen Pflicht der Krankenkassen zur Herstellung von Mitgliedschaften nach § 188 Abs. 4 SGB V eine gangbare Lösung in Änderungen des Arbeitgeber-Meldeverfahrens (DEÜV) bestehen könnte. Auch ließen sich die in der Presse z.T. veröffentlichten Zahlen und das Ausmaß möglicher „Schadensfälle“ nicht belegen.

Da ein Hauptproblem in der kassenseitigen Handhabung von Saisonarbeitern aus dem Ausland die Identifizierung eben dieses Personenkreises ist, wurden auf Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes Ergänzungen im Arbeitgeber-Meldeverfahren diskutiert und befürwortet, die es den Krankenkassen künftig ermöglichen, den betroffenen Personenkreis zu erkennen und in mitgliedschaftsrechtlicher Hinsicht zeitnah zu beurteilen, sofern die Saisonarbeit beendet ist.

Dieser Weg wurde im Rahmen der 90. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden von allen Aufsichtsbehörden mitgetragen.

Neben den vom GKV-Spitzenverband initiierten Änderungen im Meldeverfahren, war ein weiteres Ergebnis der Erörterungen, dass letztlich durch die Einfügung des § 188 Abs. 4 Satz 4-6 SGB V auch gesetzgeberisch gehandelt wurde und nunmehr hinreichende Regelungen zur Definition und Handhabung vorhanden sind.



Versorgung der Versicherten mit Cannabisarzneimitteln

Viele Eingaben erreichten das Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit Anträgen auf Versorgung mit Cannabisarzneimitteln.

Mit Wirkung zum 10. März 2017 trat das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften in Kraft. Seitdem besteht nach § 31 Abs. 6 SGB V für Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung (zum Beispiel starken chronischen Schmerzen) die Möglichkeit, zu Lasten der Krankenkasse u. a. mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten versorgt zu werden. Voraussetzung hierfür ist, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann. Außerdem muss die nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome bestehen. Bei der ersten Verordnung des Cannabis durch den Arzt ist eine Genehmigung der Krankenkasse notwendig, die von den Krankenkassen nur in begründeten Ausnahmefällen versagt werden darf. Das Bundesversicherungsamt konnte grundsätzlich feststellen, dass die Krankenkassen ihre Entscheidungen, ob eine Genehmigung erteilt werden kann,

verantwortungsgemäß an den vom Gesetzgeber vorgesehenen Anspruchsvoraussetzungen ausrichten und in der Regel den Medizinischen Dienst hinzuziehen. Beanstandungen ergaben sich im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung der von den Beschwerdeführern vorgetragene Sachverhalte insbesondere dann nicht, wenn die Entscheidungen auf Grundlage von nachvollziehbaren Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes getroffen wurden, in denen das Nichtvorliegen der Leistungsvoraussetzungen bestätigt wurde.

In einigen Fällen hat das Bundesversicherungsamt jedoch die Krankenkassen darauf hinweisen müssen, dass die Ablehnung der Genehmigung nach § 31 Abs. 6 SGB V nicht mit der geltenden Rechtslage in Einklang stand.

Jene Krankenkassen hatten bei der von ihnen vorzunehmenden Entscheidung über die Erteilung der Genehmigung nicht beachtet, dass dabei u.a. auch die in § 13 Abs. 3a SGB V genannten Verfahrensabläufe (siehe Seite 30) zu beachten sind. Auf Grund der Überschreitung der in dieser Vorschrift genannten Bearbeitungsfristen war die sogenannte Genehmigungsfiktion eingetreten mit der Folge, dass die nach § 31 Abs. 6 SGB V erforderliche Genehmigung in diesen Fällen als erteilt galt.

Das Bundesversicherungsamt hat des Weiteren in Einzelfällen erfolgreich beanstandet, dass einige Krankenkassen die erteilte Genehmigung nach § 31 Abs. 6 SGB V zeitlich befristet haben.

Die betroffenen Krankenkassen wurden darauf aufmerksam gemacht, dass die Genehmigung nach § 31 Abs. 6 SGB V grundsätzlich nicht die dauerhafte Versorgung zum Inhalt hat, so dass es einer Befristung nicht bedarf.

Die Genehmigung bezieht sich dem Grunde nach nur auf die Feststellung der in § 31 Abs. 6 SGB V vorliegenden Voraussetzungen bei erstmaliger Verordnung. Insoweit ist hinsichtlich einer weiteren Verordnung von Cannabisarzneimitteln auf die dem behandelnden Arzt zustehende Therapiehoheit hinzuweisen. Dieser hat unter Berücksichtigung der Regelungen in der Arzneimittel-Richtlinie bei jedem Besuch des Patienten zunächst erneut darüber zu befinden, ob eine (weitere) Verordnung der begehrten Leistung nach § 31 Abs. 6 SGB V (weiterhin) medizinisch indiziert ist. Darüber hinaus hat er das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Er darf Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht bewirken.

Versicherte sind daher hinsichtlich einer weiteren Versorgung im Rahmen des § 31 Abs. 6 SGB V nicht verpflichtet, weitere Anträge auf Genehmigung bei ihrer Krankenkasse zu stellen.

Probleme bei der Information der Versicherten über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

Seitdem die gesetzlichen Krankenkassen ab dem 1. Januar 2015 auf der Grundlage von § 242 SGB V kassenindividuelle Zusatzbeiträge erstmals erheben oder inzwischen auch erhöht haben, werden über Eingaben Versicherter oder auch Beschwerden anderer Krankenkassen regelmäßig Probleme im Zusammenhang mit der Information der Versicherten über die Erhebung bzw. Erhöhung der Zusatzbeitragssätze an das Bundesversicherungsamt herangetragen.

Nach aktueller Rechtslage (§ 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V) hat jede Krankenkasse, die einen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz einführt oder diesen erhöht, die Versicherten über ihr bestehendes Sonderkündigungsrecht mit einem gesonderten Schreiben zu informieren. Sofern der Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz überschreitet, muss die Kasse auf die Möglichkeit hinweisen, in eine günstigere Kasse zu wechseln.

Aufgrund der existentiellen Bedeutung des Zusatzbeitrags für die Krankenkassen legt die gesetzliche Regelung „Ausweichstrategien“ von Krankenkassen nahe, welche etwa die geforderten Informationen mit Werbung u. ä. verknüpfen, damit die Ausübung des Sonderkündigungsrechts vermieden wird.

Das Bundesversicherungsamt hat in einem Rundschreiben vom 1. September 2016 an alle seiner Aufsicht unterliegenden Kassen daher betont, dass solche Vorgehensweisen mit dem geltenden Recht unvereinbar sind. Hinzu kommt, dass die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder im Rahmen der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze Vorgaben für die Informationsschreiben formuliert haben.

Ungeachtet dieser eindeutigen Vorgaben wurde das Bundesversicherungsamt auch im Berichtsjahr mit Beschwerden von Versicherten mehrerer Krankenkassen konfrontiert, die den Inhalt des jeweiligen Informationsschreibens vor allem wegen der zahlreichen ablenkenden Werbeaussagen als irreführend bemängelt haben.

Die aufsichtsrechtliche Prüfung hat ergeben, dass nur in einzelnen der zu beurteilenden Fälle das Informationsschreiben den Vorgaben des Rundschreibens und somit auch der Rechtslage vollends entsprach. Das Bundesversicherungsamt hat die betroffenen Krankenkassen darauf hingewiesen, dass das von ihnen verwendete Schreiben der gesetzlichen Intention nicht gerecht wird, weil aufgrund der Verbindung des erforderlichen Inhalts mit werblichen Aussagen verhindert wird, dass die Versicherten den Grund des Informationsschreibens ohne weiteres erkennen können. In diesem Zusammenhang hatte auch das Landgericht Hamburg mit Urteil vom 11. Juli 2017 in einem Fall aus dem Jahre 2016 einer Krankenkasse untersagt, das zum damaligen Zeitpunkt verwandte Informationsschreiben (welches ebenfalls mit Werbeaussagen verknüpft war) erneut zu verwenden. Hierbei habe es sich um eine Wettbewerbsverletzung gehandelt. Die vorstehenden Sachverhalte werfen aber zugleich ein Schlaglicht darauf, dass das aufsichtsrechtliche Eingreifen in Fällen vergleichbarer Art mit Problemen behaftet ist. Falls das Bundesversicherungsamt die Krankenkasse dazu verpflichten würde, die Schreiben erneut zu versenden, wäre dies einerseits mit weiteren Kosten für die Versichertengemeinschaft verbunden.

Dabei ist auch andererseits zu berücksichtigen, dass die meisten Versicherten durch die Medien oft ohnehin sensibilisiert sind und insoweit auch von ihren Rechten Kenntnis haben.

Das Bundesversicherungsamt wird gleichwohl auch bei zukünftigen Informationsschreiben ein besonderes Augenmerk auf die Thematik richten, um die Vorgaben des Gesetzgebers umzusetzen. Insbesondere sind die Krankenkassen aufgefordert worden, die entsprechenden Schreiben vorab vorzulegen, um missverständliche Formulierungen von vorne herein vermeiden zu können.

Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld für hauptberuflich Selbständige

In den vergangenen Jahren hat das Bundesversicherungsamt zahlreiche Beschwerden von Versicherten erreicht, die den Anspruch auf das Kinderpflegekrankengeld zum Gegenstand hatten (s. auch Tätigkeitsbericht 2015, S. 22). Hierbei handelt es sich um hauptberuflich selbstständig Tätige und freiwillige Mitglieder der jeweiligen Krankenkasse, die eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V abgegeben und einen Wahltarif Krankengeld abgeschlossen haben.

Nach Auffassung der Krankenkassen soll in dieser Fallkonstellation Kinderpflegekrankengeld für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige erst ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (analog zum „normalen“ Krankengeld bei freiwillig Versicherten) gezahlt werden können.

Diese Auffassung teilte das Bundesversicherungsamt nicht, da so eine Gleichstellung mit einem pflichtversicherten Arbeitnehmer nicht herbeigeführt werden kann. Für die Gruppe der Pflichtversicherten beginnt die Zahlung von Kinderpflegekrankengeld bereits ab dem ersten Tag des Fernbleibens von der Arbeit aufgrund der Erkrankung des Kindes. Gemäß § 45 Abs. 1 S. 2 SGB V haben hauptberuflich Selbstständige, die eine Wahlerklärung abgegeben haben, Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes. Die Leistungsgewährung richtet sich nach den Vorgaben dieser Vorschrift (siehe hierzu auch Meyerhoff in: Schlegel/Voerske, jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 45 SGB V, Rdnr. 19). Ein Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld besteht folglich nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes auch bei Abgabe einer Wahlerklärung bereits ab dem ersten Tag des Fernbleibens von der Arbeit.



Bereits mit Beschluss auf der Aufsichtsbehördentagung im Jahr 2015 konnte in diesem Sinne eine Einigung unter den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder erreicht werden, so dass aufsichtsrechtlich diese Thematik abschließend rechtlich bewertet wurde.

Da das Bundesversicherungsamt jedoch durch Hinweise der Versicherten weiterhin davon ausgehen durfte, dass die Auffassung bei den Krankenkassen nicht einheitlich umgesetzt wird, wurde diese Thematik im Rahmen einer turnusmäßigen Besprechung mit dem GKV-SV erörtert. Dort wurde ebenfalls bestätigt, dass die Auffassung der Aufsichtsbehörden uneingeschränkt geteilt und dies den Mitgliedskassen in einem Rundschreiben mitgeteilt wird.

Kooperation zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen

Gemäß § 194 Abs. 1a SGB V kann eine gesetzliche Krankenkasse mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen kooperieren. Das Bundesversicherungsamt beschäftigte sich 2017 in mehreren Fällen mit entsprechenden Kooperationen. Die Vereinbarungen entsprachen nicht in allen vertraglichen Regelungen geltendem Recht.

Insbesondere wurden Schulungen der Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenkassen zum Leistungsangebot der privaten Krankenversicherungsunternehmen durchgeführt, Werbemaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen bezahlt und datenschutzrechtliche Bestimmungen nicht hinreichend beachtet. Das Bundesversicherungsamt musste in mehreren Fällen darauf hinwirken, dass die Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenkassen keine intensive Einzelberatung zu Fragen des privaten Versicherungsunternehmens durchführen.

Der Vermittlungsbegriff in § 194 Abs. 1a SGB V umfasst nur solche Tätigkeiten, die zeitlich vor dem Vertragsschluss zwischen dem Versicherten und dem privaten Versicherungsunternehmen liegen. Ein Schulungsbedarf der Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenkassen kann daher nicht erkannt werden, da eine tatsächliche Beratung zu den Produkten des privaten

Krankenversicherungsunternehmens durch die gesetzliche Krankenkasse nicht erfolgen darf.

Ferner müssen die Krankenkassen ihre gesetzlichen Aufgaben aus Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanzieren. Zu diesen Ausgaben zählen auch etwaige Werbemaßnahmen und die für die Vermittlung notwendige Anmeldung in dem Vermittlerregister (§§ 11a, 34d GewO). Mit einer Kostentragung durch Dritte würden die Haushalte der Krankenkassen unzulässig entlastet, womit diese sich einen ebenfalls unzulässigen Wettbewerbsvorteil verschaffen würden. Das Bundesversicherungsamt achtet schließlich auch darauf, dass eine eindeutige Trennung der personenbezogenen Daten der gesetzlichen Krankenkasse und des privaten Versicherungsunternehmens erfolgt, die auch für die Versicherten klar erkennbar sein muss. Eine Bewerbung der Produkte der privaten Versicherungsunternehmen stellt keine Aufgabe der gesetzlichen Krankenkasse dar.

Das Bundesversicherungsamt hat darauf hingewirkt, dass die jeweiligen Krankenkassen ihre Verträge mit den privaten Versicherungsunternehmen angepasst haben und nunmehr die Vereinbarungen geltendem Recht entsprechen.

Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V – Der Gesetzgeber drängt die Krankenkassen zur Eile

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) beabsichtigte der Gesetzgeber unter anderem, dass die Leistungsansprüche von Versicherten gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung schnell geklärt werden. Mit dem neuen Abs. 3a wurde in § 13 SGB V eine Verpflichtung für die Krankenkassen geschaffen, zeitnah Entscheidungen zu treffen.

Entscheidet eine Krankenkasse ohne hinreichende Begründung (z. B. ungewöhnliche Schwierigkeiten bei der Ermittlung im Einzelfall) nicht innerhalb von drei – bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes innerhalb von fünf – Wochen über eine beantragte Leistung, gilt diese als genehmigt. Versicherte haben so dann das Recht, sich die erforderliche Leistung selbst zu beschaffen. Die Krankenkasse ist zur Erstattung der hierfür entstandenen Kosten verpflichtet.

Im Rahmen seiner aufsichtsrechtlichen Tätigkeit konnte das Bundesversicherungsamt feststellen, dass diese Neuregelung zur Beschleunigung der Entscheidungsprozesse der Krankenkassen beigetragen hat. In der Regel erfolgen die Leistungsentscheidungen innerhalb der genannten Bearbeitungsfristen und die Versicherten erhalten zeitnah die erforderlichen Leistungen. Vereinzelt war aber auch zu erkennen, dass Leistungsanträge im Hinblick auf die verstreichende Frist und den Eintritt der Genehmigungsfiktion aus § 13 Abs. 3a SGB V vorsorglich abgelehnt wurden, wenn beispielsweise entscheidungserhebliche Unterlagen nicht rechtzeitig eingereicht oder bereits beim Medizinischen Dienst beauftragte Gutachten nicht rechtzeitig erstellt wurden.

Das Bundesversicherungsamt hat die betreffenden Krankenkassen darauf hingewiesen, dass ihre Verfahrensweise, trotz nicht geklärter Leistungsvoraussetzungen eine ablehnende Leistungsentscheidung zu treffen, den gesetzlichen Grundlagen und insbesondere dem verwaltungsverfahrenrechtlichen Untersuchungsgrundsatz widerspricht. Hiernach muss die Krankenkasse den Sachverhalt erst abschließend aufklären, bevor sie eine Entscheidung trifft. Die betreffenden Krankenkassen haben ein zukünftig rechtskonformes Verhalten zugesagt.

Zu mehr Rechtssicherheit bei der Anwendung des § 13 Abs. 3a SGB V haben die 2017 ergangenen Entscheidungen des 1. Senats des Bundessozialgerichts vom 11. Juli 2017 (Az. B 1 KR 26/16 R) und vom 7. November 2017 (Az. B 1 KR 15/17 R) beigetragen. Insbesondere stellte der 1. Senat klar, dass Gegenstand des Leistungsbegehrens eine Leistung sein muss, welche ein Versicherter subjektiv für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen darf. Zudem räumt § 13 Abs. 3a SGB V nach der Rechtsprechung nicht nur einen bloßen Erstattungsanspruch ein. Vielmehr eröffnet eine fiktive Genehmigung nach dieser Vorschrift einen echten Leistungsanspruch, auch im Wege der Sachleistung.

Auch sind der Rechtsprechung Ausführungen zur Wirksamkeit der nach Fristablauf eingetretenen Genehmigungsfiktion zu entnehmen. Die entstandene Genehmigung bleibt danach wirksam, solange

und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder andere Weise erledigt ist. Diesbezüglich führt der 1. Senat aus, dass sich die Rechtmäßigkeit der fingierten Genehmigung und damit die Rechtsgrundlage für eine evtl. Aufhebung nach der Erfüllung der Voraussetzungen nach § 13 Abs. 3a SGB V, und nicht nach den Voraussetzungen der dem Antrag zugrundeliegenden Leistungsvorschrift (z. B. § 33 SGB V für Hilfsmittel), beurteilt.

Eine Rücknahme der Genehmigungsfiktion, weil sie von vorne herein mit den entsprechenden leistungsrechtlichen Grundlagen nicht in Einklang gestanden hat, dürfte danach nur in Ausnahmefällen in Betracht kommen.

In diesem Zusammenhang ist allerdings ebenfalls auf eine Entscheidung des 3. Senats des Bundessozialgerichts aufmerksam zu machen (Urteil vom 11. Mai 2017, Az. B 3 KR 30/15 R). In dieser Entscheidung hat der 3. Senat zum Ausdruck gebracht, er neige – im Unterschied zur Auffassung des 1. Senats – dazu, dass die gesetzlich fingierte Genehmigung grundsätzlich nach Maßgabe der allgemeinen Vorschriften aufgehoben werden könne, wobei deren Voraussetzungen an dem materiell-rechtlich genehmigten Leistungsanspruch zu bemessen seien.

Das Bundesversicherungsamt wird die weitere Entwicklung der Thematik beobachten und ggf. mit den Krankenkassen die aufsichtsrechtlichen Folgerungen erörtern.

Vergütung der Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen, Zustimmungserfordernis der Aufsichtsbehörde gemäß § 35a Absatz 6a SGB IV

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

Im Jahr 2017 hat das Bundesversicherungsamt als Rechtsaufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen 47 formelle Bescheide erlassen; in einem Fall wurde die Zustimmung versagt. Der Ablehnungsbescheid wurde beklagt.



Weitere acht Vorstandsdienstverträge befanden sich Ende des Jahres noch in der Abstimmung. Das Bundesversicherungsamt führt die Rechtsaufsicht über 55 gesetzliche Krankenkassen, die gemäß § 147 Abs. 2 SGB V das für die Führung der Geschäfte erforderliche Personal übernommen haben und deren mit den Vorstandsmitgliedern abgeschlossenen Dienstverträge der Zustimmung des Bundesversicherungsamtes gemäß § 35a Abs. 6a SGB IV bedürfen. Mittlerweile wurde die Mehrzahl der Vorstandsdienstverträge im Aufsichtsbereich des Bundesversicherungsamtes seit der im August 2013 eingeführten gesetzlichen Zustimmungspflicht auf der Grundlage der von den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder entwickelten gemeinsamen Beurteilungskriterien in Form eines Arbeitspapiers geprüft. Hier ist die Rechtsentwicklung noch nicht abgeschlossen. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 20. März 2018, Az. B 1 A 1/17 R, entschieden, dass die Aufsichtsbehörden über die Angemessenheit der Vergütung eines Krankenkassenvorstands nach pflichtgemäßem Ermessen unter Achtung des Selbstverwaltungsrecht der Krankenkasse entscheiden. Das Bundessozialgericht hat den Aufsichtsbehörden aufgegeben, das bisherige Arbeitspapier weiterzuentwickeln und die insoweit einschlägigen Ermessenskriterien in allgemeinen Verwaltungsvorschriften festzulegen. Die Aufsichtsbe-

hörden sind nun aufgerufen, die im Gesetz genannten unbestimmten Rechtsbegriffe für die Angemessenheit - Aufgabenbereich, Größe und Bedeutung der Körperschaft - durch Verwaltungsvorschriften zu konkretisieren. Hierbei ist künftig nicht nur auf die Mitglieder- bzw. Versichertenanzahl der Krankenkassen und die Größe des gesamten Vorstandsorgans abzustellen, sondern nach dem Bundessozialgericht ist zudem der konkrete Aufgabenbereich des Vorstandsmitglieds der Prüfung zugrunde zu legen. Das Bundessozialgericht hat die Aufsichtsbehörden zudem verpflichtet, detaillierte Prozentsätze für die einzelnen Kriterien aufzustellen und Grenzlinien für die maximal zulässige Vergütungshöhe festzulegen, um den Gesetzeszweck einer effektiven präventiven Kontrolle von Vorstandsvergütungen sicherzustellen. Die schriftlichen Urteilsgründe liegen nunmehr vor. Das Bundesversicherungsamt wird sich bei der Umsetzung der Vorgaben des Bundessozialgerichtes eng mit den Aufsichtsbehörden der Länder und dem Bundesministerium für Gesundheit abstimmen.

Kassenordnungen der Krankenkassen

Gemäß § 3 Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) ist zur Sicherheit des Zahlungsverkehrs und der Buchführung durch jeden Versicherungsträger

eine Kassenordnung zu erstellen. Die Aufsichtsbehörde ist über die Kassenordnung sowie deren Änderungen zu informieren, sofern diese nicht mit einer Musterkassenordnung des zuständigen Bundesverbandes übereinstimmt. Der Vorteil einer mit der zuständigen Aufsichtsbehörde abgestimmten Musterkassenordnung besteht darin, dass sich der Verwaltungsaufwand bei den einzelnen Sozialversicherungsträgern erheblich reduziert.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es aktuell keine Musterkassenordnung, da der GKV-Spitzenverband bislang keine Notwendigkeit zu deren Erstellung gesehen hat. Infolgedessen prüft das Bundesversicherungsamt seit 2016 die Kassenordnungen bundesunmittelbarer Krankenkassen. Bei diesen Prüfungen wird der Frage nachgegangen, ob die bereits bestehenden trägerspezifischen Kassenordnungen sowie die zugehörigen Arbeits- und Dienstanweisungen den gesetzlichen Mindestanforderungen entsprechen. Im Mittelpunkt steht dabei die Ordnungsmäßigkeit des baren und unbaren Zahlungsverkehrs und der Buchführung. In den Jahren 2016 und 2017 wurden vom Bundesversicherungsamt bislang rund 30 Prozent der bundesunmittelbaren Krankenkassen geprüft.

Die bisherigen Prüfungen haben ergeben, dass am häufigsten die Bestimmungen zur Abwicklung des Zahlungsverkehrs unvollständig in den Kassenordnungen abgebildet wurden. Insbesondere die gesetzlichen Bestimmungen zur Funktionstrennung zwischen Zahlungsverkehr und Buchführung, aber auch Regelungen im Zusammenhang mit dem baren Zahlungsverkehr fehlten beziehungsweise waren nicht korrekt oder unvollständig. Die zu den Kassenordnungen gehörenden ergänzenden Dienstanweisungen zur automatisierten Datenverarbeitung waren bei mehreren Krankenkassen nicht vorhanden. Mit einer Ausnahme sind alle geprüften Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt aufgefordert worden, ihre Kassenordnung zu überarbeiten und um fehlende Dienstanweisungen zu ergänzen. Das Bundesversicherungsamt wird die Prüfung der Kassenordnungen der bundesunmittelbaren Krankenkassen sukzessive fortführen.

1.2 Satzung und Verträge

Bonusprogramme nach § 65a Absatz 2 SGB V (Arbeitgeber/Arbeitnehmerbonus) – Umsetzungsstand

Gemäß § 65a Abs. 2 SGB V soll die Krankenkasse seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes am 25. Juli 2015 in ihrer Satzung vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) durch den Arbeitgeber sowohl diesem als auch den teilnehmenden Versicherten ein Bonus gewährt wird. Um Maßnahmen zur BGF wirksamer zu fördern, hat der Gesetzgeber die bisherige Kann-Regelung durch eine Soll-Regelung ersetzt. Jede Krankenkasse ist damit in der Regel verpflichtet, in ihrer Satzung Boni als Anreize für Unternehmen und ihre Beschäftigten vorzusehen.

Mit dem BKK Dachverband e. V. wurde in der BKK-Mustersatzung eine Musterregelung zum Arbeitgeber/Arbeitnehmerbonus abgestimmt und zum 1. Oktober 2017 veröffentlicht. Aktuell ist festzustellen, dass die Mustersatzung überwiegend umgesetzt wird. Da die BKKen dem BKK Dachverband e. V. von Schwierigkeiten bei der Umsetzung von § 65a Abs. 2 SGB V berichten, ist im Herbst 2018 ein Evaluierungsgespräch mit dem BKK Dachverband e. V. und Vertretern der BKKen geplant.

Nach Genehmigung aller zum Jahresende 2017 vorgelegten Satzungsanträge hat eine Auswertung zum Umsetzungsstand der Regelungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (Arbeitgeber/Arbeitnehmerbonus) nach § 65a Abs. 2 SGB V ergeben, dass nunmehr ca. 85 Prozent der bundesunmittelbaren Krankenkassen eine Regelung zum Bonus für Arbeitgeber und ca. 57 Prozent eine Regelung zum Bonus an den versicherten Arbeitnehmer in ihrer Satzung aufgenommen haben.

Kassenbereich der geöffneten Betriebs- und Innungskrankenkassen

In diesem Berichtsjahr hat sich das Bundesversicherungsamt erneut intensiv mit der Überprüfung des Kassenbereichs der geöffneten Betriebs- und Innungskrankenkassen befasst.

Sieht die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkassen eine Öffnung vor, d. h. die Kasse kann neben den Beschäftigten der Betriebe auch von anderen Mitgliedern der GKV gewählt werden, gilt die Öffnung für die Gebiete der Länder, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen. Die Zuständigkeit für diese Betriebe muss sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergeben (§ 173 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz SGB V).

Mit Urteil vom 10. März 2015 (B 1 A 10/13 R) entschied das Bundessozialgericht, dass nach dieser Regelung der Kassenbereich geöffneter Innungskrankenkassen dynamisch zu betrachten ist. D. h. der Kassenbereich verändert sich in Abhängigkeit von der Verteilung der Arbeitsstätten der Innungsbetriebe der Trägerinnungen auf die Länder. Der Kassenbereich kann sich somit verkleinern und vergrößern. Die jeweils aktuellen innungsbetrieblichen Verhältnisse wirken daher konstitutiv für den Erstreckungsbereich kraft Gesetzes. Der Satzung kommt insoweit deklaratorische Wirkung zu.

Durch das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 8. Oktober 2015 (L 1 KR 105/15 KL) und anschließenden Beschluss des BSG vom 29. April 2016 (B 1 A 3/15 B) wurde diese Dynamik des Kassenbereichs auch für Betriebskrankenkassen bestätigt, d. h. auch hier ist ausschlaggebend für den territorialen Zuständigkeitsbereich einer geöffneten BKK das aktuell tatsächliche Vorhandensein von Betrieben und Betriebsstätten einschließlich ihrer unselbständigen Betriebsteile in den einzelnen Bundesländern.

Die dynamische Bestimmung des Kassenbereichs ist des Weiteren maßgeblich für die Berechtigung, Mitglieder aus den nachgewiesenen Ländern aufnehmen zu können bzw. für diese wählbar zu sein. Zugleich legt der Kassenbereich den Umfang der Teilnahme am Kassenwettbewerb fest. Der Kassenbereich begründet zudem die Aufsichtszuständigkeit des Bundes oder der Länder.

Für die Betriebs- und Innungskrankenkassen bedeutet dies, dass sie die Existenz von Betriebsstätten der Innungsbetriebe der Trägerinnungen bzw. der Trägerbetriebe in den Ländern nachweisen können müssen. Aufgrund der Bedeutung eines rechtmäßig abgebildeten Kassenbereichs führte das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr ein aufsichtsrechtliches Verfahren bis zur Ersatzvornahme gegen eine Kasse durch, die die erforderlichen Nachweise über existierende Betriebsstätten nicht erbringen konnte.

Wahltarif für Krankengeld – Abstimmung der Musterregelung mit dem BKK Dachverband e.V. sowie der GWQ ServicePlus AG

Gemäß § 53 Abs. 6 SGB V haben die Krankenkassen in ihrer Satzung für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige und Beschäftigte, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf sechswöchige Entgeltfortzahlung haben (§ 44 Abs. 2 Nummer 2 und 3 SGB V), sowie für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz einen Wahltarif für Krankengeld anzubieten. Es handelt sich dabei um eine für die Krankenkasse verpflichtende Vorgabe, die Satzungsregelung anzubieten (Muss-Regelung).

Seit der Einführung des § 53 Abs. 6 SGB V zum 1. Januar 2009 traten Gesetzesänderungen in Kraft, nach denen beispielsweise die Berücksichtigung von Risikoelementen, insbesondere Altersstaffelungen, unzulässig wurde. Für die Versicherten nach § 44 Abs. 2 Nummer 2 und 3 SGB V wurde neben dem Wahltarif für Krankengeld die Möglichkeit geschaffen, durch die Abgabe einer Wahlerklärung den Zugang zum „gesetzlichen“ Krankengeld zu erhalten. Des Weiteren ergingen rentenrechtliche Gesetzesänderungen bzgl. der Regelaltersgrenze.

Die in der Mustersatzung des BKK-Dachverbands enthaltene Regelung zu § 53 Abs. 6 SGB V wurde daher in dem Berichtsjahr in Abstimmung mit dem BKK-Dachverband grundsätzlich überprüft. Gleiches gilt für die Musterregelung, die die GWQ Service Plus AG als Arbeitsgemeinschaft von BKKen u. a. auch mit den bundesunmittelbaren Krankenkassen getroffen hat. Im Anschluss erfolgte eine entsprechende Satzungsprüfung bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen.



Ein Großteil der bisherigen Grundsatzentscheidungen konnte aufrechterhalten bleiben. Beispielsweise ist die Vorgabe einer Wartezeit von bis zu sechs Monaten bei der erstmaligen Wahl eines bereits langfristig implementierten Wahltarifs weiterhin zulässig. Ebenfalls beibehalten wurde die Möglichkeit, für die Teilnahme am Wahltarif für Krankengeld ab einer an der Regelaltersgrenze (§ 35 SGB VI) orientierten Altersgrenze eine § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V entsprechende Vorversicherungszeit in der GKV mit Teilnahme an einem Wahltarif für Krankengeld oder Anspruch auf Krankengeld zu fordern. Die Vorversicherungszeit darf nicht auf eine bestimmte Kasse begrenzt werden. Die Vorversicherungszeit soll verhindern, dass die Teilnahme am Wahltarif für Krankengeld als „Rentenersatz“ fungieren soll. Eine neue Grundsatzentscheidung wurde hinsichtlich des Leistungsbezugs getroffen. Bisher war es zulässig, eine Leistungskürzung aufgrund eines gesunkenen Arbeitseinkommens auch im laufenden Leistungsbezug vorzunehmen. Um einer einseitigen Belastung des Wahltarifteilnehmers entgegenzuwirken und den Versicherungsschutz des Wahltarifs für Krankengeld nicht zu unterlaufen, muss nun sichergestellt werden, dass eine Herabstufung unter die niedrigste Tarifstufe im laufenden Leistungsbezug ausgeschlossen ist. Auf Antrag des Teilnehmers muss darüber hinaus eine Leistungserhöhung im laufenden Bezug bei entsprechendem Einkommen gleichermaßen möglich sein.

Wahltarif nach § 53 Absatz 4 SGB V – Kostenerstattung bei Zahnersatz

Nach § 53 Abs. 4 Satz 1 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen.

Bereits zweimal bestätigte die Rechtsprechung (s. Urteile des LSG Schleswig-Holstein vom 16. Juli 2008 – L 5 KR 36/08 KL – sowie des LSG Hamburg vom 22. April 2010 – L 1 KR 1/09 KL –) die Ansicht des Bundesversicherungsamtes, dass eine Einschränkung der Wahl der Kostenerstattung nur jeweils auf den gesamten Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztliche Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen möglich ist. Ein Wahltarif zur Kostenerstattung von Einzelleistungen, z. B. nur Zahnersatz, stellt demnach eine unzulässige Satzungsregelung dar.

Entgegen dieser rechtskräftigen Urteile sieht eine bundesunmittelbare Kasse weiterhin einen Wahltarif zur Kostenerstattung bei Zahnersatz vor. Im Berichtsjahr sah sich das Bundesversicherungsamt daher erneut dazu veranlasst, ein aufsichtsrechtliches Verfahren zur ersatzlosen Streichung dieser Regelung durchzuführen. Das Verfahren ist zurzeit bei dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht anhängig.

Dentale Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder vor dem 30. Lebensmonat unzulässig im Rahmen gesamtvertraglicher Regelungen

Der gesetzliche Leistungskatalog der Krankenversicherung enthält im Rahmen von § 26 SGB V Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche als Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Zeitraum vom 30. bis 72. Lebensmonat.

Viele Krankenkassen haben darüber hinaus mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (Gesamtvertragsparteien) der einzelnen Bundesländer eine Ausweitung der Leistungsansprüche vereinbart, wonach bereits Kinder im Alter vom 6. bis zum 30. Lebensmonat in der Regel zwei Früherkennungsuntersuchungen und bei vorliegenden initialen Kariesläsionen zusätzlich zweimal je Kalenderhalbjahr eine lokale therapeutische Fluoridierung der betroffenen Milchzähne mit Fluoridlack erhalten können.

Von aufsichtsrechtlichem Interesse war dabei, ob die Gesamtvertragsparteien für die in der Anlage zum Gesamtvertrag vereinbarten Leistungen eine entsprechende Regelungsbefugnis besitzen. Denn diese erstreckt sich auf die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung und wird dadurch begrenzt, dass die Vertragsparteien sich beim Abschluss von Gesamtverträgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und der aufgrund Gesetzes erlassenen Rechtsvorschrift bewegen müssen (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 28.10.2010, Az. L 11 KA 60/10 ER, Rz. 73).

In diesem Sinne hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen auch in seinem Urteil vom 26.11.2014 (Az. L 11 KA29/13 KL, Rz. 38) entschieden. Denn die vor Gericht streitbefangene Vereinbarung sah die Durchführung einer ambulanten Hautkrebsvorsorge-Untersuchung für Versicherte, die das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, vor (Regelanspruch der Untersuchung ab Vollendung des 35. Lebensjahres). Das Gericht hat hier festgestellt, dass eine Hautkrebsvorsorge-Untersuchung für den hier fraglichen Kreis von Versicherten keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist. Deshalb durfte die klagende

Krankenkasse diese Leistung nicht mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Rahmen des Gesamtvertrages oder als dessen Anlage vereinbaren.

Im Hinblick auf die dentalen Früherkennungsuntersuchungen ist vor diesem Hintergrund auf Folgendes hinzuweisen:

Die im Leistungskatalog der Krankenversicherung enthaltenen Altersgrenzen folgen den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen (G-BA) über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Danach findet die erste Kinder-Früherkennungsuntersuchung grundsätzlich im dritten Lebensjahr statt. Eine Abrechnungsmöglichkeit besteht vom 30. Lebensmonat an bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. Hierauf stützt sich die Auffassung des Bundesversicherungsamtes, wonach den Gesamtvertragsparteien für die Leistungen vor dem 30. Lebensmonat keine Regelungsbefugnis übertragen ist.

Die zwischen Gesamtvertragsparteien geschlossenen Vereinbarungen zur zahnmedizinischen Frühprävention als Anlage zum Gesamtvertrag sind rechtswidrig, weil die Vereinbarungspartner mit den in Rede stehenden Regelungen Leistungen vereinbart haben, die nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Für solche Leistungen dürfen die Krankenkassen - jedenfalls im Rahmen gesamtvertraglicher Regelungen - kein Geld der Versicherten ausgeben.

Das Bundesversicherungsamt ist daher nach eingehender Prüfung zu dem Ergebnis gelangt, dass die mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geschlossenen Vereinbarungen gekündigt werden müssen. Dieses Vorgehen ist auch mit den Aufsichtsbehörden der Länder abgestimmt (Beschluss 88. Aufsichtsbehörden-tagung zu TOP 17).

Als Alternative kann aber eine Gewährung der Leistungen als zusätzliche Satzungsleistung auf der Grundlage von §§ 11 Abs. 6 Satz 1, 1. Halbsatz SGB V i. V. m. § 28 Abs. 2 SGB V als Satzungsleistung in Betracht gezogen werden. Die Aufnahme der Leistungen in die Satzung einer Krankenkasse steht allerdings im Ermessen der Selbstverwaltung der jeweiligen Krankenkasse.



Einflussnahme auf das Kodierverhalten der Ärzte seitens der Krankenkassen

2017 sind Bestrebungen der Krankenkassen, insbesondere mittels einer Beeinflussung des Kodierverhaltens der Ärzte die Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu steigern, verstärkt in den Blick der Öffentlichkeit geraten. Damit ging ein erhöhtes Medieninteresse einher, welches das Bundesversicherungsamt durch eine Vielzahl von Auskünften begleitete.

Mit dem am 11. April 2017 in Kraft getretenen Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) erfolgten zahlreiche gesetzliche Klarstellungen zur Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung. Daher informierte das Bundesversicherungsamt mit Rundschreiben vom 2. Mai 2017 alle am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen und mit Rundschreiben vom 6. Juni 2017 auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen über die entsprechenden Auswirkungen des HHVG.

Daneben wurden auf der 90. und 91. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger Beschlüsse in dieser Sache getroffen. Das Bundesversicherungsamt richtete zudem am 13. Juni 2017 eine Arbeitsgruppensitzung der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder ausschließlich zu dieser Thematik aus. Die dort ergangenen Beschlüsse brachte das Bundesversicherungsamt den bundesunmittelbaren

ren Krankenkassen durch Rundschreiben vom 25. Juli 2017 zur Kenntnis.

Eine Krankenkasse hatte mit diversen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen individuelle Vereinbarungen getroffen, um u.a. unter Berufung auf die Prüfungen nach §§ 106 ff. SGB V die Abrechnungsdaten auf Unplausibilitäten auszuwerten. Die Ergebnisse dieser Auswertungen wurden zwischen den Vertragspartnern ausgetauscht. Dabei war auch vorgesehen, dass Kassenzahnärztliche Vereinigungen Vertragsärzten Hinweise zur Kodierung geben und in Absprache mit diesen auch Abrechnungsdiagnosen ändern. Dies hielt das Bundesversicherungsamt mangels Rechtsgrundlage insbesondere auch hinsichtlich der hierfür erforderlichen Datennutzung für unzulässig. Nach einer förmlichen Beratung konnte jedoch eine Kündigung der betreffenden Verträge erwirkt werden. Mittlerweile erfolgte im Rahmen des HHVG eine gesetzgeberische Klarstellung diesbezüglich. So ist nach § 303 Abs. 4 Satz 2 SGB V eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten insbesondere auch auf Grund von Prüfungen nach den §§ 106 ff. SGB V unzulässig. Zudem verschaffte sich das Bundesversicherungsamt einen Überblick über die sog. Betreuungsstrukturverträge. Bundesunmittelbare Krankenkassen waren an 55 Vertragsschlüssen dieser Art beteiligt. Diese wurden nach Intervention des Bundesversicherungsamtes flächendeckend gekündigt. Lediglich in einer Region erfolgte eine Vertragsanpassung. Die sog. Betreuungsstrukturverträge sollen eine verbesserte

Betreuung z.B. multimorbider Versicherter ermöglichen. Allerdings ergeben sich aus dem nach Anzahl der dokumentierten Diagnosen gestaffelten vertraglichen Vergütungssystem Anreizprobleme für Ärzte und Krankenkassen gleichermaßen. Schließlich beruhen die Zuweisungen der Krankenkassen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich insbesondere auf den von den Ärzten dokumentierten gesicherten Diagnosen (Zusatzkennzeichen „G“). Das Bundesversicherungsamt hat daher u.a. vertragliche Regelungen aufgegriffen, die Verpflichtungen zur Verwendung eines bestimmten Zusatzkennzeichens vorsahen. So sollten beispielsweise in bestimmten Konstellationen Verdachtsdiagnosen mit dem Zusatzkennzeichen „G“ kodiert werden. Außerdem fehlte es den Verträgen in der Regel an dem erforderlichen schriftlichen Teilnahmeverfahren für Ärzte und Versicherte. Des Weiteren setzte sich das Bundesversicherungsamt mit weiteren Fällen der Kodierberatung auseinander. Hierbei werden durch Krankenkassenmitarbeiter oder durch beauftragte Dienstleister ärztliche Leistungserbringer anlassbezogen oder im Rahmen von Schulungsmaßnahmen mit der Zielsetzung beraten, das ärztliche Kodierverhalten im Sinne der Krankenkassen zu beeinflussen. Durch das HHVG wurde in § 305a Satz 7 SGB V klargestellt, dass Krankenkassen oder von Krankenkassen beauftragte Dritte auch mittels informationstechnischer Systeme Ärzte nicht im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen beraten dürfen. Das Bundesversicherungsamt erlangte Kenntnis von einem „Arzt-Partner-Service“ eines Krankenkassenverbandes. Dieser sollte ICD-Info-Schulungen des Sprechstundenpersonals und der Ärzte vornehmen sowie offensichtlich falsche und unplausible ICD-Kodierungen mit diesen klären. Das Bundesversicherungsamt konnte zum Teil im Wege einer förmlichen Beratung eine Beendigung der Teilnahme der 26 beteiligten bundesunmittelbaren Krankenkassen erreichen. Ferner stellte eine Krankenkasse ein Konzept zur Wirtschaftlichkeitsberatung von Ärzten vor. Dabei handelte es sich um ein präventives telefonisches Beratungsangebot, um eine nachgelagerte Regressierung zu verhindern. Die Beratung sollte insbesondere Fälle betreffen, in denen eine unwirtschaftliche Verordnung einer Leistung angenommen wird, weil eine bestimm-

te Diagnose vom Arzt nicht dokumentiert wurde. Das Bundesversicherungsamt hält dies vor dem Hintergrund des § 305a Satz 7 SGB V für unzulässig und hat daher eine Umsetzung des Konzeptes untersagt. Neben der persönlichen bzw. telefonischen Beratung konzentrierte sich die Diskussion zuletzt auch auf softwaregestützte Kodierberatung seitens der Krankenkassen. Es wurde jedoch im Rahmen des HHVG ergänzend zum vorgenannten § 305a Satz 7 SGB V durch § 71 Abs. 6 Satz 9 SGB V geregelt, dass Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern keine Vorschläge in elektronischer oder maschinell verwertbarer Form für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen für den Vertragspartner beinhalten dürfen. Das Bundesversicherungsamt hat daher bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen eine Abfrage zu Verträgen über Softwareprodukte, die dem Arzt Hinweise zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen geben, durchgeführt. Rund drei Viertel der Krankenkassen haben solche Verträge angezeigt. Dabei handelte es sich im Wesentlichen um Selektivverträge nach § 140a SGB V und Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, nach denen Software zur Umsetzung des Vertrages zum Einsatz kam. Allerdings hat eine Großteil der Krankenkassen eine rechtskonforme Umsetzung oder zumindest infolge der Abfrage eine Anpassung zugesichert. Entsprechende aufsichtsrechtliche Verfahren sind noch nicht abgeschlossen. Das Bundesversicherungsamt hat jedoch bereits in mehreren Fällen Krankenkassen die Finanzierung von Praxissoftware untersagt, die insbesondere einen Abgleich der DMP-Dokumentation mit der Patientenakte hinsichtlich der dokumentierten Diagnosen vornimmt. Im Zuge der öffentlichen Berichterstattung über die Einflussnahme von Krankenkassen auf die Kodierung rückte die Tätigkeit eines Dienstleisters in den Fokus der Prüfungen, der mit einer ganzen Reihe von Krankenkassen kooperierte. Das Bundesversicherungsamt veranlasste daraufhin die Vorlage aller Verträge, die Krankenkassen mit diesem Dienstleister geschlossen hatten. Es zeigte sich, dass von 38 vorgelegten Verträgen lediglich 6 zuvor ordnungsgemäß nach § 97 SGB X als Outsourcing angezeigt worden waren. Im Ergebnis konnten lediglich 10 Verträge unverändert oder nach Anpassungen fortbestehen, 28 waren entweder im



Zeitpunkt der Anzeige bereits beendet oder wurden aufgrund der Intervention des Bundesversicherungsamtes beendet. Den Verträgen mangelte es etwa an einer gesetzlichen Rechtsgrundlage, das Teilnahmeverfahren für die Versicherten bzw. die Teilnehmerrekrutierung waren oftmals rechtswidrig und damit einhergehend konnten auch Verstöße gegen den Datenschutz festgestellt werden. Ebenso wurde in einer erheblichen Anzahl von Fällen versucht, Rechtsmängel durch Vertragsgestaltungen mit unechten Arbeitnehmerüberlassungsverträgen zu kaschieren. Bei einigen Vertragstypen war zudem nachweisbar, dass über eine erfolgsabhängige Vergütung, die sich am Prozentsatz von generierten Zuweisungen aus dem Morbi-RSA orientierte, eine Manipulation desselben erfolgte. Auch in seiner Eigenschaft als RSA-Durchführungsbehörde für alle Krankenkassen hat sich das Bundesversicherungsamt intensiv mit den Themen beschäftigt (s. S. 100).

1.3 Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung

Zusätzlich zum aufsichtsrechtlichen Tätigwerden und den Verwaltungsaufgaben führt das Bundesver-

sicherungsamt mit seinem Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung drei unterschiedliche Arten von Prüfungen durch. Das Kerngeschäft des Prüfdienstes besteht in der Prüfung der bundesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen sowie deren Arbeitsgemeinschaften. Rechtsgrundlage für diese sog. Beratungsprüfungen bilden § 274 SGB V und § 46 SGGV XI. Nach diesen Vorschriften bezieht sich die Prüfung auf die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung. Im Gegensatz zu aufsichtsrechtlichen Prüfungen sind diese rechtlich verpflichtend und mindestens alle fünf Jahre durchzuführen. Neben den Beratungsprüfungen hat der Prüfdienst eine weitere Pflichtaufgabe zu erfüllen. Diese besteht darin, die Datenmeldungen zum Risikostrukturausgleich nach § 42 RSAV zu prüfen. Jährlich im Wechsel sind die Prüfungen „Versichertenzeiten/DMP“ und „Morbi RSA“ durchzuführen, wobei die Anzahl der zu prüfenden Fälle je Träger auf Gutachtenbasis vorgegeben ist. Die dritte Pflichtaufgabe basiert auf § 252 SGB V und betrifft die Beitragsfestsetzung, den Beitragseinzug und die Weiterleitung von Beiträgen nach § 252 SGB V. Im Wege der Stichprobenprüfung hat der Prüfdienst zu ermitteln, ob dem Gesundheitsfonds durch fehlerhafte Bearbeitung des Trägers in den geprüften

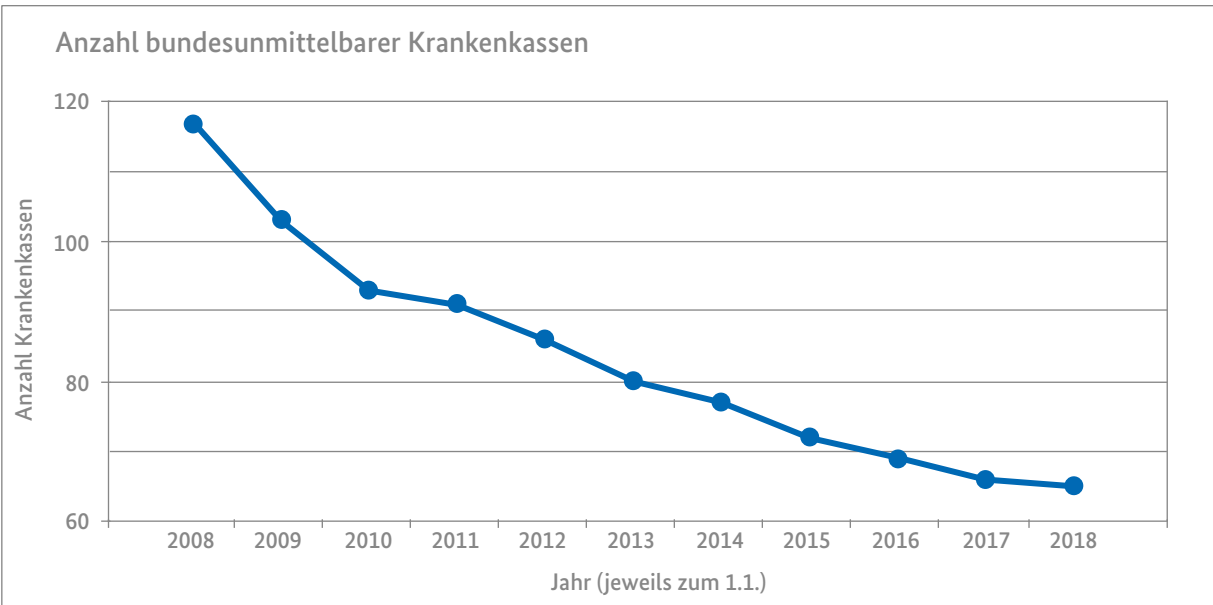
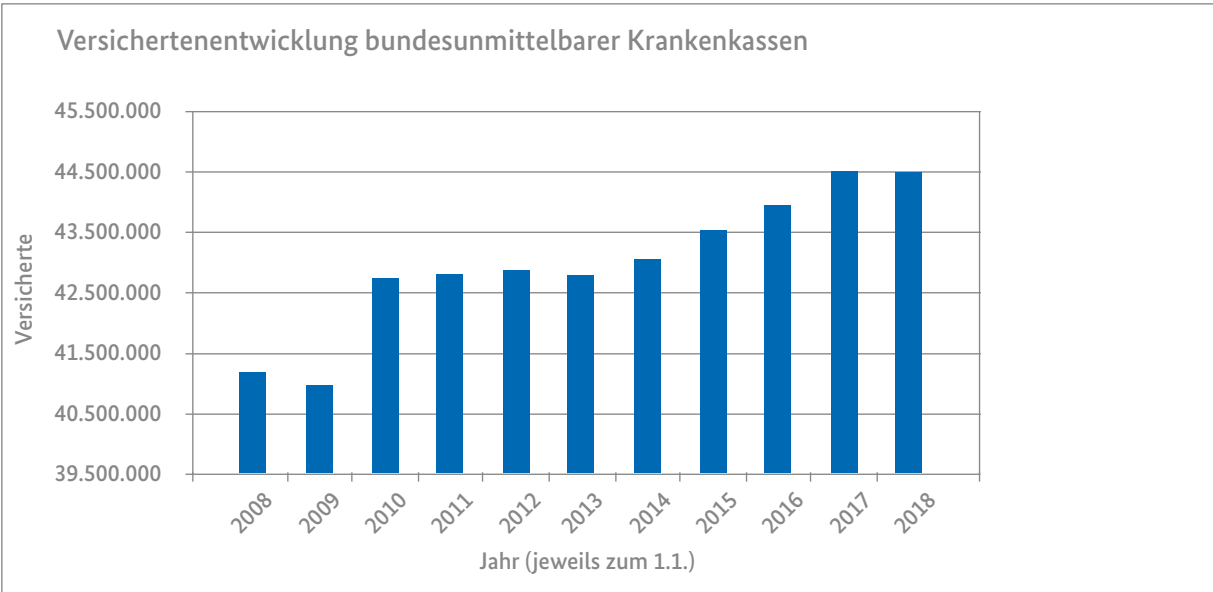
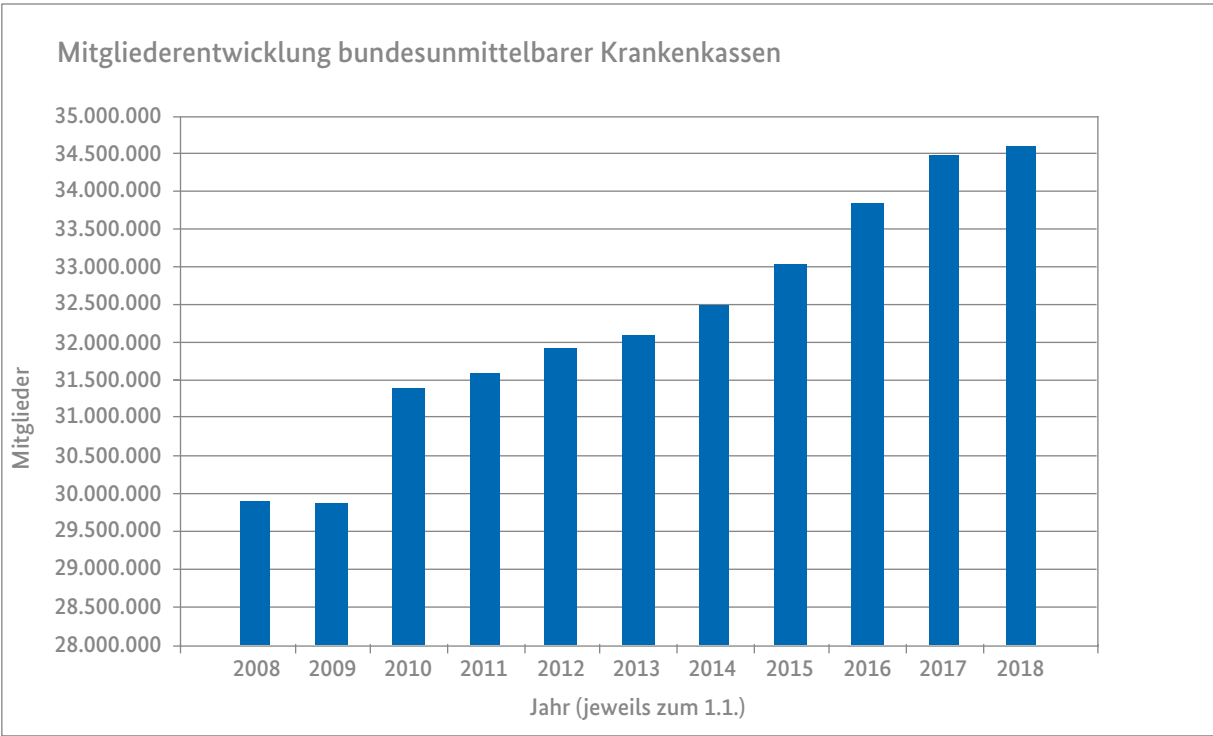
Einzelfällen ein monetärer Schaden entstanden ist. Eine Übersicht über die verschiedenen Prüfungen, die in den Jahren 2016 und 2017 abgeschlossen wurden, ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Art der Prüfverfahren	Prüfverfahren 2016	Prüfverfahren 2017
Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI		
Standardprüfungen	58	40
Allgemeine Verwaltung	12	5
Finanzen / Kassensicherheit	12	9
Mitgliedschaft / Beiträge	1	0
Leistungen Krankenversicherung	9	8
Leistungen Pflegeversicherung	9	11
DRG	5	3
Eigenbetriebe	3	0
EDV / Informationstechnik	6	4
Prüfungen Spitzenverbände	1	2
Sonderprüfungen	0	5
Nachprüfungen	1	0
Eigenbetriebe	1	0
Prüfungen nach § 252 SGB V		
Standardprüfungen	13	15
Sonderprüfungen	1	0
Prüfungen nach § 42 RSAV		
Standardprüfungen	75	121
Versichertenzeiten / DMP	14	51
Morbi RSA	61	70
Summe Prüfungen	148	181

Der Trend der Vorjahre setzte sich auch im Berichtsjahr 2017 fort. Erneut stieg die Gesamtzahl der Mitglieder und – leicht – der Versicherten bei einer Verringerung der Anzahl der bundesunmittelbaren Krankenkassen von 66 auf 65. Über einen Zeitraum von zehn Jahren ergibt sich so bei der Mitgliederentwicklung eine Steigerung um 15 Prozent (vgl. nachfolgende / nebenstehende Abbildungen). Diese Steigerungsquote hat ihrerseits Auswirkungen auf das Prüfgeschäft und damit auf die Arbeitsbelastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Prüfdienstes (s. Tabellen Seite 41).

Prüfungen nach § 274 Abs. 1 S. 2 SGB V

Im Jahr 2017 hat der Prüfdienst der Spitzenverbände im Anschluss an die im Vorjahr erfolgten Prüfungen der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die jeweiligen Prüfberichte erstellt und den geprüften Trägern übermittelt. Weiterhin wurde die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung in den Bereichen Beschaffung, Fremdkassenzahlungsausgleich und Anlage und Risikomanagement geprüft sowie eine Prüfung beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auf den Gebieten Beschaffung, Personalbedarfsermittlung/Stellenbewertung sowie Anlagen- und Risikomanagement durchgeführt und beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Prüfung eingeleitet.



1.3.1 Allgemeine Verwaltung

Automatisierte Sachbearbeitung

Die (teil)automatisierte Sachbearbeitung ist eine Form der automatisierten Datenverarbeitung, bei der die Verarbeitung von Sachverhalten (teilweise) ohne Unterstützung oder gleichzeitigen Zugriff durch eine natürliche Person sich selbst organisierend und anhand vorgegebener technischer wie fachlicher Parameter abläuft. Von einer sog. „Dunkelverarbeitung“ wird gesprochen, wenn der Prozess von Eingang der Daten bis zur Entscheidung und ggf. Versendung der Entscheidung gänzlich ohne Zugriff natürlicher Personen abläuft.

Da durch die Automatisierung von Arbeitsabläufen Prozesse effizienter, schneller und kostengünstiger durchgeführt werden können und sollen, wird teil- oder vollautomatisierte Sachbearbeitung bereits bei vielen Krankenkassen in unterschiedlichem Umfang und unterschiedlichen Geschäftsfeldern angewendet. Dies betrifft neben dem Bestandspflegeverfahren zur Familienversicherung (Bearbeitung der elektronischen Fassung von Familienbestandspflegebögen bzw. der gescannten Papierfragebögen) auch das z.T. schon vollautomatisierte Feststellungsverfahren bei Krankenhausabrechnungen. Verschiedene Abrechnungsoftwares für Krankenhausabrechnungen bieten die Möglichkeit an, unter bestimmten Voraussetzungen Rechnungen auszuwerten und ohne Prüfung / Bearbeitung durch natürliche Personen eine Zahlung im Kassensystem anzusteuern (sog. vollautomatisiertes Feststellungsverfahren).

Der Prüfdienst konnte bei seinen Prüfungen im Jahr 2017 feststellen, dass sich der Anteil der Zahlungen, die vollautomatisch geprüft und angewiesen wurden, ständig erhöht. Bei einer Krankenkasse betraf er nahezu jeden dritten Vorgang.

Die automatisierte Datenverarbeitung wird aufgrund des steigenden Einsatzes von voll- oder/und teilautomatisierter Sachbearbeitung in verschiedenen fachlichen Bereichen daher auch im Jahr 2018 im Hinblick auf die Ordnungsmäßigkeit der durch die Dunkelverarbeitung abgewickelten Geschäftsvorfälle und Prozesse geprüft werden.

Die Anforderungen bei der Beurteilung der digitalisier-

ten Geschäftsvorfälle können unter folgenden Stichpunkten zusammengefasst werden:

- **Dokumentation zur Dunkelverarbeitung**
 - Nachvollziehbarkeit für einen Dritten
 - Protokollierung der Verarbeitungsvorgänge
 - Dokumentation bei Fehlern und Verarbeitungsabbrüchen
 - Archivierung der Verarbeitungsdokumentation
 - Change Management
- **Kontroll- und Prüfungsumfeld / Risikomanagement**
 - Vollständigkeit sowie rechnerische und sachliche Richtigkeit der Prozesse (Wahrung der fachlichen Anforderungen)
 - Definition der Verantwortlichen und deren Aufgaben
 - Definition der Geschäftsprozesse zur Änderung fachlicher und technischer Parameter der Sachbearbeitung und deren Dokumentation und Einbindung der relevanten Stellen der Krankenkasse (Fachbereich, Datenschutz, Archiv etc.)
 - Umsetzung der Anforderungen des internen Kontrollsystems
 - Festlegung der Zugangs- und Zugriffsberechtigungen
 - manuelle Prüfung von Stichproben (insbes. auf Erfüllung der fachlichen Anforderungen)
- **Beachtung der Aufbewahrungsfristen**
 - Daten der fachlichen Sachbearbeitung
 - Daten der Verarbeitungsdokumentation
- **Datenintegrität, Datensicherheit und Datenschutz**
 - Wahrung der Integrität eingehender (Original-) Daten sowie der Verarbeitungsschritte
 - Erfüllen der Anforderungen der Datensicherheit und des Datenschutzes
- **Migrationsbeständigkeit**
 - bei Auslagerung der Daten in Archivsysteme
 - bei Migration der Daten beim Austausch von Systemen
 - bei Änderung der Inhouse-Formate und Konvertierungsvorgaben.

Der Prüfdienst berät dabei – in Abstimmung mit anderen Stellen des Hauses (siehe Digitalausschuss) – die Krankenkassen bereits bei der Gestaltung der automatisierten Sachbearbeitung, damit die Anforderungen an die dunkelverarbeiteten Prozesse so umgesetzt



werden, dass die Verfahren fachlich und technisch rechtmäßig sowie wirtschaftlich ablaufen und die grundlegenden Informationen (Originaldaten und Ergebnisse) als Belege Anerkennung finden können.

Mitgliederwerbung auf dem Prüfstand

Das Thema Wettbewerb der Krankenkassen begegnet dem Prüfdienst in unterschiedlichen Zusammenhängen, z.B. bei der Mitgliederwerbung. Die Mitgliederwerbung kann durch eigene Mitarbeiter der Krankenkasse, Versicherte oder durch externe Werber erfolgen (Rdn 33ff der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der Krankenversicherung in der Fassung vom 11.11.2015).

Bei einigen Prüfungen wurde jedoch festgestellt, dass die Krankenkassen Arbeitgebern Werbeprämien für die Aufnahme von Versicherten gewähren, die diese im eigenen Betrieb beschäftigen. Das Bundesversicherungsamt vertritt die Auffassung, dass der Arbeitgeber als Werber die Ausübung eines freien Wahlrechts durch den Versicherten nicht sicherstellen kann und daher ein derartiges Verhalten des Arbeitgebers nach § 4a Abs. 1 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb rechtswidrig ist. Eine vom Bundesversicherungsamt geprüfte Krankenkasse wollte diese Auffassung nicht teilen. Sie hat zwischenzeitlich Klage vor dem Bayerischen Landessozialgericht gegen einen entsprechenden Verpflichtungsbescheid der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes eingereicht.

Im Rahmen der Mitgliederwerbung wurde auch vielfach festgestellt, dass beauftragten Kassenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern neben den Dienstbezügen/Vergütungen eine Aufwandsentschädigung (Prämienzahlung) gewährt wurde. Bei der Art der Prämie zeigten sich die geprüften Kassen kreativ. Gewährt wurde z.B. die kostenfreie Nutzung eines Kraftfahrzeuges für ein Jahr, Zahlung jährlicher Teamprämien oder auch Kostenübernahme für Abendessen und Übernachtung für alle Gewinner der einzelnen Vertriebswettbewerbe. Nach den Wettbewerbsgrundsätzen darf jedoch Mitarbeitern von Krankenkassen, die hauptamtlich Mitglieder zu werben haben, kein über die Dienstbezüge/Vergütung hinausgehendes Entgelt gezahlt werden. Werden gleichwohl Prämien gewährt, setzen diese Anreize zu einem unangemessenen intensiven Wettbewerbsverhalten im Sinne einer „Drückerkolonnenmentalität“ und verstoßen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 69 Abs. 3 SGB IV).

Des Weiteren zahlte eine Krankenkasse Aufwandsentschädigungen für das Werben von Familienversicherten. Nach Rz. 7 der o.g. Wettbewerbsgrundsätze sind allgemeine Werbemaßnahmen nur Maßnahmen, die auf das Gewinnen und Halten von Mitgliedern, nicht aber Familienversicherten gerichtet sind.

Die Buchung einer Aufwandsentschädigung für Mitgliederwerbung erfolgte ebenfalls nicht immer korrekt. So wurde z.B. die Buchung der Aufwandsentschädigung bei Mitgliederwerbung durch gewerbliche Makler in einem nicht unerheblichen Umfang auf dem

Sachkonto 705100 und nicht auf dem zutreffenden Sachkonto 700400 vorgenommen. Weil das Konto 700400 nicht dem Werbebudget der Krankenkasse zugeordnet ist, kann eine aussagekräftige Ermittlung und Aussage hinsichtlich der Einhaltung des Werbebudgets nicht vorgenommen werden, wenn sachfremd gebucht wird. Die geprüften Krankenkassen, bei denen dieser Fehler auftrat, sagten eine Umbuchung und künftig korrekte Buchung zu.

Bei einigen Krankenkassen stellten wir in Zusammenhang mit der Mitgliederwerbung durch Mitglieder eine intransparente und nicht ausreichende Dokumentation fest. Für die Auszahlung einer Geldprämie sind als Nachweis die Daten des Neumitglieds, des Werbers und die Unterschrift des Neumitglieds zur Anwerbung erforderlich. Auch hier sagten die betroffenen Krankenkassen eine künftige Beachtung zu.

Bei extern gewerblich tätigen Dritten (Finanzdienstleister/gewerbliche Versicherungsvermittler) läuft die Abrechnung in der Praxis rechtmäßiger Weise so, dass Krankenkassen eine Rechnung mit der Liste der Namen der vermittelten Mitglieder erhalten. Auf dieser Grundlage zahlen die Krankenkassen die für diese Mitglieder vertraglich vereinbarte Aufwandsentschädigung aus und vermerken beim vermittelten Mitglied den Namen des Werbers. Bei einer Krankenkasse erfolgte eine Dokumentation der Zahlung jedoch ausschließlich beim externen Werber als Zahlungsempfänger. Die gezahlte Werbepremie wurde hingegen nicht bei dem Neumitglied vermerkt. Damit waren Mehrfachabrechnungen von externen Werbern für ein Mitglied möglich. Die Krankenkasse stellte ihre Verfahrensweise um, um die oben genannten Schwachstellen abzustellen.

Bei einer Prüfung stellte der Prüfdienst fest, dass eine Krankenkasse allein auf der Grundlage von Word- oder Excelausdrucken sowie diversen handschriftlichen Aufstellungen den Nachweis als erbracht ansah, ein neues Mitglied sei geworben. Einen Nachweis über die Daten des Neumitglieds und des Werbers sowie eine Bestätigung des geworbenen Mitglieds über die Werbung konnte die Kasse nicht vorlegen. Sie erkannte ihr Fehlverhalten und sagte noch während der laufenden Prüfung eine Umstellung der Verfahrensweise zu. Eine Kasse hat einen Großteil von Werbeverträgen mit externen, gewerblich Tätigen abgeschlossen. Wer

gewerbsmäßig als Versicherungsmakler oder als Versicherungsvertreter den Abschluss von Versicherungsverträgen vermitteln will, bedarf der Erlaubnis der zuständigen Industrie- und Handelskammer und muss im Vermittlerregister eingetragen sein (§ 34d Abs. 1 i.V. mit § 11 Abs. 1 Gewerbeordnung). Bei den geprüften Verträgen lagen diese Voraussetzungen nicht vor. Der Prüfdienst empfahl, die bisher geschlossenen Werbeverträge zu überprüfen und bei Vorliegen eines Verstoßes umgehend zu kündigen.

Beauftragter des Arbeitgebers in Schwerbehindertenanangelegenheiten und Abschluss einer Inklusionsvereinbarung

Jede Krankenkasse ist in ihrer Funktion als Arbeitgeber rechtlich verpflichtet, einen Beauftragten, der sie in Angelegenheiten schwerbehinderter Menschen verantwortlich vertritt, zu bestellen. Falls erforderlich, können auch mehrere Beauftragte bestellt werden. Der Beauftragte soll nach Möglichkeit selbst ein schwerbehinderter Mensch sein, damit die besonderen behindertenspezifischen Kenntnisse und Erfahrungen auch in die Arbeit der Arbeitgeberbeauftragten einfließen können. Aufgabe des Beauftragten ist es darauf zu achten, dass die Krankenkasse als Arbeitgeber ihre Verpflichtungen erfüllt. Die Verpflichtung zur Bestellung besteht daher auch dann, wenn keine Schwerbehindertenvertretung gewählt ist und unabhängig davon, wie viele Schwerbehinderte bei der Krankenkasse arbeiten. In kleinen Krankenkassen bis zu 19 Arbeitsplätzen (ab 1.01.2018 20 Arbeitsplätze) besteht nur dann eine Pflicht zur Bestellung eines Beauftragten, wenn Schwerbehinderte in der Krankenkasse arbeiten.

Der Prüfdienst hat bei seinen Prüfungen festgestellt, dass einige Krankenkassen dieser Verpflichtung nicht nachgekommen sind. Nach entsprechender Beratung sagten die Krankenkassen jedoch zu, einen Beauftragten zu bestellen.

Die Krankenkasse als Arbeitgeber ist ferner verpflichtet, mit der Schwerbehindertenvertretung, dem Personalrat und in Zusammenarbeit mit dem Beauftragten des Arbeitgebers in Schwerbehindertenanangelegenheiten eine verbindliche Inklusionsvereinbarung zu schließen. Auch diese Verpflichtung ist unabhängig

von der Zahl der beschäftigten schwerbehinderten Menschen und dem Vorhandensein einer Schwerbehindertenvertretung. Bei einigen Krankenkassen fiel im Rahmen der Prüfung auf, dass eine Inklusionsvereinbarung nicht bestand. Nach einem Hinweis des Prüfdienstes sagten die Krankenkassen den Abschluss einer Inklusionsvereinbarung zu.

Rechtsbehelfsbelehrung

Auch bei den Prüfungen im Berichtsjahr 2017 stellte der Prüfdienst wieder fest, dass die Kranken- und Pflegekassen ihre Bescheide, sofern der Adressat durch ihn beschwert ist, oftmals nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen, obwohl diese rechtlich zwingend ist. Teilweise begründeten die Versicherungsträger ihr rechtswidriges Verfahren damit, dass diese Verfahrensweise für die Versicherten vorteilhafter sei, da bei unterbliebener Rechtsbehelfsbelehrung die Einlegung des Rechtsmittels innerhalb eines Jahres möglich sei und nicht bereits innerhalb eines Monats erfolgen müsse.

Diese Begründung rechtfertigt ein Unterlassen der Rechtsbehelfsbelehrung natürlich nicht. Im Übrigen nützt den betroffenen Versicherten die Verlängerung

der Rechtsbehelfsfrist nichts, wenn sie keine Kenntnis von der Möglichkeit haben, Rechtsmittel einlegen zu können. Insbesondere im Bereich der Genehmigung von Reha- und Vorsorgemaßnahmen vertraten die Versicherungsträger häufig die Auffassung, eine Beschwer habe nicht vorgelegen, da die beantragte Leistung gewährt worden sei. Der Prüfdienst vertritt hingegen die Auffassung, dass eine Rechtsbehelfsbelehrung auch in den Fällen zu erfolgen hat, wenn der oder die Versicherte zwar eine Leistung erhalten hat, aber möglicherweise nicht am gewünschten Ort oder der gewünschten Höhe. Das Bundesversicherungsamt hat den betroffenen Kranken- und Pflegekassen daher eindringlich empfohlen, alle Bescheide mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.

1.3.2. IT-Prüfungen

Nachlese: Softwareprüfung Erstellung Satzarten 2016

Im Tätigkeitsbericht 2016 (S. 38 / 39) wurde berichtet, dass Diagnosen zu Krankenhausfällen, bei denen eine Leistungsverpflichtung bestanden hat und die Leistungsaufwendungen von einem anderen Kostenträ-



ger nachträglich erstattet wurden, in der Morbi-RSA Satzart 500 nicht zu melden sind. Dieser Sachverhalt wurde von einer beauftragten Wirtschaftsprüfungsgesellschaft nun aufgegriffen. Zur Vorbereitung der Prüfung der Jahresrechnung 2017 erkundigte sich die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft bei der Krankenkasse, wie mit diesen Fällen und den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds verfahren wird. Die Prüfdienste verfolgen mit Interesse, wie die erstatteten Beträge der Kostenträger nach dem Handelsgesetzbuch bewertet werden.

Softwareprüfung Erstellung amtliche Statistiken

Die Prüfdienste des Bundes und der Länder haben sich im Oktober 2016 darauf verständigt, die softwaretechnische Erstellung der amtlichen Statistiken fortzuführen und weitere amtliche Statistiken zu überprüfen. Zuletzt fand diese Schwerpunktprüfung bei allen Entwicklungsgesellschaften von Basissystemen (nachfolgend EDV-Systeme genannt) bzw. Krankenkassen mit eigenen Basissystemen (nachfolgend Krankenkassen/Pflegekassen genannt) unter Beteiligung der Prüfdienste der Länder und des Bundesversicherungsamtes im Jahr 2014 statt (Tätigkeitsbericht 2014, S. 135 / 136).

Im abgelaufenen Kalenderjahr 2017 wurden unter der Federführung des Bundesversicherungsamtes nunmehr die Herstellverfahren folgender Statistiken geprüft:

- die Leistungsstatistik KG 2,
- die Abrechnungsfallstatistik KG 3 und
- die Antragsstatistik PG 4.

Prüfungsgegenstände waren die Bewertung der fachlichen und technischen Konzepte, die Programmdokumentationen und das Testverfahren der abzugebenden amtlichen Statistiken.

Neben einem Vorgehensmodell wurden Prüfhilfen entwickelt, um alle Kassenarten und EDV-Systeme gleichartig prüfen zu können.

Als übergreifendes Ergebnis aus den Prüfungen lässt sich festhalten:

- einige Krankenkassen / EDV-Systeme haben ihre Fachkonzepte als Ergebnis aus den vorangegangenen Prüfungen deutlich optimiert

- bei nur wenigen Krankenkassen / EDV-Systemen waren die Fachkonzepte teilweise nicht vorhanden, unvollständig, nicht aktuell gepflegt oder fehlerhaft
- Testverfahren und qualitätssichernde Maßnahmen waren zum Teil nicht existent, individuell geprägt, nicht umfänglich genug oder die Testdokumentation war nicht nachvollziehbar
- die meisten Krankenkassen / EDV-Systeme ermitteln mittlerweile die Werte zur Befüllung der Schlüsselnummern der geprüften amtlichen Statistiken aus Datenbanken oder über Leistungs- und Bestandsverdichtungen aus ihren operativen Systemen; dieses Vorgehen schließt Fehlerquellen der „manuellen“ Zusammenstellung von Daten aus, sichert damit grundsätzlich eine gleichbleibende Qualität und Validität der Daten und wird daher von den Prüfdiensten empfohlen.

In der amtlichen Statistik KG 2 sind von den Krankenkassen die Geschäftsergebnisse zu ausgewählten Leistungsarten zu melden.

Die Prüfungen ergaben, dass einige Krankenkassen / EDV-Systeme in den abgeschlossenen Arbeitsunfähigkeitsfällen Leistungstage über den Tag der Mitgliedschaft hinaus meldeten und hierbei den Kassenwechsel nicht beachteten. Diese Verfahrensweise wandten sie z.T. auch in den stationären Krankenhausbehandlungsfällen an.

Umsetzungsprobleme hatten einige Krankenkassen mit dem Statuswechsel von Mitglied auf Rentnerin / Rentner. Dabei ist bei den stationären Krankenhausfällen nicht klar in der Ausfüllanleitung definiert, ob der Statuswechsel tatsächlich so umzusetzen ist.

Alle Krankenkassen setzten die Regelungen in der Ausfüllanleitung zu den stationären Entbindungsfällen in Bezug auf die DRG-Fallpauschalen und der Berücksichtigung der Grenzverweildauer und der Abgrenzung zu den stationären Krankenhausfällen bis zum Berichtsjahr 2016 nicht um. Ab dem Berichtsjahr 2017 hat der Gesetzgeber die Ausfüllanleitung in diesem Punkt überarbeitet, so dass in Zukunft eine ordnungsgemäße Ermittlung der Leistungsfälle und -tage zu erwarten ist.

Einige der geprüften Krankenkassen / EDV-Systeme hatten Probleme, die geforderten Leistungstage für die amtliche Statistik KG 2 zu ermitteln und meldeten

stattdessen die Kalendertage. Gemeldete Kalendertage führen allerdings zu nicht validen Datenmeldungen. Alle Krankenkassen / EDV-Systeme beachteten bei den Leistungsfällen und -tagen der Behandlungspflege nicht die Sonderregelung einer erneuten Fallzählung, wenn die Behandlungspflege durch eine andere Leistung (z.B. Krankenhausaufenthalt) unterbrochen wurde. Die Prüfdienste haben die Krankenkassen dahingehend beraten, in den festgestellten Sachverhalten eine Änderung in der Ermittlung der Daten vorzunehmen und sich künftig an den Regelungen der Ausfüllanleitung auszurichten.

In der amtlichen Statistik KG 3 sind die Abrechnungsfälle der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen von den Krankenkassen zu melden.

Überwiegend sind dabei die Datenmeldungen aus dem sog. Formblatt 3 auszuwerten und in die Statistik aufzunehmen. Einige Krankenkassen / EDV-Systeme bezogen sich dabei allerdings ausschließlich auf diese Datenmeldungen und ließen die – ebenfalls aufzunehmenden – Abrechnungsfälle der Kostenerstattungen nach § 13 SGB V außer Acht.

Seit dem Jahr 2015 haben die Krankenkassen die Behandlungsfälle der Krankenhausärztinnen und -ärzte und der Krankenhäuser nach §§ 116 und 116a SGB V sowie – ab dem Berichtsjahr 2014 – die spezialfachärztlichen Behandlungsfälle im Krankenhaus nach § 116b SGB V zu melden. Einige Krankenkassen / EDV-Systeme meldeten zu diesen Schlüsselnummern seit Beginn der Meldungsverpflichtungen keine Werte, obwohl die Krankenkassen die finanziellen Ausgaben ordnungsgemäß gebucht und in der Jahresrechnung (KJ 1) ausgewiesen haben.

Bislang ist bei der Zusammenführung der Einzelstatistiken der Krankenkassen durch die entsprechenden Stellen nicht aufgegriffen worden, dass seit Jahren keine Abrechnungsfälle gemeldet wurden.

Die Prüfdienste haben die entsprechenden Krankenkassen / EDV-Systemanbieter angehalten, umgehend die vorhandenen Datenbestände technisch auszuwerten und künftig die verlangten Abrechnungsfälle in die amtliche Statistik einfließen zu lassen.

Die sog. Pflegeantragsstatistik (PG 4) gibt Auskunft über die Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Kalenderjahr. Wenige Pflegekassen hatten die Änderung aus dem Erlass des Bundesministeriums für

Gesundheit vom 10.11.2014 nicht umgesetzt, wonach die erledigten Anträge beim Tod des Antragstellers oder der Antragstellerin nicht mehr länger unter den sonstigen erledigten Pflegeanträgen zu erfassen sind. Eine umgehende Bereinigung der Ermittlungslogik wurde den Prüfdiensten zugesichert. Insgesamt hinterließ dieser Prüfbereich einen sehr geordneten Eindruck.

Als Gesamtergebnis der Prüfungen der vergangenen Jahre zum Erstellungsprozess der Statistiken bleibt festzuhalten, dass zwischenzeitlich bis auf wenige Ausnahmen die amtlichen Statistiken einer Prüfung unterzogen werden konnten. Die Krankenkassen nahmen die Prüfungen durchweg positiv auf und in einigen Fällen führten unsere Anregungen dazu, organisatorische Abläufe neu auszurichten.

Eine Einbeziehung der noch verbliebenen Statistikbereiche (z.B. die KG 8) sowie Wiederholungs- / Nachprüfungen halten die Prüfdienste des Bundes und der Länder für sinnvoll, damit für die Zukunft sichergestellt werden kann, dass die abgegebenen amtlichen Statistiken auf validen Daten und Erstellungsverfahren bei den Krankenkassen beruhen.

Elektronische Kommunikation und Digitalisierung

Das Thema der Digitalisierung und des Auf- und Ausbaus der elektronischen Kommunikation insbesondere mit Versicherten hatte auch in 2017 eine hohe Relevanz für das Bundesversicherungsamt. (s. auch Seite 80 ff).

Wie auch in den letzten Jahren hat der Prüfdienst Krankenkassen bei der Konzeptionierung und dem Aufbau von Systemen und Anwendungen in diesem Bereich beratend begleitet.

Beratung und Prüfungen orientieren sich an den Anforderungen, die in den letzten Jahren erarbeitet wurden (siehe Tätigkeitsbericht 2016, S. 37 / 38) und wesentlich im „Leitfaden Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten“ zusammengefasst sind.

Im besonderen Fokus standen in 2017 Fragen der Authentifizierung bei Online-Geschäftsstellen und mobilen Anwendungen, sog. Apps. (s. hierzu Seite 82 f.)

Durch eine vertiefte Ausgestaltung der Verfahren und höhere Zahl an in den Krankenkassen genutzten bzw.



von ihnen angebotenen Anwendungen werden Fragen / Anforderungen aus dem sog. Vor- oder Umfeld der Erstellung immer bedeutender. Ziel sollte dabei sein, eine effektive Gestaltung des Vorgehens, den Aufbau effizienter Geschäftsprozesse sowie die Umsetzung rechtlicher Vorgaben zu erreichen, um auch rechtliche, finanzielle und technische Risiken zu vermeiden. Im Vorfeld des Aufbaus und der Umsetzung der geplanten Instrumente und Prozesse sollten grundsätzliche Punkte kassenintern geklärt und festgelegt werden:

- Gesamtstrategie der Digitalisierung und elektronischer Kommunikation
- (Bereichs-)Ziele
- Erfolgs- und Zielerreichungsfaktoren
- bestehende und angestrebte Geschäftsprozesse
- Faktoren, an denen die Wirtschaftlichkeit zu messen ist (Parameter der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung)
- Faktoren der Risikoanalyse, -bewertung und -bewältigung.

Bei der erforderlichen Analyse und Entwicklung der bestehenden und künftigen elektronischen Prozesse und deren Aufbau sollte der gesamte Geschäftsprozess betrachtet und mit weiteren vorherigen oder Anschlussprozessen synchronisiert werden, um sog. „Medienbrüche“ zu vermeiden bzw. keine „Insellösungen“ zu schaffen.

Begleitend und im Nachgang der Entwicklung sollten Maßnahmen vorgesehen werden, um die Zielerrei-

chung zu messen, ggf. nachsteuern zu können und Erkenntnisse für die Weiterentwicklung bzw. die Entwicklung weiterer Prozesse gewinnen zu können. Die Messung an den im Vorfeld festgelegten Zielerreichungsfaktoren, die ggf. vorzunehmende Anpassung der laufenden Projekte und die (permanente) Betrachtung und Weiterentwicklung der Prozesse sollten fester Bestandteil des Aufbaus und der Erfolgskontrolle sein.

Das (bestehende) Risikomanagement muss auch die neuen Systeme und Prozesse umfassen. Die identifizierten Risiken (z.B. Datenverlust / Datensicherheit, eingeschränkte Erreichbarkeit, technische Fehler, IT-Sicherheit / Ausfall, Ausschluss fachliche Fehler) sollten monetär wie nicht-monetär bewertet werden. Maßnahmen zu deren Bewältigung sind zu entwickeln und fortzuschreiben. Auch sollten die neuen Instrumente in das Compliance-Umfeld der Kasse eingepasst werden.

Der Prüfdienst wird auch in 2018 diese Themen intensiv verfolgen.

1.3.3. Leistungen der Krankenkassen

Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise - Regress gegen einen Arzt nach Hinweis des Prüfdienstes

Im Berichtsjahr ist der Prüfdienst bei einer Krankenkasse auf einen Fall aufmerksam geworden, in dem ein teures Medikament von einem Arzt über mehrere Jahre hinweg in ungewöhnlich hohen Mengen verschrie-

ben und stets von derselben Apotheke abgerechnet wurde. Die betreffende Krankenkasse hat diese Auffälligkeit zum Anlass genommen, zunächst ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen und schließlich die Kassenärztliche Vereinigung (KV) einzuschalten, die eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise des Arztes veranlasste.

Im Nachgang zu der Prüfung informierte die Krankenkasse den Prüfdienst über den Ermittlungsstand. Sie geht davon aus, dass der Arzt (zumindest teilweise) sogenannte „Luftrezepte“ an die Apotheke übermittelt und diese dann die Verordnungen mit der Krankenkasse abgerechnet habe, ohne dass der Versicherte, auf den die Rezepte ausgestellt waren, diese Medikamente tatsächlich erhalten habe. Über die Jahre hat sich ein Schaden für die Krankenkasse im siebenstelligen Bereich angehäuft. Der Arzt wurde in Regress genommen. Es bleibt abzuwarten, in welcher Höhe die Rückzahlung des Betrags realisiert werden kann.

Erstattung von Behandlungskosten bei Urlauben im europäischen Ausland

Es kommt relativ häufig vor, dass Versicherte während eines Urlaubsaufenthalts im Ausland erkranken. Handelt es sich bei dem Urlaubsland um einen Staat der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder die Schweiz, können sie meist die Leistungen der dortigen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit der Europäischen Krankenversicherungskarte in Anspruch nehmen. Kommt diese sog. Sachleistungsaushilfe aus unterschiedlichen Gründen nicht zustande, müssen Versicherte die Kosten ambulanter ärztlicher Behandlungen zunächst selbst zahlen. Es bestehen im Nachhinein aber grundsätzlich drei Erstattungsmöglichkeiten:

Das für die genannten Länder geltende sog. überstaatliche Recht lässt dem Versicherten die Wahl zwischen einer Kostenbeteiligung in Höhe der Erstattungssätze der GKV des Urlaubslandes (in diesem Fall ist der Betrag von der deutschen Krankenkasse beim dortigen Versicherungsträger anzufragen) und einer Erstattung in Höhe des Betrags, den die deutsche Krankenkasse bei Inanspruchnahme vergleichbarer Leistungen im Inland zu übernehmen hätte. Die dritte Möglichkeit

besteht für den Versicherten darin, die Erstattung der „Inlandssätze“ unmittelbar nach deutschem Recht geltend zu machen (§ 13 Abs. 4-6 SGB V). In diesem letztgenannten Fall hat der Versicherungsträger jedoch einen gesetzlich vorgesehenen Abschlag (u.a. für Verwaltungskosten) vom ermittelten Erstattungsbetrag abzuziehen. Eine Abrechnung nach dem überstaatlichen Recht kann daher für die Versicherten günstiger sein.

Den Prüferinnen und Prüfern des PDK ist im Berichtsjahr aufgefallen, dass einige Krankenkassen sich an entstandenen Kosten stets in Höhe der Aufwendungen für vergleichbare Leistungen der GKV in Deutschland beteiligen, ohne ihre Versicherten zuvor über die verschiedenen Möglichkeiten der Kostenbeteiligung beraten zu haben. Dieses Verhalten hat der Prüfdienst beanstandet. Er geht davon aus, dass die Krankenkassen zukünftig über alle drei Erstattungsmöglichkeiten informieren.

Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen – Begutachtungsfälle

Dem Prüfdienst ist aufgefallen, dass einige Krankenkassen Gutachter der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) beauftragen, wenn unklar ist, ob eine beantragte Versorgung mit Zahnersatz oder eine kieferorthopädische Maßnahme bei Vorliegen bestimmter Indikationen genehmigungsfähig ist. Dass in vielen dieser Fälle jedoch die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zuständig sind, hat jüngst das Landessozialgericht Bayern festgestellt. Dies sei bei Zahnersatzversorgungen z.B. aufgrund der Art, Schwere oder Dauer einer Zahn- bzw. Kiefererkrankung der Fall. Darüber hinaus kamen die Richter zu dem Ergebnis, dass in kieferorthopädischen Leistungsfällen sogar ausschließlich der MDK für Begutachtungen herangezogen werden darf. Lediglich im Falle „medizinisch unkritischer“ Versorgungen mit Zahnersatz sei es demnach rechtmäßig, KZV-Gutachter zu beauftragen. Die Prüferinnen und Prüfer haben die betreffenden Kassen auf die Rechtslage hingewiesen. Bei seinen turnusmäßigen Prüfungen wird der Prüfdienst darauf achten, dass die Versicherungsträger künftig entsprechend verfahren.

Satzungsleistungen

Der Prüfdienst hat Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V der Krankenkassen geprüft. Dabei handelt es sich um zusätzliche Leistungen, die die Krankenkassen in ihren Satzungen ihren Versicherten anbieten. Die Krankenkassen können nur Leistungen aus den in der gesetzlichen Regelung ausdrücklich genannten Bereichen anbieten. Innerhalb dieses Leistungsspektrums sind ihnen vom Gesetzgeber weite Gestaltungsspielräume eröffnet worden. Voraussetzung ist allerdings, dass diese Leistungen nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen worden sind und die Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Das Angebot einer von uns geprüften Krankenkasse reichte von zusätzlichen (Untersuchungs-)Leistungen für Schwangere und bei Mutterschaft bis zu professioneller Zahnreinigung, Hilfsmitteln für Diabetiker (Flash Glukose Messsystem), sportmedizinischer Untersuchung und Beratung bis zur Osteopathie. Die Kosten für das zusätzliche Leistungsangebot müssen in der Rechnungslegung gesondert ausgewiesen werden. Die Krankenkassen finanzieren die Satzungsleistungen nicht aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds sondern aus Eigenmitteln.

Wesentliche Beanstandungen der Genehmigungspraxis der geprüften Krankenkasse ergaben sich aus den Prüfungen nicht. Allerdings stellte der PDK fest, dass bei manchen Leistungen, die etwa das Vorliegen bestimmter Risikofaktoren voraussetzen, der Nachweis ihres Vorliegens nicht immer einfach zu führen ist und nicht unerhebliche Probleme bereitet. So können etwa bei den Satzungsleistungen für schwangere Versicherte die Kosten für vom Arzt zusätzlich empfohlene und durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen, z.B. einen Toxoplasmosetest, erstattet erhalten. Voraussetzung ist nach der Satzungsregelung einer geprüften Krankenkasse, dass es sich um Risikopatientinnen handelt und ein konkret-individueller Untersuchungsanlass besteht. Es muss also ein ernsthaftes Erkrankungsrisiko bestehen. Dieses ist vor der Erstattung der Vorsorgeuntersuchung zu belegen. Gefährdet können Frauen sein, die über keine Immunität gegenüber der Toxoplasmose verfügen. Die Immunität ist regelmäßig

erst durch einen entsprechenden Test festzustellen. Die Kosten eines Testes zum Nachweis des Risikos sind aber keine Satzungsleistung. Eine geprüfte Kasse erstattete den Toxoplasmosetest daher regelmäßig bereits dann, wenn der Arzt ihn empfohlen hatte, unabhängig von einem erfolgten Nachweis eines bestehenden Risikos.

1.3.4. Finanzen und Kassensicherheit

Liquiditätsplanung

Die Bewertung der Liquiditätsplanung der Krankenkassen spielt in allen Finanzprüfungen eine wichtige Rolle. Oberstes Ziel des Liquiditätsmanagements muss es dabei sein, dass den Krankenkassen jederzeit ausreichend liquide Mittel zur Verfügung stehen, um die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben umfassend erfüllen zu können.

Insbesondere in Zeiträumen, in denen die gesamtwirtschaftliche Situation den Krankenkassen finanzielle Spielräume verschafft, ergibt sich regelmäßig die Möglichkeit und im Sinne des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit auch die Notwendigkeit, Mittel kurz-, mittel- oder sogar langfristig anzulegen, um mit den Erlösen die Aufgabenerfüllung zu unterstützen.

In Zeiten eines wegen der anhaltenden Zinsschwäche schwierigen Anlageumfeldes gehört es zu einem guten Liquiditätsmanagement, das Anfallen von Negativzinsen oder Verwahrgeldern, z.B. für hohe Kontenbestände, möglichst zu vermeiden.

Während die großen Krankenkassen ihr Finanz- und Liquiditätsmanagement in der Regel mit eigenem Personal und durchweg hoher Professionalität durchführen und kaum Beratungsbedarf haben, können gerade kleinere Kassen von den Empfehlungen des Prüfdienstes häufig profitieren. So hat der Prüfdienst zum Beispiel einer kleineren Krankenkasse empfohlen, die liquiden Mittel auf mehrere Konten zu verteilen, um durch optimales Ausnutzen von Freibeiträgen Verwahrgelder und Klumpenrisiken zu vermeiden. Bei anderen kleineren Krankenkassen hat der Prüfdienst die Möglichkeit aufgezeigt, dass es unter Umständen wirtschaftlicher sein kann, die Anlage längerfristiger Mittel in die Hände einer professionel-

len Finanzverwaltung (z.B. Kreditinstitut oder Kapitalverwaltungsgesellschaft) zu legen, als diese Aufgabe selbst zu erledigen.

Abfindungen zulasten der Pflegeversicherung

Aufgrund eines anonymen Hinweises untersuchte der Prüfdienst bei einer Krankenkasse mehrere Abfindungsvorgänge. Es handelt sich dabei um Fälle, in denen ein Haftpflichtversicherer zukünftige Kranken- und Pflegeversicherungsleistungen eines Versicherten (z.B. wegen eines Behandlungsfehlers) bezahlen muss und diese Verpflichtung durch Zahlung einer einmaligen Abfindung ablösen will. Durch eine einmalige Abfindung aller zukünftigen Ansprüche generiert die Krankenkasse zwar im Jahr der Abfindung deutlich erhöhte Einnahmen. Allerdings fallen in den Folgejahren die Einnahmen trotz bestehender Leistungsverpflichtung aus. Ob eine Abfindung auf lange Sicht überhaupt wirtschaftlich sinnvoll ist, konnte die Krankenkasse nicht belegen. Es fehlten Evaluierungen oder Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen, um dazu eine Aussage treffen zu können. Schon dieses Verhalten war zu beanstanden.

Darüber hinaus ist der Prüfdienst der Meinung, dass die Krankenkasse die Pflegekasse systematisch benachteiligt habe. In einem geprüften Vorgang wurde von der Abfindungssumme nur ein marginaler Teil in die Pflegeversicherung gebucht und der ganz überwiegende Teil der Abfindung in Höhe von 220.000 Euro in die Krankenversicherung. Dies geschah, obwohl die Krankenkasse im Vorfeld der Abfindungsverhandlungen ein Risiko von 213.000 Euro für die Pflegeversicherung und von 38.000 Euro für die Krankenversicherung errechnet hatte. Der Prüfdienst sieht in dieser Verfahrensweise eine erhebliche finanzielle Benachteiligung der Pflegeversicherung, die er ebenfalls beanstandet hat. Da die Krankenkasse hingegen einen Rechtsverstoß verneint, hat sie eine weitere Stellungnahme angekündigt, um die Rechtmäßigkeit ihres Verhaltens zu begründen. Das Verfahren ist noch nicht abgeschlossen.

Weiterleitung von Beitragseinnahmen an den Gesundheitsfonds

Neben den in jeder Prüfung zu thematisierenden allgemeineren Bereichen der Finanzprüfung geraten im Verlauf der Untersuchungen auch immer wieder Einzelfälle in den Fokus der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bundesversicherungsamtes. Dabei werden immer wieder Fehler in der Bearbeitung von finanzrelevanten Sachverhalten durch die Krankenkassen aufgedeckt, deren Bereinigung sich - in unterschiedlicher Höhe - auf die Rechnungsergebnisse der Krankenkasse oder - wie im folgenden Fall - auch auf die Mittel des Gesundheitsfonds auswirkt.

So stellten die Prüferinnen und Prüfer im Berichtszeitraum fest, dass eine Krankenkasse über mehrere Jahre Einnahmen, bei denen es sich zwar erkennbar um Beitragseinnahmen handelte, die aber aus unterschiedlichen Gründen keinem konkreten Beitragskonto zugeordnet werden konnten, als eigene Einnahmen verbuchte.

Dies widerspricht den geltenden rechtlichen Regelungen, nach denen die zeitliche Abgrenzung der Beitragseinnahmen vor dem 1. Januar 2009 aufgehoben wurde und Krankenkassen jedenfalls seit dem 1. Januar 2014 sämtliche eingenommenen Beiträge, auch solche, die weiter zurückliegende Zeiträume betreffen, über die Monatsabrechnung an den Gesundheitsfonds weiterzuleiten haben.

Der Prüfdienst hat daher die betroffene Kasse aufgefordert, die Beitragseinnahmen in Höhe von ca. 120.000 Euro an den Gesundheitsfonds weiterzuleiten.

1.3.5 Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V

Neben den Prüfungen nach §§ 274 SGB V / 46 SGB XI und § 42 RSAV bilden die Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V einen weiteren Kernbereich des Prüfdienstes. Gegenstand der Prüfung sind die Beitragsfestsetzung, der Beitragseinzug und die Weiterleitung der Beiträge für freiwillig versicherte Mitglieder, Versorgungsbezieher, Studenten und Praktikanten, Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, Rentenantragssteller und Rehabilitanden durch die Krankenkassen. Die Prüfung

erfolgt als versichertenbezogene und kontenbezogene Stichprobenprüfung. Dabei wird der durch fehlerhafte Bearbeitung entstandene monetäre Schaden je Einzelfall ermittelt. Das Ziel der Prüfung besteht darin, die Einnahmen des Gesundheitsfonds sicherzustellen. Der Prüfdienst konnte im Jahr 2017 insgesamt 15 Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V i. V. m. der Prüfverordnung sonstige Beiträge abschließen. Im Jahr 2017 wurden darüber hinaus mehrere Prüfungen fortgeführt und 20 Prüfungen neu eingeleitet, wovon eine bereits abgeschlossen werden konnte. Die Krankenkassen erhielten in allen Prüfverfahren nach der Erstsichtung der Stichprobenfälle ausreichend Gelegenheit, fehlende Unterlagen nachzureichen und fehlerhafte Entscheidungen – soweit rechtlich möglich – zu korrigieren. Obwohl die Nacharbeiten kassenseitig intensiv betrieben wurden, ergab sich nach Abschluss der Prüfverfahren durch den Prüfdienst dennoch ein Gesamtschaden für den Gesundheitsfonds in Höhe von 726.908,82 Euro. Der Großteil des Schadens resultierte aus der versichertenbezogenen Stichprobenprüfung. Hier stellte der Prüfdienst einen Beitragsschaden in Höhe von 690.591,19 Euro sowie einen Zinsschaden in Höhe von 27.039,36 Euro fest. Bei der kontenbezogenen Stichprobenprüfung summierte sich der Schaden auf 1.136,94 Euro zuzüglich eines Zinsschadens in Höhe von 8.141,33 Euro. Der hohe Betrag des Zinsschadens ist darauf zurückzuführen, dass die Kassen Beiträge zwar weitergeleitet haben, die Weiterleitung aber verspätet erfolgte.

Änderungen durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)

Mit dem Inkrafttreten des HHVG zum 1. Januar 2018 unterliegt die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder wesentlichen Veränderungen. Für Arbeits-einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit und Einkünften aus Vermietung und Verpachtung wurde das Verfahren der vorläufigen Beitragsfestsetzung eingeführt. Sofern die beitragspflichtigen Einnahmen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, werden die Beiträge für Mitglieder mit diesen Einnahmearten aufgrund des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheids (EStB) vorläufig festgesetzt. Sobald der EStB für das maßgebliche Kalenderjahr

vorgelegt wird, erfolgt eine rückwirkende Korrektur durch die endgültige Festsetzung der Beiträge. Wenn das Mitglied innerhalb von drei Jahren nach Ende des maßgeblichen Kalenderjahres keinen EStB vorlegt, werden die Beiträge endgültig nach beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt. Der Prüfdienst hat sich im vergangenen Jahr umfassend mit den Änderungen und Auswirkungen durch das HHVG auf den Beitragseinzug der Krankenkassen beschäftigt. Da bei einem Fehler im Rahmen einer rechtlich zulässigen vorläufigen Beitragsfestsetzung nur ein Schaden für entgangene Zinsen berechnet werden kann, hat der Prüfdienst beschlossen, die Prüfzeiträume in Zukunft immer am 31.12. des Vorjahres enden zu lassen. Auf diese Weise werden die aktuellen Zeiträume des laufenden Jahres, in denen die Beiträge überwiegend vorläufig festgesetzt wurden, ausgeklammert. Die neue Rechtslage wird daher erstmalig bei den Prüfungen ab dem Jahr 2019 relevant.

Nutzung einer Prüfsoftware

Nach intensiver Entwicklungsarbeit konnten zum Jahresende die letzten Tests zur Einführung einer neuen Prüfsoftware abgeschlossen werden. Die von der Abteilung 7 (Informationstechnik) des Bundesversicherungsamtes programmierte Anwendung ermöglicht nun eine automatisierte Berechnung der im Rahmen der versichertenbezogenen Stichprobenprüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V ermittelten Einnahmeverluste für den Gesundheitsfonds. Durch die Hinterlegung von Beitragssätzen, Rechengrößen sowie diverser Auswertungsmöglichkeiten wird das Prüfverfahren vereinfacht und vereinheitlicht. Der Prüfdienst setzt die Prüfsoftware ab 2018 bei allen neu beginnenden Prüfungen ein. Außerdem verfolgt er das Ziel, die Prüfsoftware für den Bereich der kontenbezogenen Stichprobenprüfung ebenfalls weiter zu entwickeln. Erste Vorbereitungsmaßnahmen sind bereits erfolgt. Damit die Vorteile der bestehenden neuen Prüfsoftware breitflächig genutzt werden können, stellt das Bundesversicherungsamt diese auch den Prüfdiensten der Länder zur Verfügung. Es ist geplant, die damit in Zusammenhang stehenden Arbeiten im ersten Halbjahr 2018 abzuschließen.



2. Pflegeversicherung

2.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können nach § 45a Abs. 4 SGB XI die Kosten für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag erstattet werden. Die Kostenerstattung wird auf den Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI angerechnet und darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 SGB XI für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 SGB XI in dem jeweiligen Kalen-

dermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden (sog. Umwandlungsanspruch). Gesetzesintention hierbei war es, die Leistungen der Pflegeversicherung weiter zu flexibilisieren und die Wahlrechte der Pflegebedürftigen zu stärken (BR-Drs. 223/14, S. 32).

Nicht geregelt ist, in welcher Höhe Rentenversicherungsbeiträge für die nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson abzuführen sind, wenn Pflegebedürftige von diesem Umwandlungsanspruch Gebrauch machen. Fraglich ist, ob sich in diesen Fällen die Bemessungsgrundlage gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB XI i. V. m. § 166 Abs. 2 SGB VI nach der ursprünglich beantragten Leistungsart (insbesondere Pflegegeld) oder der tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungsart (aufgrund des Umwandlungsanspruchs eine Kombinationsleistung: Pflegegeld und Sachleistung in Form von anerkannten Unterstützungsangeboten im Alltag) richtet.

Durch die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten reduziert sich i. d. R. der Pflege- und Betreuungsaufwand, den die Pflegeperson erbringt. Aus diesem Grund sowie um der gesetzlich intendierten Flexibilisierung und der tatsächlichen Wahl der Pflegebedürftigen Rechnung zu tragen, ist nach unserer Ansicht in den entsprechenden Monaten auf die niedrigere, für die Kombinationsleistung geltende Bemessungsgrundlage abzustellen.

Fehlerhafte Verbuchung der Kosten für die Pflegeberatung erfordern Umbuchungen

Das Bundesversicherungsamt hatte die Pflegekassen mit Rundschreiben vom 30. Juli 2014 und 20. März 2017 über die Inhalte einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die Abgrenzung zur Information nach § 7 Abs. 2 SGB XI und über die korrekte Verbuchung unterrichtet. Das SGB XI sieht mit § 7 Abs. 2 SGB XI Informations- und Aufklärungspflichten der Pflegekassen bei zu erwartender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit vor. Die Pflegekassen sind danach beispielsweise dazu verpflichtet, Versicherte, ihre Angehörigen und Lebenspartner über die Leistungen der Pflegekassen und Leistungen und Hilfen anderer Träger zu informieren sowie zuständige Leistungsträger zu benennen. Für Personen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht, sowie für Personen, die bereits Leistungen nach dem SGB XI erhalten, besteht gemäß § 7a SGB XI ein über die Informations- und Aufklärungspflichten hinausgehender Anspruch auf Pflegeberatung. Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung (§ 7a Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Die Pflegeberatung wird im Gegensatz zu den Informations- und Aufklärungspflichten nach § 7 Abs. 2 SGB XI durch speziell für die Pflegeberatung qualifizierte Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater durchgeführt. Nach § 7a Abs. 2 Satz 3 Nummer 1 - 6 SGB XI ist es z. B. die Aufgabe der Pflegeberatung, den konkreten Hilfebedarf zu erfassen und auch über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu

informieren. Zwingender Bestandteil einer Pflegeberatung ist ein schriftlicher Versorgungsplan (§ 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB XI). Der Versorgungsplan soll den individuellen Bedarf und das individuelle Leistungspaket des Pflegebedürftigen abbilden und dabei alle verfügbaren gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote berücksichtigen (s. BT-Drs. 16/7439, S. 47). Auf die Erstellung eines Versorgungsplans besteht ein individueller, einklagbarer Rechtsanspruch.

Die den Pflegekassen für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI entstehenden Sach- und Personalkosten werden zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI, die die Pflegekassen an die Krankenkassen leisten, angerechnet (§ 7a Abs. 4 Satz 5 SGB XI). Die Kosten der Pflegeberatung werden nach den Vorgaben des Kontenrahmens für die soziale Pflegeversicherung und den Ausgleichsfonds in der Kontengruppe 49 - Pflegeberatung - verbucht. Nach den Erläuterungen zu dieser Kontengruppe liegt ein entsprechend zu verbuchender Pflegeberatungsfall dann vor, wenn zumindest ein individueller Versorgungsplan erstellt worden ist und seine Umsetzung vom Pflegeberater begleitet wird.

Bei Prüfungen fiel auf, dass einige Pflegekassen die Kosten auch dann in der Kontengruppe 49 verbucht haben, wenn kein individueller Versorgungsplan erstellt wurde. Dieser Buchungsfehler führte dazu, dass zu Unrecht Personalkosten für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater verbucht wurden und die Verwaltungskostenerstattung entsprechend fehlerhaft gekürzt wurde. Das Bundesversicherungsamt setzte hier pauschale Korrekturbuchung in Höhe von ca. 21 Millionen Euro für die Jahre 2010 bis 2015 durch. Ein weiterer Buchungsfehler bestand in einer fehlerhaften Auslegung der vereinfachten Verbuchungsmethode der Pflegeberatungskosten. Die vereinfachte Verbuchungsmethode bestimmt, dass je Beratungsfall pauschal ein Prozent der Personal- und Sachkosten einer vollzeitbeschäftigten Pflegeberaterin oder eines Pflegeberaters in die Kontengruppe 49 gebucht werden können (Betreuungsrelation von 1 zu 100 je erstelltem Versorgungsplan, s. hierzu BT-Drs. 16/7439, S. 47). Eine Pflegekasse hatte hier eine eigene Kapa-

zitätenberechnung unter Annahme einer Falldauer von 68 Minuten der Pflegeberatung angesetzt. In der Folge wurden deutlich mehr Pflegeberatungsfälle verbucht als zulässig (2.470 statt korrekt nur 798). In diesem Fall erfolgte eine pauschale Korrekturbuchung für die Jahre 2011 bis 2014 in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro.

Gemäß § 17 Abs. 1a SGB XI ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, bis zum 31. Juli 2018 Richtlinien für eine einheitliche Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Pflegeberatungs-Richtlinien) zu erlassen. Diese werden für alle Stellen, die Pflegeberatungen erbringen, unmittelbar verbindlich. Die Herbeiführung einer einheitlichen Verfahrensweise der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird somit weiterhin ein Thema der Aufsicht über die Pflegekassen bleiben.

2.2 Feststellungen des Prüfdienstes

Zum 1. Januar 2016 ist das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften („Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II“) in Kraft getreten. Wesentliche Teile dieses

Gesetzes, wie die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes mit der Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens, das den Grad der Selbständigkeit ermittelt und auf dessen Grundlage fünf Pflegegrade anstatt der bisherigen drei Pflegestufen bestimmt werden, wurden zum 1. Januar 2017 wirksam. Diese neuen gesetzlichen Regelungen stellen die größte und bedeutsamste Änderung seit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 dar. Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung hat die praktische Umsetzung dieser neuen gesetzlichen Regelungen in der ersten Jahreshälfte 2017 schwerpunktmäßig bei zwölf Pflegekassen unterschiedlicher Größe geprüft. Der Fokus dieser Prüfungen lag auf drei Bereichen:

Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade

Die im Vorfeld der örtlichen Erhebungen durchgeführten maschinellen Prüfungen über die jeweilige Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen der geprüften Pflegekassen ergaben beim Abgleich der am 31. Dezember 2016 bestehenden Pflegestufen mit den übergeführten Pflegegraden ab 1. Januar 2017 nur ge-



ringe Auffälligkeiten, die größtenteils jedoch, wie die anschließende Überprüfung ergab, begründet waren (z.B. durch zwischenzeitliche Höherstufungen oder Widerspruchsverfahren).

Mängel gab es im Schwerpunkt bei der Kennzeichnung der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 45a SGB XI. Die Kennzeichnung war teilweise unrichtig bzw. fehlte in den Datenverarbeitungssystemen. Dies führte in der Folge zu fehlerhaften Überleitungen in die Pflegegrade. In einigen der geprüften Fälle unterblieb die schriftliche Mitteilung an den Pflegebedürftigen nach § 140 Abs. 2 Satz 2 SGB XI über die Zuordnung zu einem Pflegegrad. In wenigen Einzelfällen ergab die Prüfung, dass trotz korrekter Erfassung aller Merkmale in der Software iskv_21c die generell über ein Batch-Programm ausgelöste Überleitung der Pflegebedürftigen von Pflegestufen in Pflegegrade nicht erfolgte und somit im Anwendungssystem kein Datensatz mit der Zuordnung zu einem Pflegegrad hinterlegt war. In anderen Einzelfällen erfolgte zum 1. Januar 2017 eine Überleitung in einen Pflegegrad, obwohl die Pflegebedürftigen bereits in den Vorjahren verstorben waren und das Todesdatum eingetragen war. Gleichwohl wurden die Fälle noch als laufende Pflegefälle in der Software iskv_21c geführt.

Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

Mit dem PSG II wurde der bisherige individuelle Eigenanteil für den pflegebedingten Aufwand im Rahmen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI ab 1. Januar 2017 durch einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) ersetzt. Dies bedeutet, dass alle Bewohner einer vollstationären Einrichtung unabhängig von ihrem Pflegegrad den gleichen Zuzahlungsbetrag entrichten. Der EEE wurde auf der Grundlage der zu zahlenden Pflegesätze in einer Einrichtung für die Pflegegrade 2 bis 5 in Abhängigkeit von den Leistungsbeträgen nach § 43 SGB XI und der Anzahl der Bewohner einer Einrichtung zum Stichtag 30. September 2016 ermittelt. Die Feststellung bestimmt sich dabei u.a. nach den ab 1. Januar 2017 gültigen Pflegesätzen aufgrund der Neuverhandlungen nach § 92c SGB XI oder der alternativen Überleitung nach §§ 92d - f SGB XI. Aufgrund dieser gesetzlichen

Neuregelung erhalten Pflegebedürftige ab dem 1. Januar 2017 im Rahmen des Besitzstandsschutzes nach § 141 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 SGB XI einen Zuschlag auf den Leistungsbetrag, wenn der von ihnen selbst zu tragende EEE ab 1. Januar 2017 höher ist als der individuelle Eigenanteil, den sie im Dezember 2016 zu entrichten hatten. Ziel der Prüfung war es festzustellen, ob die Besitzstandsschutzregelung im Bereich der vollstationären Pflege korrekt umgesetzt wird. Bei drei der zwölf geprüften Pflegekassen mussten wir diesen Teil des Schwerpunktthemas weitestgehend ausklammern, da im Bereich der stationären Pflege zum Zeitpunkt der örtlichen Erhebungen zu Beginn des Jahres 2017 von den Einrichtungen der meisten Bundesländer noch keine Veröffentlichungen über die neuen Heimentgelte und den einheitlichen Eigenanteil als Grundlage für die Ermittlung des Besitzstandsschutzes nach § 141 Abs. 3 SGB XI vorlagen. Die Umsetzung der gesetzlichen Regelung nach Vorlage der entsprechenden Informationen wurde von den Pflegekassen zugesichert. Im Rahmen der Prüfung zeigten sich zwar vielfältige Fehler, wie z.B. die fehlerhafte Ermittlung des Besitzstandsschutzes aufgrund der Überleitung in einen nicht zutreffenden Pflegegrad. Auch die Berechnung und Auszahlung des Zuschlages nach § 141 Abs. 3 SGB XI wurde beanstandet, da sie nur in Einzelfällen erfolgte. Schließlich sind die Pflegekassen der gesetzlichen Verpflichtung nach § 141 Abs. 3 Satz 5 SGB XI wiederholt nicht nachgekommen, die Pflegebedürftigen schriftlich über die Höhe des Zuschlages nach § 141 Abs. 3 Satz 1 SGB XI zu informieren. Bezogen auf die Prüfung aller zwölf Pflegekassen ergab sich aber insgesamt ein positives Bild. Gravierende Fehler konnten nicht festgestellt werden. Der Prüfdienst hält die Thematik auch weiterhin für wichtig und wird sie daher im Rahmen seiner Prüfungen nach § 46 Abs. 6 SGB XI aufgreifen.

Übergangsrecht zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

In § 141 Abs. 4 SGB XI hat der Gesetzgeber geregelt, dass für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach



§ 44 SGB XI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, die Versicherungspflicht für die Dauer der Pflege Tätigkeit fortbesteht. In diesen Fällen bestimmen sich die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 nach § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI in der Fassung vom 31. Dezember 2016, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben. Die Fehlerquoten der geprüften Pflegekassen unterschieden sich deutlich, wobei es sich größtenteils um Einzelfehler handelte. Beispielhaft anzuführen sind die fehlerhafte Berechnung der Rentenversicherungsbeiträge der Pflegeperson in Folge der fehlerhaften Überleitung in einen Pflegegrad, die unterlassene Fortführung der Rentenversicherungspflicht über den 31. Dezember 2016 hinaus und die fehlerhafte Berechnung der Beiträge zur Rentenversicherung aufgrund von Eingabefehlern. Bei einer größeren Pflegekasse stellte der Prüfdienst einen programmtechnischen Fehler fest. Dieser zeigte sich bei der Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der Pflegeperson in Fällen der Kombinationspflege und führte systematisch zu Beitragsfehlberechnungen. Darüber hinaus traten bei dieser Pflegekasse Probleme in Zusammenhang mit Neuberechnungen im laufenden Jahr 2017 (z.B. bei Höherstufungen) auf. Die Berechnung der Beiträge erfolgte zum 1. Januar 2017 zunächst korrekt unter Berücksichtigung des Besitzstandsschutzes. Wurde jedoch eine Neuberechnung erforderlich, erfolgte diese ohne Anwendung der Besitzstandsschutzregelung. Eine Pflegekasse entrichtete allein auf

Grundlage der Angaben des Pflegebedürftigen Beiträge zur Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, ohne vorher den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet zu haben. Diese Vorgehensweise steht nicht in Einklang mit § 44 Abs. 1 Satz 2 SGB XI, wonach die Pflegekasse gesetzlich verpflichtet ist, den MDK oder einen unabhängigen Gutachter mit der Beurteilung zu beauftragen, ob die Pflegeperson ein oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt. Vor dem Hintergrund der Regelungen des PSG II, die die Überleitung vereinfachen, den MDK entlasten und den Besitzstandsschutz gewährleisten sollen, erachtete das Bundesversicherungsamt die Verfahrensweise der Pflegekasse vorübergehend für tolerierbar. Voraussetzung war jedoch, dass der Rücklauf der Fragebögen von den Pflegekassen überwacht wurde und diese „Vereinfachte Verfahrensweise“ nur übergangsweise genutzt wurde. Die Pflegekasse wurde entsprechend beraten.

Einen weiteren Schwerpunkt unserer Prüfungen bildete die Vorgehensweise der Pflegekassen im Hinblick auf die Fälle, bei denen erst mit Inkrafttreten der Neuregelungen zur Pflege Tätigkeit von Pflegepersonen ab dem 1. Januar 2017 Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI eingetreten ist. Hinsichtlich der Ermittlung dieses Personenkreises durch die Pflegekassen stellten wir unterschiedliche Vorgehensweisen fest. Während einige Pflegekassen den Bescheiden zur Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade an die

Pflegebedürftigen einen „Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ beifügten, um so Angaben zu möglichen Pflegepersonen zu erhalten, überprüften andere Pflegekassen die in den MDK-Gutachten genannten Pflegepersonen hinsichtlich der sich für diese ab dem 1. Januar 2017 ergebenden Auswirkungen auf das Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung mit Hilfe des o.g. Fragebogens.

Eine größere Pflegekasse versendete frühzeitig Informationsschreiben, die über die wesentlichen Rechtsänderungen in der Renten- und Arbeitslosenversicherung der Pflegepersonen ab 1. Januar 2017 informierten und in denen um Angaben zu möglichen Pflegepersonen gebeten wurde. Diesen Schreiben wurde ebenfalls der o.g. Fragebogen beigelegt. Adressaten waren hier jedoch lediglich die Versicherten, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung bestand, die jedoch keiner Pflegestufe nach den § 14 und 15 SGB XI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung zugeordnet waren (sog. „Pflegestufe 0“) und die mit Wirkung vom 1. Januar 2017 in den Pflegegrad 2 überführt wurden. Darüber hinaus wurden Pflegebedürftige aller Pflegestufen angeschrieben, die Pflegegeld nach § 37 SGB XI beziehen, ohne dass datentechnisch eine Pflegeperson erfasst war.

Da die konkrete Vorgehensweise in die Entscheidungshoheit und Verantwortung der jeweiligen Pflegekasse fällt, hatte der PDK in den vorgenannten Fällen keinen Grund zur Beanstandung. Bei zwei Pflegekassen stellten wir jedoch fest, dass diese aufgrund der fehlenden technischen Möglichkeiten zur Ermittlung der Fälle beabsichtigen, in laufenden Pflegefällen bei der nächsten manuellen Bearbeitung des Falles im Zusammenhang mit leistungsrechtlichen Ansprüchen in der Pflegeversicherung nach § 28 SGB XI zu überprüfen, ob die Pflege durch Pflegepersonen ausgeübt wird, die bisher nicht rentenversicherungspflichtig waren. Wir werden bei diesen zwei Pflegekassen die Entscheidung über die Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen bei der nächsten Prüfung nach § 46 Abs. 6 SGB XI nochmals aufgreifen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die neuen gesetzlichen Regelungen ganz überwiegend gut umgesetzt wurden. Lediglich die Umsetzung der Regelungen zum Übergangsrecht der sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 141 Abs. 4 SGB XI führte zu vermehrten Fehlerfeststellungen. Daher wird die Bearbeitung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen, wie bereits in der Vergangenheit, weiter im Fokus der Prüfungen des PDK stehen.



3. Rentenversicherung

3.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

EM-Leistungsverbesserungsgesetz

Anfang 2017 hat sich das Bundesversicherungsamt intensiv mit dem Entwurf des EM-Leistungsverbesserungsgesetzes befasst und gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales Stellung genommen. Von besonderer Bedeutung für das Bundesversicherungsamt sind die zum 22. Juli 2017 in Kraft getretenen Änderungen des § 58 Abs. 1 Satz 3 SGB VI und des § 74 Satz 3 SGB VI. Die Auslegung beider Bestimmungen, insbesondere die Vormerkung von Fachschulzeiten als Anrechnungszeiten und deren Berücksichtigung in der Gesamtleistungsbewertung, war in den vergangenen Jahren immer wieder Gegenstand von Eingaben sowie umfangreichem Schriftwechsel mit einem Rentenversicherungsträger und dem Ministerium.

Zuletzt hatte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Jahr 2016 beim Bundesversicherungsamt nachgefragt, ob es die Auffassung der Rentenversicherungsträger teilt, dass die Ausschlussregelung des § 58 Abs. 1 Satz 3 SGB VI insbesondere auch auf den Anrechnungszeitbestand des § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI (Bezug einer Rente wegen teilweise Erwerbsminderung) anwendbar ist. Das Bundesversicherungsamt hatte dem Ministerium mitgeteilt, dass die Rechtsauffassung der Rentenversicherung und die entsprechende verbindliche Entscheidung nach § 138 SGB VI angesichts der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 2011 aufsichtsrechtlich nicht zu beanstanden ist und empfahl eine Gesetzesänderung.

Durch die Änderungen des EM-Leistungsverbesserungsgesetzes ist jetzt zum einen gesetzlich klargestellt, dass nur die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit keine Anrechnungszeiten sind, wenn

der Versicherte nach Vollendung seines 25. Lebensjahres wegen des Bezugs von Sozialleistungen versicherungspflichtig und arbeitsunfähig oder arbeitslos war. Zum anderen wird durch die gleichzeitige Änderung des § 74 Abs. 1 Satz 3 SGB VI ausgeschlossen, dass bei gleichzeitigem Vorliegen einer Anrechnungszeit nach § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI neben einem versicherungspflichtigen Sozialleistungsbezug, zum Beispiel Übergangsgeld, Unterhaltsgeld oder Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, anfängliche Zeiten einer tatsächlichen Berufsausbildung im Berufsleben keinen oder nur einen sehr geringen Zuschlag an Entgeltpunkten erhalten.

Rentenüberleitungsrecht

Das Bundesversicherungsamt hat sich zudem mit dem Referentenentwurf des Rentenüberleitungs-Abschlussgesetzes vom 17. Juli 2017 beschäftigt und gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales Stellung genommen. Durch die Regelungen des Rentenüberleitungs-Abschlussgesetzes werden die Renten in den neuen und alten Bundesländern ab 1. Juli 2018 stufenweise bis spätestens zum 1. Juli 2024 angeglichen.

Auch knapp 30 Jahre nach Vollendung der Deutschen Einheit erreichen das Bundesversicherungsamt nach wie vor Petitionen und Eingaben zu rentenrechtlichen Fragestellungen, die sich aus dem Rentenüberleitungsrecht ergeben.

Mit dem Rentenüberleitungsgesetz (RÜG) vom 25. Juli 1991 wurde die Überführung der Altersversorgungssysteme der ehemaligen DDR in das bundesdeutsche Recht geregelt. Das Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) als Bestandteil des RÜG trifft nähere Festlegungen zur Überführung der Sonder- und Zusatzversorgungssysteme der ehemaligen DDR.

Ein Teil der aufsichtsrechtlich geprüften Eingaben befasste sich mit der Frage, ob und inwieweit auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine nachträgliche (fiktive) Einbeziehung in die damaligen Zusatzversorgungssysteme der ehemaligen DDR (Anlage 1 zu § 1 Abs. 2 AAÜG) erfolgen kann. Dies betrifft Fälle, in denen Personen zu Zeiten der DDR zwar keine Versorgungszusage, die zur Einbe-

ziehung in die Zusatzversorgungssysteme berechtigt hätte, erteilt worden war, die aber dem Grunde nach die abstrakt-generellen Voraussetzungen nach den Bestimmungen der seinerzeit geltenden Versorgungsordnungen der ehemaligen DDR erfüllten. Betroffen war zumeist die zusätzliche Altersversorgung der technischen Intelligenz (Anlage 1 Nr. 1 zu § 1 Abs. 2 AAÜG). Hierzu hat das Bundessozialgericht in erweiternder Auslegung die Voraussetzungen für eine Einbeziehung bei denjenigen Personen als erfüllt angesehen, die berechtigt waren, am 30. Juni 1990 eine bestimmte Berufsbezeichnung zu führen (persönliche Voraussetzung), eine entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausgeübt haben (sachliche Voraussetzung) und zwar in einem volkseigenen Produktionsbetrieb der Industrie oder des Bauwesens oder einem diesem gleichgestellten Betrieb (betriebliche Voraussetzung). Nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung müssen jedoch alle drei Voraussetzungen kumulativ am Stichtag 30. Juni 1990 vorliegen, was zu Schwierigkeiten bei der Nachweisführung führte und infolge Gegenstand wiederkehrender Eingaben war. Ein weiterer Schwerpunkt lag in der Prüfung und Anerkennung geltend gemachter Jahresendprämien. Bei den Jahresendprämien handelt es sich um finanzielle Zuwendungen, die in der ehemaligen DDR von Seiten der Betriebe an ihre Werk tätigen für besondere betriebliche Leistungen gewährt wurden. Die Jahresendprämien dienten als Anreiz zur Erfüllung bzw. Übererfüllung der Planaufgaben. Sie wurden aus einem zu bildenden Betriebsprämienfonds finanziert. Ausgehend von dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 23. August 2007 (Az.: B 4 RS 4/06 R), nachdem die in der ehemaligen DDR betriebskollektivvertraglich gezahlte Jahresendprämien Arbeitsentgelt im Sinne des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IV darstellen und im Rahmen des § 6 Abs. 1 Satz 1 AAÜG grundsätzlich berücksichtigt werden können, ergaben sich unterschiedliche Problemstellungen. Als besonders problematisch stellte sich heraus, dass der Versicherte für eine Berücksichtigung von Jahresendprämien nachweisen oder zumindest glaubhaft machen muss, dass er die Voraussetzungen für den Bezug der Jahresendprämien erfüllt hat und Zahlungen tatsächlich zugeflossen sind. Denn nach dem vorstehend genannten Urteil des Bundessozialgerichts trägt der jeweilige Versicherte

sowohl die objektive Beweislast dafür, dass er einen Anspruch (dem Grunde und der Höhe nach) auf die geltend gemachten Prämienzahlungen hatte als auch für den Zufluss der Prämienzahlungen.

Da ein Nachweis bzw. eine Glaubhaftmachung von den Anspruchstellern in vielen Fällen nicht erbracht werden konnte, strebten diese eine Schätzung der Jahresendprämien an. Obwohl der 5. Senat des Sächsischen Landessozialgerichts in einer Reihe von Entscheidungen aus dem Jahr 2016 diese Schätzung zuließ, lehnte der Zusatzversorgungsträger diese Vorgehensweise unter Verweis auf die bestehenden Regelungen regelmäßig ab. Das Bundesversicherungsamt hat diese Verfahrensweise aufgrund der überzeugenden Argumentation des Zusatzversorgungsträgers aufsichtsrechtlich nicht beanstandet, zumal auch alle anderen mit dieser Frage befassten Landessozialgerichte in ihren Entscheidungen erhebliche rechtliche Bedenken gegen die Vornahme einer Schätzung äußerten.

Mit Urteilen vom 15. Dezember 2016 (u. a. Az.: B 5 RS 4/16 R) stellte das Bundessozialgericht fest, dass eine über die in § 6 Abs. 6 AAÜG erlaubte Glaubhaftmachung hinausgehende Verminderung des Beweismaßstabes im Sinne einer Schätzungswahrscheinlichkeit nicht möglich ist und vom Gesetzgeber so auch nicht vorgesehen war. Damit bestätigte das Bundessozialgericht die bislang vom Zusatzversorgungsträger und dem Bundesversicherungsamt vertretene Rechtsauffassung, wonach die bloße Schätzung für eine Glaubhaftmachung der geltend gemachten Jahresendprämien nicht zulässig ist.

Umsetzung des Flexirentengesetzes

Das Bundesversicherungsamt begrüßt es – wie bereits im Tätigkeitsbericht 2016 dargestellt – ausdrücklich, dass durch das Flexirentengesetz die monatsbezogene Hinzuverdienstgrenze und die sog. Stufenabstürze, nach denen schon ein geringes Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze zu erheblichen Rentenüberzahlungen führen konnte, zum 1. Juli 2017 abgeschafft wurden. Denn auch im Jahr 2017 haben das Bundesversicherungsamt wieder zahlreiche Beschwerde über die bisher geltenden starren Hinzuverdienstgrenzen erreicht. Zudem zeigten sich in den Eingaben neben

Problemen mit den zum Teil komplizierten Berechnungen insbesondere Fehler, wenn im selben Sachverhalt sowohl Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung als auch Arbeitseinkommen aus einer selbständigen Tätigkeit aufeinandertrafen.

Seit dem 1. Juli 2017 erfolgt die Anrechnung nach Überschreiten der Jahresgrenze von 6.300 € stufenlos und an die Stelle einer monatlichen Betrachtungsweise des Hinzuverdienstes ist eine jährliche getreten. Auch die neue Berechnung der Hinzuverdienstgrenze ist wegen des Hinzuverdienstdeckels allerdings kompliziert. Zudem ist nun jeweils zum 1. Juli eines Jahres grundsätzlich der voraussichtliche kalenderjährliche Hinzuverdienst neu zu bestimmen sowie der bisher berücksichtigte Hinzuverdienst rückwirkend zu korrigieren. In Folge der zum 1. Juli 2018 erstmals rückwirkend stattfindenden jährlichen Spitzabrechnung rechnet das Bundesversicherungsamt erneut mit Eingaben.

Durch das Flexirentengesetz sind nicht nur die Hinzuverdienstregelungen geändert worden, neu ist auch, dass um einen Anreiz für eine Beschäftigung nach Erreichen der Regelaltersgrenze zu setzen, die Möglichkeit geschaffen wurde, auf die dann bestehende Versicherungsfreiheit zu verzichten. Die Beschäftigten können so weitere Entgeltpunkte in der gesetzlichen Rentenversicherung erwerben und ihren Rentenanspruch erhöhen. In einem Einzelfall hat sich ein Rentner, der während des Altersrentenbezugs weiter beschäftigt war, daher unter Hinweis auf das Flexirentengesetz an den Petitionsausschuss gewandt und eine höhere Altersrente unter Berücksichtigung der von seinem ehemaligen Arbeitgeber während des Altersrentenbezugs entrichteten Beitragsanteile zur gesetzlichen Rentenversicherung begehrt. Da der Petent als Bezieher einer Vollrente wegen Alters gemäß § 5 Abs. 4 Nr. 1 SGB VI versicherungsfrei in der gesetzlichen Rentenversicherung war, hat er während der in Frage stehenden Beschäftigungszeiten keine rentenrechtlichen Zeiten zurückgelegt, für die rentenerhöhend Entgeltpunkte hätten berücksichtigt werden können. Die Beitragspflicht des Arbeitgebers sollte lediglich verhindern, dass Arbeitgeber Altersrentner um des mit der Beitragsfreiheit verbundenen Kostenvorteils wegen beschäftigen. Aus den Änderungen des Flexirentengesetzes konnte nichts zu Gunsten des Rentners hergeleitet werden. Seit dem 1. Januar

2017 besteht zwar die Möglichkeit, dass nach Vollendung der Regelaltersgrenze beschäftigte Bezieher einer Altersrente auf die bestehende Rentenversicherungspflicht verzichten. Bei der dann bestehenden Rentenversicherungspflicht müssen aber sowohl der Arbeitgeber-, als auch der Arbeitnehmeranteil am Rentenversicherungsbeitrag abgeführt werden. Da aktuell nicht die Möglichkeit besteht, den Arbeitnehmeranteil nachzuzahlen, ist der Rentenversicherungsträger dem Begehren des Petenten zu Recht nicht nachgekommen.

Einen anderen Einzelfall hat das Bundesversicherungsamt zum Anlass genommen, die Deutsche Rentenversicherung Bund darauf hinzuweisen, dass die pauschale Aussage auf ihrer Website, dass Altersvollrentenbezieher vor Erreichen der Regelaltersgrenze die Möglichkeit haben, gegenüber ihrem Arbeitgeber auf die Versicherungspflicht zu verzichten, so nicht zutreffend ist. Denn gemäß § 6 Abs. 1b SGB VI hat lediglich der dort genannte Personenkreis der geringfügig Beschäftigten die Möglichkeit, sich in diesen Fällen von der Rentenversicherungspflicht befreien zu lassen. Das Bundesversicherungsamt hat den Rentenversicherungsträger gebeten, den Eintrag zu überarbeiten, da er nicht nur fehlerhaft ist, sondern bei den Betroffenen – wie die zugrundeliegende Eingabe zeigte – falsche Erwartungen weckt. Der Rentenversicherungsträger hat seine Website entsprechend geändert. Durch das Flexirentengesetz erhielten darüber hinaus die Nachsorgeleistungen als Teil der bisher in § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI a.F. geregelten sonstigen Leistungen in § 17 SGB VI eine eigenständige Vorschrift. Danach steht die Bewilligung der Nachsorgeleistungen nicht mehr im Ermessen der Rentenversicherungsträger. Vielmehr haben sie im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur Teilhabe nachgehende Leistungen zu erbringen, wenn diese erforderlich sind, um den Erfolg der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern. Die Rentenversicherungsträger haben inzwischen wie vorgeschrieben eine Gemeinsame Richtlinie für Leistungen zur Nachsorge erarbeitet, welche die nähren Anspruchsvoraussetzungen und die Leistungserbringung einheitlich regelt. Ebenso wurde das Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation überarbeitet. Das

Bundesversicherungsamt hat diese Prozesse aufsichtsrechtlich begleitet.

Im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit stellte das Bundesversicherungsamt darüber hinaus fest, dass es in einigen Regionen noch zu Angebotsengpässen bei den Nachsorgeleistungen kommt. So gab es teilweise zwar ausreichend Nachsorgeangebote, jedoch war die Teilnahme an diesen Leistungen für Berufstätige nicht zu realisieren, da diese bereits am Nachmittag endeten. Da die Rehabilitationsträger u. a. gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hinzuwirken haben, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen, wird das Bundesversicherungsamt diese Problematik auch im Jahr 2018 aufsichtsrechtlich begleiten.

Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes

Daneben soll ein weiterer Fokus auf der Umsetzung der Neuregelung des Bundesteilhabegesetzes vom 23. Dezember 2016 liegen, die für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung im Wesentlichen zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten sind. Auch im Hinblick auf die hierdurch bei den Rentenversicherungsträgern notwendigen Umstellungsarbeiten muss sichergestellt bleiben, dass im Einzelfall zeitnah und rechtskonform über Anträge auf Leistungen zur Teilhabe entschieden wird.

Eingaben zur „Mütterrente“

Durch die sog. Mütterrente werden Müttern oder Vätern für vor 1992 geborene Kinder seit dem 1. Juli 2014 zwei, anstatt zuvor ein Jahr Kindererziehungszeiten im Rahmen der Rentenberechnung angerechnet. Obwohl die Umsetzung durch die Rentenversicherungsträger insgesamt reibungslos verlief, beschwerten sich auch im vergangenen Jahr wiederum zahlreiche Versicherte und Rentnerinnen und Rentner beim Bundesversicherungsamt über die Anwendung und Auswirkungen dieser Regelung.

Im Einzelnen wurde beanstandet, dass die zur Erhe-

bung der erforderlichen Informationen verwendeten Vordrucke für jeden Ehegatten gesondert auszufüllen sind. Da die Bearbeitung der Versicherungskonten jedoch für jeden Ehegatten getrennt zu erfolgen hat und die Ehegatten oftmals bei unterschiedlichen Rentenversicherungsträgern versichert sind, besteht derzeit keine Möglichkeit für die Rentenversicherungsträger diese Verfahrensweise zu ändern.

Auch wurde in diesem Zusammenhang die Frage der Rückübertragung von Kindererziehungszeiten auf einen anderen Elternteil für vor dem 1. Januar 1986 geborene Kinder thematisiert, wenn die Eltern nach den damaligen gesetzlichen Bestimmungen übereinstimmend die Kindererziehungszeiten einem Elternteil zugeordnet hatten. Hierbei waren die Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass eine Rückübertragung der Kindererziehungszeiten auch dann ausgeschlossen ist, wenn sich die Eltern übereinstimmend auf eine solche Rückübertragung verständigt haben. Denn der Gesetzgeber hat seinerzeit einen Widerruf der übereinstimmenden Erklärung zur Zuordnung der Kindererziehungszeiten ausgeschlossen.

Erneut wandte sich zudem eine Petentin dagegen, dass die „Mütterrente“ bei ihr nicht zu einer Renterhöhung, sondern einer Rentenminderung führt. Anhand von dem Rentenversicherungsträger aufgege-

benen Proberechnungen stellte das Bundesversicherungsamt fest, dass die zusätzliche Berücksichtigung einer Berufsausbildungszeit und die Berücksichtigung des zweiten Kindererziehungsjahres gemeinsam dazu führten, dass in der Rentenberechnung keine Mindestentgeltpunkte bei geringem Arbeitsentgelt mehr zu berücksichtigen waren, wodurch sich die Rentenhöhe verringerte.

Auch wenn der Unmut der Petentin nachvollziehbar war, konnte das Bundesversicherungsamt im Wege der Rechtsaufsicht nicht behilflich sein. Da der Verzicht auf einzelne Berechnungselemente nicht zulässig ist und der Gesetzgeber für die vorliegende Fallgestaltung keine Sonderregelung getroffen hat, erhält die Petentin die ihr gesetzlich zustehende Rente. Zumal die Mindestentgeltpunkte als Element des Solidarausgleichs innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung gerade nur für diejenigen Versicherten Nachteile bei der Rentenberechnung ausgleichen sollen, die während ihres Erwerbslebens Verdienste von weniger als 75 Prozent der Durchschnittsentgelte aller Versicherten erzielt haben. Bei Überschreiten des Wertes – egal aus welchem Grund – bedarf es keines Ausgleichs mehr. Der Rentenversicherungsträger hat die gesetzliche Neuregelung zutreffend umgesetzt.

Das Bundesversicherungsamt hat zudem einen wei-



teren Fall geprüft, in dem sich eine Rentnerin gegen eine Rentenminderung wandte, die aufgrund eines Abänderungsverfahrens zum Versorgungsausgleich, welches von ihrem geschiedenen Ehemann nach Einführung der „Mütterrente“ beantragt worden war, erfolgte. Wie bereits in den im Jahr 2016 geprüften Einzelfällen hatte die DRV Bund die gesetzlichen Änderungen zutreffend angewandt.

Eingaben zur „Rente mit 63“

Anlässlich einer Petition beschäftigte sich das Bundesversicherungsamt mit der grundsätzlichen Frage, ob die Einführung der Rente für besonders langjährig Versicherte nach § 236b SGB VI eine zusätzliche Vertrauensschutzregelung erforderlich macht. Die Petentin schloss im Jahr 2006 mit ihrem Arbeitgeber einen Altersteilzeitvertrag, nachdem ihr Beschäftigungsverhältnis am 30. April 2017 endet. Bei Abschluss des Altersteilzeitvertrages ging die Petentin davon aus, zum 1. Mai 2017 die Altersrente für langjährig Versicherte mit einem Rentenabschlag von 7,2 Prozent zu beziehen. Das zum 1. Juli 2014 in Kraft getretene RV-Leistungsverbesserungsgesetz eröffnete der Petentin die Möglichkeit, die Altersrente für besonders langjährig Versicherte ab dem 1. September 2017 abschlagsfrei in Anspruch zu nehmen. Die Petentin beabsichtigte nunmehr, anstelle der abschlagsbehafteten Altersrente für langjährig Versicherte ab dem 1. Mai 2017 die abschlagsfreie Altersrente für besonders langjährig Versicherte ab dem 1. September 2017 in Anspruch zu nehmen.

Da die Petentin in der Übergangszeit vom 1. Mai bis zum 31. August 2017 aufgrund des Eintritts einer Sperrzeit in den ersten drei Monaten keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld hatte, begehrte sie mit ihrer Eingabe die Schaffung einer Vertrauensschutzregelung, die es ihr ermöglicht, die abschlagsfreie Altersrente für besonders langjährig Versicherte bereits nach Vollendung des 63. Lebensjahres, also ab dem Monat Mai 2017 in Anspruch zu nehmen. Es dürfe ihr nicht zum Nachteil gereichen, dass sie bei Abschluss des Altersteilzeitvertrages die mit dem RV-Leistungsverbesserungsgesetz vom Gesetzgeber beschlossenen Leistungsverbesserungen nicht habe absehen können. Das Bundesversicherungsamt hat festgestellt, dass

es mangels eines schützenswerten Vertrauens keiner Vertrauensschutzregelung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung bedarf. Denn schützenswert ist nur das Vertrauen der Petentin in die bei Abschluss des Altersteilzeitvertrages bestehende Rechtslage und damit in die seinerzeit bestehende Möglichkeit der vorzeitigen Inanspruchnahme der Altersrente für langjährig Versicherte mit einem Abschlag von 7,2 Prozent. Diese Möglichkeit besteht nach den für die Petentin maßgeblichen Vertrauensschutzregelungen des § 236 Abs. 2 und Abs. 3 SGB VI unverändert fort. Da in die schützenswerte Rechtsposition durch das RV-Leistungsverbesserungsgesetz nicht eingegriffen wurde, bestand für den Gesetzgeber auch keine Notwendigkeit, eine Vertrauensschutzregelung für Sachverhalte wie den der Petentin zu schaffen. Zwischenzeitlich dürfte sich die Problematik jedoch auf andere Weise im Sinne der Petentin (sowie in gleichgelagerten Fällen) erledigt haben. Denn das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 12. September 2017 (Az.: B 11 AL 25/16 R) entschieden, dass eine Sperrzeit nicht eintritt, wenn eine Arbeitnehmerin am Ende der Altersteilzeit entgegen ihrer ursprünglichen Planung nicht sofort Altersrente in Anspruch nimmt, sondern zunächst Arbeitslosengeld beantragt, weil sie – bedingt durch eine Gesetzesänderung – zu einem späteren Zeitpunkt abschlagsfrei in Rente gehen kann.

Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

Aufgrund einer Eingabe hat sich das Bundesversicherungsamt intensiv mit den Voraussetzungen der Erstreckung einer bereits bestehenden Befreiung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI auf eine andere versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit nach § 6 Abs. 5 Satz 2 SGB VI befasst und mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger grundsätzliche Erörterungen geführt.

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt anlässlich einer Eingabe mit der Deutschen Rentenversicherung Bund diskutiert, ob ein Bescheid über die rückwirkende Befreiung von der Rentenversicherungspflicht auf der Grundlage des durch das Gesetz zur Neuordnung des Rechts der Syndikusanwälte und zur Änderung der Finanzgerichtsordnung zum 1. Januar

2016 eingefügten § 231 Abs. 4b SGB VI gemäß § 96 SGG Gegenstand des gegen die ursprüngliche Ablehnung der Befreiung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI aus dem Jahr 2015 gerichteten Klageverfahrens wird. Nach intensiver Auseinandersetzung mit den Argumenten des Rentenversicherungsträgers und der seinerzeit vorliegenden Rechtsprechung ist das Bundesversicherungsamt zu dem Ergebnis gekommen, dass die Auffassung der Deutschen Rentenversicherung Bund, dass es sich bei den Befreiungsverfahren gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI (unter Berücksichtigung der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Rechtslage) und dem nach § 231 Abs. 4b SGB VI um zwei verschiedene und voneinander zu trennende Verwaltungsverfahren handelt, rechtlich vertretbar und damit aufsichtsrechtlich nicht zu beanstanden ist.¹

Laufzeiten bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Übergangsgeld

Die Laufzeiten im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie generell bei der Bearbeitung von Anträgen auf Übergangsgeld sind im Jahr 2017 bei einem Rentenversicherungsträger aufgrund der Einführung eines neuen IT-Programmsystems angestiegen. Die Umstellung erfolgte wegen der Organisationsstruktur sukzessive anhand der Geburtsdaten der Versicherten. Vor diesem Hintergrund waren die Mitarbeiter vorübergehend in zwei Systemen tätig und mussten parallel an die Anforderungen und Vorgaben des neuen Programmsystems herangeführt werden. Hierbei hat das Bundesversicherungsamt darauf geachtet, dass Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie auf Übergangsgeld trotz der erhöhten Laufzeiten in einem rechtlich zulässigen Zeitrahmen bearbeitet werden. Für das Jahr 2018 wird das Bundesversicherungsamt darauf achten, dass sich die Laufzeiten in diesen Bereichen wieder den Vorjahreswerten annähern.

¹ Die Rechtsauffassung der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde zwischenzeitlich durch das Bundessozialgericht bestätigt (Beschluss vom 22. März 2018, Az.: B 5 RE 12/17 B, Urteil vom 28. Juni 2018, Az.: B 5 RE 2/17).

Nichtbeachtung von Vollmachten

Weiterhin stellte das Bundesversicherungsamt fest, dass die Rentenversicherungsträger Bevollmächtigungen nicht hinreichend berücksichtigten und demzufolge den Schriftverkehr unmittelbar an die Versicherten übersandt haben. Hierbei standen viele Fehler im Zusammenhang mit der Art und Weise, wie eine Bevollmächtigung zu speichern ist. Mit der Einführung des neuen IT-Programmsystems haben sich zudem die Verschlüsselungen für die verschiedenen Speichervarianten geändert, weswegen es in der Umstellungsphase zu weiteren Fehlerschwerpunkten gekommen ist. Diese hat das Bundesversicherungsamt gemeinsam mit dem betroffenen Rentenversicherungsträger aufsichtsrechtlich begleitet, um die hierdurch entstehenden Fehler zu minimieren.

Internationale Kontakte/Konferenzen

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr die Gespräche zwischen den deutschen und den finnischen, polnischen, moldauischen sowie den japanischen Versicherungsträgern begleitet. Bei der deutsch-finnischen sowie der polnisch-deutschen Verbindungsstellenbesprechung ging es vor allem um materiell-rechtliche Fragen zum jeweiligen nationalen Recht sowie zu den seit 1. Mai 2010 anwendbaren Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009. Problemfragen aus dem anzuwendenden Sozialversicherungsabkommen standen ebenso wie die Auswirkungen der verschiedenen Organisationsreformen und nationalen Rechtsänderungen im Mittelpunkt der deutsch-japanischen Besprechung. Ein besonderer Stellenwert kommt bei allen Gesprächen der Abstimmung von Verfahrensfragen zu, um die langwierigen Verwaltungsverfahren im Interesse der Versicherten insgesamt zu beschleunigen. Im Rahmen der Besprechung der deutschen und moldauischen Rentenversicherungsträger konnten notwendige und zweckmäßige Verwaltungsmaßnahmen festgelegt werden, die für die künftige Umsetzung der im Sozialversicherungsabkommen getroffenen Regelungen erforderlich sind.



3.2 Prüfung

Prüfverfahren „Knappschaftsausgleichsleistung“, „Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute“ und „Rente für Bergleute“

Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen seiner Aufsichtsprüfungen erstmalig die Themen „Knappschaftsausgleichsleistung“, „Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute“ und „Rente für Bergleute“ aufgegriffen.

Bei einer Aufsichtsprüfung führt das Bundesversicherungsamt systematisch stichprobenweise Aktenprüfungen zu bestimmten Themenbereichen durch und untersucht, ob die bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträger das Recht zutreffend anwenden. Ziel ist es, Feststellungen zu treffen und Veränderungen zu bewirken, die Auswirkungen auf eine Vielzahl von Fällen haben.

Die Knappschaftsausgleichsleistung (§ 239 SGB VI) stellt eine rentenähnliche Leistung für vorzeitig aus dem Bergbau ausgeschiedene Bergleute dar, die (noch) keinen Anspruch auf Erwerbsminderungs- oder Altersrente haben. Ein großer Teil der Vorschriften für die

Rente wegen voller Erwerbsminderung wird auf die Leistung angewendet (§ 239 Abs. 3 Satz 1 SGB VI). Die Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute stellt eine knappschaftliche Besonderheit dar. Die in § 40 SGB VI geregelte Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute ist nach dem Willen des Gesetzgebers für Versicherte gedacht, die durch eine mindestens 25-jährige Versicherungsdauer eine lange Bindung an die knappschaftliche Rentenversicherung vorweisen können.

Auch bei der Rente für Bergleute (§ 45 SGB VI) handelt es sich um eine besondere Leistung der knappschaftlichen Rentenversicherung im Bereich der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Sofern ein Versicherter seine knappschaftliche Beschäftigung aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann, sollen durch diese Rentenart finanzielle Einbußen vermieden werden.

Die drei Prüfverfahren sind thematisch breit angelegt, wobei hier im Wesentlichen die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen der jeweiligen Rentenleistung sowie das hierfür notwendige Verwaltungsverfahren im Vordergrund stehen.

Bisher wurde der Rentenversicherungsträger u. a. in mehreren Fällen hinsichtlich der Anerkennung rentenrechtlicher Zeiten – etwa der Berufsausbildungszeiten

(§ 54 Abs. 3 Satz 2 SGB VI) – um nochmalige Prüfung gebeten. Teils ergab sich nach ergänzender Prüfung, dass entsprechende Zeiten anzuerkennen waren. Insgesamt waren bisher Rentennachzahlungen im vierstelligen Bereich gegenüber den Versicherten zu leisten.

Die Aufsichtsprüfungen und die damit einhergehenden Erörterungen mit dem Rentenversicherungsträger dauern noch an. Das Ergebnis der gesamten Prüfung bleibt einem späteren Tätigkeitsbericht vorbehalten.

Ausblick: Kommende Prüfungsschwerpunkte in der Rentenversicherung

Auch in den Jahren 2018 und 2019 greift das Bundesversicherungsamt interessante Prüfungsthemen auf dem Feld der gesetzlichen Rentenversicherung auf.

So finden zum Beispiel mehrere Prüfverfahren mit Auslandsbezug statt. Aktuell läuft die Prüfung der zwischenstaatlichen Rentenberechnung. Hier hat das Bundesversicherungsamt bei den beiden Rentenversicherungsträgern unter seiner Aufsicht insgesamt ca. 600 Fälle geprüft. Die Erörterungen der Prüffeststellungen mit den beiden Trägern laufen. Es folgt bei beiden Trägern je ein Prüfverfahren zum Fremdenrentenrecht mit ähnlicher Fallzahl.

Einen Schwerpunkt der Prüftätigkeit des Bundesversicherungsamtes bilden generell gesetzliche Neure-

gelungen und ihre Umsetzung in der Praxis durch die Rentenversicherungsträger. Derartige Themen greift das Bundesversicherungsamt auf, sobald die Träger belastbare Erfahrungen mit der Neuregelung gesammelt haben.

Hier nimmt das Bundesversicherungsamt beispielsweise die Flexirente zum Anlass für eine Prüfung. Gemeint sind damit die am 1. Juli 2017 in Kraft getretenen Neuregelungen des Flexirentengesetzes im Hinzuverdienstrecht.

Neuregelungen hat es auch im Bereich der Erwerbsminderungsrenten gegeben. In erster Linie geht es dabei um die stufenweise Ausweitung der Zurechnungszeiten um bis zu fünf Jahre (sog. „verbesserte Erwerbsminderungsrente“, Neuregelungen dazu in den Jahren 2014 und 2018). Vor diesem Hintergrund wird das Bundesversicherungsamt Aufsichtsprüfungen zum Thema Erwerbsminderungsrenten durchführen.

Ferner wurde 2017 im Zuge der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die rentenversicherungsrechtliche Absicherung der ehrenamtlichen Pflegepersonen neu ausgestaltet (durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz). Auch die praktische Umsetzung dieser gesetzlichen Neuregelung durch die Rentenversicherungsträger wird Gegenstand von Aufsichtsprüfungen des Bundesversicherungsamtes sein. Die Ergebnisse dieser Aufsichtsprüfungen bleiben einem zukünftigen Tätigkeitsbericht vorbehalten.



4. Unfallversicherung

4.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Aufsicht über die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Anknüpfend an die Ausführungen im Tätigkeitsbericht 2016 war das Bundesversicherungsamt in seiner Funktion als Rechtsaufsicht über die DGUV für die in § 87 Abs. 3 Satz 1 SGB IV genannten Aufgaben auch im Berichtsjahr 2017 angesprochen.

So befasste sich das Bundesversicherungsamt mit diversen Anhebungen der Vergütung für ärztliche und zahnärztliche Leistungserbringer. Die Vergütung für ärztliche Leistungen wird in einem Leistungs- und

Gebührenverzeichnis (UV-GOÄ) festgelegt. Dieses ist Anlage des zwischen der DGUV und der SVLFG einerseits sowie der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) andererseits geschlossenen Vertrages über die Durchführung der Heilbehandlung nach § 34 Abs. 3 Satz 1 SGB VII. Die Vertragspartner verständigten sich ferner über inhaltliche Anpassungen des Vertragstextes, insbesondere aufgrund von Rechtsänderungen. Zu Gebührenanpassungen kam es zudem im Bereich der zahnärztlichen Versorgung der Unfallversicherten. Die entsprechende Vereinbarung nach § 34 Abs. 3 Satz 1 SGB VII wird hier auf der Leistungserbringerseite von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) mit den Verbänden der Unfallversicherungsträger verhandelt. Insgesamt bewertete das Bundesversicherungsamt die beschlossenen Vertragsänderungen als plausibel und nachvollziehbar.

Ferner begleitete das Bundesversicherungsamt die im Tätigkeitsbericht 2016 angesprochene Überarbeitung der Gemeinsamen Richtlinien der Unfallversicherungsträger über Wohnungshilfe nach § 41 Abs. 4 SGB VII auch im Berichtsjahr 2017 weiter. Abgerundet wurde die Aufsichtstätigkeit durch das jährlich stattfindende Turnusgespräch mit der DGUV, welches stets einen sehr hilfreichen und interessanten Austausch über aktuelle Themen ermöglicht.

4.2 Satzung

Gefahrtarifangelegenheiten

Im Kalenderjahr 2017 wurden beim Bundesversicherungsamt von den Berufsgenossenschaften drei Gefahrtarife mit dem Antrag auf Genehmigung eingereicht. In zwei Fällen wurden die im Rahmen des Vorprüfungsverfahrens (vgl. Tätigkeitsbericht 2014, Seite 62) vom Bundesversicherungsamt bereits geprüften Gefahrtarifentwürfe an einigen Stellen modifiziert und bedurften damit einer erneuten rechtlichen Bewertung. Da am Ende keine Genehmigungshindernisse vorlagen, war den Anträgen in allen drei Fällen zu entsprechen.

Ein Gefahrtarif wird gemäß § 157 Abs. 2 Satz 1 SGB VII nach Tarifstellen gegliedert, die meist mehrere Gewebebezüge umfassen. Im Rahmen ihrer Gefahrtarifrevision haben sich die Berufsgenossenschaften teilweise dafür entschieden, einzelne Gewebebezüge anderen Tarifstellen zuzuordnen. Da die Änderungen gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (u.a. Urteil vom 11. April 2013, Az.: B 2 U 8/12 R) unter Berücksichtigung technologischer und belastungsmäßiger Aspekte stattfanden, hatte das Bundesversicherungsamt bei seiner Prüfung keine Bedenken. Allerdings wird den Trägern in diesen Fällen aufgegeben, die Entwicklung der von der Umgruppierung betroffenen Tarifstellen besonders zu beobachten und ggf. zukünftig Konsequenzen zu ziehen.

Ferner sind in einem Gefahrtarif zur Abstufung der Beiträge Gefahrklassen festzustellen. Diese werden aus dem Verhältnis der gezahlten Leistungen zu den Arbeitsentgelten berechnet. (§ 157 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 SGB VII) Dabei ist es z.B. möglich, eine Relati-

vierung der Gefahrklassen auf eine Eckgefahrklasse mit dem Wert 1 vorzunehmen. Es liegt im Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum der Unfallversicherungsträger von der Umrechnung Gebrauch zu machen oder - wie im Berichtsjahr 2017 der Fall - hiervon im neuen Gefahrtarif Abstand zu nehmen. Eine andere Gestaltungsmöglichkeit ist die Verwendung eines Umrechnungsfaktors bei der Gefahrklassenermittlung. Dieser ist geeignet, eine bessere Vergleichbarkeit der Beitragsfüße zu schaffen und die voraussichtliche Beitragshöhe besser abschätzen zu können.

Des Weiteren wirkte das Bundesversicherungsamt 2017 bei der Prüfung der Gefahrtarife darauf hin, dass die in den Gefahrtarifen enthaltenen sonstigen Bestimmungen zur Veranlagung der Unternehmen hinreichend klar und bestimmt formuliert sind. Die Folgen einer Regelung müssen für den Normadressaten erkennbar und berechenbar sein. In diesem Sinne fraglich erscheinende Bestimmungen wurden aufgegriffen und mit den Trägern diskutiert.

4.3 Prüfung

Prüfung zum Stand der Fusionsumsetzung auf den Gebieten Verwaltung, Finanzen und Leistungswesen

Das Bundesversicherungsamt hat die aufsichtsrechtliche Prüfung zum Stand der Fusionsumsetzungen bei einer fusionierten Berufsgenossenschaft fortgeführt, an der die Prüferate mehrerer Abteilungen beteiligt waren.

Das breit angelegte Themenspektrum der Aufsichtsprüfung erstreckte sich im Wesentlichen auf drei Schwerpunkte:

- Maßnahmen zum Erreichen der Zielorganisation.
- Angleichung der Arbeitsweisen (unterstützt durch einheitliche Richtlinien, Arbeitsanweisungen, Vordrucke, Softwareprogramme) in den Bereichen Leistungen, Personal und allgemeine Verwaltung. In diesem Zusammenhang wurden auch die Umsetzung und die wirtschaftliche Einführung der IT-Systeme geprüft.
- Kosten der Fusion und Fusionsrendite. Hier wurden

z.B. die Ausgaben für den Einsatz externer Berater im Rahmen des Fusionsprozesses, Fusionsfeiern, Schulungsmaßnahmen und die Selbstverwaltung geprüft.

Bei dieser Aufsichtsprüfung hat das Bundesversicherungsamt beispielsweise folgendes festgestellt: Es wurden noch nicht alle Maßnahmen zum Erreichen der Zielorganisation durchgeführt bzw. abgeschlossen. Das mittelfristige Ziel der dezentralen Bearbeitung der Leistungsfälle – unabhängig vom Gewerbebezirk – stand ebenso wie der damit verbundene neue Zuschnitt der Regionen noch aus. Auch ein vollständiges Raumkonzept konnte der Unfallversicherungsträger noch nicht vorlegen. Die Angleichung der Arbeitsweisen – insbesondere im Querschnittsbereich – ist noch nicht abschließend vollzogen gewesen. Bei den Liegenschaften erfolgt teilweise eine zentrale und teilweise eine dezentrale Verwaltung. Dem Träger wurde eine Zentralisierung der Verwaltung der Liegenschaften aus verwaltungsökonomischen Gründen empfohlen.

Was die fusionsbedingte Konsolidierung der IT-Systeme anbelangt, waren zwei Phasen zu unterscheiden. In einer ersten Übergangsphase wurde der Vereinheitlichungsprozess in Gang gesetzt. Unter anderem wurde ein gemeinsames Zielbild entwickelt, auf dessen Grundlage eine gemeinschaftliche Nutzung der Rechenzentrumsinfrastruktur möglich war. Auch wurden sog. Randsysteme bereits konsolidiert. Erst in der zweiten Phase werden die Anwendungssysteme konsolidiert. Vorbereitungen hierzu sind bereits initiiert worden. Unter anderem wurde ein Migrationsprojekt zu diesem Zweck eingerichtet. Das Bundesversicherungsamt wird losgelöst von der Prüfung die Umsetzung der IT-Konsolidierung im Rahmen jährlicher Statustreffen begleiten. Im Rahmen der Fusion hatte der Versicherungsträger eine Beschaffungsrichtlinie neu erarbeitet, die im Wesentlichen den vergaberechtlichen Regelungen entsprach. Bei einer anstehenden Aktualisierung der Richtlinie werden kleinere Ungenauigkeiten an den geltenden Rechtszustand angepasst werden. Der Träger hat erfreulicherweise u.a. die Fusion genutzt, für förmliche Vergabeverfahren eine zentrale Vergabestel-

le – die die Verfahren nach den gesetzlichen Vorgaben durchführt – einzurichten. Im Leistungsbereich hat die Prüfung gezeigt, dass der Unfallversicherungsträger einige Arbeitsregeln zu verschiedenen Themen erlassen hat, welche eine Vereinheitlichung der Arbeitsweisen begünstigen werden. Erst nach Schaffung einer gemeinsamen datentechnischen Produktionsumgebung und der damit verbundenen fachlichen und organisatorischen Gleichverteilung aller Versicherungsfälle der ehemals selbständigen Berufsgenossenschaften ist grundsätzlich eine einheitliche Arbeitsweise bei dem fusionierten Unfallversicherungsträger zu erwarten. Die weiteren getroffenen Anmerkungen im Leistungsbereich bezogen sich auf Fehler und Versäumnisse des Trägers in Einzelfällen. Infolge der Prüfung hat der Träger soweit erforderlich die Fälle korrigiert. Abschließende Aussagen hinsichtlich der Kosten der Fusion und einer Fusionsrendite über die tatsächlichen, fusionsbedingten Kosten und Einsparungen waren nicht möglich, da eine Abgrenzung fusionsbedingter und fusionsunabhängiger Effekte nicht immer eindeutig vorgenommen werden kann. Allerdings ist hier wie auch bei anderen Unfallversicherungsträgern deutlich geworden, dass der Grundsatz der Wirt-

schaftlichkeit und Sparsamkeit während des Fusionsprozesses nicht immer beachtet wurde. So wurde in Bezug auf fusionsbedingte Beraterverträge den (kartell-)vergaberechtlichen Bestimmungen nicht Rechnung getragen. Keinem Vertragsschluss ging ein wettbewerbliches Verfahren voraus. Zudem waren in einem Einzelfall die vertraglichen Leistungspflichten noch nicht einmal schriftlich fixiert. Darüber hinaus gaben abermals Fusionsfeiern Anlass darauf hinzuweisen, dass Versicherungsträger ihre Mittel nur für die Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben sowie die notwendigen Verwaltungskosten verwenden dürfen. Bei den Aufwendungen für die Selbstverwaltung war eine rückläufige Tendenz zu verzeichnen. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der geprüfte Unfallversicherungsträger – trotz festgestellter Probleme – zum Prüfzeitpunkt bereits auf dem richtigen Weg ist. Da das Zusammenwachsen der Unfallversicherungsträger nach dem abgeschlossenen Fusionsprozess noch einige Zeit benötigt, wird das Bundesversicherungsamt dies mit entsprechenden Aufsichtsprüfungen begleiten.





5. Landwirtschaftliche Sozialversicherung

5.1 Finanzen

Haushaltsgenehmigung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Das Bundesversicherungsamt ist gemäß § 71d Abs. 3 Satz 1 SGB IV für die Genehmigung des Haushaltsplanes der SVLFG zuständig. Diese hat im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft zu erfolgen. Der Haushaltsplan ist getrennt aufzustellen für die Versicherungszweige:

- landwirtschaftliche Unfallversicherung,
- Alterssicherung der Landwirte,
- landwirtschaftliche Krankenversicherung und
- landwirtschaftliche Pflegeversicherung.

Das Bundesversicherungsamt hat die SVLFG – wie in den Vorjahren – auch in 2017 bei der Haushaltsplanung 2018 und der Haushaltsbewirtschaftung 2017 beratend begleitet.

Der vom Vorstand der SVLFG aufgestellte Haushaltsplan 2018 mit einem Gesamtvolumen von rd. 7,36 Milliarden Euro (+110 Millionen Euro gegenüber 2017) wurde fristgerecht vorgelegt und seitens des Bundesversicherungsamtes am 22. Dezember 2017 genehmigt.

Die SVLFG hat gemäß § 71 d Abs. 2 SGB IV sicherzustellen, dass Kosten, die für die Erfüllung von Aufgaben mehrerer oder aller Versicherungszweige entstehen, durch geeignete Verfahren sachgerecht auf die Versicherungszweige aufgeteilt werden. Die Kostenverteilung ist ebenfalls durch das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft zu genehmigen. In 2016 hat die SVLFG zusammen mit

den Genehmigungsbehörden in einer Arbeitsgruppe an einer Weiterentwicklung des Kostenverteilungsverfahrens gearbeitet. Durch die Berücksichtigung aktueller Arbeitsmengenentwicklungen in den einzelnen Versicherungszweigen wird nunmehr eine zielgenauere Verwaltungskostenzuordnung ermöglicht. Dieses mit allen Beteiligten abgestimmte, neue Verfahren kommt seit dem Haushaltsjahr 2017 zur Anwendung und wird kontinuierlich weiterentwickelt.

5.2 Verwaltungskostenbudgetierung

Die SVLFG hat Mitte des Jahres 2017 die Rechnungsergebnisse der landwirtschaftlichen Alterssicherung, der Sozialen Maßnahmen, der landwirtschaftlichen Unfallversicherung, der landwirtschaftlichen Pflegeversicherung und der landwirtschaftlichen Krankenversicherung des Jahres 2016 u.a. zur Prüfung der Einhaltung der Verwaltungskostenbudgetierung vorgelegt. Die Auswertung auf Basis dieser Rechnungsergebnisse und weiterer Angaben der SVLFG hatte zum Ergebnis, dass die in § 187a SGB VII, § 79 ALG und § 18a KVLG 1989 festgelegten Obergrenzen eingehalten wurden. Die SVLFG hat dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft zum Jahresende 2017 einen Bericht zur Entwicklung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten vorgelegt, den die Ministerien mit einer Stellungnahme an den Deutschen Bundestag und Bundesrat weiterleiten werden.

Auch nach Beendigung der gesetzlich festgelegten Verwaltungskostenbudgetierung wird das Bundesversicherungsamt weiterhin auf eine wirtschaftliche und sparsame Mittelverwendung der SVLFG hinwirken.

5.3 Soll-Stellenplan 2018

Die Sozialversicherungsträger dürfen Planstellen und Stellen nur ausbringen, soweit sie unter Anwendung angemessener und anerkannter Methoden der Personalbedarfsermittlung begründet sind (§ 69 Abs. 6 S. 1 SGB IV).

Bis zum Ende des Berichtszeitraumes ist eine, sämtliche Arbeitsbereiche der SVLFG umfassende OrgaU/

PBE noch nicht erfolgt. Dies gilt insbesondere für Bereiche, in denen die Optimierung der Arbeitsprozesse und/oder organisatorische Umstrukturierungen noch nicht abgeschlossen waren. Für die noch nicht untersuchten Bereiche beabsichtigt die SVLFG, den betreffenden Soll-Personalbedarf baldmöglichst zu ermitteln. Dies wird weiter vom Bundesversicherungsamt begleitet.

Die Genehmigung des von der Vertreterversammlung der SVLFG in seiner Sitzung am 15. November 2017 beschlossenen Soll-Stellenplans in der Fassung ab 1. Januar 2018 erfolgte nach Vorliegen aller Voraussetzungen gemäß §§ 147 Abs. 2 und 4 SGB VII mit Bescheid vom 18. Januar 2018.

5.4 Verordnung zur Bildung von Altersrückstellungen durch die SVLFG

Die SVLFG bildet seit dem 1. Januar 2018 für alle bei ihr Beschäftigten, die Anspruch auf eine unmittelbare betriebliche Altersversorgung haben, zweckgebundene Altersrückstellungen zur Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung. Die Altersrückstellungen sollen die zukünftigen Altersversorgungsausgaben (Ruhegehalt und Beihilfen) finanzieren. Die Vorschrift betrifft den Personenkreis, der in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte beschäftigt ist, sowie die neu eingestellten Beschäftigten des Trägers SVLFG. Ausgenommen von der Regelung sind die Beschäftigten, für die bereits das SGB VII die Bildung von Altersrückstellungen vorsieht; das sind insbesondere Personen, die bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung beschäftigt sind, oder Beschäftigte des früheren Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung.

Das Bundesversicherungsamt war für den Erlass der Rechtsverordnung zuständig, nachdem das Bundesministerium für Arbeit und Soziales seine Verordnungsbefugnis auf das Bundesversicherungsamt übertragen hatte (SVLFG-Übertragungsverordnung vom 6. Oktober 2016). Die vom Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft erstellte Verordnung zur Bildung von Altersrückstellungen durch die SVLFG (SVLFG-Altersrückstellungsverordnung – SVLFG-

AltRückV) ist am 15. November 2017 in Kraft getreten (BGBl. I S. 3765).

Die Rechtsverordnung legt die Rahmenbedingungen fest, nach der die Höhe der Zuweisungsbeträge ermittelt wird, die zur Bildung der Altersrückstellungen zugrunde zu legen sind. Zudem werden Vorgaben zur Zuführung und zur regelmäßigen Überprüfung der gebildeten Altersrückstellungen sowie die maßgebenden versicherungsmathematischen Annahmen festgelegt. Durch die Rechtsverordnung soll sichergestellt werden, dass die SVLFG bis Ende 2039 sukzessive einen ausreichenden Kapitalstock aufbaut, um ihre betriebliche Altersversorgung finanzieren zu können (Ausfinanzierung). Dadurch soll vermieden werden, dass die künftigen Beitragszahler durch die künftigen Pensionslasten zu stark belastet werden.

5.5 Satzung

Im Bereich der landwirtschaftlichen Sozialversicherung hatte sich das Bundesversicherungsamt im Berichtszeitraum auch mit mehreren Satzungen nachtrügen zu befassen.

Zur Anpassung von Regelungen kam es unter anderem im Bereich Betriebs- und Haushaltshilfe. In der Alterssicherung der Landwirte wurden aufgrund des Flexirentengesetzes Leistungen zur Prävention neu eingeführt. Dementsprechend war auch die Satzung im Bereich der landwirtschaftlichen Alterskasse anzupassen. Darüber hinaus wurden im Bereich der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft die beitragsrechtlichen Regelungen geändert und der Beitragsmaßstab aktualisiert.



6. Übergreifende Aufsichtsthemen

6.1 Finanzen

Sicherheit der Geldanlagen

Das Bundesversicherungsamt hat die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger mit Rundschreiben vom 13. Dezember 2017 über die Entwicklung der inländischen Sicherungseinrichtungen der Kreditwirtschaft informiert. Vorausgegangen war die Änderung des Statuts des freiwilligen Einlagensicherungsfonds des Bundesverbandes deutscher Banken e.V. (Bankenverband) zum 1. Oktober 2017. Dem Bankenverband gehören die privaten Kreditinstitute an. Die freiwillige Einlagensicherung durch den Bankenverband ist für die Träger der Sozialversicherung von erheblicher Bedeutung, da § 83 SGB IV eine sichere Geldanlage vorschreibt und daher die Zulässigkeit bestimmter Formen der Geldanlage (u.a. Termingeld und Schuld-

scheindarlehen) an die Gewährleistung der Rückzahlung durch eine Sicherungseinrichtung der Kreditwirtschaft knüpft. Zum Stichtag 31. Dezember 2015 hatten die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger zusammen rund 27,2 Milliarden Euro oder ca. 44 Prozent aller Geldanlagen in Anlageformen investiert, die durch den freiwilligen Einlagensicherungsfonds abgesichert werden.

Der Bankenverband übernimmt seit dem 1. Oktober 2017 die freiwillige Einlagensicherung für die institutionelle Anlegergruppe „Unternehmen, Versicherungen und halbstaatliche Stellen“, der die Sozialversicherungsträger zugerechnet werden, mit Einschränkungen. Die gesetzliche Einlagensicherung für private Geldanleger ist davon unberührt. Durch die Statutsänderungen sind Schuldscheindarlehen und Namensschuldverschreibungen vom Schutz des freiwilligen Einlagensicherungsfonds ausgenommen. Ab 1. Januar 2020 sind zudem nur noch Einlagen mit einer Lauf-

zeit bis zu 18 Monaten geschützt. Im Ergebnis stellen die Änderungen des Statuts eine Begrenzung der bis dahin zulässigen Anlageformen dar, was im aktuellen Finanzmarktumfeld mit Niedrig- und Negativzinsen die Geldanlage der Sozialversicherungsträger erheblich erschwert. Bereits im Vorfeld der Änderung des Statuts hat das Bundesversicherungsamt die für die Sozialversicherungsträger relevanten Änderungen mit dem Bankenverband erörtert und die Sozialversicherungsträger hierüber frühzeitig mit Rundschreiben vom 30. März 2017 informiert.

Aktienanlagen

Sozialversicherungsträger sind gesetzlich verpflichtet, ihre Gelder sicher und liquide bei angemessener Rendite anzulegen. Aktien sind daher grundsätzlich keine zulässigen Anlageprodukte. Seit dem Inkrafttreten des 6. SGB IV-Änderungsgesetzes (6. SGB IV-ÄndG) am 11. November 2016 besteht aber für die Krankenkassen, die Unfallversicherungsträger sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau die Möglichkeit, bis zu 10 Prozent des Deckungskapitals für die Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung ihrer Beschäftigten in Aktien anzulegen. Die zur Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung der Beschäftigten benötigten Gelder werden nicht unmittelbar zur Ausgabenfinanzierung benötigt, sondern können langfristig angelegt werden. Mit Aktien können langfristig höhere Erträge erzielt werden. Auch die Deutsche Bundesbank legt die Mittel zur Altersversorgung der Bundesbeamten (Versorgungsrücklage/Versorgungsfonds) bis zu 20 Prozent in Aktien an. Das Bundesversicherungsamt hat mit Rundschreiben vom 19. Mai 2017 die gesetzlichen Vorgaben bzw. den Lösungsraum für rechtskonforme Umsetzungsmöglichkeiten erläutert und dabei insbesondere die Vorgaben für das Anlagemanagement konkretisiert, die analoge Anwendung der Vorschriften für die Anlage des Deckungskapitals für Rückstellungen nach § 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) klargestellt sowie Hinweise zur Methodik der Berechnung der Aktienquote veröffentlicht. Daraus resultierende Fragestellungen hat das Bundesversicherungsamt im Rahmen einer Vielzahl von Gesprä-

chen mit Vertretern von Sozialversicherungsträgern und Finanzdienstleistungsunternehmen erörtert. Die konkrete Umsetzung der gesetzlichen Regelungen wird in den folgenden Jahren verstärkt in den Fokus von Aufsichtsprüfungen rücken.

Genehmigung und Anzeigen von Immobilienmaßnahmen nach § 85 SGB IV

Nach § 85 SGB IV unterliegen bestimmte Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde: Darlehen für gemeinnützige Zwecke, Erwerb und Leasen von Grundstücken sowie Errichtung, Erweiterung und Umbau von Gebäuden. Für Maßnahmen einer Einrichtung, an der ein Sozialversicherungsträger beteiligt ist, insbesondere Gesellschaften des privaten Rechts, besteht eine Anzeigepflicht, d.h. über diese Vermögensanlagen haben die Sozialversicherungsträger die Aufsichtsbehörde vorab in Kenntnis zu setzen. Einen Schwerpunkt bilden die Investitionsvorhaben zur Errichtung bzw. zum Erwerb von Immobilien, die auch durch Darlehensgewährungen finanziert werden.

Mit den sog. „Grundsätzen 85“, die im August 2017 aktualisiert wurden, hat das Bundesversicherungsamt den Sozialversicherungsträgern einen Leitfadens als Handlungsanweisung für die Genehmigungs- und Anzeigeverfahren im Immobilienbereich zur Verfügung gestellt, der auf der Internetseite des Bundesversicherungsamts unter der Rubrik „Finanzen und Vermögen/ Immobilienmaßnahmen“ abrufbar ist. Dieser umfasst neben den Ausführungen zu den verfahrenstechnischen Fragen und der Erläuterung der für die Prüfung vorzulegenden Unterlagen insbesondere Hinweise zu den Themenkomplexen Haushaltsrecht, Vergaberecht und Raumnutzung. Außerdem wurden die geänderten Flächenbezeichnungen und die neue Systematik der DIN 277 aufgenommen und dementsprechend auch der Vordruck „Anzeige“ gemäß § 85 Abs. 5 SGB IV ergänzt. Ferner wurde zur besseren Übersichtlichkeit ein Stichwortverzeichnis eingeführt.

Im Jahr 2017 wurde für Immobilienmaßnahmen einschließlich der Darlehensfinanzierungen ein Anlage-

volumen in Höhe von insgesamt 51,8 Millionen Euro beantragt bzw. angezeigt. Darüber hinaus leistete das Bundesversicherungsamt bei vielen sich in Vorbereitung befindlichen Maßnahmen Beratungshilfe, so zum Beispiel beim Neubau eines Präventionszentrums durch zwei gewerbliche Berufsgenossenschaften in Hamburg mit einem Finanzvolumen von über 160 Millionen Euro. Bei einer Bewertung der Anlagevolumina ist zu beachten, dass die beantragten und angezeigten Maßnahmen der Sozialversicherungsträger nicht mit dem aktuell guten Konjunkturverlauf in der Baubranche korrespondieren, sondern ausschließlich bedarfsorientiert erfolgen.

Immobilienmaßnahmen der Sozialversicherungsträger nach § 85 SGB IV			
Anlagegegenstand	Anlagevolumen in Millionen Euro		
	2015	2016	2017
Genehmigungen			
Darlehen	34,4	21,3	7,7
Grunderwerbe	1,1	21,2	1,5
Baumaßnahmen	88,3	21,0	2,0
Anzeigen			
Darlehen	-	40	-
Zuschüsse	28,3	18,9	15,9
Baumaßnahmen	5,3	39,1	24,7
Summe	157,4	161,5	51,8

In den einzelnen Maßnahmenbereichen wurden 2017 insgesamt 142 Vorgänge bearbeitet (2016: 164 Vorgänge; 2015: 153 Vorgänge):

Maßnahmenbereich	2015	2016	2017
Genehmigungen von Darlehen	75	73	63
Genehmigungen von Grunderwerben	1	3	1
Genehmigungen von Baumaßnahmen	7	7	1
Anzeigen von Darlehen	0	2	0
Anzeigen von Zuschüssen	68	72	72
Anzeigen von Baumaßnahmen	2	7	5
	153	164	142

Im Jahr 2017 hat das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über insgesamt 51 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von 741,5 Millionen Euro geführt (2016: 66 laufende Projekte mit 770,5 Millionen Euro Volumen; 2015: 66 laufende Projekte mit 791,5 Millionen Euro Volumen). Bei neun Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt 34,8 Millionen Euro hat das Bundesversicherungsamt die Abschlussberichte geprüft (2016: 5 Projekte mit 20,9 Millionen Euro Volumen; 2015: 2 Projekte mit 3,9 Millionen Euro Volumen).

Zuwendungsrichtlinie „Reha-Forschung“ der Deutschen Rentenversicherung

Die Gremien der Deutschen Rentenversicherung Bund haben ihre Musterrichtlinien über Zuwendungen durch die Träger der Deutschen Rentenversicherung an Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern, nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV (Zuwendungsrichtlinien) aktualisiert. Als zuständige Aufsichtsbehörde unter anderem für die Grundsätze der Finanzverwaltung hat das Bundesversicherungsamt die aktualisierten Zuwen-

dungsrichtlinien geprüft und der Deutschen Rentenversicherung Bund seine Hinweise und Empfehlungen übermittelt. Die Gremien der Deutschen Rentenversicherung Bund haben die Zuwendungsrichtlinien daraufhin überarbeitet und hierzu ebenfalls auf Anraten des Bundesversicherungsamtes eine Entscheidung nach § 138 Abs. 1 Satz 2 Nr. 15 SGB VI getroffen, welche mit der Veröffentlichung im Amtlichen Mitteilungsblatt der Deutschen Rentenversicherung am 18. Mai 2017 verbindlich wurde.

6.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Mietverträge und Raumplanung der Sozialversicherungsträger

Das Bundesversicherungsamt prüfte in 2017 das Raumkonzept eines Sozialversicherungsträgers. Schwerpunkt der Prüfung war die Überprüfung der Funktionsfähigkeit sowie der aktive Einsatz einer Facilitymanagementsoftware, die zum Zweck der Liegenschaftsverwaltung angeschafft, aber zunächst nicht genutzt wurde. Ebenfalls wurde die wirtschaftliche Flächenausnutzung an einzelnen Standorten des Trägers überprüft.

Positiv konnte festgestellt werden, dass die Daten der Liegenschaften mittlerweile sukzessive in die Software eingespielt werden. Allerdings wird es noch einige Zeit dauern, bis tatsächlich alle Möglichkeiten genutzt werden können, die das Programm bietet.

In einem weiteren Fall wurde die aufsichtsrechtliche Begleitung eines Trägers auf dem Gebiet des Raumkonzeptes fortgeführt. Während des bereits einige Jahre andauernden Prozesses ist es dem Träger gelungen, seine Mietflächen weitestgehend an den tatsächlichen Flächenbedarf anzupassen, Konditionen in Mietverträgen nach Neuverhandlung mit den Vermietern zu optimieren und dadurch seine Mietaufwendungen insgesamt zu reduzieren. Schließlich konnte das Bundesversicherungsamt von einer wirtschaftlichen und sparsamen Mittelverwendung im Bereich des Liegenschaftsmanagements überzeugt werden. Im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit stellt das Bundesversicherungsamt immer wieder fest, dass die Sozialversicherungsträger keinen vollständigen Überblick

über die zur Verfügung stehenden Mietflächen haben. Auch ist eine wirtschaftliche Flächenausnutzung nicht immer im Fokus der Raumplanung. Insgesamt sollten die Träger bei der Raumplanung stärker darauf achten, Flächen nur bedarfsgerecht anzumieten. Bei der zeitlichen Bindung an ein bestimmtes Mietobjekt ist den – manchmal divergierenden – Zielen Kontinuität und Flexibilität gleichermaßen Rechnung zu tragen. Auch wenn es insoweit keine generellen Lösungen gibt, sondern die optimale Bindungsfrist in jedem Einzelfall ermittelt werden muss, gibt es doch einige Erfahrungssätze, an denen die Sozialversicherungsträger ihr Handeln ausrichten können: Für die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung empfiehlt sich eine Mietlaufzeit von fünf bis zehn Jahren, die die Versicherungsträger durch einseitige Erklärung um eine bestimmte Zeit verlängern können (Optionsmodell). Für gesetzliche Krankenkassen bedarf es aufgrund häufiger und kaum berechenbarer Veränderungen in diesem Bereich einer größeren Flexibilität, so dass langjährige vertragliche Bindungen zu vermeiden sind. Ferner ist immer wieder festzustellen, dass Mietpreise gezahlt werden, die erheblich über dem ortsüblichen Mietzins liegen. Häufigste Ursache hierfür ist neben einer recht langen Laufzeit des Mietvertrages die Vereinbarung einer Preisindexierung der Miete. Das Bundesversicherungsamt wirkt durch intensive Beratung darauf hin, diese Missstände abzustellen.

Anforderungen an eine wirtschaftliche und sparsame Stellenausbringung der Sozialversicherungsträger (§ 69 Absatz 6 SGB IV)

Die ordnungsgemäße Ermittlung des Personalbedarfs durch die Sozialversicherungsträger war 2017 wiederum Thema diverser aufsichtsrechtlicher Beratungen und Prüfungen des Bundesversicherungsamtes. Allgemein war zu beobachten, dass die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger ihre Organisationsstrukturen verstärkt aufgabenkritisch untersuchen und ihren langfristig erforderlichen Personalbedarf nach anerkannten und nachvollziehbaren Methoden ermitteln bzw. überprüfen.

Neben den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gemäß § 69 Abs. 2 SGB IV, die in diesem Zusammenhang zu beachten sind, sieht § 69 Abs. 6 Satz 1 SGB IV weiter vor, dass die Sozialversicherungsträger Planstellen und Stellen nur ausbringen dürfen, soweit sie unter Anwendung angemessener und anerkannter Methoden der Personalbedarfsermittlung begründet sind. Die Erforderlichkeit der im Haushaltsplan ausgebrachten Planstellen und Stellen ist dabei gemäß § 69 Abs. 6 Satz 2 SGB IV von ihnen bei gegebenem Anlass, im Übrigen regelmäßig zu überprüfen. Auch wenn das erforderliche Verfahren zur wirtschaftlichen und sparsamen Ermittlung des Personalbedarfs gesetzlich nicht vorgegeben ist, dringt das Bundesversicherungsamt darauf, dass die seiner Aufsicht unterliegenden Sozialversicherungsträger ihren Personalbedarf auf der Grundlage der jeweils gültigen Fassung des „Handbuchs für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern/Bundesverwaltungsamtes“ (Organisationshandbuch) nach den dort aufgeführten Qualitätsstandards ermitteln. Um Fehler bei der Ermittlung des Personalbedarfs zu vermeiden, wird insoweit auch auf die Publikation „Typische Mängel bei der Ermittlung des Personalbedarfs in der Bundesverwaltung“ des Präsidenten des Bundesrechnungshofes als Beauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung verwiesen. Das Bundesversicherungsamt achtet in seiner Aufsichtspraxis darauf, dass die Sozialversicherungsträger die gesetzlichen Vorgaben zur Personalbedarfsermittlung einhalten. Erkennbare Verstöße werden dementsprechend bei den Haushaltsgenehmigungen und/oder bei der Genehmigung von Stellenplänen aufgegriffen.

Genehmigung von Anträgen der SV-Träger auf Sonn- und Feiertagsarbeit

Dem Bundesversicherungsamt wurden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 17 Abs. 3 ArbZG (Arbeitszeitgesetz) die Aufgaben und Befugnisse zur Überwachung und Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes durch die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger übertragen. In diesem Rahmen prüft und

genehmigt das Bundesversicherungsamt u.a. Anträge auf Sonn- und Feiertagsarbeit bei den bundesunmittelbaren Renten- und Unfallversicherungsträgern sowie den bundesunmittelbaren Krankenkassen. Neben dem Ausnahmekatalog in § 10 ArbZG kann das Bundesversicherungsamt, als Aufsichtsbehörde, gemäß § 13 Abs. 3 Nr. 2 lit. b ArbZG abweichend von § 9 ArbZG Sonn- und Feiertagsarbeit bewilligen, wenn besondere Verhältnisse zur Verhütung eines unverhältnismäßigen Schadens dies erfordern. Zur Beschleunigung der Bearbeitung dieser Anliegen hat das Bundesversicherungsamt ein entsprechend den Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 Nr. 2 lit. b ArbZG ausgestaltetes Antragsformular entworfen, welches demnächst auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes zur Verfügung gestellt wird. Hinsichtlich der Anzahl der Anträge nach § 13 Abs. 3 Nr. 2 lit. b ArbZG ist in den letzten Jahren eine steigende Tendenz, insbesondere im Bereich der im Wettbewerb untereinander stehenden Krankenkassen zu beobachten, die ihre Serviceleistungen auch auf Sonn- und Feiertage auszudehnen beabsichtigen. Grundsätzlich stellt die Erweiterung von Auskunft- und Serviceleistungen an Sonn- und Feiertagen keinen Ausnahmetatbestand im Sinne des § 13 Abs. 3 Nr. 2 lit. b ArbZG dar. Von daher waren entsprechende Anträge in der Vergangenheit abzulehnen. Das Bundesversicherungsamt wird auch künftig darauf achten, dass die Sozialversicherungsträger vom Grundsatz des Verbots der Sonn- und Feiertagsbeschäftigung nur in begründeten Ausnahmefällen abweichen.

Aufsichtsrechtliche Begleitung der Sozialwahlen der 12. Wahlperiode

2017 fanden die Sozialwahlen der 12. Wahlperiode statt. Im Rahmen der alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen werden die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der Versicherungsträger neu gewählt. Zuständig für die Durchführung des Wahlverfahrens ist die Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen. Diese stellte eine Trendumkehr für das Wahlverhalten fest. Erstmals seit 30 Jahren stieg die Wahlbeteiligung, wenn auch nicht stark, auf 30,4 Prozent.

Das Bundesversicherungsamt war im Wahlverfahren in enger Abstimmung mit der Bundeswahlbeauftragten unterstützend und beratend tätig, z.B. bei erforderlichen Satzungsänderungen, Anfragen der Krankenkassen betreffend die Wählbarkeitsvoraussetzungen für die Selbstverwaltungsorgane, der Einhaltung von Fristen im Wahlverfahren und der Auslegung einzelner Bestimmungen der relevanten Vorschriften des 4. Sozialgesetzbuches.

6.3 Digitalisierung in der Sozialversicherung

Digitalausschuss

Im vorliegenden Berichtsjahr konnte der neu eingerichtete Digitalausschuss seine Arbeit aufnehmen. Der Präsident des Bundesversicherungsamtes hat sich mit Schreiben vom 21. März 2017 an die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und deren Verbände gewandt, um das neue Beratungs- und Kooperationsangebot vorzustellen. Neu war insbesondere die enge abteilungsübergreifende Zusammenarbeit in diesem Ausschuss, die es ermöglicht hat, dass Vorhaben und Maßnahmen zur Digitalisierung direkt aus allen relevanten fachlichen Perspektiven beleuchtet und diskutiert werden konnten. Soweit sich aus diesen Diskussionen und Beratungen konkrete Maßnahmen ergaben, konnten diese ebenfalls auf kurzem Wege abteilungsübergreifend abgestimmt werden. Um die Digitalisierung in der gesetzlichen Sozialversicherung voranzutreiben, ist es besonders wichtig, dass die verschiedenen handelnden Akteure gemäß ihrer jeweiligen Rolle im Gesamtsystem agieren. Daher hatte der Präsident des Bundesversicherungsamtes in dem oben angeführten Schreiben deutlich gemacht, dass es zu der Rolle einer Rechtsaufsicht zählt, anhand der konkret diskutierten Vorhaben die Grenzen des Rechtsrahmens auszuloten, die Möglichkeiten der Rechtsauslegung auszuschöpfen und - wo es erforderlich wird - gesetzgeberischen Änderungsbedarf herauszuarbeiten und zu adressieren. Dieser Analyseprozess ist ein wesentlicher Beitrag dafür, dass die Gesetze in sinnvoller Weise an den digitalen Fortschritt angepasst werden.

Eine wesentliche Erkenntnis in diesem Kontext war es aber, dass die allermeisten digitalen Vorhaben, die im Digitalausschuss vorgestellt wurden, im Einklang mit den gesetzlichen Regelungsrahmen standen bzw. durch kleinere konzeptionelle Anpassungen rechtskonform gestaltet werden konnten. Im Folgenden sind zu den wesentlichen Diskussionspunkten des letzten Jahres die Rechtsauffassungen des Bundesversicherungsamtes dargestellt.

Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte

Im vorliegenden Berichtszeitraum sind einige Vorhaben erörtert worden, die zum Ziel hatten, eine persönliche elektronische Gesundheitsakte anzustoßen und zu finanzieren. Aus einigen Beschwerden hierzu und nicht zuletzt einer Anfrage aus dem Bundestag (Schriftliche Frage 02/181) war zu erkennen, dass es im Kontext dieser digitalen Lösung durch verschiedene Veröffentlichungen zu einigen Missverständnissen gekommen ist. Die folgenden Ausführungen sollen die wesentlichen Rahmenbedingungen für persönliche elektronische Gesundheitsakten deutlich machen: Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV – Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003 wurde § 68 SGB V (Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte) mit Wirkung zum 1. Januar 2004 neu eingefügt (BGBl. I S. 2190). Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung hat der Gesetzgeber damit den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, ihre Versicherten finanziell zu unterstützen, wenn diese Dienste zur elektronischen Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten von privaten Drittanbietern nutzen wollen (§ 68 Satz 1 SGB V). Näheres hierzu ist jeweils durch die Satzung zu regeln (§ 68 Satz 2 SGB V). In dem Zeitraum vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2016 haben insgesamt neun bundesunmittelbare Krankenkassen eine Satzungsregelung für die persönliche elektronische Gesundheitsakte in ihre Satzung aufgenommen. Im Jahr 2017 hat lediglich eine weitere Krankenkasse diese eingeführt. Für das Jahr 2018 haben laut dem aktuellen Stand (April 2018) vier weitere Krankenkassen diese Regelung in ihrer Satzung vorge-



sehen, eine Krankenkasse hat ihre Satzungsregelung gestrichen. Erfahrungsgemäß wird davon ausgegangen, dass in 2018 weitere Krankenkassen Regelungen zur Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte in ihre Satzung aufnehmen werden. Von 66 bundesunmittelbaren Krankenkassen haben zur Zeit 13 Krankenkassen die Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte nach § 68 SGB V in ihren Satzungen geregelt. Ein wichtiges und in der Öffentlichkeit oft nicht wahrgenommenes Unterscheidungsmerkmal zu der im Aufbau begriffenen elektronischen Patientenakte (§ 291a Abs. 3 Nr. 4 SGB V) ist, dass es sich bei der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte um eine ausschließlich privatrechtlich organisierte, elektronische Sammlung medizinischer Unterlagen der Versicherten selbst handelt. Wenn Versicherte das Angebot nutzen möchten, müssen sie einen Vertrag mit einem Anbieter schließen. Die Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist freiwillig. Die dort gespeicherten Daten befinden sich in der alleinigen Verfügungsmacht der Versicherten. Sie entscheiden selbst, ob und in welchem Umfang Daten gespeichert werden. Es besteht für Versicherte auch keine gesetzliche Verpflichtung, der Krankenkasse oder einem Leistungserbringer Daten aus der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte zur Verfügung zu stellen. Alleiniger Zweck ist die Stärkung der Sou-

veränität und Eigenverantwortung der Versicherten. Da in der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte sensible Daten gespeichert werden können, die u. a. auch von Krankenkassen stammen (z. B. aus der sog. Patientenquittung gemäß § 305 SGB V), besteht hier auch eine gewisse Verantwortung der Krankenkassen, auf ein angemessenes Sicherheitsniveau beim Drittanbieter hinzuwirken. Solche Sicherheitsanforderungen - z. B. die Vereinbarung eines Verschlüsselungskonzepts, das technisch sicherstellt, dass nur der Versicherte selbst einen Zugriff auf Klardaten in seiner Gesundheitsakte hat - werden in der Regel durch Kooperationsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Anbietern gewährleistet. Nicht zuletzt müssen die Krankenkassen sicherstellen, dass die von ihnen finanziell unterstützten Lösungen in die sog. Telematikinfrastruktur passen, durch die zukünftig alle Akteure des Gesundheitswesens vernetzt sind (vgl. hierzu insbesondere § 291e Abs. 10 SGB V). Um dies sicherzustellen, hat die Gesellschaft für Telematik ein Interoperabilitätsverzeichnis eingerichtet, in dem u. a. Standards, Profile und Leitfäden veröffentlicht sind bzw. noch werden (siehe hierzu <https://www.vesta-gematik.de>, Letzter Zugriff: 3.02.2018). Vor diesem Hintergrund sehen die geprüften Vorhaben unter anderem vor, dass die persönliche Gesundheitsakte mindestens das Spektrum des sog. Patientenfachs abdecken muss und als solches im Rahmen der

noch zu entwickelnden elektronischen Patientenakte eingesetzt werden kann (vgl. hierzu § 291a Abs. 3 SGB V).

Diese Anforderungen hat das Bundesversicherungsamt in allen Beratungen zu diesem Thema deutlich gemacht. Die bekannten und vorgestellten Lösungen erfüllen diese auch.

Leistungsrechtliche Grenzen der Digitalisierung

Aus leistungsrechtlicher Sicht stand bei vielen Diskussionen die Frage im Zentrum, ob z. B. eine geplante Gesundheits-App noch zum Aufgabenspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne von § 30 SGB IV zählt. Auch wenn es sich eigentlich von selbst versteht, dass Versicherungsträger nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben ausüben dürfen, sind die Grenzen gerade beim Einsatz digitaler Technologien aber leicht erreicht. Oft stellt sich ein wirklicher Nutzen erst ein, wenn alle technischen Möglichkeiten genutzt und verknüpft werden. Diskussionswürdig sind in diesem Kontext vor allem Apps, die eine medizinische Beratung ermöglichen und sich daher an der Grenze zur Leistungserbringung positionieren. Beitragsgelder dürfen in diesem Fall nur aufgewendet werden, wenn es sich um allgemeine medizinische Beratungen im Sinne des § 1 Satz 4 SGB V; §§ 13 ff. SGB I handelt.

Als Beispiel können hier ein Diabetes-Tagebuch als Bestandteil einer Online-Patientenschulungsmaßnahme gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V oder auch besondere Versorgungsangebote gemäß § 140a SGB V genannt werden, bei denen etwa Tinnituspatienten mithilfe digital frequenzgefilterter Musik ihren Tinnitus lindern können, genannt werden.

Das Bundesversicherungsamt hat Apps aufgegriffen, die wegen ihrer individuellen medizinischen Handlungsempfehlungen gegen den Arztvorbehalt gemäß §§ 15, 28 SGB V der Anlage 24 BMV-Ä verstoßen. Dies ist beispielsweise gegeben, wenn eine von einer Krankenkasse angebotene Schwangerschaftsratgeber-App Frauen in Abhängigkeit von persönlich eingetragenen Beschwerden sowie deren persönlich empfundener Intensität eine individuelle Risikoeinschätzung bzw. eine individuelle Analyse auf bevorstehende Kom-

plikationen vornimmt, und eine Bewertung trifft, ob und welche (Haus-)mittel im konkreten Einzelfall geeignet (und ausreichend) sein können und ob ein Arzt konsultiert werden sollte. Aber auch Apps, bei welchen dem Versicherten bei individueller Eingabe von Beschwerden in Zusammenhang mit Allergien konkrete Empfehlungen in Bezug auf die Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente gegeben werden, überschreiten derzeit die Aufgaben einer gesetzlichen Krankenkasse. In diesem Bereich bedarf es zunächst einer fachlichen und politischen Debatte, inwieweit am Ärztevorbereitung festgehalten werden soll oder gesetzgeberischer bzw. vertraglicher Handlungsbedarf besteht.

Verbesserung der Servicefunktionen durch Onlinegeschäftsstellen und Service-Apps

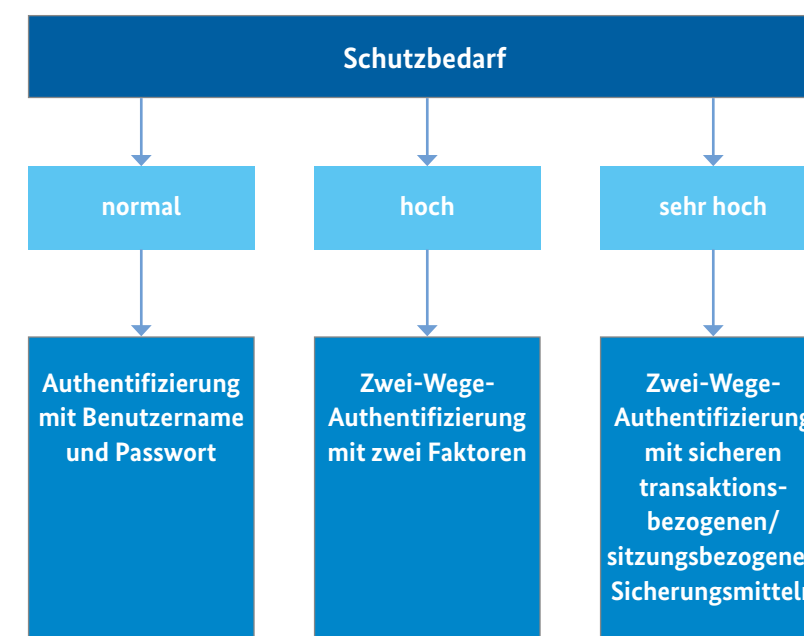
Insbesondere Krankenkassen setzten weiterhin auf die Einführung der sog. Online-Geschäftsstelle (OGS) und / oder mobilen Applikationen (Apps) im Service- und Informationsbereich.

Das Bundesversicherungsamt empfiehlt vor der Einführung solcher Anwendungen im Rahmen der Schutzbedarfsanalyse festzustellen, welche personenbezogenen Daten online übermittelt bzw. abgerufen werden und welche Risiken bei der Verletzung der Grundwerte Vertraulichkeit, Integrität oder Verfügbarkeit entstehen können. Durch diese Schutzbedarfsfeststellung werden die Sozial- und Gesundheitsdaten in drei Schutzbedarfskategorien eingeordnet: normal, hoch und sehr hoch. Dabei weist die Stufe „sehr hoch“ den höchsten Schutzbedarf auf. Zu dieser Kategorie gehören zum Beispiel Gesundheitsdaten oder Änderungen sensibler Stammdaten der Versicherten wie Bankverbindung oder Adressen.

Anhand dieser Schutzbedarfsanalyse sollten dann die weiteren Planungen zur Einführung und zum Aufbau der Verfahren ausgerichtet werden.

Die Anforderungen, an denen das Bundesversicherungsamt auch in 2017 die Konzepte der Träger und umgesetzte Instrumente der elektronischen Kommunikation gemessen hat, sind insbesondere sichere Übermittlungswege, die Integrität übermittelter Daten, die Einhaltung fachrechtlicher Vorgaben, die

revisionssichere Speicherung und die sichere Authentifizierung im elektronischen Kommunikationsprozess. Im Verlauf des Jahres ergaben sich einige Fragen zur Authentifizierung und zu Authentifizierungskonzepten und -lösungen von Trägern. Zur Anerkennung von elektronisch übermittelten Daten (Anerkennung als Beleg) und zur datenschutzrechtlich konformen Weitergabe von Informationen ist die Identität der Absenderin/des Absenders oder der Daten abrufenden Person über ein Authentifizierungsverfahren festzustellen. Je nach Schutzbedarfseinstufung der elektronischen Daten im Online-Portal oder bei der Übermittlung von Informationen ist auch das Authentifizierungsverfahren für die Nutzung der OGS oder App durch die Versicherten zu gestalten und einzurichten. Die nachfolgende Übersicht enthält einen groben Rahmen der empfohlenen Anforderungen zu den jeweiligen Schutzbedarfen:



Die Frage der sicheren Authentifizierung ist eine grundlegende und entscheidende Frage einer sicheren elektronischen Kommunikation und wird die Träger und das Bundesversicherungsamt auch in der nächsten Zeit stark beschäftigen. In die Überlegungen zur Konzeption von Authentifizierungslösungen sind dabei auch die rechtlichen und technischen Neuerungen einzubeziehen. So ermöglicht das Gesetz zur Förderung des elektronischen Identitätsnachweises

(Gesetz vom 7. Juli 2017, BGBl. 2017 I, S. 2310) eine erweiterte Nutzungsmöglichkeit der sicheren Identifizierung von Personen durch entsprechende Dienstleister unter Nutzung der sog. eID-Funktionen des Bundespersonalausweises. Ziel des Gesetzgebers ist, die eID-Funktionen verstärkt zu nutzen. Eine solche Nutzungsmöglichkeit kann eine entsprechend sichere Erstregistrierung sein, auf die dann weitere Authentifizierungsschritte bei konkreter Nutzung (transaktions-/sitzungsbezogen) aufbauen können, so dass ein höheres Schutzniveau als bei einer „einfachen“ Erstregistrierung erzielt werden kann. Für die weiteren Authentifizierungsschritte kann auch die elektronische Gesundheitskarte als sehr sicheres Authentifizierungsmittel vorgesehen werden. Zudem prüft das BMG die Einführung alternativer Authentifizierungswege für die Telematikinfrastruktur.

Auch die Umsetzung der sog. eIDAS-Verordnung der EU durch das Vertrauensdienstegesetz (VDG, Gesetz vom 18. Juli 2017, BGBl. 2017 I, S. 2745) und die dadurch zu erwartenden verstärkten Angebote zu entsprechenden (technischen) Dienstleistungen lassen weitere Möglichkeiten für Authentifizierungsmöglichkeiten erwarten.

Bereitstellung von IT-Ressourcen auf Basis von Cloud Computing

Mit der Bereitstellung von IT-Ressourcen auf Basis von Cloud-Computing-Konzepten werden im Allgemeinen wirtschaftliche Vorteile verbunden (u. a. durch eine bessere Skalierbarkeit der Leistungen und einer dadurch gewonnenen Flexibilität). Als wesentliche Nachteile stehen insbesondere bei sog. Public-Cloud-Lösungen die strategischen Abhängigkeiten von externen Anbietern sowie eine prinzipiell höhere Gefahr hinsichtlich des Verlustes der Vertraulichkeit extern verarbeiteter Daten entgegen. Hier ist im Einzelfall eine sorgfältige Abwägung zu treffen.

Aus den im Digitalausschuss geführten Diskussionen hierzu hat das Bundesversicherungsamt Grundanforderungen formuliert und als Rundschreiben auf der



Internetseite veröffentlicht (Rundschreiben vom 14. Dezember 2017, Rubrik Aufsicht, Datenverarbeitung/Datenschutz). Folgende Grundanforderungen sind dort aufgeführt:

Zunächst ist der Einsatz von Cloud-Diensten nur zur Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben zulässig (§ 30 SGB IV). Sofern Sozialdaten in externen Cloud-Lösungen verarbeitet werden sollen, kann dies zudem nur auf Grundlage einer Auftragsdatenverarbeitung erfolgen (§ 80 SGB X, ab dem 25. Mai 2018 i. V. m. Artikel 28 DSGVO). Im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung sind insbesondere die gesetzlich vorgegebenen Regelungsaspekte wirksam mit dem Auftragnehmer zu vereinbaren (§ 80 Abs. 2 SGB X bzw. ab dem 25. Mai 2018 Artikel 28 Abs. 3 DSGVO i. V. m. dem Erwägungsgrund 81 und § 80 SGB X n. F.). Je nach Gestaltung der Vereinbarung müssen dabei auch vertraglich in Bezug genommene Unterlagen (z. B. Service-Bedingungen) vor dem Hintergrund der Anforderungen bewertet werden.

Zudem muss die Einbeziehung externer Cloud-Dienste in der allgemeinen Sicherheitskonzeption berücksichtigt werden. Es sind geeignete Schutzmaßnahmen zu treffen, die im Verhältnis zum jeweils ermittelten Schutzzweck angemessen sind (§ 78a SGB X bzw. ab dem 25. Mai 2018 Artikel 32 DSGVO i. V. m. Erwägungsgrund 83). Hier können auch weitere Anfor-

derungen an die Sicherheitskonzeption (z. B. gemäß BSI-Gesetz) einschlägig sein.

Bei einer geplanten Verarbeitung von Sozialdaten außerhalb der Europäischen Union (z. B. durch einen administrativen Zugriff aus einem Drittland) muss ab dem 25. Mai 2018 explizit geprüft werden, ob die besonderen Anforderungen an eine solche Verarbeitung erfüllt werden (Artikel 44 ff. DSGVO i. V. m. Erwägungsgrund 101) und ob insbesondere hinreichende Garantien für den Schutz der personenbezogenen Daten gegeben werden können (Artikel 28 DSGVO i. V. m. Erwägungsgrund 108).

Für eine Verarbeitung besonderer Arten personenbezogener Daten (§ 67 Abs. 12 SGB X) bzw. ab dem 25. Mai 2018 besonderer Kategorien personenbezogener Daten (Artikel 9 Abs. 1 DSGVO) sind besondere Schutzmaßnahmen auf Grundlage einer eigenen Risikoanalyse zu treffen (Artikel 32 Abs. 2 DSGVO i. V. m. Erwägungsgrund 83).

Soweit eine Nutzung externer Cloud-Dienste aus sozial- und datenschutzrechtlicher Sicht zulässig ist, ist es aus Sicht des Bundesversicherungsamtes erforderlich, dass die anzustellende Wirtschaftlichkeitsanalyse (§ 69 Abs. 2 SGB IV) besonders auf die eingangs erwähnten strategischen Abhängigkeit (sog. Lock-In-Effekte) eingeht. Zudem sollten auch andere Lösungsalternativen wie z. B. sog. Private-Cloud-Konzepte

analysiert werden. Für weitere Anforderungen, ein initiales Prüfschema sowie Verweise auf wichtige Veröffentlichungen anderer Institutionen wird auf o. a. Rundschreiben hingewiesen.

Unterstützung bei der Umsetzung der neuen Datenschutzregelungen im Aufsichtsbereich

Ab dem 25. Mai 2018 sind neue Datenschutzregelungen anzuwenden. Das Bundesversicherungsamt begleitet die Umsetzung der EU-Datenschutzgrundverordnung (kurz: DSGVO) bei den Sozialversicherungsträgern. Das neue Datenschutzrecht führt zu einem Nebeneinander von EU-Recht (DSGVO), und den nationalen Datenschutzgesetzen im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und dem Sozialgesetzbuch (SGB) Erster (I) und Zehnter Teil (X)

Im Berichtsjahr wurden bereits das SGB I und das SGB X an die neue Rechtslage angepasst. Im Rahmen des dazu erfolgten Gesetzgebungsverfahrens hat das Bundesversicherungsamt aus der aufsichtsrechtlichen Perspektive Stellungnahme genommen. Aus der neuen Rechtsordnung ergeben sich komplexe Fragen um die praktische Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen.

Aus der Perspektive der Rechtsaufsicht sind vor allem zwei Änderungen hervorzuheben: Zum einen haben die neuen Regelungen zu den technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen querschnittliche Auswirkungen auf viele Bereiche. Dies führt zum Beispiel dazu, dass eine Prüfung der technisch-organisatorischen Maßnahmen bei der Bearbeitung von Anzeigen umfangreicher wird. Zum anderen ist mit dieser Gesetzesanpassung auch das Genehmigungsverfahren für die Übermittlung von Sozialdaten für Forschungszwecke erweitert worden. So können Folgeanträge zu einem bestehenden Forschungsvorhaben unter erleichterten Bedingungen gestellt werden. Außerdem sind nunmehr nicht nur bestimmte Einzelvorhaben, sondern auch Forschungsbereiche Gegenstand von Genehmigungen. Aus der Perspektive der Rechtsaufsicht sind damit veränderte Prüfmaßstäbe z. B. hinsichtlich der Einwilligungserklärung (Stichwort: broad consent) verbunden.

Auch aus der Perspektive der Sozialversicherungsträger sind tiefgreifende Veränderungen erforderlich. Um die Umsetzung der neuen Rechtslage zu unterstützen, hat das Bundesversicherungsamt zwei konkrete Maßnahmen umgesetzt. Einerseits sind die an das Bundesversicherungsamt herangetragenen Fragen in diesem Kontext gebündelt und zu einer sog. FAQ-Liste aufbereitet worden. Dadurch sollen die bislang beantworteten Fragen einem breiteren Empfängerkreis eröffnet und letztlich auf diese Weise eine einheitliche Rechtsanwendung sichergestellt werden. Andererseits hat das Bundesversicherungsamt Mustervordrucke als praktische Umsetzungshilfen entwickelt und auf der Homepage zur Verfügung gestellt. Dies soll die Umsetzung der neuen Anforderungen erleichtern und zu einer einfachen Anwendbarkeit der neuen Rechtslage führen.

Die Veröffentlichung der FAQ-Liste und der Mustervordrucke ist in einem Rundschreiben an alle Sozialversicherungsträger mit der Einladung verbunden worden, sich bei Diskussionsbedarf direkt an das Bundesversicherungsamt zu wenden. Durch viele wertvolle Hinweise und Diskussionen konnten die Instrumente kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Neue gesetzliche Regelungen zum Schutz sog. Kritischer Infrastrukturen

Im Juli 2015 wurde das sogenannte IT-Sicherheitsgesetz erlassen. Ein wesentliches Ziel dieses Änderungsgesetzes, durch das verschiedene Vorschriften – vor allem des BSI-Gesetzes – angepasst wurden, ist die Stärkung der Informationssicherheit sogenannte Kritischer Infrastrukturen. Hierbei handelt es sich um Organisationen oder Einrichtungen mit wichtiger Bedeutung für das staatliche Gemeinwesen. Zur Umsetzung des Gesetzes wird durch eine Rechtsverordnung (die sogenannte BSI-Kritisverordnung) bestimmt, welche Organisationen als Kritische Infrastrukturen bewertet werden. Seit einer am 30. Juni 2017 in Kraft getretenen Anpassung dieser Rechtsverordnung, auch als Korb 2 bezeichnet, wird auch der Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung von dieser Verordnung erfasst.

Im Aufsichtsbereich des Bundesversicherungsamtes überschreiten insgesamt sieben Sozialversicherungsträger - davon drei im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung und vier im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung - die in der Rechtsverordnung definierten Schwellenwerte und gelten somit als Kritische Infrastrukturen.

Diese Sozialversicherungsträger müssen die für die Erbringung ihrer kritischen Dienstleistungen wesentlichen IT-Systeme innerhalb von zwei Jahren entsprechend dem Stand der Technik absichern (vgl. § 8a Abs. 1 BSI-Gesetz) und hierüber regelmäßig geeignete Nachweise erbringen (vgl. § 8a Abs. 3 BSI-Gesetz). Außerdem mussten sie sechs Monate nach Erlass der Verordnung eine rund um die Uhr erreichbare Kontaktstelle benennen (vgl. § 8b Abs. 3 BSI-Gesetz) und erhebliche IT-Störungen unverzüglich an das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik melden (vgl. § 8b Abs. 4 BSI-Gesetz).

Zur Begleitung der Umsetzung der neuen gesetzlichen Anforderungen hat das Bundesversicherungsamt im dritten Quartal 2017 eine spezialisierte Prüfgruppe eingerichtet. Im Jahr 2018 starten Aufsichtsprüfungen, um die Absicherung der Kritischen Infrastrukturen im Aufsichtsbereich zu begleiten und bei Bedarf frühzeitig auf Verbesserungen hinwirken zu können. Zudem hat das Bundesversicherungsamt – in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales – einen Erfahrungsaustausch für die betroffenen Sozialversicherungsträger des Aufsichtsbereichs organisiert. Ziel ist es, eine Plattform zu schaffen, die einen zielgerichteten und kooperativen Austausch unter den betroffenen Sozialversicherungsträgern selbst und mit den Aufsichten ermöglicht.

Übermittlung von Sozialdaten zu Forschungszwecken bei Innovationsfondsprojekten

Für die Übermittlung von Sozialdaten für Forschungsprojekte ist gemäß § 75 Abs. 2 SGB X eine vorherige Genehmigung erforderlich. Für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung ist das Bundesversicherungsamt insoweit zuständig. Eine Genehmigungsprüfung umfasst sowohl die datenschutzrechtlichen Anforderungen (z. B. Einwilli-

gung, sichere Datenübermittlung, Anonymisierung, Löschfristen) als auch medizinisch-wissenschaftliche Aspekte des Forschungsvorhabens. Insbesondere die letztgenannte Prüfung ist zeitaufwändig.

Im Rahmen der Einführung des Innovationsfonds stellte sich die Frage, ob auch für Forschungsvorhaben bei diesen Projekten eine Genehmigung gemäß § 75 SGB X erforderlich ist. Dies galt insbesondere mit Blick darauf, dass der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss als bewilligende Institution für Innovationsfonds-Projekte bereits eine methodisch-inhaltliche Prüfung unter Einbeziehung eines Expertenbeirates vornimmt. Eine Genehmigung nach § 75 SGB X stellt aber die Übermittlungsbefugnis dar und ist somit formell erforderlich. Vor dem Hintergrund wurde – nicht zuletzt auf Initiative einiger Krankenkassen – das Genehmigungsverfahren in diesen Fällen vereinfacht und das sog. Fast-Lane-Verfahren eingeführt. Hierbei greift das Bundesversicherungsamt auf die Ergebnisse der methodisch-inhaltlichen Prüfung des Innovationsausschusses zurück und kann dadurch die Bearbeitungszeiten in den Genehmigungsverfahren deutlich verkürzen.

Als Prüfungsgrundlage wird von den Krankenkassen eine Kurzbeschreibung der zeitlichen und technischen Rahmenbedingungen für das Projekt (meist in Form eines sog. Proposal zusammengefasst), der Förderbescheid des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss nebst Anlagen sowie das Datenschutzkonzept zu dem Forschungsvorhaben, das sowohl die Sicherheitsmaßnahmen für die Übermittlung als auch für die sichere Aufbewahrung der Sozialdaten enthält, benötigt.

Als eine weitere Verfahrensbeschleunigung hat sich die Sammeleinreichung von Anträgen durch einen Konsortialführer herauskristallisiert. Oftmals sind viele bundesunmittelbare Krankenkassen an einem Innovationsfondsprojekt beteiligt. In solchen Fällen brauchen die Unterlagen über das zugrunde liegende Forschungsvorhaben nur einmal eingereicht werden, sodass die gesammelten förmlichen Anträge der beteiligten Krankenkassen hierauf verweisen können. Die kurzen förmlichen Anträge (sog. One-Pager) werden benötigt, um die verantwortliche Stelle als Empfänger der Genehmigung richtig adressieren zu können. Zudem war in einigen Fällen eine Abgrenzung zur



Auftragsverarbeitung gemäß § 80 SGB X fraglich. Die Anwendung des § 75 SGB X im Kontext der Innovationsfondprojekte führt dazu, dass für die Verarbeitung der Sozialdaten im Rahmen der Forschung in der Regel keine weiteren Verträge zur Auftragsdatenverarbeitung abgeschlossen werden müssen. Insgesamt konnte so der Verwaltungsaufwand für die Genehmigungen nach § 75 SGB X im Bereich von Innovationsfondsprojekten sowohl für die Antragsteller als auch für das Bundesversicherungsamt als genehmigende Stelle deutlich reduziert werden. Dies war oftmals von großem Vorteil, weil viele Anträge sehr spät gestellt wurden. Da die Genehmigungen aber die rechtliche Grundlage für die Übermittlung der Sozialdaten zu Forschungszwecken darstellen sollte grundsätzlich auf eine frühzeitige Beteiligung des Bundesversicherungsamtes geachtet werden.

6.4 Vergabe

Vergaberechtssichere Beschaffung von IT-Dienstleistungen nach 15 Jahren aus einer Rahmenvereinbarung

IT-Dienstleistungen sind entgeltliche Verträge zwischen öffentlichen Auftraggebern und Unternehmen und unterliegen als öffentliche Aufträge den Regelungen des § 103 Abs. 1 GWB. Weil bei IT-Dienstleistungen vielfach wiederkehrende gleichartige Beschaffungen notwendig sind, kann der Abschluss von Rahmenvereinbarungen ratsam sein.

Rahmenvereinbarungen sind gemäß § 103 Abs. 5 GWB Vereinbarungen zwischen einem oder mehreren öffentlichen Auftraggebern und einem oder mehreren Unternehmen, die dazu dienen, die Bedingungen für die öffentlichen Aufträge, die während eines bestimmten Zeitraums vergeben werden sollen, festzulegen, insbesondere in Bezug auf den Preis. Für die Vergabe von Rahmenvereinbarungen gelten, soweit nichts anderes bestimmt ist, dieselben Vorschriften wie für die Vergabe entsprechender öffentlicher Aufträge. Der Abschluss einer Rahmenvereinbarung kommt insbesondere dann in Betracht, wenn der tatsächliche

Bedarf (Auftragsvolumen und Zeitpunkt) noch nicht konkret bekannt ist, sich aber die Größenordnung (maximaler oder minimaler Umfang der Leistung; Anfang und Ende des Leistungszeitraums) eingrenzen lässt.

Eine Rahmenvereinbarung ist weder eine besondere Variante eines öffentlichen Auftrags noch eine eigenständige Verfahrensart. Vielmehr handelt es sich um ein zweistufiges Verfahren eigener Art:

Auf einer ersten Stufe wird die Rahmenvereinbarung durch eine der Vergabeverfahrensarten gemäß § 119 GWB vergeben. Auf der zweiten Stufe werden anschließend vonseiten des öffentlichen Auftraggebers die Einzelbeschaffungen vorgenommen, wobei die Rahmenvereinbarung als Grundlage dient.

Aus den Fällen von Beschaffungen von IT-Dienstleistungen aus Rahmenvereinbarungen, die das Bundesversicherungsamt im Berichtszeitraum überprüft hatte, ist Folgendes exemplarisch zu erwähnen:

Ein Sozialversicherungsträger hatte, ohne eine Ausschreibung durchzuführen, im Jahre 2015 einen Vertrag über die Beschaffung von IT-Dienstleistungen abgeschlossen.

Auf Rückfrage des Bundesversicherungsamtes teilte der Sozialversicherungsträger mit, dass der Vertragsabschluss auf Basis einer zwischen der beauftragten Firma und dem Bundesministerium des Innern im Jahre 2000 geschlossenen Rahmenvereinbarung erfolgt sei. Erkundigungen beim Beschaffungsamt des Bundesministeriums des Innern erbrachten das Ergebnis, dass diese Rahmenvereinbarung eine maximale Laufzeit bis Ende 2002 gehabt hatte.

Daher war es für den Sozialversicherungsträger keineswegs rechtlich zulässig, sich auf diese Rahmenvereinbarung zu berufen, also einen bereits beendeten

Einzelabruf aus der Rahmenvereinbarung wiederaufleben zu lassen oder ihn zu verlängern, zu erweitern oder gar einen neuen Einzelabruf zu tätigen. Für eine Beauftragung, in welcher Form auch immer, fehlte es an einer vertraglichen Grundlage, denn die Rahmenvereinbarung war seit 2002 nicht mehr existent. Projekte, die auf Basis der Rahmenvereinbarung durch eine einzelvertragliche Regelung im Zeitraum 2000 bis 2002 beauftragt worden waren und nun vom Sozialversicherungsträger mit dem gleichen Unternehmen weitergeführt werden sollten, bedurften folglich einer vergaberechtskonformen (Neu-) Ausschreibung.

Der Sozialversicherungsträger wurde über die Rechtslage informiert und aufgefordert, die vorzeitige – gegebenenfalls konsensuale – Beendigung der auf Basis der abgelaufenen Rahmenvereinbarung abgeschlossenen Verträge zu prüfen und dem Bundesversicherungsamt das Ergebnis mitzuteilen.

Letztlich trug er nach eingehender Erörterung der Sach- und Rechtslage mit dem Bundesversicherungsamt dieser Aufforderung dadurch Rechnung, dass für die zu beschaffenden IT-Dienstleistungen eine europaweite Ausschreibung durchgeführt wurde.

Das Bundesversicherungsamt begleitete das Vergabeverfahren. Dabei wurde Wert darauf gelegt, dass bei der Erstellung der Leistungsbeschreibung und der Vergabeunterlagen darauf geachtet wurde, dass ein möglicher Wissensvorsprung des bisher beauftragten Unternehmens gegenüber dem restlichen Bieterfeld ausgeglichen wurde.

Die Beschaffung der benötigten IT-Dienstleistungen durch den Sozialversicherungsträger konnte schließlich mit dem Abschluss einer neuen Rahmenvereinbarung erfolgreich abgeschlossen werden.

2. Teil

Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung

1. Schätzerkreis, Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich

1.1 Schätzerkreis

Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis (§ 220 Abs. 2 SGB V) schätzt jedes Jahr bis zum 15. Oktober für das jeweilige Jahr und für das Folgejahr die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen, die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds (ohne Einnahmen aus Zusatzbeiträgen) und die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und Mitglieder. Dem Schätzerkreis gehören Fachleute des Bundesministeriums für Gesundheit, des GKV-Spitzenverbandes und des Bundesversicherungsamtes an. Auf der Basis der amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung bewertet er die Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung des laufenden Jahres und trifft auf dieser Grundlage eine Prognose über die Entwicklung im jeweiligen Folgejahr. Zur Prognose der Einnahmenentwicklung berücksichtigt der Schätzerkreis auch aktuelle Prognosen zur Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Eckdaten. Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V, für die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach den §§ 266 und 270 SGB V sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V. Auf seinen Sitzungen am 11. und 12. Oktober 2017 kam der Schätzerkreis zu einer einvernehmlichen Einschätzung der Höhe der Einnahmen sowie der Zahl der Versicherten und Mitglieder der GKV. Für das Jahr 2018 erwartet der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 222,2 Milliarden Euro (ohne Einnahmen aus Zusatzbeiträgen). Darin enthalten ist ein Bundeszuschuss in Höhe von 14,4 Milliar-

den Euro. Bei der Bewertung des Ausgabevolumens für die Jahre 2017 und 2018 konnte hingegen kein Einvernehmen hergestellt werden. Die voraussichtlichen zuweisungsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen in 2018 betragen laut Einschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesversicherungsamtes 236,2 Milliarden Euro. Damit unterschreitet das Zuweisungsvolumen aus dem Gesundheitsfonds die zu erwartenden Ausgaben der Krankenkassen um rund 14 Milliarden Euro.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurde der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2018 vom Bundesministerium für Gesundheit auf 1,0 % festgelegt. In 2017 belief dieser sich auf 1,1 %. Bei dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz handelt es sich um eine rechnerische Größe für die Gesetzliche Krankenversicherung insgesamt. Die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze werden auf der Grundlage der einzelnen Haushaltspläne von den Selbstverwaltungen der Krankenkassen festgelegt. Schätzergebnisse, Berichte und weitere Informationen stellt das Bundesversicherungsamt unter <https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/schaetzerkreis.html> zur Verfügung.

1.2 Gesundheitsfonds

1.2.1 Allgemeines

Der Gesundheitsfonds nach § 271 SGB V ist ein vom Bundesversicherungsamt verwaltetes Sondervermögen, in das alle für die Finanzierung der Krankenversicherung vorgesehenen Mittel fließen. Hierzu gehören in erster Linie die von den Krankenkassen eingezogenen Krankenversicherungsbeiträge. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Krankenversicherungsbeiträge für Rentner und die Minijob-Zentrale

Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ab. Weitere Direktzahler sind die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger für die Beiträge aus Arbeitslosengeld I und II, die Künstlersozialkasse sowie das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr. Schließlich leistet der Bund den Bundeszuschuss nach § 221 SGB V an den Gesundheitsfonds.

Der Gesundheitsfonds finanziert mit diesen Einnahmen die Zuweisungen an die Krankenkassen, die sich aus einer Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen und Zuweisungen für sonstige Ausgaben zusammensetzen. Diese Zuweisungen bilden den Risikostrukturausgleich. Darüber hinaus erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds die Beiträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder in der Höhe, die sich nach dem Einkommensausgleich ergibt. Risikostrukturausgleich und Einkommensausgleich werden unter 1.3 und 1.4 näher erläutert.

1.2.2 Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

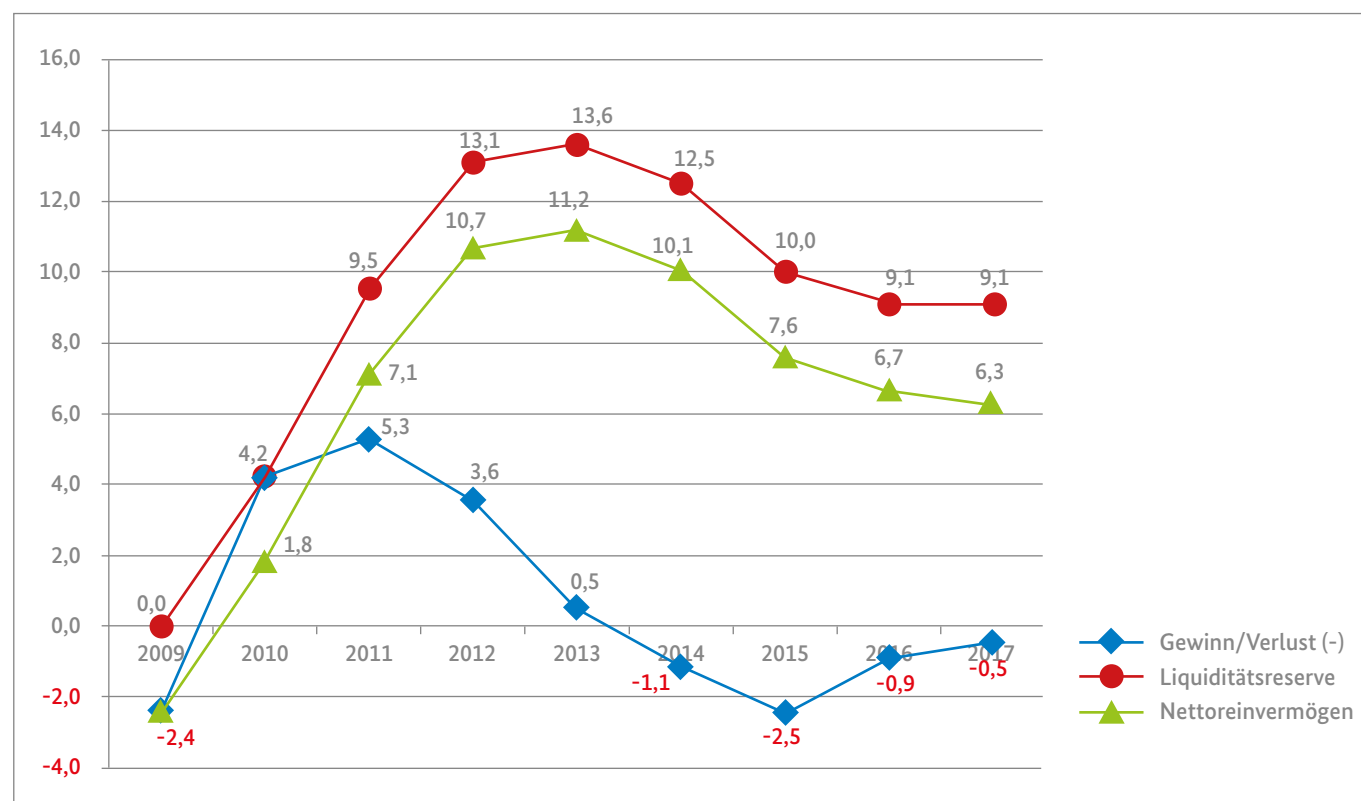
Das Jahr 2017 hat der Gesundheitsfonds mit einem Überschuss der Ausgaben in Höhe von rd. 463,9 Millionen Euro abgeschlossen, davon entfallen rd. 331,1 Millionen Euro auf die Finanzierungsanteile der Liquiditätsreserve am Innovations- und Strukturfonds. Der Saldo des Einkommensausgleichs beträgt 46,1 Millionen Euro. Den Einnahmen in Höhe von rd. 229,6 Milliarden Euro stehen Ausgaben in Höhe von rd. 230,0 Milliarden Euro gegenüber. Die Einnahmen setzen sich mit rd. 215,2 Milliarden Euro größtenteils aus Beitragseinnahmen (inkl. Zusatzbeiträge) und weiteren Einnahmen von rd. 14,4 Milliarden Euro zusammen. Von den Ausgaben entfallen rd. 229,6 Milliarden Euro auf Zahlungen an die Krankenkassen (RSA-Zuweisungen und Zahlungen aus dem Einkommensausgleich), die o.g. Zuführungen aus der Liquiditätsreserve an den Innovations- und Strukturfonds in Höhe von rd. 331,1 Millionen Euro und rd. 53,2 Millionen Euro auf die Verwaltungskosten. Diese setzen sich aus der Einzugskosten-Vergütung an die Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rd. 36,0 Millionen Euro, den Kosten

für Beitragsprüfungen von 5,2 Millionen Euro, den sonstigen Vergütungen an andere von rd. 2,8 Millionen Euro, den DMP-Vorhaltekosten von 1,6 Millionen Euro sowie den originären Verwaltungskosten des Bundesversicherungsamtes von rd. 7,5 Millionen Euro zusammen. Einzelheiten zu den Rechnungsergebnissen des Gesundheitsfonds können dem jährlichen erschienen Begleitbericht zur Jahresrechnung entnommen werden (<https://www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds/finanzergebnisse/amtliche-statistiken.html>).

Rechnungsergebnis 2017 des Gesundheitsfonds in Euro (lt. KJ 1)

Beitragseinnahmen	215.204.055.980,78
davon aus Zusatzbeiträgen:	14.956.088.819,78
weitere Einnahmen (z.B. Bundeszuschuss, Zinsen)	14.358.572.148,62
Einnahmen gesamt	229.562.628.129,40
Zahlungen an Krankenkassen	229.642.256.605,03
davon für Einkommensausgleich:	14.910.031.468,67
Verwaltungskosten	53.157.038,11
Zuführung an Innovations- und Strukturfonds	331.127.422,16
Ausgaben gesamt	230.026.541.065,30
Überschuss der Ausgaben	-463.912.935,90

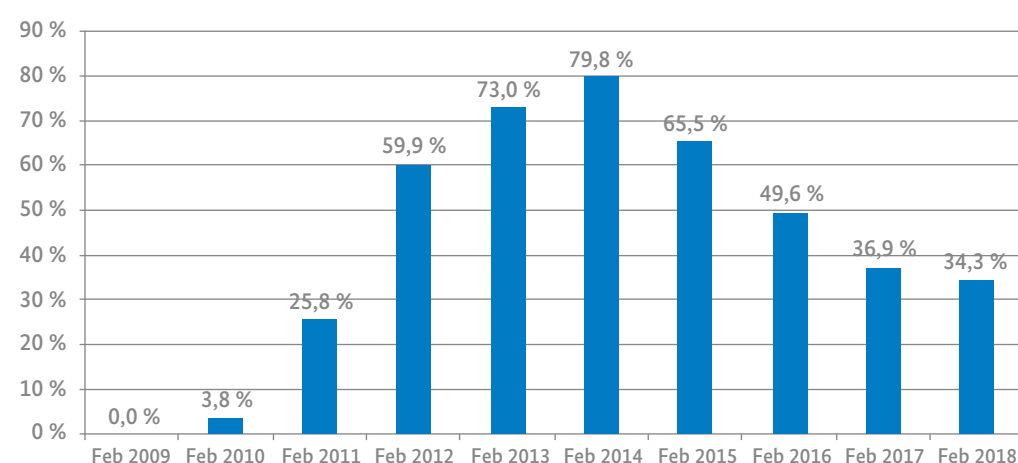
Aufgrund des Ausgabenüberschusses des Jahres 2017 verringert sich das Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds zum 31.12.2017 auf rd. 6,3 Milliarden Euro. Die zum Stichtag 15.1.2018 ermittelte Liquiditätsreserve beträgt rd. 9,1 Milliarden Euro.



Im Jahr 2017 hatten die Krankenkassen Anspruch auf Zuweisungen (inklusive Einkommensausgleich) in Höhe von rd. 19,1 Mrd. Euro je Monat. Die Auszahlung der Zuweisungen erfolgte im Zeitraum vom 16. bis zum letzten Bankarbeitstag des Monats, die anschließend eingehenden Beträge werden bis zum nächsten 16. angelegt. Die konkrete Höhe der täglichen Zuwei-

sungen hängt von der Höhe der täglichen Einnahmen des Gesundheitsfonds ab; auszahlungstärkster Tag ist in der Regel der 16. (= 1. Tag der neuen Auszahlungsperiode). Aufgrund der Ausgabenüberschüsse des Gesundheitsfonds in den letzten Jahren hat sich die Höhe des Auszahlungsbetrages an diesem Tag im Vergleich zu den Vorjahren deutlich verringert.

Anteil der Auszahlung am ersten Tag des Auszahlungsmonats Februar an der monatlichen Gesamtsumme



1.2.3 Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds

Entwicklung der Beitragseinnahmen und -rückstände

Das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds überwacht die Entwicklung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und bildet seit dem Jahr 2010 die Entwicklung der Beitragsrückstände in der Sozialversicherung für den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (GSV-Beitrag) gegenüber den beteiligten Stellen und dem Bundesrechnungshof nach einheitlich abgestimmten Kriterien ab. Seit dem 1. Januar 2011 werden auch die sogenannten Sonstigen Krankenversicherungsbeiträge (bspw. Freiwillige Versicherung, Versorgungsbezüge) ausgewiesen. Seit dem 1. Januar 2014 werden die entsprechenden Werte zusätzlich auf der Homepage des Bundesversicherungsamts veröffentlicht (<http://www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds/beitragsaufkommen-und-rueckstaende.html>).

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

Im Bereich des GSV-Beitrages ist der Einziehungserfolg seit Jahren auf einem hohen Niveau stabil. So wurden auch 2017 regelmäßig über 99,6 vom Hundert dieser Beitragsforderungen umgehend realisiert. Zur dauerhaften Sicherstellung dieser positiven Entwicklung wird die Innendienstprüfung des Bundesversicherungsamts seit dem Jahr 2011 u.a. ergänzt durch die sogenannte Einzugsstellenprüfung.

Gemäß § 28q Abs. 1a SGB IV prüfen die Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit für das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds bei den Krankenkassen in ihrer Funktion als Einzugsstellen die Geltendmachung der Beitragsansprüche, den Einzug, die Verwaltung, die Weiterleitung und die Abrechnung des KV-Anteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag.

Die entsprechenden Vor-Ort-Prüfungen wurden im Jahr 2017 flächendeckend bei rund 200 Prüfstellen durchgeführt. Dabei werden beständig weiterentwickelte und individuell auf die maßgeblichen Softwarelösungen der Krankenkassen abgestimmte Daten-

selektionsprogramme zur Gewährleistung effektiver und zielgerichteter Prüfungen genutzt. Durch die sowohl kontinuierliche und auch anlassbezogene Überwachung wird gewährleistet, dass der Sozialversicherung keine vermeidbaren Beitragsverluste entstehen.

Die Beitragsrückstände bei den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen – insbesondere die freiwillig versicherter Personen – weisen hingegen keine mit dem GSV-Bereich vergleichbar positive Entwicklung auf. Das Bundesversicherungsamt hat deshalb im Jahr 2017 verstärkt auffällige Krankenkassen kontaktiert und die jeweils zuständigen Prüfdienste um Sonderprüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V gebeten. Diese Prüfungen mit dem Schwerpunkt auf die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V werden im Jahr 2018 zudem aktiv begleitet.

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

Als Verwalter des Gesundheitsfonds ist das Bundesversicherungsamt auch für die Prüfung der Beitragszahlung der Bundesagentur für Arbeit und der zugelassenen kommunalen Träger für die Bezieher von Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II zuständig. Von den bundesweit gegenwärtig existierenden 563 Institutionen wurden seit Übertragung der Prüfberechtigung 202 Einrichtungen geprüft.

Die örtlichen Erhebungen in den Jobcentern und Agenturen für Arbeit werden von 4 Prüfteams, bestehend aus drei AOKen und einem BKK Landesverband, im Auftrag des Bundesversicherungsamtes durchgeführt. Diese können aus Kapazitätsgründen jeweils nur einen sehr geringen Teil der selektierten potenziell fehlerbehafteten Fälle der 407 gemeinsamen Einrichtungen und 156 Agenturen für Arbeit einer Prüfung unterziehen.

Im Jahr 2017 wurden insgesamt 39 Institutionen (acht Agenturen für Arbeit, 21 gemeinsame Einrichtungen und zehn zugelassene kommunale Träger) geprüft. Dabei wurden rund 19.000 Fälle fehlerhafter Zahlungen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an den Gesundheitsfonds festgestellt. Die sich daraus ergebenden Beitragsnachforderungen und Säumniszuschläge für die Kranken- und Pflegeversicherung belaufen sich auf ca. 16,25 Mio. Euro.

1.3.1 Grundlagen

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

Der Grundgedanke des Risikostrukturausgleiches ist es daher, die finanziellen Folgen der unterschiedlichen Versichertenstrukturen zwischen den Krankenkassen auszugleichen. Bei Einführung des Risikostrukturausgleichs im Jahr 1994 waren allein Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus als Risiken zu berücksichtigen. Seit dem Jahr 2009 wird der Risikostrukturausgleich um Morbiditätszuschläge für 80 Krankheiten ergänzt. Für jeden Versicherten erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale, die sich aus den durchschnittlichen erwarteten Ausgaben aller Versicherten errechnet. Diese Grundpauschale wird durch ein System alters-, geschlechts- und risikoadjustierter Zu- und Abschläge

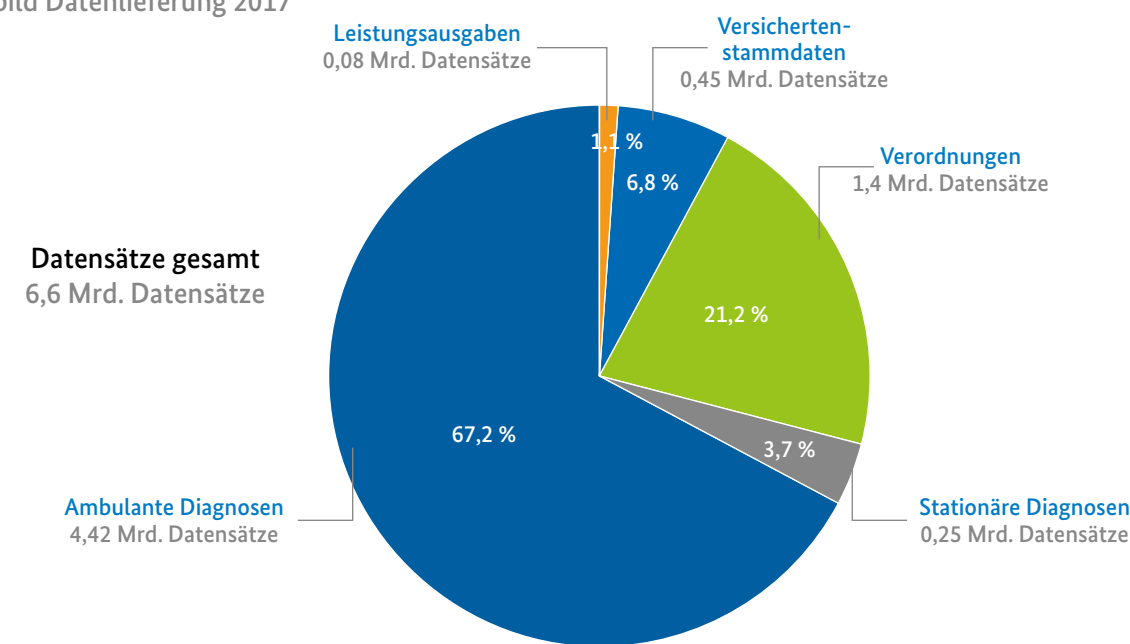
an den erwarteten Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse angepasst. Konkret sind dies

- alters- und geschlechtsadjustierte Zu- und Abschläge für 40 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG),
- risikoadjustierte Zuschläge für sechs Erwerbsminderungsgruppen (EMG),
- risikoadjustierte Zuschläge für 199 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) (im Jahr 2017),
- Krankengeldzuschläge differenziert nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentenstatus (insgesamt 244 Gruppen), sowie
- gesonderte Regelungen zur Ermittlung der Zuschläge (7 Gruppen) für Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben, und Zuschläge (40 Gruppen) für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland.

Die Berechnung der Zuweisungen je Krankenkasse fußt gem. § 266 Abs. 6 SGB V auf kasseneinheitlichen Werten, die jährlich vom Bundesversicherungsamt ermittelt und bekannt gegeben werden. Dies sind insbesondere die o. g. Grundpauschale, die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge, sowie die standardisierten Verwaltungsausgaben (bezogen auf Versichertenzeiten bzw. Leistungsausgaben) und die standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen. Allein die DMP-Programmkostenpauschale wird vom GKV-Spitzenverband festgelegt und nicht durch das Bundesversicherungsamt durch eine Standardisierung tatsächlicher Ausgaben berechnet.

Das Bundesversicherungsamt berechnet die Höhe der Zuweisungen und führt den Zahlungsverkehr durch (§ 39 Abs. 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, RSAV). Das Verfahren ist als monatliches Abschlagsverfahren mit drei Strukturanpassungen und einem abschließenden Jahresausgleich mit einmaliger Korrektur im Folgejahr ausgestaltet. Grundlage für die Berechnungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind umfangreiche Datenmeldungen der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt, da die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von sämtlichen abgerechneten ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen erfasst wird. Insgesamt wurden im Jahr 2017 knapp 6,6 Milliarden Datensätze angenommen und verarbeitet.

Schaubild Datenlieferung 2017



1.3.2 Monatliches Abschlagsverfahren 2017

Die Berechnungswerte für das Abschlagsverfahren 2017 hatte das Bundesversicherungsamt bereits im November 2016 ermittelt und mit der „Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2017“ am 15. November 2016 veröffentlicht. Die Grundpauschale je Versicherten wurde für 2017 auf Basis des Gesamt-Zuweisungsvolumens, das im vorangegangenen Schätzerkreis für das Jahr 2017 fixiert wurde, mit monatlich rund 249 Euro bekanntgegeben. Sämtliche (vorläufigen) Zu- und Abschläge zur Grundpauschale wurden dagegen noch auf Basis der versichertenbezogenen Ausgaben des Jahres 2015 berechnet. Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als monatliche Abschlagszahlungen. Dabei findet jeden Monat eine Anpassung an die veränderten Versichertenzahlen einer Krankenkasse statt. Mittels Anpassungsfaktoren wird gewährleistet, dass dabei jeden Monat insgesamt ein Zwölftes des Jahreszuweisungsvolumens an die GKV ausgezahlt wird. Die Auszahlungen aus dem Gesundheitsfonds beginnen jeweils zum 16. des entsprechenden Monats

und werden spätestens bis zum 15. des Folgemonats vollständig erfüllt. Weil sich nicht nur die Versichertenzahlen der Krankenkassen, sondern auch die jeweiligen Versichertenstrukturen 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 Strukturanpassungen erfolgen jeweils im März und September des Ausgleichsjahres und im März des Folgejahres. Im Rahmen der dritten Strukturanpassung werden die Zu- und Abschläge zur Grundpauschale auf Basis der vorläufigen Finanzergebnisse der Krankenkassen des Jahres 2017 neu berechnet. Die Tabelle auf der folgenden Seite zeigt die Zuweisungen im Jahr 2017 nach der zweiten Strukturanpassung.

Wie hier deutlich wird, werden die Zuweisungen bezogen auf die im Schätzerkreis erwarteten Ausgaben für Pflichtleistungen, Verwaltungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen ermittelt. Da das Gesamt-Zuweisungsvolumen jedoch auf die Höhe der für 2017 erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2017 (RSA-Abschlagsverfahren einschließlich 1. und 2. Strukturanpassung)						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 40 RSAV	Gesamt
AOK	84,0 Mrd. €	4,2 Mrd. €	0,357 Mrd. €	0,423 Mrd. €	-5,2 Mrd. €	83,7 Mrd. €
BKK	28,6 Mrd. €	1,6 Mrd. €	0,148 Mrd. €	0,117 Mrd. €	-2,1 Mrd. €	28,4 Mrd. €
VdEK	82,2 Mrd. €	4,3 Mrd. €	0,383 Mrd. €	0,346 Mrd. €	-5,7 Mrd. €	81,5 Mrd. €
IKK	14,4 Mrd. €	0,8 Mrd. €	0,072 Mrd. €	0,065 Mrd. €	-1,0 Mrd. €	14,2 Mrd. €
KBS	6,9 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,022 Mrd. €	0,041 Mrd. €	-0,4 Mrd. €	6,9 Mrd. €
GKV	216,0 Mrd. €	11,2 Mrd. €	0,984 Mrd. €	0,991 Mrd. €	-14,4 Mrd. €	214,7 Mrd. €

zu begrenzen ist, wurde bereits im monatlichen Abschlagsverfahren gemäß § 40 RSAV eine mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen in Form einer Kürzung in Höhe von jeweils 21,46 Euro je Mitglied einer Krankenkasse vollzogen. Die Zuweisungen für Pflichtleistungen und Verwaltungsausgaben waren zugunsten der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) zu bereinigen.

1.3.3 Jahresausgleich 2016

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen für das Kalenderjahr 2016 erfolgte im November 2017 die abschließende Fest-

stellung der Zuweisungen für das Jahr 2016 (Jahresausgleich). Dabei waren die Zu- und Abschläge für das Ausgleichsjahr 2016 erstmalig auf Basis der versichertenbezogen erfassten Leistungsausgaben des Jahres 2016 und der endgültigen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen zu berechnen. Insgesamt wurden den Krankenkassen im Ausgleichsjahr 2016 rund 206 Milliarden Euro über den Risikostrukturausgleich zugewiesen. Die endgültige Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten ist der folgenden Übersicht zu entnehmen.

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2016 (RSA)						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen – Pandemie	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 41 RSAV	Gesamt
AOK	79,053 Mrd. €	4,051 Mrd. €	0,407 Mrd. €	0,404 Mrd. €	-4,239 Mrd. €	79,7 Mrd. €
BKK	27,134 Mrd. €	1,544 Mrd. €	0,172 Mrd. €	0,109 Mrd. €	-1,725 Mrd. €	27,2 Mrd. €
VdEK	78,325 Mrd. €	4,221 Mrd. €	0,446 Mrd. €	0,324 Mrd. €	-4,701 Mrd. €	78,6 Mrd. €
IKK	13,824 Mrd. €	0,778 Mrd. €	0,086 Mrd. €	0,061 Mrd. €	-0,882 Mrd. €	13,9 Mrd. €
KBS	6,739 Mrd. €	0,308 Mrd. €	0,027 Mrd. €	0,039 Mrd. €	-0,304 Mrd. €	6,8 Mrd. €
GKV	205,075 Mrd. €	10,902 Mrd. €	1,137 Mrd. €	0,937 Mrd. €	-11,852 Mrd. €	206,2 Mrd. €

Dem zugesagten Zuweisungsvolumen für 2016 in Höhe von rund 206,2 Milliarden Euro standen tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von mehr als 218 Milliarden Euro gegenüber. In der Summe über alle Krankenkassen deckte das zugesagte Zuweisungsvolumen 94,6 % der Ausgaben. Daraus resultiert eine mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen in Form einer Kürzung in Höhe von 216,64 Euro je Mitglied. Über alle Krankenkassen bedeutet dies zwar eine Kürzung der Zuweisungen um rund 11,8 Milliarden Euro. Dem gegenüber stehen jedoch die über den Einkommensausgleich (vgl. Kapitel 1.4) zugewiesenen Mittel für 2016 in Höhe von 14,08 Mrd. Euro. Wie vom Gesetzgeber vorgegeben, hat das Bundesversicherungsamt im November 2017 zeitgleich mit dem Jahresausgleich 2016 auch eine Korrektur des Vorjahres durchgeführt. Hierbei erfolgte eine Neuberechnung der Zuweisungen 2015 auf Grundlage von Korrekturmeldungen der Krankenkassen über die Versichertenzeiten und den Status ihrer Versicherten. In diesem Bereich können sich aus verschiedenen Gründen auch nachträglich noch Änderungen ergeben. Das Verfahren ermöglicht daher eine einmalige Korrektur dieser Daten.

1.3.4 Weiterentwicklung

Die Berechnung der kasseneinheitlichen Werte ist in den Festlegungen gem. § 31 Abs. 4 RSAV angelegt. Das sind insbesondere

- die Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten,
- die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen,
- das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und
- das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge.

Bei diesen Fragen wird das Bundesversicherungsamt vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beraten. Dem Beirat gehören Prof. Dr. Saskia Drösler (stv. Vorsitzende), Prof. Dr. Edeltraut Garbe, Prof. Dr. Joerg Hasford, Dr. Ingrid Schubert, Prof. Dr. Volker Ulrich, Prof. Dr. Jürgen Wasmem (Vorsitzender) und Prof. Dr. Eberhard Wille an. Von der Aufgabe der jährlichen Überprüfung der im

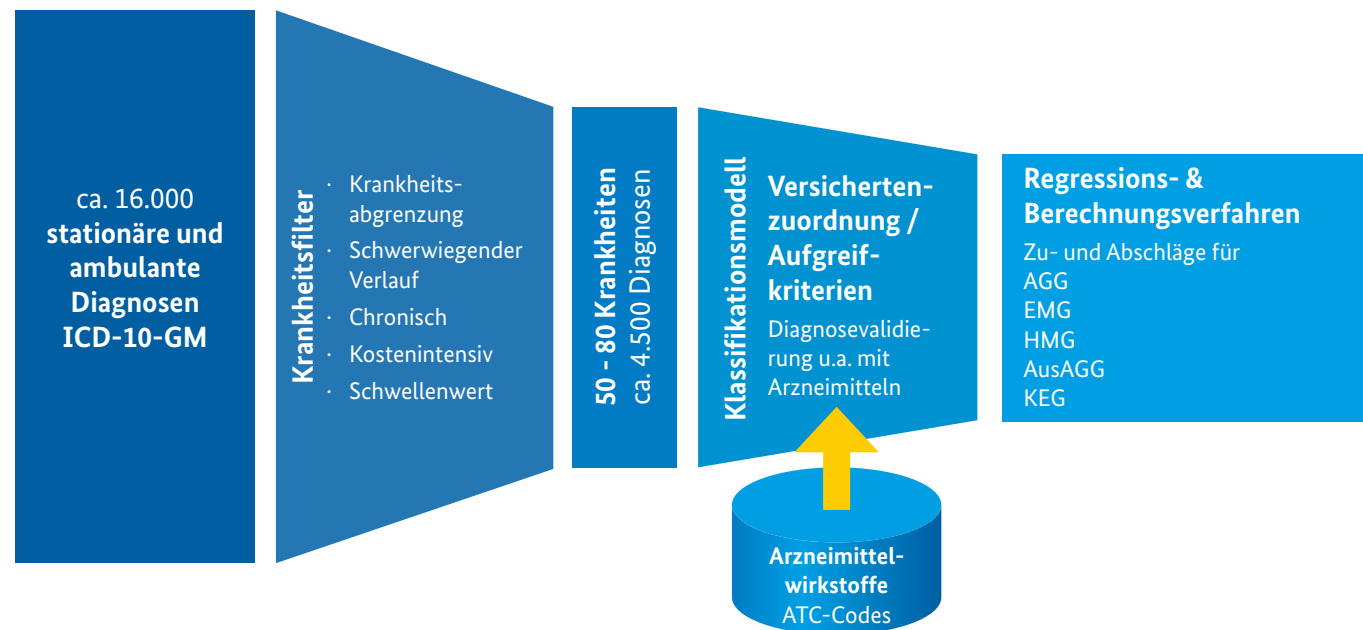
Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten war der Wissenschaftliche Beirat im Jahr 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit – zugunsten der Arbeiten am Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – entbunden worden.

Für das nach den Grundsätzen des § 29 RSAV vom Bundesversicherungsamt jährlich festzulegende Versichertenklassifikationsmodell zur Ermittlung von Risikozuschlägen auf der Grundlage von Diagnosen und verordneten Arzneimitteln bzw. deren Arzneimittelwirkstoffen hat der Beirat in seiner Sitzung am 12. Juni 2017 einen Vorschlag zur Anpassung des vom Bundesversicherungsamt ausgewählten Modells beraten und beschlossen.

Der auf dieser Grundlage erarbeitete Entwurf zur Anpassung des Klassifikationsmodells für 2018 wurde am 7. Juli 2017 durch das Bundesversicherungsamt veröffentlicht und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und abschließender Beratung mit dem Wissenschaftlichen Beirat am 29. September 2017 als Festlegung für das Ausgleichsjahr 2018 bekannt gegeben.

Weitergehende Informationen zum Risikostrukturausgleich werden im Internet unter <https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich.html> zur Verfügung gestellt.

Schaubild: Von der Diagnose zum Risikozuschlag



1.3.5 Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Im Dezember 2016 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Wissenschaftlichen Beirat beauftragt, in einem Sondergutachten die Wirkungen des Morbi-RSA unter Berücksichtigung der bisher vorliegenden RSA-Jahresausgleiche zu überprüfen sowie die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA empirisch abzuschätzen. Für diese Aufgabe wurde der bestehende Wissenschaftliche Beirat um den niederländischen RSA-Experten Prof. Dr. Wynand van de Ven und den Wettbewerbsökonom Prof. Achim Wambach, PhD, erweitert. Im Januar 2017 hat der Wissenschaftliche Beirat den GKV-Spitzenverband über die vom BMG angeregten Inhalte unterrichtet und ihn gebeten, Vorschläge der Krankenkassen für weitere zu untersuchende Fragestellungen zu übermitteln. Von dieser Möglichkeit haben zahlreiche Krankenkassen und Krankenkassenverbände Gebrauch gemacht. Im Gutachten werden die Wirkungen des Morbi-RSA anhand des Jahresausgleichs 2015 sowie im Zeitver-

lauf beschrieben. Es werden Reformvorschläge zur Veränderung der Krankheitsauswahl untersucht und Vorschläge zur Modellveränderung überprüft: Wegfall der Krankheitsauswahl durch die Einführung eines Krankheitsvollmodells, die Streichung ambulanter Diagnosen als Prädiktor aus dem RSA-Verfahren, die Aufnahme von Pharmakostengruppen in den Morbi-RSA, der Umgang mit dem Erwerbsminderungsstatus als Ausgleichsmerkmal, die mögliche (Wieder-) Einführung eines Risikopools und Möglichkeiten einer zielgenaueren Ausgabenschätzung von mehrfach erkrankten (multimorbiden) Versicherten im RSA-Verfahren. Weitere Fragestellungen betreffen den Umgang mit Regionalität im Morbi-RSA, die Thematik der Manipulationsresistenz des Ausgleichsverfahrens, das Verhältnis von Morbi-RSA und Prävention, die Pauschale für Disease-Management-Programme (DMP-Programmkostenpauschale) sowie die Berücksichtigung von Verwaltungsausgaben im Morbi-RSA.

Die wesentlichen Ergebnisse der Untersuchungen wurden im Rahmen einer Pressekonferenz am 19. Oktober 2017 im Bundesversicherungsamt präsentiert. Der Wissenschaftliche Beirat hat das Sondergutachten

zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs am 28. November 2017 dem BMG übergeben. Es steht auf der Homepage des Bundesversicherungsamts zum Download unter <https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html> zur Verfügung. Das Thema der Regionalität konnte im Sondergutachten nur qualitativ behandelt werden, da der Wohnort der Versicherten der Krankenkassen erst seit August 2017 (wieder) in den Datenlieferungen an das Bundesversicherungsamt gemeldet wird und damit erst kurz vor Abschluss der Arbeit an diesem Sondergutachten für weitere Auswertungszwecke zur Verfügung stand. Der Wissenschaftliche Beirat ist mit Erlass vom 29. Juni 2017 vom Bundesgesundheitsministerium beauftragt worden, in einem Folgegutachten die regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs zu untersuchen. Dabei sind die Ergebnisse der aktuellen Evaluation – soweit möglich – zu berücksichtigen. Die Ergebnisse des Sondergutachtens werden im zweiten Quartal 2018 vorgelegt. Es soll insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse der qualitativen Analyse untersucht werden, welche angebots- und nachfrageseitigen Bestimmungsfaktoren regionale Ausgabenunterschiede determinieren. Darüber hinaus soll geprüft werden, ob die untersuchten Bestimmungsfaktoren für eine mögliche Anwendung im RSA in Frage kommen. Der erweiterte Beirat wird für die Dauer der Erstellung des Folgegutachtens fortgeführt.

1.3.6 Gutachten zu Auslands-versicherten und Krankengeld

Im Jahr 2017 wurde das Bundesversicherungsamt durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) mit der Vergabe von Folgegutachten zu den Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte (vorgelegt Ende Dezember 2015) und zu Zuweisungen für Krankengeld (vorgelegt Mai 2016) beauftragt. Untersucht wurde in den beiden ersten Gutachten, inwieweit die nach dem bestehenden RSA-Verfahren ermittelte Höhe der Zuweisungen an die Krankenkassen den tatsächlichen Leistungsausgaben in diesen Leistungsbereichen entspricht. Zu dieser Frage hatte der Wissenschaftliche Beirat in seinem

Evaluationsbericht aus dem Jahr 2011 auf erheblichen Forschungsbedarf hingewiesen. Die in den Erstgutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V entwickelten Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Auslandsversicherte sollen auf Grundlage von zusätzlich erhobenen Daten sowie der nach § 30 Abs. 1 RSAV erhobenen Daten überprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden. Für die Folgegutachten wurde in § 269 Abs. 3b und 3c SGB V i.V.m. § 33a RSAV die erforderliche Rechtsgrundlage für eine Verbreiterung der Datenbasis geschaffen. Das Bundesversicherungsamt und der GKV-Spitzenverband haben für das Schlüsseljahr 2018/2019 das Nähere über das Verfahren der Sonderdatenerhebung und -übermittlung für die Berichtsjahre 2016 und 2017 im Einvernehmen bestimmt. Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt eine Bestimmung zur Datenerhebung des GKV-Spitzenverbandes, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland erarbeitet und im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgelegt. Diese Bestimmung für das Folgegutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte ist auf der Internetseite des Bundesversicherungsamts abrufbar (<https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/weiterentwicklung.html>).

1.3.7 Gerichtsverfahren zum Risikostrukturausgleich

Nach zahlreichen Klagen in den vergangenen Jahren beläuft sich – vor allem in Folge der wiederholten Bestätigung der Rechtmäßigkeit der Verfahrensumsetzung durch höchstrichterliche Rechtsprechung – die Anzahl der den Risikostrukturausgleich betreffenden Rechtsstreite nur noch auf fünf offene Verfahren am Ende des Jahres 2017.

Nachdem das Bundessozialgericht bereits mit Urteil vom 25.10.2016 die Umsetzung einer Neuregelung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQVG) zur Berechnung der Zuweisungen für Auslandsversicherte im Jahresausgleich 2013 für



rechtmäßig erklärt hatte, wurde mit Urteil des Landessozialgerichts Essen vom 9.11.2017 die Umsetzung der Neuregelung des GKV-FQWG auch für die Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld für rechtmäßig erklärt.

Die Neuregelungen des GKV-FQWG waren mit Wirkung vom 1. August 2014 in Kraft getreten. Zur Umsetzung dieser Neuregelungen hatte das Bundesversicherungsamt in den Jahresausgleichen für die Jahre 2013 und 2014 die für jedes Ausgleichsjahr vorab vorzunehmenden Festlegungen (§ 31 Abs. 4 RSAV) unterjährig an die geänderte Rechtslage angepasst. Das Landessozialgericht führte in der mündlichen Verhandlung der Klage einer Betriebskrankenkasse gegen den Jahresausgleich 2013 aus, dass das GKV-FQWG auch hinsichtlich der Einführung eines hälftigen Ist-Ausgleichs für das Krankengeld nur eine unechte Rückwirkung entfalte. Das mit dem Gesetz verfolgte Gemeinwohlinteresse an einer zielgenaueren und gerechteren Zuweisung sei über das Individualinteresse an der Beibehaltung einer den Einzelnen privilegierenden Alt-Regelung gestellt. Von einer ausreichenden Ermächtigung des Bundesversicherungsamtes zur Abänderung der Festlegung in Bezug auf die Zuweisungen für Krankengeld im Jahresausgleich sei auszugehen.

Bereits im März 2017 hatte das Landessozialgericht

Essen die Rechtmäßigkeit der Berücksichtigung eines Sicherheitsabzuges nach § 30 Abs. 4 Satz 4 RSAV bei nicht termingerechter oder fehlerhafter Datenlieferung bestätigt. Das Bundesversicherungsamt hatte die Zuweisungen für eine Betriebskrankenkasse zutreffend festgesetzt und dabei die Höhe des Sicherheitsabzuges angemessen bestimmt.

Drei Krankenkassen begehren im Klageverfahren die Festsetzung höherer Zuweisungen mit der Begründung, sie würden durch unzulässige Datenmeldungen anderer Krankenkassen – bedingt durch die Systematik des RSA-Verfahrens – bei der Festsetzung ihrer Zuweisungen benachteiligt. Zwei dieser Verfahren ruhen zur Zeit.

1.3.8 Sicherung der Datengrundlagen

Grundlage für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind Datenmeldungen der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt, die u.a. die ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen umfassen. Die Prüfung dieser Daten erfolgt einerseits durch das Bundesversicherungsamt in seiner Funktion als Durchführungsbehörde auf der Grundlage des § 273 SGB V, andererseits finden gem. § 42 RSAV Prüfungen vor Ort durch die Prüfdienste statt.

Bei der Prüfung nach § 273 SGB V unterzieht das Bun-

desversicherungsamt die von den Krankenkassen für ihre Versicherten gemeldeten Morbiditätsdaten einer Überprüfung, deren Ziel es ist, rechtswidrig erzeugte und gemeldete Daten zu identifizieren und die von der Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhaltenen Zuweisungen nachträglich zu kürzen.

Im Jahr 2017 wurden die ambulanten und stationären Diagnosen des Ausgleichsjahres 2012 bei allen Krankenkassen gemäß § 273 Abs. 3 Satz 1 SGB V überprüft (sog. kassenweite Auffälligkeitsprüfung). Bei auffälligen Krankenkassen wurden Einzelfallprüfungen eingeleitet, die in 28 Fällen im Jahr 2018 fortgeführt werden. Es sei darauf hingewiesen, dass es sich hierbei zunächst um auffällige, näher zu untersuchende Entwicklungen in den Daten und nicht um nachgewiesene Fälle rechtswidrigen Verhaltens durch Krankenkassen handelt.

Über die o.g. Prüfungen hinaus ermittelte das Bundesversicherungsamt im Jahr 2017 auf der Grundlage von § 273 Abs. 3 Satz 2 SGB V in 8 weiteren Fällen, weil der begründete Verdacht bestand, dass gegen Datenmeldevorschriften verstoßen wurde. Im Zentrum dieser Prüfungen steht die Frage, ob Krankenkassen versucht haben, auf die zu Abrechnungszwecken erzeugten und für den RSA herangezogenen Leistungsdaten Einfluss zu nehmen, bspw. indem sie auf niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser oder Kassenärztliche Vereinigungen einwirken mit dem Ziel, Diagnosedaten verändern oder ergänzen zu lassen. Auch diese Prüfungen dauern z.T. noch an.

In diesem Zusammenhang hat das Bundesversicherungsamt im Jahr 2017 verstärkt mit Polizeibehörden und Staatsanwaltschaften zusammengearbeitet, die ebenfalls in diese Richtung ermitteln. Das Bundesversicherungsamt hat sowohl die dort geführten strafrechtlichen Ermittlungen durch weiterführende Auswertungen und durch die Abgabe gutachterlicher Stellungnahmen unterstützt als auch Informationen von dort erhalten, die für die Korrekturverfahren nach § 273 SGB V relevant sind.

Im Übrigen hat sich das Bundesversicherungsamt im Rahmen der Erfüllung seiner Aufgaben zur Sicherung der Datengrundlagen des RSA per Rundschreiben sowohl an die Krankenkassen als auch an die Kassenärztlichen Vereinigungen gewandt und rechtmäßiges

Verhalten aller Beteiligten in Bezug auf den Umgang mit den RSA-Daten angemahnt. (s. auch S. 37ff)

Als monetäres Ergebnis seiner Prüfungen nach § 273 SGB V hat das Bundesversicherungsamt im Jahr 2017 Korrekturbeträge in Höhe von rd. 22 Mio. Euro erhoben, die im Rahmen des RSA-Jahresausgleichs im November an die GKV ausgeschüttet wurden. Nachgelagerte Prüfungen der RSA-Daten finden auch auf der Grundlage der Regelung nach § 42 RSAV durch die Prüfdienste der Länder und des Bundesversicherungsamtes statt. Bei diesen Prüfungen müssen die Krankenkassen die Richtigkeit der ans Bundesversicherungsamt gemeldeten RSA-Daten anhand von Original-Unterlagen (bspw. Mitgliedsbescheinigungen, Abrechnungsdaten der Leistungserbringer etc.) belegen. Die Ergebnisse der im Jahr 2017 durchgeführten Prüfung der sog. „Morbiditätsdaten“ des Ausgleichsjahres 2012 (§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV) machten bei keiner Krankenkasse die Erhebung eines Korrekturbetrages erforderlich. Die Prüfung der sog. „Versichertenzeiten“ des Ausgleichsjahres 2011 (§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV) konnte bis auf zwei Krankenkassen ebenfalls abgeschlossen werden; bislang kam es auch hier nicht zur Erhebung eines Korrekturbetrages.

1.4 Einkommensausgleich

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

Damit die unterschiedliche Einkommensstruktur der Mitglieder der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen für einzelne Krankenkassen führt, wurde mit § 270a SGB V ab 2015 ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt. Ohne einen solchen Ausgleich würden aus der unterschiedlichen Einkommensstruktur der Mitglieder der Krankenkassen erhebliche Unterschiede bei den mit den Zusatzbei-

tragssätzen erzielten Beitragseinnahmen resultieren. Dies hätte zur Folge, dass die Zusatzbeitragssätze letztlich nicht mehr vergleichbar wären und ein funktionsfähiger Wettbewerb im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung nicht entstehen könnte.

Jede Krankenkasse erhält durch diesen Ausgleich daher die Einnahmen aus dem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, die sie erzielen würde, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder dem Durchschnitt in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprächen. Der Einkommensausgleich wird wie folgt durchgeführt:

Die Krankenkassen sowie die sog. Direktzahler (Deutsche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Optionskommunen, Künstlersozialkasse etc.) führen die Zusatzbeiträge unmittelbar an den Gesundheitsfonds ab. Auf Basis des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes, der voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied sowie der aktuellen Mitgliederzahlen ermittelt das Bundesversicherungsamt die der Krankenkasse zustehenden Mittel und zahlt diese monatlich gemeinsam mit den Zuweisungen aus.

Durch diesen Einkommensausgleich erhalten Kran-

kenkassen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen 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 2016, der im November 2017 für den Einkommensausgleich durchgeführt wurde sowie die Auszahlungen im Abschlagsverfahren 2017.

Zugewiesene Mittel aus dem Einkommensausgleich		
Kassenart	im Jahresausgleich 2016	Im Abschlagsverfahren 2017
AOK	4.192,7 Mio. €	4.506,4 Mio. €
BKK	2.716,0 Mio. €	2.934,6 Mio. €
VdEK	5.541,3 Mio. €	5.614,9 Mio. €
IKK	1.200,6 Mio. €	1.226,9 Mio. €
KBS	431,5 Mio. €	427,5 Mio. €
GKV	14.082,0 Mio. €	14.710,3 Mio. €

2. Innovationsfonds und Krankenhausstrukturfonds

2.1 Innovationsfonds

2.1.1 Grundlagen

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde zum 1. Januar 2016 ein Innovationsfonds aufgelegt, aus dem neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind, gefördert werden. Für die Förderung von Projekten mit einer max. Laufzeit von 4 Jahren steht in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich eine Fördersumme von bis zu 300 Millionen Euro zur Verfügung. Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtete Innovationsausschuss legt die Schwerpunkte wie auch Kriterien für die Förderung fest und entscheidet über die Förderungsfähigkeit der eingereichten Anträge, der Innovationsausschuss wird bei der Vorbereitung und der Umsetzung seiner Entscheidungen von einer Geschäftsstelle unterstützt.

Das Bundesversicherungsamt berechnet die einzelnen Finanzierungsanteile, zieht diese ein, verwaltet die Mittel und zahlt die Fördermittel an die Fördermittelempfänger aus. Aus verwaltungsökonomischen Gründen nutzt das Bundesversicherungsamt für die Verwaltung und die Rechnungslegung des Innovationsfonds die Strukturen des Gesundheitsfonds.

2.1.2 Ermittlung der Finanzierungsanteile

Nach Abzug des Finanzierungsanteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse von knapp einem Prozent wird der Innovationsfonds jeweils zur Hälfte durch die am Risikostrukturausgleich (RSA) teilnehmenden

Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Die vom Bundesversicherungsamt durchgeführten Berechnungen zur Aufteilung der Finanzierungsanteile auf die einzelnen Krankenkassen erfolgen entsprechend der üblichen RSA-Systematik in monatlichen Abschlägen, drei Strukturanpassungen und einem Jahresausgleich sowie einer abschließenden Festsetzung im Rahmen einer einmaligen Korrektur des Jahresausgleichs. Zur Verfahrensvereinfachung verrechnet das Bundesversicherungsamt die Finanzierungsanteile der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen mit den monatlichen Zuweisungen und den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse mit dem weiterzuleitenden Bundeszuschuss.

2.1.3 Erstmalige Fördermittelauszahlungen

In 2017 wurde erstmalig die Auszahlung von Fördermitteln aus dem Innovationsfonds beantragt, sodass das Bundesversicherungsamt im Berichtszeitraum die ersten Auszahlungen an Projektmittelempfänger geleistet hat. Insgesamt wurden in 2017 Mittel in Höhe von rd. 43,5 Millionen Euro an 99 Projekte ausgezahlt. Diese betrafen mit rd. 38,9 Millionen Euro größtenteils die Ende 2016 bewilligten Projekte. Von den 106 in 2017 bewilligten Projekten zahlte das Bundesversicherungsamt an 16 Projekte Fördermittel in Höhe von rd. 4,6 Millionen Euro aus. Insgesamt wurden bis Ende 2017 7,7 % von den in 2016 und 2017 bewilligten Projektsummen ausgezahlt. Die Auszahlung von Fördermitteln erstreckt sich jeweils über die gesamte Laufzeit der Projekte, die in der Regel drei, in Ausnahmefällen bis zu vier Jahren beträgt.

Bewilligungsjahr	Höhe der Bewilligungen (BEW)	Fördermittelauszahlungen in	
		2017	Ausz./BEW
2016	NVF*	210.733.741 €	29.746.791 € 14,12 %
	VSF**	70.479.047 €	9.154.050 € 12,99 %
	Gesamt	281.212.787 €	38.900.841 € 13,83 %
2107	NVF*	212.758.570 €	4.574.801 € 2,15 %
	VSF**	69.353.832 €	- € 0,00 %
	Gesamt	282.112.403 €	4.574.801 € 1,62 %
		563.325.190 €	43.475.642 € 7,72 %

* Neue Versorgungsformen

** Versorgungsforschung

2.1.4 Finanzergebnisse des Innovationsfonds

Nach dem Rechnungsergebnis für das Geschäftsjahr 2017 betragen die Gesamtausgaben des Innovationsfonds rd. 288,3 Millionen Euro. Davon entfallen rd. 212,8 Millionen Euro auf Projekte im Bereich der neuen Versorgungsformen (NVF), rd. 69,4 Millionen auf Projekte im Bereich der Versorgungsforschung (VSF) und rd. 6,2 Millionen Euro auf Verwaltungskosten. Dabei beliefen sich die Verwaltungskosten der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses (GBA) auf rd. 6,0 Millionen Euro und die des Bundesversicherungsamtes (BVA) auf rd. 0,25 Millionen Euro. Die Verwaltungskosten verursachen einen Anteil von rd. 2,15 % der Gesamtausgaben.

Den Ausgaben stehen gleich hohe Einnahmen gegenüber, was zu einem Rechnungsergebnis von +-0 führt. Demnach haben sich 2017 die LKK mit rd. 2,7 Millionen Euro sowie die RSA-Krankenkassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit jeweils rd. 142,8 Millionen Euro an der Finanzierung beteiligt.

Rechnungsergebnis 2017 des Innovationsfonds in Euro (lt. KJ 1)

Finanzierungsanteile:

Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)	2.722.945,25
Krankenkassen (ohne LKK)	142.794.873,51
Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds	142.794.873,52
Einnahmen gesamt	288.312.692,28
Bewilligungen NVF	212.758.570,31
Bewilligungen VSF	69.353.832,35
Verwaltungskosten BVA	245.834,45
Verwaltungskosten GBA	5.954.455,17
Kosten der wissenschaftlichen Evaluation	0
Ausgaben gesamt	288.312.692,28

Rechnungsergebnis +-0

2.2 Krankenhausstrukturfonds

Das Bundesversicherungsamt bewilligt Mittel zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung aus dem zu diesem Zweck bei ihm zum 1. Januar 2016 errichteten und mit 500 Millionen Euro ausgestatteten Krankenhaus-Strukturfonds (Strukturfonds). Diese Förderung dient dem Abbau von Überkapazitäten, der Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie der Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen. Das Bundesversicherungsamt prüft die von den Ländern gestellten Förderanträge, entscheidet über die Bewilligung und zahlt die Mittel an die Länder aus.

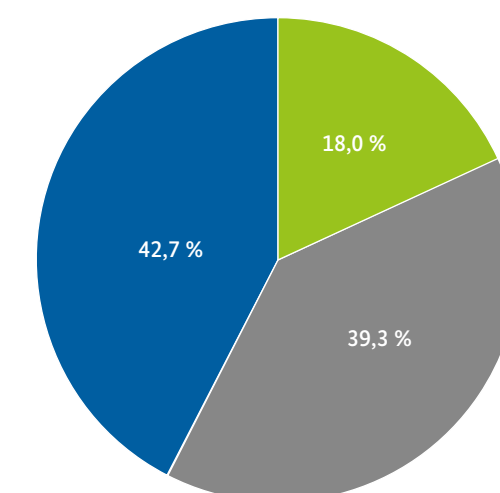
Voraussetzung der Bewilligung ist, dass sich die antragstellenden Länder, ggf. gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mit mindestens 50 Prozent der förderfähigen Kosten an dem Vorhaben beteiligen. Dabei kann jedes Land von dem im Strukturfonds bereitgestellten Betrag den Anteil abrufen, der sich aus der Anwendung des Königsteiner Schlüssels mit Stand vom 1. Januar 2016 ergibt (abzüglich der Aufwendungen für die Verwaltung der Mittel, für die Durchführung der Förderung und für die Auswertung der Wirkungen der Förderung).

Nachdem im Jahr 2016 umfangreiche Vorarbeiten im Vordergrund standen, um ein rechtssicheres Verwaltungsverfahren zu etablieren, Fragen der Ausgestaltung und des Verfahrens der Förderung zu klären und die Prozesse zur Abwicklung der Auszahlung und für die Rechnungslegung festzulegen, standen im Berichtszeitraum zahlreiche Entscheidungen über die von den Ländern zahlreich und größtenteils erst im Jahr 2017 gestellten Förderanträge im Fokus. Die Länder hatten bis zum 31. Juli 2017 die Möglichkeit, Anträge auf Auszahlung von Fördermitteln an das Bundesversicherungsamt zu stellen (§ 4 Abs. 1 KHSFV) und den nach dem Königsteiner Schlüssel für jedes Land garantierten Anteil abzurufen („Erstverteilungsverfahren“; vgl. zur Nachverteilung nicht abgerufener Mittel unter 2.4.).

2.3 Stand der Förderung / Anträge und Auszahlungen im Berichtsjahr

Bis zum 31. Juli 2017 (§ 4 Abs. 1 KHSFV) sind insgesamt 66 Anträge auf Förderung beim Bundesversicherungsamt eingegangen. Der Großteil dieser Anträge wurde erst gegen Ende der Antragsfrist beim Bundesversicherungsamt eingereicht. Drei Bundesländer haben jeweils einen Antrag ersatzlos zurückgezogen und auf eine weitere Verwendung der Fördergelder verzichtet. Von den verbleibenden 63 Anträgen sind 10 auf die Schließung von akutstationären Versorgungseinrichtungen gerichtet. 42 Anträge haben die Konzentration und 11 die Umwandlung von akutstationären Einrichtungen in nicht akutstationäre Einrichtungen oder bedarfsnotwendige andere Fachrichtungen zum Gegenstand. Die kumulierte Antragssumme aller bis zum Stichtag gestellten Anträge beläuft sich auf 483,8 Millionen Euro. Im Gefolge dessen wurden die aus dem Strukturfonds abzüglich der Aufwendungen (s. 2.1.) bereitgestellten Fördermittel in Höhe von 495,3 Millionen mit 97,7 % nahezu vollständig ausgeschöpft.

Finanzierungsanteile



■ Krankenhausstrukturfonds 483.733.632,39 €
■ Anteile Bundesländer 525.985.846,46 €
■ Anteile Dritter (KH-Träger) 222.217.119,56 €

Von den vorgenannten 63 Anträgen sind bis zum Ende des Berichtsjahres 27 Anträge abschließend bearbeitet worden. 23 Anträge wurden vollumfänglich positiv beschieden, drei Anträge teilweise bewilligt. In einem Fall sind keine Mittel bewilligt worden. Die vollständige Ablehnung und eine der Teilablehnungen sind jeweils Gegenstand der Überprüfung in einem Widerspruchsverfahren, das im Berichtszeitraum in allen Fällen noch nicht abgeschlossen ist. Bis zum Jahresende 2017 sind Fördermittel aus dem Strukturfonds in Höhe von insgesamt ca. 198 Millionen Euro (41 % der im Erstverteilungsverfahren und 40% aller beantragten Fördergelder) ausgezahlt worden. Ein Bundesland hat im Berichtszeitraum nicht verwendete Fördermittel in Höhe von 425.853,50 Euro zurückgezahlt.

Auf Basis der Antragsunterlagen geht von den bewilligten Vorhaben und den hier avisierten strukturellen Veränderungen ein Abbau von Versorgungskapazitäten und/ oder Verminderungen des Vorhalteaufwandes einher. In Folge ihrer Umsetzung werden voraussichtlich 1.595 Krankenhausbetten abgebaut und – gesondert dokumentierte – Einsparungen beim Vorhalteaufwand im zweistelligen Millionenbereich erwartet.

2.4 Praxis der Förderverwaltung / Grundsatzfragen

Im Rahmen der Förderverwaltung war das Bundesversicherungsamt auch im Jahr 2017 mit einer Vielzahl grundsätzlicher Fragestellungen zu den vorhabenbezogenen Fördervoraussetzungen, zur Auslegung bestimmter Fördertatbestände, zur Förderfähigkeit bestimmter Kostenpositionen und zum Verfahren befasst. Diese Fragen traten sowohl im Kontext der Antragsprüfung als auch in Form von Bewertungs- und Vorprüfungsersuchen auf Initiative der Länder auf. Das Bundesversicherungsamt war stets darauf bedacht, alle Fragestellungen zielführend zu beantworten. Die Förderverwaltung ist auch im Jahr 2017 durch einen intensiven fachlichen Dialog mit den Ministerien der Länder gekennzeichnet, auch in Form zahlreicher Arbeitsbesprechungen, an denen mitunter auch Vertreter der betroffenen Krankenhausträger sowie der Krankenkassen bzw. deren Landesverbände (vgl. § 13 KHG) beteiligt waren.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass die zur Förderung beantragten Vorhaben vielfach Teil komplexer Gesamtmaßnahmen einer Re- oder Umstrukturierung durch den oder die Krankenhausträger sind. Diese Gesamtvorhaben umfassen oftmals mehrere, für sich genommen förderfähige Einzelmaßnahmen (z.B. Umwandlung einer Krankenhausabteilung in eine andere Fachrichtung in Kombination mit einer standortübergreifenden Konzentration von Kapazitäten). Mitunter aber beinhalten Reorganisationskonzepte auch weitere Maßnahmen, die – ohne selbst förderfähig zu sein – in einen unmittelbaren Realisierungszusammenhang mit den förderfähigen Vorhaben gestellt werden und für die deshalb ebenfalls Investitionsmittel beantragt werden. Des Öfteren war es daher erforderlich, in Abstimmung mit den Ländern die förderfähigen Maßnahmen innerhalb des Gesamtvorhabens zu identifizieren und gemäß den rechtlichen Vorgaben für die Förderung entsprechend abzugrenzen, wobei das Bundesversicherungsamt im Sinne der Förderung auf eine sachgerechte Antragstellung und, soweit notwendig und möglich, auf eine Modifizierung von Anträgen hingewirkt hat.

Mitunter trat das Problem einer „Doppelförderung“ auf, soweit etwa Fördermittel für die Umwandlung von Kapazitäten im Umfang einer Krankenhausabteilung (in eine andere Fachrichtung) beantragt wurden, die im Rahmen einer geförderten Schließung oder Konzentration bereits abgebaut oder verlagert worden waren. Nach den Materialien zur KHSFV (BR-Drs. 532/15, Seite 12) können bereits stillgelegte Versorgungsstrukturen nicht mehr Gegenstand einer Umwandlungsmaßnahme sein; infolge dessen erfüllten einzelne Anträge die Voraussetzungen der Förderfähigkeit zum Teil nicht und waren daher abzulehnen. Mit solchermaßen grundsätzlichen Fragestellungen befasst sich auch das Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom 19. Juni 2017, abrufbar unter (<https://www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds-strukturfonds/strukturfonds/rundschreiben.html>).

2.5 Nachverteilungsverfahren

In dem Umfang, in dem (gemäß Königsteiner Schlüssel) anteilig garantierte Fördermittel bis zum 31. Juli 2017 nicht beantragt wurden, steht der verbleibende Betrag zur Nachverteilung auf Basis weiterer Anträge der Länder zur Verfügung (§ 5 Abs. 1 Satz 2 KHSFV). Das Bundesversicherungsamt hat am 2. August 2017 den Nachverteilungsbetrag in Höhe von 11,49 Mio. Euro bekanntgegeben. Daraufhin haben sechs Bundesländer insgesamt 10 weitere Anträge auf Förderung von Vorhaben mit Mitteln des Strukturfonds in Höhe von insgesamt ca. 72 Mio Euro gestellt, die alle auf eine Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten hin ausgerichtet sind.

All diese zwischen Samstag, dem 2. September, und Montag, dem 4. September 2017, eingegangenen Anträge werden als „gleichzeitig ersteingereicht“ behandelt und – da die kumulierte Antragssumme die zur Verfügung stehenden Mittel übersteigt – anteilig bewilligt, sofern die Fördervoraussetzungen vorliegen. Dieses mit den Ländern iSd. § 3 Abs. 4 KHSFV abgestimmte und per Rundschreiben vom 7. Juli 2017 angekündigte Verfahren wurde gewählt, um angesichts des Gebotes, über die „nach dem 1. September 2017“ eingegangenen Anträge in der Reihenfolge ihres Eingangs zu entscheiden, kaum überwindbare Dokumentationsschwierigkeiten für den zuteilungsexklusiven Ersteingang einer der zahlreich angekündigten Anträge nach Millisekunden oder bei Warten vor Ort auszuschließen. Ausgehend davon, dass die Antragstellung je Bundesland den zum Zeitpunkt der Antragstellung bekannten Nachverteilungsbetrag nicht übersteigen kann, wird das Bundesversicherungsamt die anteilige Zuteilung auf Basis der insoweit bereinigten kumulierten Antragssumme von 56,26 Mio. Euro vornehmen. Davon ausgehend wird ein Zuteilungsfaktor angelegt, der endgültig erst ermittelt werden kann, wenn der durch Rückflüsse, Antragsrücknahmen oder bestandskräftige Ablehnungen noch veränderliche Nachverteilungsbetrag endgültig feststeht. Die Prüfung der Anträge im Nachverteilungsverfahren, in dem grundsätzlich dieselben Fördervoraussetzungen wie im Erstverteilungsverfahren gelten, also etwa auch das Gebot der Kofinanzierung, steht noch aus.

Sie erfolgt einheitlich nach dem Abschluss der Erstverteilung.

2.6 Auswertung und Berichtswesen

Zur Evaluation des mit der Förderung aus Mitteln des Strukturfonds bewirkten Strukturwandels hat das Bundesversicherungsamt Anfang des Jahres 2017 in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung in Auftrag gegeben. Auf Grundlage dieser Auswertung wird das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag nach Abschluss der Förderung einen Bericht über den durch die Förderung bewirkten Strukturwandel vorlegen (vgl. § 14 KHG).

Für die Auswertung konnte mit dem RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung in Essen ein renommierter wissenschaftlicher Gutachter gewonnen werden. Die Beauftragung zur Evaluation unter Leitung von Prof. Dr. Boris Augurzký umfasst zunächst einen Zeitraum von vier Jahren und beinhaltet neben der abschließenden Berichtslegung als Grundlage für die Berichterstattung zur Vorlage beim Deutschen Bundestag jährliche Zwischenberichte zur Übermittlung an die vorgenannten Ministerien. Der erste, den Ministerien im Juli 2017 fristgerecht (§ 14 KHG) vorgelegte Zwischenbericht konnte bereits erste positive Tendenzen struktureller Veränderungen in der Krankenhauslandschaft aufzeigen, wenngleich zu diesem Zeitpunkt naturgemäß erst wenige Förderentscheidungen vorlagen und ausgewertet werden konnten. Daneben hatte das Bundesversicherungsamt das Antragsgeschehen seinerseits berichtsförmig aufzubereiten (§ 3 Abs 3 KHSFV). Der Bericht über den Stand der Förderung zum 31. Dezember 2016 wurde dem Bundesministerium für Gesundheit sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu Beginn des Berichtsjahres übermittelt; er ist auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes einsehbar. Zudem war das Bundesversicherungsamt mit einer Vielzahl insbesondere auch einzelfallbezogenen Auskunftersuchen gegenüber den politischen Akteuren in Bund und Ländern befasst.

2.7 Ausblick

Die Anträge werden vom Bundesversicherungsamt in der Reihenfolge ihres Eingangs geprüft und beschieden. Die Bearbeitung der zahlreich erst gegen Ende der Antragsfrist im Juli 2017 eingegangenen Anträge wird noch bis in das Jahr 2018 hinein andauern. Vereinzelt werden Anträge von den Ländern auch modifiziert oder zurückgenommen und stattdessen neue Anträge gestellt (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 KHSFV), wenn sich etwa die Rahmenbedingungen eines Vorhabens zwischenzeitlich geändert haben.

Soweit die Länder ihrerseits gegenüber den Krankenhausträgern bereits Bescheide erlassen haben und die Mittel bereits eingesetzt wurden, haben die Länder (u.a.) dem Bundesversicherungsamt jährlich zum 1. April eines Jahres Berichte über den Stand der Umsetzung sowie Zwischenergebnisse über die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel vorzulegen. Spätestens innerhalb von fünfzehn Monaten nach Abschluss eines Vorhabens haben die Länder den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel vorzulegen (vgl. § 8 KHSFV). Das Bundesversicherungsamt prüft diese Nachweise und fordert für den Fall, dass Mittel zweckwidrig eingesetzt wurden oder Fördervoraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, Mittel des Strukturfonds zurück. Die Prüfung dieser Verwendungsnachweise wird sich noch über die kommenden Jahre erstrecken. Über die Fortführung der Förderung aus Mitteln des Strukturfonds bzw. dessen Neuauf-
lage lag zum Ende des Berichtszeitraums noch keine Entscheidung vor.



3. Strukturierte Behandlungsprogramme

Das Bundesversicherungsamt ist für die zentrale Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen (Disease Management Programme oder DMP) der bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen zuständig. Ziel dieser Programme ist es, die Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern, insbesondere durch leitlinienorientierte Behandlung und Koordinierung der Behandlungsprozesse über die Grenzen der einzelnen medizinischen Versorgungsebenen hinweg. Behandlungsprogramme können derzeit für sechs Indikationen angeboten werden: Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 (DM 1 bzw. DM 2), Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD).

3.1 15 Jahre Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

2017 war es 15 Jahre her, dass dem Bundesversicherungsamt die Zuständigkeit für die DMP übertragen wurde. Mit dem Inkrafttreten der 4. RSV-Änderungsverordnung am 1. Juli 2002 wurde der Startschuss gegeben. Die ersten Zulassungsbescheide hat das Bundesversicherungsamt dann in der Folge im Frühjahr 2003 versandt. 15 Jahre sind in unserer heutigen schnelllebigen Zeit ein Zeitraum, den man schon fast als „historisch“ bezeichnen darf und der es auf jeden Fall wert ist, gewürdigt zu werden.

Inzwischen wird nicht mehr bestritten, dass sich die DMP als fester Bestandteil der deutschen Versorgungslandschaft durchgesetzt haben. Derzeit werden von allen Krankenkassen mehr als 9.000 vom Bundesversicherungsamt zugelassene DMP angeboten. Praktisch alle Krankenkassen bieten DMP an. Eine nahezu flächendeckende Versorgung mit DMP in ganz Deutschland ist somit sichergestellt. Ebenso werden die DMP von den Patienten gut angenommen. Beispielsweise sind allein im DMP für Diabetes Typ 2 mehr als 4,1 Millionen Versicherte eingeschrieben. Dies bedeutet, dass mehr als 60 Prozent aller in Deutschland behandelten Diabetes-Typ-2-Patienten im Rahmen der DMP versorgt werden.

Zur Frage des medizinischen und ökonomischen Nutzens liegen mittlerweile eine Vielzahl an Studien vor. Der überwiegende Teil kommt zu einem positiven Ergebnis. Vergleichsstudien von DMP-Teilnehmern und nicht an DMP teilnehmenden Patienten zeigen, dass der Gesundheitszustand der DMP-Teilnehmer besser ist. Die Anzahl von Komplikationen und Folgeerkrankungen ist geringer und die Patienten sind besser über ihre Krankheit und die damit verbundenen Risiken informiert. DMP setzen auf eine aktive Mitarbeit des Patienten. Der medizinische Nutzen der DMP wird nicht zuletzt darum von nahezu allen Studien positiv bewertet.

In Bezug auf den ökonomischen Nutzen sind die meisten Forschungsergebnisse ebenfalls positiv, wenn auch nicht in dem gleichen Ausmaße. Zumeist werden leichte Kosteneinsparungen identifiziert. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass in den Studien lediglich die direkten Kosten betrachtet werden. Wird hingegen der gesamtwirtschaftliche Nutzen betrachtet, zeigt sich, dass eine erhöhte Therapie-Adhärenz, wie sie durch DMP erreicht wird, gesamtwirtschaftlich zu hohen Kosteneinsparungen führt.

Allerdings gilt, dass auch eine verbesserte medizinische Versorgung bei nur leicht gesunkenen oder gar gleichbleibenden Kosten gesundheitspolitisch unstrittig als Erfolg bewertet werden muss.

3.2 Zulassungsstand

Derzeit sind insgesamt mehr als 9.000 Programmzulassungen mit über 8 Millionen eingeschriebenen Versicherten – von denen 1,2 Millionen an mehr als einem DMP teilnehmen – erteilt. Bei allen Indikationen steigen weiterhin die Teilnehmerzahlen an – mit Ausnahme von Brustkrebs, bei der die Teilnahmen stagnieren.

Indikation	Zulassungen	Teilnahme an DMP 2016	Teilnahme an DMP 2017
Asthma bronchiale	1.548	923.353	943.464
Brustkrebs	1.484	108.419	106.853
COPD	1.559	744.048	756.881
DM 1	1.463	193.662	205.336
DM 2	1.580	4.135.307	4.183.767
KHK	1.539	1.832.484	1.859.088
Insgesamt	9.173	7.937.273	8.055.389

3.3 Vertragsanpassungen

Im Jahre 2017 traten mehrere Änderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft, mit der die bisherigen Regelungen zu den Indikationen COPD, KHK und Brustkrebs geändert wurden. Insoweit mussten die Krankenkassen im Rahmen der einjährigen Anpassungsfrist gemäß § 137g Abs. 2 Satz 1 SGB V ihre Verträge an die Rechtsänderungen anpassen. Die Anpassungsfristen begannen jeweils am 1. Januar 2017 (COPD), 1. April 2017 (KHK) und 1. Oktober 2017 (Brustkrebs). Das Bundesversicherungsamt als Zulassungsbehörde hat damit die Aufgabe zu überprüfen, ob die Anpassungen an die neuen

Regelungen innerhalb der Umsetzungsfristen rechtskonform vorgenommen werden. Im Rahmen der Rechtsanpassung legen die Krankenkassen für alle Regionen fristgerecht ihre überarbeiteten Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Datenstellen vor.

3.4 Qualitätsberichte

Gemäß § 137f Abs. 4 Satz 2 SGB V müssen die Krankenkassen jährlich zum 1. Oktober Qualitätsberichte für ihre zugelassenen Programme für das vorangegangene Kalenderjahr vorlegen. Zum 1. Oktober 2017 waren die Berichte für das Kalenderjahr 2016 für die Indikationen DM 1, DM 2, KHK, Asthma und COPD vorzulegen. Ihre Prüfung wurde ohne Beanstandungen im Jahr 2017 abgeschlossen.

3.5 Evaluation

Gleichfalls zu prüfen war 2017 die Durchführung der Evaluation durch die Krankenkassen nach dem Inkrafttreten der neuen Regelungen des G-BA (§ 6 DMP-A-RL). Diese Aufgabe obliegt dem Bundesversicherungsamt gemäß § 137g Abs. 3 Satz 2 SGB V und ist eine Voraussetzung zur Aufrechterhaltung der unbefristeten Zulassung. Geprüft wird vom Bundesversicherungsamt nur die Durchführung der Evaluation durch die Krankenkassen, nicht die Ergebnisse der Evaluation. Bei der Prüfung stellte sich heraus, dass eine Krankenkasse ihre Daten nicht vollständig für die Erstellung des Gesamtberichts über die Evaluation gemäß § 6 Abs. 4 DMP-A-RL übermittelt hatte. Die Datenübermittlung erfolgte für einen Teil der Daten zu spät, so dass diese nicht mehr in den Gesamtbericht eingehen konnten. Dies führte bei der Krankenkasse zur rückwirkenden Aufhebung ihrer Zulassung in einer Reihe von Regionen für die Indikationen DM 1 und KHK für das Berichtsjahr 2014. Die diesbezüglichen Bescheide des

Bundesversicherungsamtes wurden rechtskräftig. Als Folge musste die Krankenkasse gemäß § 38 Abs. 1 Satz 2 RSAV ihre Programmkostenpauschale für die von der Zulassungsaufhebung betroffenen eingeschriebenen Versicherten zurückzahlen.

3.6 DMP – Perspektiven

Von den möglichen neuen Indikationen, die derzeit im G-BA diskutiert werden, sind die Beratungen zu Herzinsuffizienz am weitesten fortgeschritten. Der G-BA hat am 19. April 2018 die Anforderungen an das DMP Herzinsuffizienz beschlossen. Herzinsuffizienz war bisher als Modul Bestandteil der DMP-Indikation KHK und wird nun in eine eigene DMP-Indikation überführt. Deren Einführung als erste neue Indikation seit 2005 ist im laufenden Jahr zu erwarten. Unabhängig von den möglichen neuen Indikationen werden die rechtlichen Vorgaben in den Richtlinien des G-BA für die bestehenden Indikationen regelmäßig überarbeitet, da der G-BA gemäß § 137f Abs. 2 SGB V seine Richtlinien regelmäßig zu überprüfen hat. Im laufenden Jahr stehen die Überarbeitungen von mindestens drei Indikationen und hinsichtlich der DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie (DMP-AF-RL) bevor, die entsprechende Rechtsanpassungen der Programme durch die Krankenkassen und Prüfungen durch das Bundesversicherungsamt auslösen.



4. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung

In der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland gilt ein für alle Pflegekassen einheitlicher Beitragssatz in Höhe von 2,55% zuzüglich eines Zuschlages für nicht Kindererziehende in Höhe von 0,25% (§ 55 Abs. 1 und 3 SGB XI). Die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten werden von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. Zu diesem Zweck wird vom Bundesversicherungsamt zwischen allen Pflegekassen ein Finanzausgleich durchgeführt (§§ 66 ff. SGB XI). Das Bundesversicherungsamt verwaltet als gemeinschaftliches Sondervermögen der gesamten sozialen Pflegeversicherung den Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI, mittels dessen der Finanzausgleich durchgeführt wird. Aus Mitteln des Ausgleichsfonds werden ebenso verschiedene Förderungs- und Unterstützungsangebote der sozialen Pflegeversicherung finanziert. Zur langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung wurde der Pflegevorsorgefonds bei der Deutschen Bundesbank gebildet, dem das Bundesversicherungsamt zu Lasten des Ausgleichsfonds monatlich Mittel zuführt (§§ 131 SGB XI). Insgesamt hat die Umsetzung der Regelungen der

Pflegestärkungsgesetze (PSG II und III) mit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der Anpassung des Leistungsniveaus die Administration des Ausgleichsfonds und die Durchführung des Finanzausgleichs im Jahr 2017 maßgeblich mit geprägt.

Die Pflegekassen müssen über hinreichende liquide Mittel verfügen, um ihren Zahlungsverpflichtungen unabhängig davon nachkommen zu können, wann die Beitrags- und sonstigen Einnahmen bei den Pflegekassen eingehen. Die Pflegekassen haben daher Betriebsmittel im erforderlichen Umfang bereitzuhalten und eine Rücklage zu bilden. Das Betriebsmittel- und Rücklage-Soll beträgt für alle Pflegekassen einheitlich das 1,5fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Im monatlichen Finanzausgleich werden das Betriebsmittel- und Rücklage-Soll dem Ist-Bestand gegenübergestellt. Diejenigen Pflegekassen, deren Mittel-Ist das Soll übersteigt, führen den überschüssenden Betrag an den Ausgleichsfonds als Sondervermögen

4.1 Finanzausgleich

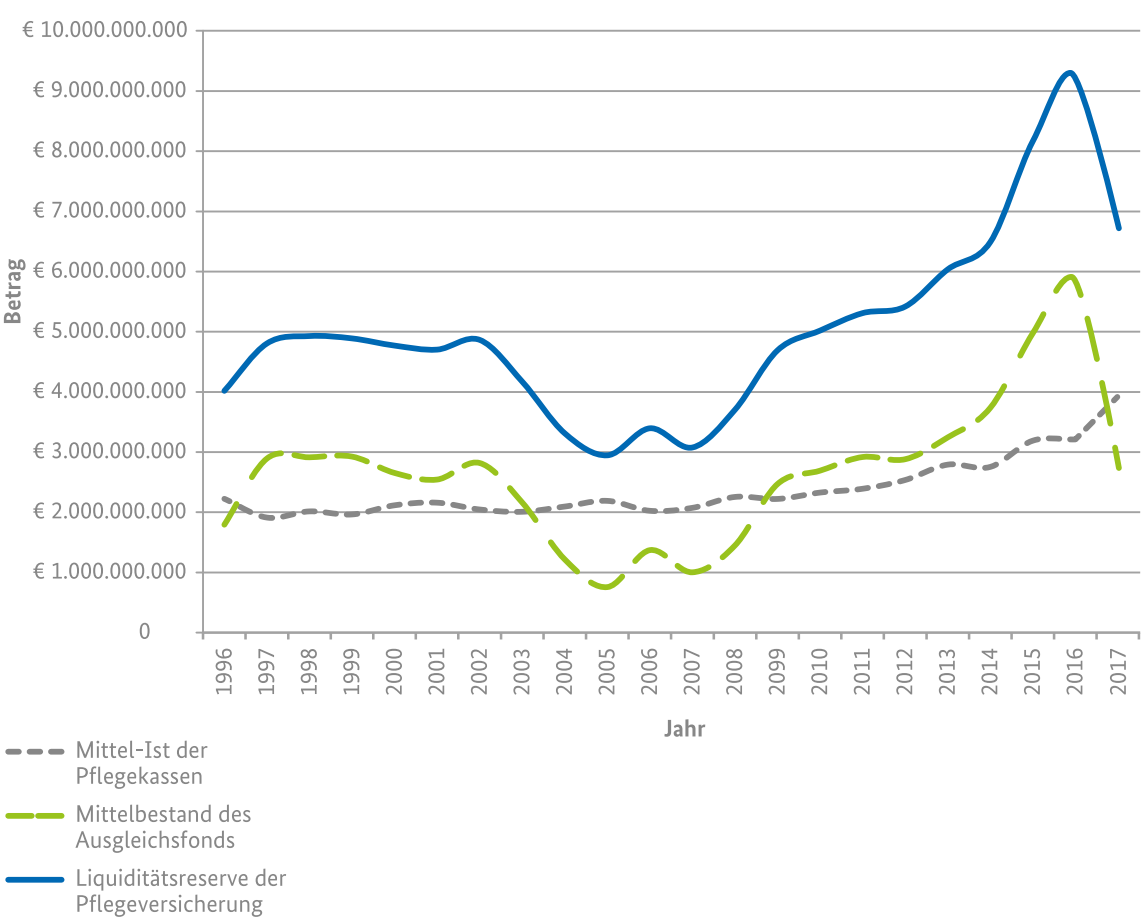
der sozialen Pflegeversicherung ab. Hieraus erhalten diejenigen Pflegekassen, die ein entsprechendes Mitteldefizit ausweisen, einen Ausgleich bis zur Höhe des Betriebsmittel- und Rücklagesolls. Der Ausgleichsfonds zahlte zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand im Jahre 2017 insgesamt rd. 15,838 Mrd. Euro an die Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rd. 1,320 Milliarden Euro. Von den Pflegekassen erhielt er insgesamt rd. 6,345 Mrd. Euro und an direkten Beitragseinnahmen (siehe 4.6) rd. 7,704 Mrd. Euro.

4.2 Entwicklung des Mittelbestandes

Zum Ende des Jahres 2017 verfügte der Ausgleichsfonds über Mittel in Höhe von rd. 2,803 Mrd. Euro; die Mittel der Pflegekassen beliefen sich auf rd. 3,943 Mrd. Euro. Beide Bestände an Mitteln zusammen bil-

den die sog. Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von rd. 6,746 Mrd. Euro. Zu Beginn des Jahres betrug sie noch 9,180 Milliarden Euro und verminderte sich somit binnen Jahresfrist um rd. 2,434 Mrd. Euro. Diese Abnahme ist zugleich Ausdruck einer ergänzenden Zweckbestimmung des Ausgleichsfonds: In den Vorjahren wurden bewusst Überschüsse angesammelt, um einen sprunghaften Anstieg des Beitragssatzes infolge der Erhöhung des Leistungsniveaus der Leistungsausgaben im Jahr der Reform abfedern zu können. Wie die grafische Darstellung zeigt, haben sich der Mittelbestand des Ausgleichsfonds und der Liquiditätsreserve stets parallel entwickelt, während das Mittel-Ist der Pflegekassen annähernd gleichbleibend war und nur durch die jeweiligen Beitragssatzanhebungen (im Zuge korrespondierender Leistungsanhebungen) der letzten Jahre ein höheres Niveau erreichte.

Entwicklung des Mittelbestandes der sozialen Pflegeversicherung



Unmittelbaren Einfluss auf die Höhe der Liquiditätsreserve hatten in der Vergangenheit:

- 2002 Rückzahlung des Investitionshilfedarlehens durch den Bund (Artikel. 52 PflVG)
- 2005 Vorverlagerung des Fälligkeitstermins des GSV-Beitrages
- 2005 Erhebung des Kinderlosenzuschlages in Höhe von 0,25%
- 2008 Beitragssatzanhebung von 1,70% auf 1,95% und Leistungsausweitung (1. Juli des Jahres)
- 2013 Beitragssatzanhebung von 1,95% auf 2,05% und Leistungsausweitung
- 2015 Beitragssatzanhebung von 2,05% auf 2,35% und Leistungsausweitung
- 2017 Beitragssatzanhebung von 2,35% auf 2,55% und Leistungsausweitung (PSG II und PSG III)

4.3 Verwaltung der Mittel des Ausgleichsfonds

Zu den Aufgaben des Bundesversicherungsamtes gehört die risikogerechte Anlage und Verwaltung der Mittel des Ausgleichsfonds. Um eine möglichst breite und valide Grundlage insbesondere zur Risikoeinschätzung von Geldanlagen zu erhalten, werden regelmäßig alle Kreditinstitute, mit denen der Ausgleichsfonds Geschäftsbeziehungen unterhält, hinsichtlich der aktuellen Geschäftszahlen, der perspektivischen Entwicklung der Kapitalmärkte sowie hinsichtlich sonstiger aktueller Wirtschafts- und Finanzfragen bewertet. Erneut ging es bei der Verwaltung der Mittel im Berichtszeitraum in besonderer Weise darum, den spezifischen Erfordernissen des Zahlungsverkehrs des Ausgleichsfonds und der aktuellen Zinssituation Rechnung zu tragen. Sowohl das derzeitige negative Zinsniveau als auch das abnehmende Anlagevolumen erschweren die Situation. Positive Zinserträge sind aktuell nur bei längerfristigen Anlagezeitrumen zu realisieren. Da der Ausgleichsfonds aufgrund der Liquiditätssituation jedoch nur kurzfristige Anlagen tätigen konnte, ließ sich ein positiver Zinsertrag nicht erwirtschaften.

4.4 Verwaltungskosten der sozialen Pflegeversicherung

Die Aufgaben der Pflegekassen werden von den Beschäftigten der Krankenkassen, bei denen die jeweilige Pflegekasse errichtet ist, wahrgenommen. Die damit verbundenen Verwaltungskosten werden den Krankenkassen von den Pflegekassen im Wege einer Pauschale erstattet, die für die gesamte Pflegeversicherung mit Hilfe eines Multiplikators aus dem Mittelwert aus Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben berechnet wird. Bis einschließlich 2017 betrug dieser Multiplikator 3,5%. Damit die Erhöhung des Beitragssatzes zum 01. Januar 2017 von 2,35% auf 2,55% nicht zu einem Anstieg der Berechnungsbasis und einem infolge dessen nicht gerechtfertigten Aufwuchs der Pauschale führt, wurde zum 01. Januar 2018 der Multiplikator von 3,5% auf 3,2% gesenkt. Da überdies die zentrale Abführung der Beitragsanteile für den Vorsorgefonds keinen Verwaltungsaufwand für die Pflegekassen darstellt, werden die damit verbundenen Aufwendungen seit dem Start des Vorsorgefonds bei der Berechnung der Pauschale herausgerechnet. Die so berechnete Verwaltungskostenpauschale wird in einer Anteilsberechnung auf die einzelnen Pflegekassen umgelegt. Das Verfahren der Berechnung und die Verteilung der Pauschale hat der GKV-Spitzenverband in einer Verwaltungskostenbestimmung gemäß § 46 Abs. 3 SGB XI geregelt. Das Bundesversicherungsamt übernimmt als Verwaltungsbehörde die Durchführung der Verteilung und der Berechnung. Die Verwaltungskostenpauschale wird zunächst durch eine Schätzung der Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen des kommenden Jahres über die Ermittlung eines vorläufigen Faktors berechnet und später, nach Vorliegen der endgültigen Ergebnisse, abschließend ermittelt und abgerechnet. Für das Jahr 2017 (Abrechnung im Jahr 2018) ergab sich dabei nachstehendes Bild: Die von den Pflegekassen an die Krankenkassen vorläufig gezahlte Verwaltungskostenpauschale betrug insgesamt rd. 1.166.711.174 Euro. Die Verwaltungskostenabschlussabrechnung ergab eine endgültig zu leistende Verwaltungskostenpauschale in Höhe von rd. 1.182.250.144 Euro. Somit war eine Nachzahlung der

Pflegekassen an die Krankenkassen in Höhe von rd. 15,539 Millionen Euro erforderlich, was im Ergebnis einer Nachzahlung in Höhe von 1,31% der ursprünglich gezahlten Pauschale entspricht.

4.5 Leistungsausgaben des Ausgleichsfonds (Fördergelder) und Finanzierungsbeiträge

Als besondere Aufgabe oblag dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Ausgleichsfonds auch im Jahr 2017 wieder die Auszahlung der nachfolgend ausgeführten Fördergelder und Finanzierungsanteile der sozialen Pflegeversicherung. Die Auszahlung erfolgt jeweils nach Auszahlungsaufforderung durch eine dafür in den jeweiligen Förderbereichen bestimmte zuständige Stelle, welche die Anträge der Fördergeldempfänger erhält und auch bescheidet:

- Förderung von Angeboten zur Unterstützung und Entlastung im Alltag (vormals: niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote), Angebote des Ehrenamts in der Pflege einschließlich Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nach § 45c und § 45 d Abs.1 SGB XI
- Angebote der Selbsthilfe in der Pflege einschließlich Modellvorhaben nach § 45d SGB XI
- Beteiligung der Pflegekassen an regionalen Netzwerken gemäß § 45c Abs. 9 SGB XI
- Modellvorhaben des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI
- Finanzierung der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses sowie der von ihm in Auftrag zu gebenden Forschungsvorhaben zur Qualitätsforschung in der Pflegeversorgung nach § 8 Abs. 4 SGB XI
- Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI
- Anschubfinanzierung für Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI (in der Abwicklung)
- Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen zur häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste nach § 125 SGB XI

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Angebote des Ehrenamts, Modellvorhaben		
Land	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	642	2.590
Bayern	195	1.064
Berlin	317	1.208
Brandenburg	101	1.046
Bremen	1	25
Hamburg	14	340
Hessen	178	1.612
Mecklenburg-Vorpommern	17	167
Niedersachsen	37	415
Nordrhein-Westfalen	160	4.668
Rheinland-Pfalz	70	191
Saarland	35	235
Sachsen	43	297
Sachsen-Anhalt	32	322
Schleswig-Holstein	90	401
Thüringen	128	346
Summe	2.060	14.927

Angebote der Selbsthilfe einschließlich Modellvorhaben		
Land	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	0	0
Bayern	13	36
Berlin	72	399
Brandenburg	23	165
Bremen	3	67
Hamburg	6	70
Hessen	5	5
Mecklenburg-Vorpommern	8	6
Niedersachsen	22	106
Nordrhein-Westfalen	70	731
Rheinland-Pfalz	0	0
Saarland	0	0
Sachsen	1	6
Sachsen-Anhalt	0	0
Schleswig-Holstein	0	0
Thüringen	4	28
Summe	227	1.619

Die Förderung nach den §§ 45c und d SGB XI erfolgt nach dem Prinzip der Ko-Förderung. Das bedeutet, dass dem vom Ausgleichsfonds ausgezahlten Förderbetrag stets eine betragsgleiche Förderung eines Landes oder einer Kommune gegenübersteht. Das für den Bereich § 45c Abs.1 SGB XI insgesamt zur Verfügung stehende Budget in Höhe von 25 Millionen Euro wird nach dem jeweils gültigen Königsteiner Schlüssel auf die Länder verteilt, für das Budget nach § 45d SGB XI stehen als Obergrenze Mittel in Höhe von 0,10 Euro pro Versicherten zur Verfügung, das ebenfalls nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt wird. Für beide Bereiche gibt es die Möglichkeit der haushaltstechnischen Übertragung der Fördermittel in das unmittelbar folgende Kalenderjahr. Zur finanziellen Beteiligung der Pflegekassen an regionalen Netzw-

ken stehen seit 2017 insgesamt 10 Millionen Euro zur Verfügung. Hieraus können die derzeit 402 Kreise und kreisfreien Städte jeweils eine Förderung von 20.000 Euro maximal erhalten.

Diese drei Förderbereiche sowie die Finanzierung nach § 8 Abs.4 SGB XI schließen eine jeweils zehnprozentige finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen ein. Die Berechnung dieser Anteile und ihrer Anforderung, die Verwaltung gemeinsam mit den Mitteln des Ausgleichsfonds sowie die jährliche Abrechnung und die fortlaufende Kommunikation sind zusätzliche Aufgaben des Bundesversicherungsamtes. Für die Modalitäten des Auszahlungsverfahrens wurden zwischen dem Bundesversicherungsamt, dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung und dem Verein „Geschäftsstelle Qualitätsausschluss Pflege e.V.“ verschiedene Vereinbarungen geschlossen.

Durch die Pflegestärkungsgesetze wurden die Möglichkeiten der haushalterischen Übertragbarkeit der Mittel erweitert. Damit soll insbesondere den Ländern der Anreiz gegeben werden, in ihrem Zuständigkeitsbereich zusätzliche Mittel für die Pflege bereitzustellen. Zugleich erhalten sie die Möglichkeit, ihren Ko-Finanzierungsanteil auch in Form von Personal- und Sachmitteln anstatt in Geldmitteln zu erbringen. Hierüber entscheiden die zuständige Stelle, die auch für die Anerkennung des Angebotes zuständig ist sowie die Landesverbände der Pflegekassen, die das Einvernehmen mit den Landesvertretungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. herstellen. Weiterhin überwacht das Bundesversicherungsamt gemäß § 45e SGB XI den Mittelabfluss bezüglich der von den Pflegekassen im Rahmen der Anschubfinanzierung zur Förderung ambulant betreuter Wohngruppen auszuführenden Fördergelder.

4.6 Beitragseinnahmen des Ausgleichsfonds

Zur Entlastung der Pflegekassen nahm das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds auch im Jahre 2017 wieder bestimmte Beiträge direkt und zentral an. Hierzu gehören

- die Pflegeversicherungsbeiträge aus Renten seitens der Deutschen Rentenversicherung und der Knappschaft-Bahn-See,
 - die vom Gesundheitsfonds weitergeleiteten Pflegeversicherungsbeiträge aus Arbeitslosengeld I und II,
 - die vom Gesundheitsfonds weitergeleiteten Pflegeversicherungsbeiträge der Künstlersozialkasse,
 - die vom Gesundheitsfonds weitergeleiteten Pflegeversicherungsbeiträge nach der KV/PV-Pauschalbeitragsverordnung,
 - die direkt von der Bundesagentur für Arbeit gezahlten pauschalen Kinderlosenzuschläge für ALG I-Empfänger sowie
 - die von diversen Sozialleistungsträgern überwiesenen Pflegeversicherungsbeiträge für Personen, die weder gesetzlich noch privat pflegeversichert sind.
- Diese direkten Beitragszahlungen finden unmittelbar Eingang in die Berechnungen für den monatlichen Finanzausgleichs. Da die Pflegeversicherung – wie eingangs erwähnt – eine Einheit darstellt, ist es rechnerisch unerheblich, ob die Beitragseinnahmen direkt an den Ausgleichsfonds oder zunächst an die Pflegekassen gezahlt werden.
- Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtszeitraum intensiv und erfolgreich darauf hingewirkt, das Verfahren zur Annahme der Zahlung von Pflegeversicherungsbeiträgen für weder gesetzlich noch privat pflegeversicherte Personen nach § 21 SGB XI mit Wirkung ab 2018 neu zu ordnen. Zu den hier zur Zahlung verpflichteten Leistungsträgern zählen insbesondere die Jugendämter. Das Bundesversicherungsamt wird die Zahlungen zwar weiterhin annehmen, künftig werden aber verschiedene Steuerungs- und Informationsaufgaben vom GKV-Spitzenverband wahrgenommen.

4.7 Festsetzung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen an den Kosten für Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen

Nach Maßgabe von §§ 114, 114a SGB XI sind in Pflegeeinrichtungen regelmäßige Qualitätsprüfungen durchzuführen. Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen dazu dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. hat dabei eine auf das Bundesgebiet bezogene Quote von zehn Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge durchzuführen. Wird diese Quote unterschritten, haben sich die privaten Versicherungsunternehmen anteilig bis zu einem Betrag von zehn Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen zu beteiligen.

Das Bundesversicherungsamt hat gemäß § 114 a Abs. 5 SGB XI jährlich festzustellen, ob der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. seine Prüfquote erfüllt hat, und im Falle der Unterschreitung den Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, festzustellen und zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu erheben; dabei erfolgt eine Anhörung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und des GKV-Spitzenverbandes. Im Jahr 2017 hat das Bundesversicherungsamt ermittelt, dass der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. seine Prüfquote für das Jahr 2016 – wie auch bereits für die vorangegangenen Jahre – erfüllt hat. Ein Finanzierungsanteil war damit nicht zu erheben.

4.8 Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Gesamteinnahmen und -ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für das Jahr 2017 sowie über die Veränderungsraten im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahreswerten.

Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung 2017		
	Beträge 2017 absolut in Mio. €	Veränderungen gegenüber 2016 in %
EINNAHMEN		
Beitragseinnahmen	rd. 36.043	12,79
Sonstige Einnahmen	rd. 85	16,44
Einnahmen insgesamt	rd. 36.128	12,8
AUSGABEN		
Leistungsausgaben	rd. 35.545	25,65
Verwaltungskosten	rd. 1.185	15,27
Hälfte der Kosten des MDK	rd. 420	6,6
Zuführung zum Vorsorgefonds	rd. 1.355	5,2
Sonstigen Ausgaben	rd. 57	1.040,00
Ausgaben insgesamt	rd. 38.562	24,38
Jahresfehlbetrag	rd. -2.434	

Quelle: Statistiken PVM und PV45

Mehreinnahmen entstanden durch die Erhöhung des Beitragssatzes, die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen, die Grundlage für die Beitragsbemessung sind, sowie durch die Zunahme der Anzahl an Beitragszahlern.

Im Ergebnis des Jahres 2017 ergab sich in der sozialen Pflegeversicherung ein Fehlbetrag in Höhe von rd. 2,434 Milliarden Euro. Dieser Betrag entspricht der unter 4.2. beschriebenen Abnahme der Liquiditätsreserve.

4.9 Ausblick auf das Jahr 2018

Das Bundesversicherungsamt wird sich im kommenden Berichtszeitraum u.a. mit der Entwicklung von Verfahrensgrundsätzen zur Beteiligung der Pflegekassen an der Förderung von regionalen Pflegenetzwerken nach § 45c Abs. 9 SGB XI besonders befassen, die im Zuge des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes ab 2017 wirksam wurde. Regionale Netzwerke bestehen in und aus der freiwilligen und strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren, die sich an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligen. Die Auszahlung der zu gewährenden Fördergelder – maximal 20.000 Euro pro Jahr und Kreis bzw. kreisfreier Stadt, von denen insgesamt 402 existieren – obliegt dem Ausgleichsfonds. Die Entscheidung über die jeweilige Auszahlung treffen die Landesverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem jeweiligen Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

Darüber hinaus wird das Bundesversicherungsamt Vorbereitungen zur Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege durch die soziale Pflegeversicherung nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) treffen, deren hier maßgebliche §§ 26 Abs. 3 Nr. 4 sowie 33 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 5 mit Wirkung zum 01. Januar 2019 in Kraft treten.

Statistische Detailangaben zu den Kennzahlen betreffend die Verwaltung des Ausgleichsfonds finden Sie auf den Internetseiten des Bundesversicherungsamtes (www.bundesversicherungsamt.de/ausgleichsfonds), des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bmg.bund.de/Themen) sowie des GKV-Spitzenverbandes (www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung).



5. Meldestelle/Ordnungswidrigkeiten-behörde/Aufsicht über die ZfP

5.1 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen

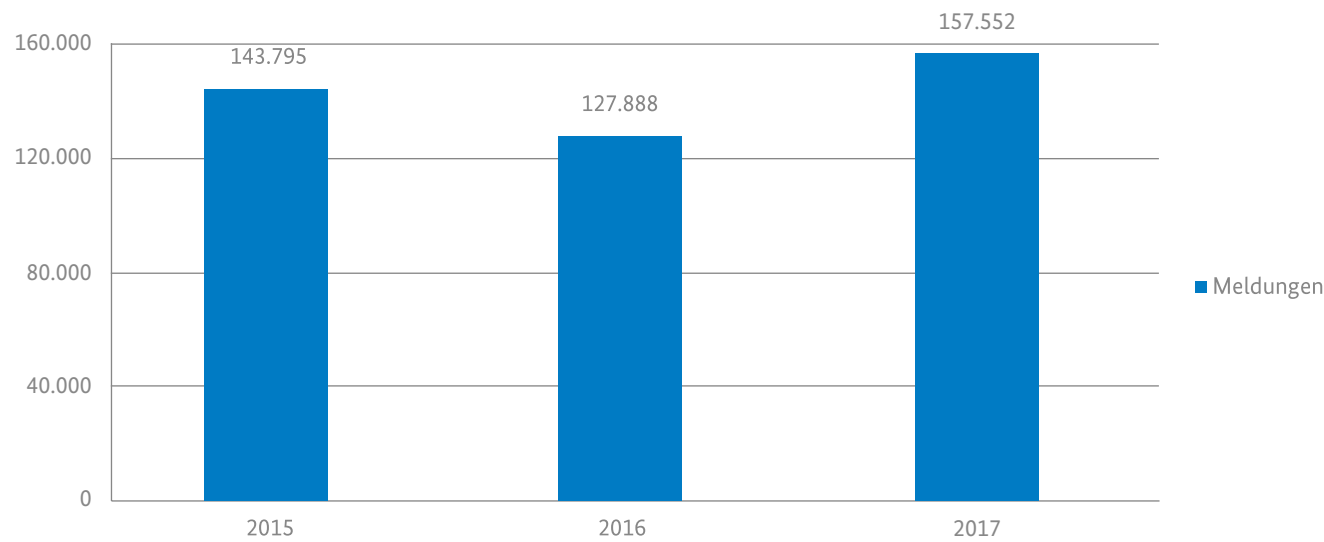
Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, sind auch verpflichtet, zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten (vgl. § 23 Abs. 1 bis 4 SGB XI).

Um sicherzustellen, dass diese Personen auch tatsächlich dauerhaft ihre Pflicht zur Absicherung des Pflegefallrisikos erfüllen, sind den privaten Versicherungsunternehmen Kontroll- und Meldepflichten auferlegt (BT-Drs. 12/5262, S. 120). So sind Personen an das Bundesversicherungsamt zu melden, die ihrer Pflicht zum Abschluss oder zur Aufrechterhaltung eines Versicherungsvertrages nicht nachkommen oder mit der

Entrichtung von sechs insgesamt vollen Monatsprämien in Verzug geraten sind (siehe § 51 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB XI). Im Berichtsjahr wurden dem Bundesversicherungsamt 157.552 Meldungen erstattet, davon noch rund 8 Prozent in Papierform. Die Anzahl der Meldungen ist im Vergleich zum Vorjahr um rund 23 Prozent gestiegen. Überwiegend handelt es sich dabei um Meldungen aufgrund des Prämienverzuges von versicherten Personen.

Das Bundesversicherungsamt prüft die erstatteten Meldungen in seiner Funktion als Verwaltungsbehörde auf Schlüssigkeit und Plausibilität und leitet sie dann an die nach §§ 35 ff. des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten (OWiG) zuständige Verwaltungsbehörde weiter. Diese prüft dann in eigener Zuständigkeit die Einleitung eines Ordnungswidrigkeitenverfahrens nach § 121 Abs. 1 Nummer 1 bzw. 6 SGB XI und die

Meldungen



Verhängung einer Geldbuße. Die Geldbuße kann nach § 121 Abs. 2 SGB XI bis zu 2.500 Euro betragen. Um den Ressourcenaufwand für die Beteiligten zu reduzieren und ein dem Stand der Technik entsprechendes einheitliches Verfahren anzubieten, hatte das Bundesversicherungsamt im Vorjahr (s. Tätigkeitsbericht 2016, S. 107) zunächst in einem ersten Schritt den Bußgeldstellen den Abruf der Meldungen über einen eigenen Zugang auf einem sicheren FTP-Server ermöglicht.

5.2 Implementierung eines neuen elektronischen Meldeverfahrens

Mit der Neufassung des § 51 SGB XI durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) hat der Gesetzgeber das Bundesversicherungsamt und den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2017 Näheres über ein elektronisches Meldeverfahren zu vereinbaren. Diese Vereinbarung mit den beiden verbindlichen Anlagen Datenübermittlungskonzept und Sicherheitskonzept wurde nach intensiven, sehr konstruktiven Arbeitssitzungen, bei denen auch die privaten Versicherungsunternehmen beteiligt waren, am 27. November 2017 unterzeichnet. Im Zusammenhang mit der Vereinbarung hat der PKV-Verband e. V. für seine Mitgliedsunternehmen eine neue technische Lösung entwickelt. Diese ermöglicht es den privaten

Versicherungsunternehmen, einen einheitlichen Datensatz zu verwenden und die Meldungen über den PKV-Konnektor an den o.g. sicheren FTP-Server des Bundesversicherungsamtes zu senden (sog. Push-Verfahren). Der PKV-Konnektor ist dabei eine reine Datenannahme- und verteilstelle. Er erhält die Meldungen verschlüsselt von seinen Mitgliedsunternehmen und leitet sie an den sicheren FTP-Server des Bundesversicherungsamtes weiter. Dadurch ist die Nutzung des in der Vereinbarung geregelten einheitlichen Datensatzkonzepts gewährleistet. Die technische Umsetzung wird nach einer eingehenden Testphase am 1. April 2018 abgeschlossen sein, so dass ab diesem Zeitpunkt die Meldungen auf diesem Weg erfolgen können.

5.3 Aufsicht über die Zentrale Zulagenstelle für die private Pflegevorsorge

Das Bundesversicherungsamt übt auch die Rechtsaufsicht über die Zentrale Zulagenstelle für die private Pflegevorsorge (ZfP) gemäß § 128 Abs. 5 Satz 5 SGB XI aus. Die ZfP ist bei der Deutschen Rentenversicherung Bund angesiedelt und zahlt die Zulagen an die privaten Versicherungsunternehmen zugunsten der Zulageberechtigten aus. Wie bereits in den Vorjahren hat das Bundesversicherungsamt seine Aufsichtsprüfungen mit ausgewählten Prüftiteln gegenüber der ZfP

fortgesetzt. Bei den Aufsichtsprüfungen zum Rückforderungsverfahren gemäß § 128 Abs. 2 Satz 14 SGB XI i.V.m. § 8 der Verordnung zur Durchführung der Zulage für die private Pflegevorsorge nach dem Dreizehnten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung - PflvDV) war festzustellen, dass wenige private Versicherungsunternehmen die erforderliche Rückzahlungen der zu Unrecht für ihre Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer erhaltenen Zulagen an die ZfP nicht zu den normierten Stichtagen (10. Juni bzw. 10. Dezember eines Jahres) gemäß § 8 Abs. 1 PflvDV vornehmen. Fraglich war, ob die entsprechenden privaten Versicherungsunternehmen diese verspäteten Rückzahlungen an die ZfP zu verzinsen haben und wenn ja, auf welcher Rechtsgrundlage.

Bei den entsprechenden Rückzahlungen der Zulagen vom privaten Versicherungsunternehmen an die ZfP handelt es sich nicht um Sozialleistungen gemäß § 21a SGB I bzw. § 28a SGB XI, die in der Zahlung eines Geldbetrages besteht. Somit findet § 44 SGB I, der die Verzinsung rückständiger Geldleistungen im Sozialrecht abschließend regelt, keine Anwendung. Auch § 108 SGB X ist nicht anwendbar, da es sich nicht um einen Erstattungsanspruch für Sach- und Dienstleistungen von Sozialversicherungsträgern untereinander handelt. Die Bundeshaushaltsordnung (BHO) ist im Rechtsverhältnis ZfP und private Versicherungsunternehmen ebenfalls nicht einschlägig. Dementsprechend ist auch § 49a VwVfG mangels Verwaltungsakt nicht anwendbar. Eine andere öffentlich-rechtliche Anspruchsgrundlage ist nicht vorhanden. Eine etwaige Verzinsung gemäß § 288 Abs. 1 Satz 1 BGB in analoger Anwendung scheidet ebenfalls aus. Eine derartige analoge Anwendung auf öffentlich-rechtliche Schuldverhältnisse setzt nämlich voraus, dass zwischen den „Parteien“ ein Verhältnis der Gleichordnung besteht. Das ist hier jedoch auch nicht der Fall: die ZfP hat das Rückforderungsverfahren gemäß § 128 Abs. 2 Satz 9 SGB XI i. V. m. § 8 PflvDV durchzuführen. Die ZfP mahnt bei Zahlungsverzug, kann die Forderung vollstrecken und ggf. niederschlagen bzw. verrechnen. Gemäß § 8 Abs. 4 PflvDV wird der zurückzufordernde Betrag durch die ZfP festgesetzt, wenn die Rückzahlung gemäß § 8 Abs. 1 und 3 PflvDV

ganz oder teilweise nicht möglich oder nicht erfolgt ist. Demnach handelt die ZfP gegenüber den privaten Versicherungsunternehmen hoheitlich und es besteht kein Gleichordnungsverhältnis. Daher kann mangels fehlender Rechtsgrundlage derzeit keine Zinsprüfung erfolgen.

5.4 Ordnungswidrigkeitenverfahren gemäß § 121 Absatz 1 Nummer 7 i.V.m. Absatz 3 SGB XI gegenüber privaten Versicherungsunternehmen

Darüber hinaus ist das Bundesversicherungsamt zuständige Verwaltungsbehörde für Ordnungswidrigkeiten (§§ 121 Abs. 1 Nummer 7, Abs. 3 SGB XI), die private Versicherungsunternehmen schuldhaft (leichtfertig oder vorsätzlich) begehen, wenn diese ihrer Verpflichtung zur Datenübermittlung (§ 128 Abs. 1 Satz 4 SGB XI) nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig an die ZfP übermitteln. Zu übermitteln sind Antragsdaten, die geleistete Beitragshöhe, Vertragsdaten, die Rentenversicherungsnummer oder Zulagennummer der zulageberechtigten Person (§ 126 SGB XI) bzw. den Antrag auf Vergabe einer Zulagennummer, weitere zur Auszahlung erforderlichen Angaben, die Bestätigung, dass es sich um eine zulageberechtigte Person und einen förderfähigen Versicherungsvertrag (§ 127 SGB XI) handelt. Im Berichtsjahr hat das Bundesversicherungsamt entsprechende Ordnungswidrigkeitenverfahren gegenüber privaten Versicherungsunternehmen eingeleitet und in mehreren Fällen Bußgeldbescheide erlassen. Die privaten Versicherungsunternehmen haben die festgesetzten Geldbußen nebst Verfahrenskosten fristgerecht gezahlt. Lediglich in einem Einzelfall hat ein privates Versicherungsunternehmen Einspruch gegen den Bußgeldbescheid eingelegt. Nach Prüfung des Einspruchs war jedoch festzustellen, dass dieser nicht fristgerecht beim Bundesversicherungsamt eingelegt wurde. Der Einspruch wurde deshalb als unzulässig gemäß § 69 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten (OWiG) verworfen.

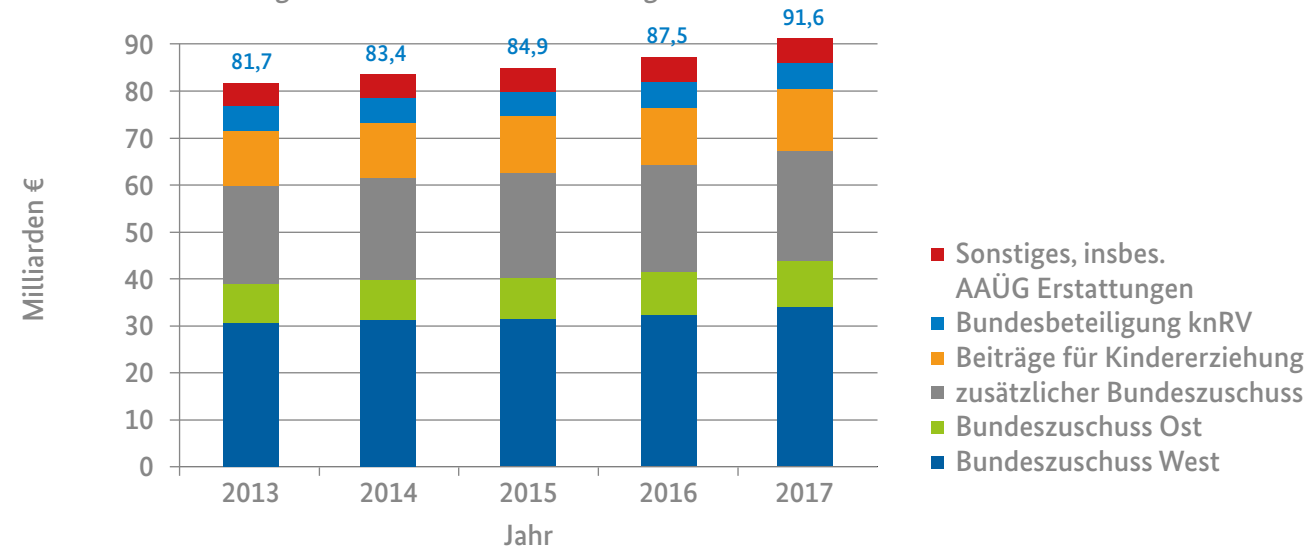


6. Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung

Der Bund trägt mit seinen Zahlungen (Zuschüsse, Beiträge, Erstattungen) in erheblichem Maße zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei. Das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet die Bundeszahlungen, die sich im Jahr 2017 auf insgesamt rund 91,6 Milliarden Euro beliefen. Davon betrugen die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung rund 67,8 Milliarden Euro und die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten (KEZ) rund 13,2 Milliarden Euro. Die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sondersversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) betrugen 2017 noch rund 5,4 Milliarden Euro. Ein Teil der Zahlungen

nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2017: 2,7 Milliarden Euro). Die Bundesbeteiligung an der knappschaftlichen Rentenversicherung macht weitere rund 5,2 Milliarden Euro aus. Auf die Bundeszahlungen zahlt das Bundesversicherungsamt monatliche Vorschüsse in Höhe von ca. 7,6 Milliarden Euro aus, die im Folgejahr abgerechnet werden. Die Entwicklung der Abrechnungsbeträge der letzten fünf Jahre ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

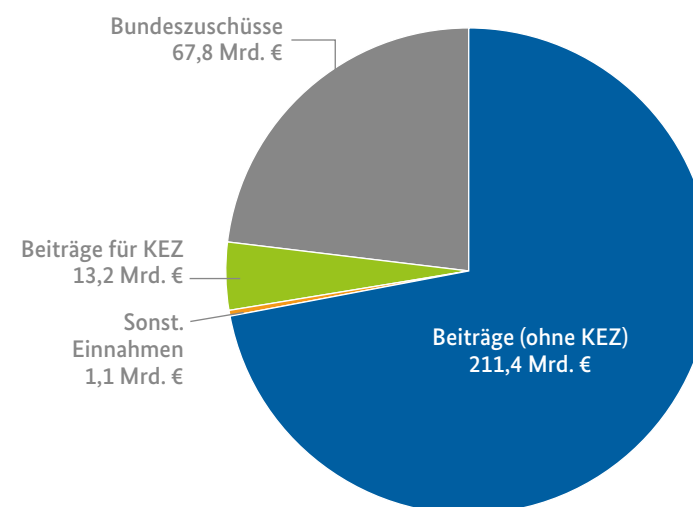
Bundesmitten an die gesetzliche Rentenversicherung



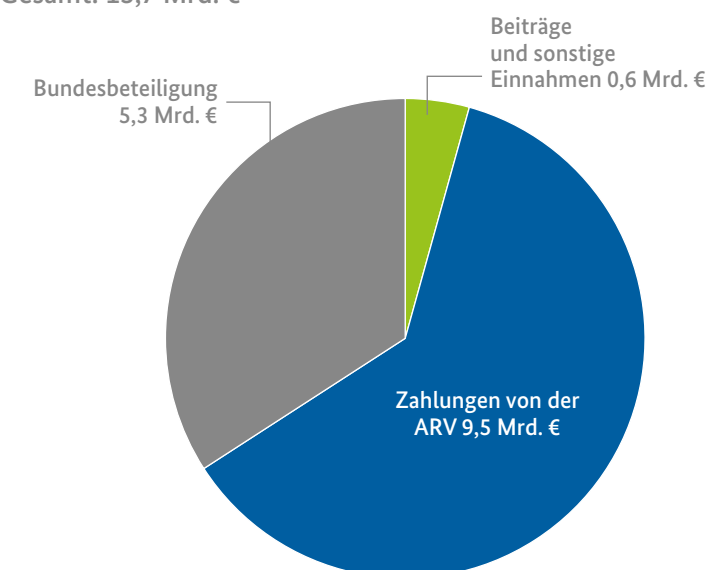
Die allgemeine Rentenversicherung (ARV) verfügte im Jahr 2017 über Einnahmen in Höhe von ca. 294 Milliarden Euro. Die Bundeszuschüsse machen damit 23,1 % der Gesamteinnahmen der ARV aus. Zusammen mit

den Beiträgen für Kindererziehungszeiten und sonstigen Erstattungen finanzierte der Bund in 2017 29,4 % der Gesamteinnahmen der ARV.

Einnahmen der ARV 2017
Gesamt: 293,5 Mrd. €



Einnahmen der KnRV 2017
Gesamt: 15,7 Mrd. €





7. Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger (VdBS)

Die umlagefinanzierte Zusatzversorgung der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger wurde zum 31. Dezember 2012 geschlossen. Seitdem erhebt die VdBS, der die Durchführung der Zusatzversorgung obliegt, keine Beiträge mehr. Die bestehenden und die auf erworbenen Anwartschaften beruhenden zukünftigen Versorgungsleistungen wurden zunächst aus dem Vermögen der VdBS weitergezahlt. Nachdem diese Mittel aufgebraucht waren, übernahm der Bund die weitere Ausfinanzierung der Zusatzversorgung der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger durch die Zahlung bedarfsgerechter Zuschüsse an die

VdBS. Die Zuständigkeit über die Festsetzung, Zuweisung und Abrechnung der Bundeszuschüsse wurde dem Bundesversicherungsamt übertragen. Zuvor erhielt das Bundesversicherungsamt bereits die Fach- und Rechtsaufsicht über die VdBS. Nach Abstimmung der Verfahrensabläufe wurden vom Bundesversicherungsamt in der zweiten Jahreshälfte 2016 erstmals Mittel in Höhe von rund 31 Millionen Euro ausgezahlt. Im Jahr 2017 wurden insgesamt rund 73 Millionen Euro ausgezahlt. In den Folgejahren wird der Mittelbedarf auf voraussichtlich bis zu 90 Millionen Euro ansteigen.



8. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung

Die jährliche Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften wurde erstmals im Jahr 2009 für das Ausgleichsjahr 2008 durch das Bundesversicherungsamt durchgeführt. Diese ersetzte schrittweise in einer Übergangsphase bis zum Jahr 2014 den bisherigen Lastenausgleich, der in dieser Zeit parallel von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) durchgeführt wurde. Seit dem Ausgleichsjahr 2014 wird die Lastenverteilung vollständig zu 100 % berücksichtigt; der alte Lastenausgleich entfiel ab dem Ausgleichsjahr 2014.

Jede Berufsgenossenschaft trägt im Rahmen der Lastenverteilung - unter Beibehaltung des Branchenprinzips und der primären Verantwortlichkeit der einzelnen Gewerbezweige für die von ihnen verursachten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten - eigene Rentenlasten entsprechend ihrer aktuellen Wirtschaftsstruktur. Alte Lasten, die hierzu nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis stehen, (sog. Überaltlast) werden von allen Berufsgenossenschaften gemeinsam getragen.

Für das Ausgleichsjahr 2017 hat das Bundesversicherungsamt im März 2018 die Lastenverteilung berechnet. Insgesamt wurden rund 756 Millionen Euro von fünf ausgleichspflichtigen Berufsgenossenschaften auf vier ausgleichsberechtigte Berufsgenossenschaften umverteilt (Ausgleichsjahr 2016: 758 Millionen Euro, Ausgleichsjahr 2015: 737 Millionen Euro). Die Ergebnisse sind im Einzelnen in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Lastenverteilung 2017	
Berufsgenossenschaft	Ausgleichsbeträge *
Rohstoffe und chemische Industrie	404.750.356,99 €
Holz und Metall	20.054.015,16 €
Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	- 96.825.461,06 €
Nahrungsmittel und Gastgewerbe	3.750.295,62 €
Bauwirtschaft	327.628.291,66 €
Handel und Warenlogistik	- 148.104.849,68 €
Verwaltung	- 396.088.992,70 €
Transport und Verkehrswirtschaft	- 25.270.406,08 €
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	- 89.893.249,91 €

*Ausgleichsberechtigung (positiver Wert) bzw. Ausgleichspflichtung (negativer Wert).



3. Teil Sonderaufgaben

1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz

1.1 Überwachung der Berufsausbildung

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

Im Jahr 2017 betreute das Bundesversicherungsamt 3.164 Auszubildende in den Berufen Sozialversicherungsfachangestellte/r, Verwaltungsfachangestellte/r, Kaufmann/-frau für Büromanagement und Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen sowie Fachinformatiker/in der Fachrichtungen Anwendungsbetreuung und Systemintegration.

Als Prüfungsamt hat das Bundesversicherungsamt 2.396 Aus- und Fortzubildende in 36 Zwischen-, Abschluss- und Fortbildungsprüfungen geprüft. Dafür waren 149 Prüfungsausschüsse im Einsatz, besetzt mit drei oder fünf Prüferinnen und Prüfern.

Zur Sicherung des Qualitätsstandards in der Ausbildung, der dem Berufsbildungsgesetz und der Ausbildungsordnung entspricht, prüft das Bundesversicherungsamt nicht nur die Ausbildungskonzeptionen und Einsatzpläne und steht mit seinen Beratern unterstützend zur Seite, sondern macht sich regelmäßig auch ein Bild vor Ort von der Ausbildungsstätte, den Ausbildern und den Ausbildungsbedingungen. Dazu führte es bundesweit 251 Informations- und Beratungsveranstaltungen durch.

Als Mitglied im Projektbeirat des Bundesinstituts für berufliche Bildung der sich aus Vertretern von Bund,

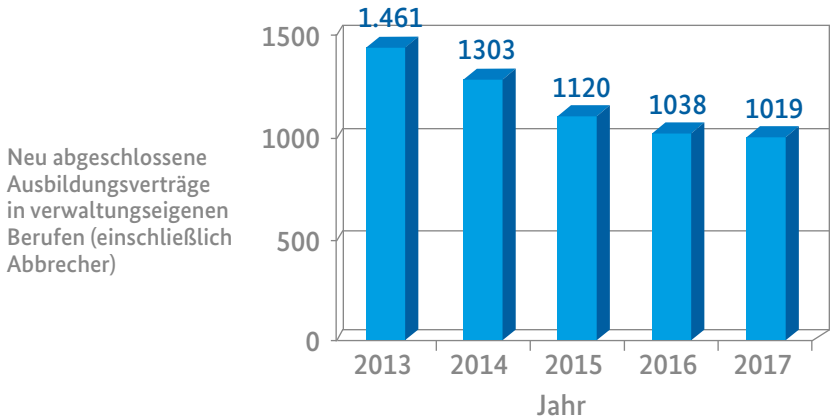
Ländern, Gewerkschaften, Arbeitgebern und aus der Wissenschaft zusammensetzt, hat das Bundesversicherungsamt ein Entwicklungsprojekt zum Thema „Berufliche Bildung im Öffentlichen Dienst“ begleitet. Es hat sich dabei in seinen Beiträgen auf den Beiratssitzungen und Fachtagungen ausführlich mit der Ausbildungsordnung der Sozialversicherungsfachangestellten sowie der Fortbildung zum/zur Geprüften Sozialversicherungsfachwirt/-in - Fachrichtung gesetzliche Renten- und knappschaftliche Sozialversicherung - auseinandergesetzt und deren Flexibilität und Attraktivität für die Aus- und Fortzubildenden des öffentlichen Dienstes betont.

1.2 Ausbildungsplatzsituation

Am Stichtag 31.12.2017 betreute das Bundesversicherungsamt insgesamt 2.826 Ausbildungsverhältnisse (um die abgebrochenen Ausbildungsverhältnisse bereinigte Anzahl) der Einstellungsjahrgänge 2015 bis 2017 in den verwaltungseigenen Berufen. Davon 2.804 Ausbildungsverhältnisse zu Sozialversicherungsfachangestellten und 14 zu Kaufleuten für Büromanagement, außerdem 8 Ausbildungsverhältnisse zu Verwaltungsfachangestellten beim Bundesversicherungsamt selbst.

Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge bei den Sozialversicherungsträgern in den verwaltungseigenen Berufen ist mit 1.019 nur leicht gesunken. Hiervon entfielen 1.014 auf Sozialversicherungsfachangestellte und 5 auf Kaufleute für Büromanagement.

Außer der Deutschen Rentenversicherung Bund, die mit 164 Ausbildungsverträgen 27 Verträge mehr abgeschlossen hat als im Vorjahr, ist bei allen Trägern ein leichter Rückgang der Ausbildungszahlen zu verzeichnen: Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau hat 2017 gar keine Auszubildenden



eingestellt. Man beabsichtigt dort aber, im nächsten Jahr wieder auszubilden.

9 der neuen Ausbildungsverhältnisse bei der Deutschen Rentenversicherung Bund sind mit Absolventen der Einstiegsqualifizierung 2016/2017, bei denen es sich um junge Flüchtlinge handelt, eingegangen worden, 6 davon zu Sozialversicherungsfachangestellten und 3 zu Fachinformatikern. Aufgrund der positiven Erfahrungen hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Berichtszeitraum eine neue Einstiegsqualifizierung für 14 junge Flüchtlinge gestartet, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erstmalig auch für einen Flüchtling.

Im Einstellungsjahrgang 2017 verfügten rund 79,04 Prozent der Auszubildenden über eine Hoch- oder Fachhochschulreife, 20,27 Prozent über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss, 0,59 Prozent über einen im Ausland erworbenen Schulabschluss und ein Auszubildender über gar keinen Schulabschluss. Neben den bei den Sozialversicherungsträgern abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen in verwaltungseigenen Berufen, für die allein das Bundesversicherungsamt zuständige Stelle ist, wurden von den Sozialversicherungsträgern im Berichtsjahr auch zahlreiche Ausbildungsverträge in den Berufen Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen und Kaufmann/

Verteilung der Ausbildungsverhältnisse in verwaltungseigenen Berufen auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

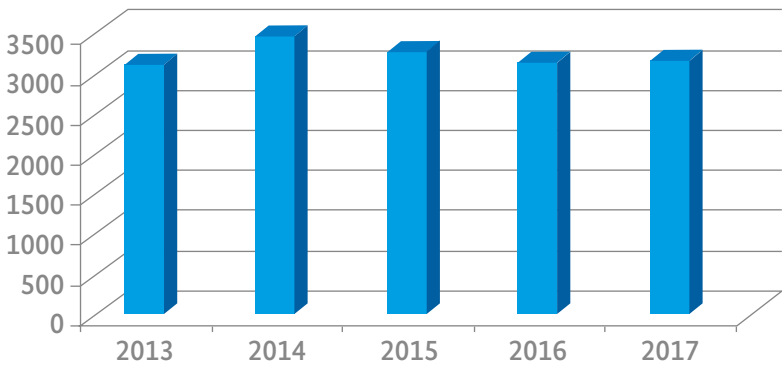
Einstellungsjahr	Sozialversicherungsfachangestellte					Verwaltungsfachangestellte					Fachangestellte für Bürokommunikation/Kaufleute für Büromanagement				
	KV	RV	KBS	LSV	UV	KV	RV	KBS	LSV	UV	KV	RV	KBS	LSV	UV
2013	1035	129	143	28	123	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1
2014	904	128	135	21	101	0	0	0	0	0	9	0	0	0	5
2015	774	130	112	10	90	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
2016	700	137	104	9	83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
2017	677	164	100	0	73	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3

Kauffrau im Dialogmarketing abgeschlossen. Die Anzahl der Ausbildungsverhältnisse zu Kaufleuten im Gesundheitswesen ist im Berichtsjahr erneut gestiegen. Das Bundesversicherungsamt ist zuständige Stelle für die Überwachung der Ausbildung einschließlich Ausbildungsberatung sowie Feststellung der Eignung von Ausbildungsstätten und Ausbildern, bei den Industrie- und Handelskammern erfolgt die Eintragung der Ausbildungsverhältnisse und die Prüfungsabnahme. Der Ausbildungsberuf „Kaufmann/-frau für Büromanagement“ wird nur noch bei den Unfallversicherungsträgern und einer Innungskrankenkasse ausgebildet, mit insgesamt fünf Ausbildungsverträgen. Grund für den deutlichen Rückgang der Ausbildungszahlen in diesem Beruf könnte sein, dass es für die Träger ein zu großer organisatorischer Aufwand ist, die nach § 5 Abs. 4 BüroMKfAusbV geforderte dienstbegleitende Unterweisung im Umfang von 420 Stunden durchzuführen.

Anzahl der beratenen Auszubildenden

Azubis	Lehrgänge	Geschäftsstellen	gesamt	gesamt in %
KV	2011	308	2319	73,29
RV	278	27	305	9,64
UV	210	42	252	7,96
SVLFG	27	7	34	1,07
KBS	240	14	254	8,03
Summe:	2766	398	3164	100

Anzahl der beratenen Auszubildenden nach Jahren



1.3 Überwachung und Beratung

Die haupt- und ehrenamtlichen Ausbildungsberater der zuständigen Stelle beim Bundesversicherungsamt haben im Berichtszeitraum in 251 Veranstaltungen vor Zwischen- und Abschlussprüfungen bzw. in Geschäftsstellen der Träger, 3.164 Nachwuchskräfte vor Ort besucht. Mit knapp Dreiviertel der Veranstaltungen wurden die meisten Beratungen – wie auch schon in den vergangenen Jahren – bei den bundesunmittelbaren Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt.

Nach den Informationen zum Ablauf der Prüfungen erhielten die Nachwuchskräfte die Möglichkeit, sich mit den Ausbildungsberatern des Bundesversicherungsamtes über ihre Erfahrungen in der zurückgelegten Ausbildungszeit und ihre berufliche Zukunft auszutauschen. Die Ausbildungsberater erfuhren dabei von Sorgen und Nöten, die im Zusammenhang mit den bevorstehenden Prüfungen, der aktuellen Ausbildungssituation oder den strukturellen Veränderungen bei den Sozialversicherungsträgern standen. Aber auch positives Feedback zur fachtheoretischen Unterweisung im Vollzeitunterricht und zum besonderen Engagement einzelner örtlicher Ausbilder wurde gerne entgegen genommen.

Wie die Einstellungszahlen nach wie vor zeigen, hat die Ausbildung für die Sozialversicherungsträger einen großen Stellenwert. Je besser sie den Trägern gelingt, umso qualifizierter ist die Arbeit der Nachwuchskräfte in der Zukunft. Neben der Vermittlung der Fachkompetenz stehen dabei auch Methoden-, Sozial- und vor allem Handlungskompetenz auf dem Ausbildungsplan. Die Einhaltung einheitlicher, an der Ausbildungsordnung orientierter Qualitätsstandards, insbesondere bei den fortwährenden Strukturveränderungen der Träger, zu gewährleisten, das ist wesentlicher Bestandteil der Überwachung. Denn – wie bereits mehrfach beschrieben – haben Strukturveränderungen immer auch direkte Auswirkungen auf die Ausbildung. Dazu zählen beispielsweise Fusionen, die zwar langfristig Synergieeffekte versprechen, aber kurzfristig zu Anpassungsproblemen, nicht zuletzt auch in der Ausbildung, führen. Immerhin müssen zwei unterschiedliche Ausbildungskulturen und –strukturen vereinheitlicht und harmonisiert werden, wobei die Anpassungsprobleme der Auszubildenden des jeweils kleineren Fusionspartners oft ungleich größer sind.

Erneut hat sich auch im Berichtsjahr die Zahl der Geschäftsstellen und damit der Ausbildungsstätten verringert. Anders als vor wenigen Jahren ist heute eine Ausbildung zu Sozialversicherungsfachangestellten oder Kaufleuten im Gesundheitswesen fast ausnahmslos nur noch in großen Städten möglich. Der Umzug in eine fremde Stadt führte nicht selten zu persönlichen Problemen bei den Auszubildenden. Die Ausbildungsberater des Bundesversicherungsamtes

führten zahlreiche Gespräche mit Verantwortlichen und Auszubildenden, um die Eingewöhnung in das neue Umfeld und das Berufsleben zu erleichtern. Zu den großen Veränderungen zählt auch die zunehmende Digitalisierung und damit Verdichtung der Arbeitsabläufe. Was früher sehr arbeits- und daher personalintensiv war, wird heute per Mausklick erledigt. Für die Ausbildung zeichnet sich hier eine Entwicklung ab, die vom Bundesversicherungsamt intensiv beobachtet und begleitet wird. Denn einige Träger erproben bereits die theoretische Schulung per Skype- bzw. Videoschaltung oder auch unter Anwendung von IT-Schulungsprogrammen. Das heißt, gemeinsame Lehrgangsveranstaltungen werden teilweise durch Videokonferenzen ersetzt, bei denen die Auszubildenden, ohne Fahrt- und Hotelkosten zu verursachen, zu Hause per Livestream von einem Dozenten unterwiesen werden. Oder es werden zur dienstbegleitenden Unterweisung digitale Kommunikations- und Lernplattformen eingesetzt, die Aktivitäten und Lernfortschritte der Auszubildenden aber dabei auf unterschiedlichen Wegen (Einsendeaufgaben, Statistiken) von den jeweiligen Dozenten überwacht. So verlockend die Rationalisierungseffekte für die Träger dabei auch sein mögen, die neuen Schulungsformen müssen den Anforderungen der jeweiligen Ausbildungsordnung gerecht werden und unverzichtbare Qualitätsstandards einhalten, was das Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit der Eintragung der Ausbildungsverhältnisse oder der Vorlage der Ausbildungskonzeptionen im Einzelfall geprüft hat. Was für die theoretischen Unterweisungen gilt, ist ebenso maßgeblich für die fachpraktische Ausbildung. Auch hier hatte sich das Bundesversicherungsamt bei mehreren Krankenversicherungsträgern damit auseinandergesetzt, ob die Spezialisierung der Auszubildenden durch die fortschreitende Konzentration der Arbeit in Kompetenz- und Schwerpunktzentren noch im Einklang mit der Ausbildungsordnung steht. Nach durchaus kontroversen Beratungen mit den betroffenen Trägern gibt es inzwischen verschiedene Modelle, wie Auszubildenden eines Fachzentrums andere nach der Ausbildungsordnung zu vermittelnde Fachthemen in der Praxis nahegebracht werden können: durch Hospitationen von mindestens 22 Wochen während der dreijährigen Ausbildungsdauer, durch Anleitung



der Auszubildenden von Fachleuten aus anderen Fachzentren oder mittels digitalem Transfer von Vorgängen, die in Schulungsräumen unter Anleitung von Fachlehrern fachpraktisch vermittelt werden. Das gilt für die Ausbildung von Sozialversicherungsfachangestellten wie auch für die der Kaufleute im Gesundheitswesen, wobei deren Ausbildung - auch auf Initiative des Bundesversicherungsamtes - heute wesentlich breiter und tiefgründiger angelegt ist, als noch vor wenigen Jahren. So hat sich z.B. die Zahl der Vollzeitlehrgänge auf bis zu 14 Wochen erhöht. Auch die Entsendung zu Hospitationen klappt wesentlich besser als noch in den letzten Jahren. Im Gegensatz zu früheren Jahrgängen sind die neuen Auszubildenden zu Kaufleuten im Gesundheitswesen so deutlich vielfältiger in Theorie und Praxis geschult und bei Abschluss der Ausbildung flexibler einsetzbar.

Auch in anderer Hinsicht hat sich die Ausbildung nicht zuletzt auch auf Initiative des Bundesversicherungsamtes verbessert. Die Ausbildungsnachweishefte sind inzwischen weitgehend so gestaltet, dass die Vermittlung aller Inhalte in Form eines Soll-Ist-Vergleichs durch Ausbilder und Auszubildenden und auch durch

das Bundesversicherungsamt überprüft werden kann. Bei zahlreichen Trägern hat sich ein Patentsystem etabliert, das in jeder Organisationseinheit feste Ansprechpartner vorsieht bzw. bei dem ältere Auszubildende jüngeren behilflich sind. Nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von Auszubildenden funktioniert inzwischen bei vielen Trägern ein System zur Wiedereingliederung durch mehrwöchige, individuelle Übungsmodule. Verbessert hat sich auch die Verbindung von Theorie und Praxis. Denn viele Träger stellen ihren Auszubildenden nach Rückkehr aus dem Vollzeitlehrgang Lernzeiten in der Ausbildungsstätte zur Verfügung, wo die Inhalte im Austausch mit älteren Jahrgängen an realen Vorgängen vertieft werden können. Das sind auch im Hinblick auf die demographische Entwicklung alles positive Effekte, die die Ausbildung bei Sozialversicherungsträgern attraktiv macht. Immer mal wieder kommt es auch vor, dass bisher landesunmittelbare Träger bundesunmittelbar werden und so in die Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes wechseln. So auch kürzlich eine Innungskrankenkasse, bei der das Bundesversicherungsamt schließlich anlässlich einer Geschäftsstellenberatung auf Mängel in der Ausbildung aufmerksam wurde. Das

Bundesversicherungsamt hat sich daraufhin von dem neuen Ausbildungsleiter der Krankenkasse eine Ausbildungskonzeption erstellen lassen, deren wesentliche Aspekte die Benennung persönlich und fachlich geeigneter Ausbilder und Ausbildungshelfer, konkrete Vorgaben für die Unterweisung am Arbeitsplatz durch Auflistung aller zu vermittelnder Arbeitsvorgänge und ein gut durchdachtes Kontrollsystem sind. Die Umsetzung des Konzepts sollte nicht nur überfordertes Ausbildungspersonal der Vergangenheit angehören lassen. Sie ebnet darüber hinaus den Weg für eine einheitlich geregelte vollständige praktische Ausbildung bei dieser Krankenkasse.

Auch in Einzelfällen gab es das eine oder andere Problem. Die Gründe waren vielfältig: Probleme nach dem Auszug aus dem Elternhaus und gewohnten Umfeld, Sterbefälle in der Familie und psychische Belastungen, weil man den Leistungsanforderungen nicht gewachsen war. Die Ausbildungsberater des Bundesversicherungsamtes haben mit Auszubildenden und Ausbildern zahlreiche Gespräche geführt. Oft konnte moderierend geholfen werden, manchmal konnte aber ein Aufhebungsvertrag oder eine Kündigung dennoch nicht verhindert werden.

1.4 Prüfungen

Im Jahr 2017 hat das Bundesversicherungsamt 2.396 Prüflinge und damit etwas weniger als im Vorjahr (2016: 2.714) geprüft.

An 10 Zwischenprüfungen nahmen 982 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten und drei angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei wurden 59 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 15 Abschlussprüfungen, bei denen 81 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 1.208 Prüflinge teil, darunter 15 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellter entfielen 1.192 Prüflinge, zwei auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellter und 14 auf den Ausbildungsberuf Kaufleute für Büromanagement. 1.184 Prüflinge bestanden die Prüfung (98 %). Unter den 1.192 Prüflingen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellter waren 56, die nach § 45 Abs. 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Von diesen kam einer

von einer Ersatzkasse und alle anderen von Betriebskrankenkassen. Von den 14 Prüflingen für den Beruf Kaufleute für Büromanagement haben 2 an der erstmals vom Bundesversicherungsamt durchgeführten vorgezogenen Abschlussprüfung nach § 45 Abs. 1 BBiG teilgenommen.

Um die zum 1. Oktober 2015 für die Abschlussprüfungen zu Kaufleuten für Büromanagement erstmals berufenen Prüfer in die Lage zu versetzen, insbesondere die mündliche Prüfung als fallbezogenes Fachgespräch ordnungsgemäß abzunehmen und ihnen vor allem die Zuversicht zu vermitteln, diese Aufgabe bewältigen zu können, hat das Bundesversicherungsamt im Frühjahr eine Prüferschulung durchgeführt, an der 3 Prüferinnen von Krankenkassen und 1 Berufsschullehrer sowie eine Mitarbeiterin einer Berufsgenossenschaft teilgenommen haben.

An der Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin / zum Krankenkassenfachwirt nahmen insgesamt 94 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie von der BARMER teil. 12 davon kamen von landesunmittelbaren Kassen und wurden vom Bundesversicherungsamt in Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die bisher keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Fünf Prüfungsausschüsse waren im Einsatz. 90 Prüflinge bestanden die Prüfung. Bei der Organisation wurde das Bundesversicherungsamt von der BKK Akademie, der IKK Akademie und der BARMER unterstützt.

Zudem hat das Bundesversicherungsamt 10 Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 109 Ausbilderinnen und Ausbilder - und damit etwas mehr als im Vorjahr - teilnahmen. 41 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei Krankenkassen, 19 bei Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, 42 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und 7 bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Ein Prüfungsteilnehmer hat die Prüfung nicht bestanden.

Für die tatkräftige Hilfe der Versicherungsträger, Verbände und der Prüfungsausschüsse bei der Organisation und Durchführung der Prüfungen bedankt sich das Bundesversicherungsamt auch in diesem Jahr wieder herzlich.



2. Mutterschaftsgeldstelle

Das Mutterschaftsgeld dient werdenden Müttern als finanzielle Absicherung, die vor der Entbindung in den Mutterschutz gehen. Es ist eine wichtige Leistung, die Frauen kurz vor und nach Geburt entlasten soll. Seit 1979, also seit fast 40 Jahren, kümmert sich die Mutterschaftsgeldstelle beim Bundesversicherungsamt um die Anträge auf Mutterschaftsgeld nach § 13 Abs. 2 Mutterschutzgesetz. Nicht selten gestalten sich die Fälle als schwierig: der Versicherungs- und Beschäftigungsstatus muss geprüft werden, um zunächst eine entsprechende Zuständigkeit festzustellen. Dabei stehen die Antragstellerinnen kurz vor der Geburt und sind oft angewiesen auf eine schnelle finanzielle Leistung. Den Spagat zwischen den hohen bürokratischen Anforderungen und den sehr individuellen und persönlichen Umständen der Antragstellerinnen meistert die Mutterschaftsgeldstelle mit viel Engagement.

Zuständig ist das Bundesversicherungsamt für Frauen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Zudem mussten die Antragstellerinnen u. a. zu Schutzfristbeginn vor der Entbindung in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben, um den Anspruch erfolgreich geltend machen zu können. Wurde das Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach der Entbindung vom Arbeitgeber mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde beendet, bestand grundsätzlich nicht nur Anspruch auf Mutterschaftsgeld, sondern auch Anspruch auf Zahlung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld durch das Bundesversicherungsamt. Das Gleiche galt, wenn der Arbeitgeber den Zuschuss wegen eines Insolvenzereignisses im Sinne von § 138 Abs. 1 Satz 1 SGB III nicht zahlen konnte.

Für anspruchsberechtigte Frauen, die unmittelbar vor Beginn ihrer Schutzfrist vor der Entbindung der Arbeitslosenversicherungspflicht unterliegen, führt das Bundesversicherungsamt auch die auf das Mutterschaftsgeld entfallenden Beiträge nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 i.V. m. § 347 Nr. 8 SGB III ab. In 2017 stellten rund 19.500 Frauen einen Antrag auf Mutterschaftsgeld beim Bundesversicherungsamt. Wie in den Vorjahren waren rund drei Viertel der gestellten Anträge erfolgreich. Die Ausgaben hierzu beliefen sich auf rund 2,77 Millionen Euro. Hinzu kamen rund 28.000 Euro für Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung und rund 400 Euro für zwei Zuschusszahlungen an geringfügig beschäftigte Frauen. Am 24.05.2017 trat das neue Mutterschutzgesetz in Teilen in Kraft. Hierdurch wurde der Schutz erwerbstätiger Mütter und ihrer Kinder erheblich ausgeweitet. So verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung künftig auf Antrag der Mutter auch dann auf 12 Wochen, wenn innerhalb der (Regel) Schutzfrist nach der Geburt beim Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX festgestellt und ärztlich bescheinigt wird. Ebenso wurde der mutterschutzrechtliche Kündigungsschutz auf Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten haben, ausgedehnt.

Die leistungsbezogenen Vorschriften des neuen Mutterschutzgesetzes traten erst am 1.01.2018 in Kraft. Seitdem ist nicht mehr erforderlich, dass die Beschäftigung der Antragstellerin, aus der ihr der schutzfristbedingte Entgeltausfall erwächst, die Merkmale eines Arbeitsverhältnisses aufweist. Künftig können neben dem bisher anspruchsberechtigten Personenkreis auch Frauen Mutterschaftsgeld nach dem Mutterschutzgesetz erhalten, die einen schutzfristbedingten Entgeltausfall aus einer anderen Beschäftigung i. S. v. § 7 Abs. 1 SGB IV oder als Freiwillige im Sinne des Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstes, als behinderte Frau in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder als Diakonisse oder Angehörige einer ähnlichen Gemeinschaft haben. Dieser erweiterte Personenkreis wird zwar in der Regel nach § 5 Absatz 1 SGB V krankenversicherungspflichtig und damit Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sein und von dieser bei Vorliegen der Voraussetzungen im Übrigen das Mutterschaftsgeld erhalten. Für diejenigen, auf die das nicht zutrifft, weil sie z. B. von der Krankenversicherungspflicht befreit sind, ist jedoch das Bundesversicherungsamt zuständig. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Neuregelung auf die künftigen Antragszahlen beim Bundesversicherungsamt auswirken wird.



3. Blick nach innen 2017

Das Bundesversicherungsamt in den Medien

Das öffentliche System der Sozialversicherung in Deutschland betrifft fast jeden. Denn rund 90 Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind gesetzlich krankenversichert. Die Pressestelle im Bundesversicherungsamt informiert daher regelmäßig über wichtige Themen aus seiner Arbeit. Neben der Herausgabe von Pressemitteilungen beantwortet die Pressestelle auch Einzelanfragen von Journalisten und Medienvertretern und organisiert nach Absprache Interviews mit dem Präsidenten des Bundesversicherungsamtes. Auch Anfragen von Studierenden, Auszubildenden oder Schülern, die sich etwa mit den Grundsätzen des Gesundheitssystems oder behördlichen Strukturen auseinandersetzen, werden vom Bundesversicherungsamt beantwortet. Im Jahr 2017 hat die Pressestelle neun

Pressemitteilungen an die Medien herausgegeben und rund 500 Presseanfragen beantwortet.

Im Jahr 2017 galt das öffentliche Interesse erneut besonders dem Risikostrukturausgleich. Das Ausgleichssystem geriet u. a. aufgrund der Manipulationsvorwürfe sowie der Kritik seitens der Krankenkassen immer wieder in die Schlagzeilen. Das Bundesversicherungsamt bekräftigt dabei, dass der Morbi-RSA das richtige Instrument ist, um einen gerechten Ausgleich zwischen den Krankenkassen zu schaffen, dieses Instrument aber auch einer steten Weiterentwicklung unterliegen muss. Das im Oktober 2017 veröffentlichte und in einer Pressekonferenz vorgestellte Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirates rief ein entsprechend großes Medieninteresse hervor.

Zahlreiche weitere Themen wie der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, die hohen Beitragsrückstände in der Krankenversicherung, die Förderung des Strukturwandels in der Krankenhausversorgung durch den Strukturfonds oder die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln beschäftigten die Pressestelle im Bundesversicherungsamt.

Auf seiner Internetseite www.bundesversicherungsamt.de bietet das Bundesversicherungsamt allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern eine ausführliche Informationsplattform an. Gleichzeitig können auch die Träger über die Website an wichtige Informationen (Berechnungsgrundlagen, Rundschreiben etc.) gelangen. Weite Teile der Arbeitsergebnisse des Bundesversicherungsamtes werden damit transparent und zugänglich gemacht. Der Bereich Öffentlichkeitsarbeit wächst im Bundesversicherungsamt zunehmend. Ein Ziel ist die Weiterentwicklung der Internet-Präsenz und die bessere Aufbereitung der Informationsvielfalt auf www.bundesversicherungsamt.de für interessierte Leser.

Das Bundesversicherungsamt als Arbeitgeber

In 2017 beschäftigte das Bundesversicherungsamt knapp 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im einfachen, mittleren, gehobenen und höheren Dienst. Das Bundesversicherungsamt bildet auch selbst Verwaltungsfachangestellte aus. In 2017 befanden sich insgesamt 8 Nachwuchskräfte in der Ausbildung zum Verwaltungsfachangestellten. Weitere 7 Beamtenanwärter für den gehobenen Dienst wurden während ihres dreijährigen Studiums vom Bundesversicherungsamt betreut. Zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bietet das Bundesversicherungsamt seinen Beschäftigten unter anderem flexible Gleitzeitregelungen, individuelle Teilzeitmodelle, Telearbeit sowie Beratung durch einen Familien-Service-Dienstleister und arbeitet kontinuierlich daran, seinen hohen Standard an Angeboten zur work-life-balance auszubauen und zu verfestigen. Dazu gehört auch, zusammen mit den Führungskräften gute, tragfähige Lösungen für den Arbeitsalltag zu finden.

Um die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und die Bedingungen für ein „gesundes Arbeiten“ – dazu gehören auch Motivation und ein gutes Arbeitsklima – weiter zu verbessern, wird im Bundesversicherungsamt ein systematisches „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ praktiziert. Alle Führungskräfte haben in diesem Jahr intensiv in einer Workshop-Reihe dazu beigetragen, die gesundheitsförderliche Führungskultur im Bundesversicherungsamt weiterzuentwickeln und wirkungsvoll umzusetzen.

Auch die flächendeckende ergonomische Ausstattung der Arbeitsplätze sowie gezielte gesundheitsfördernde Präventionsangebote zeigen den hohen Stellenwert, den die Gesundheit der Beschäftigten auf allen Ebenen des Hauses hat. 2017 konnten die gesundheitsfördernden Aktionen und Bewegungsangebote erweitert und eine gute Regelung für die partielle Anrechnung auf die Arbeitszeit gefunden werden.

Das Bundesversicherungsamt setzt sich für die Belange der Menschen mit Behinderung ein. Die aktuelle Schwerbehindertenquote liegt bei knapp unter zehn Prozent. Die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderung wurde bereits vor Jahren in einer Inklusionsvereinbarung sowie einem begleitenden Aktionsplan verankert und ständig weiterentwickelt.

Selbstkontrolle

Das Bundesversicherungsamt achtet als Aufsichts- und Prüfbehörde auf die ordnungsgemäßen und regelgerechten Prozesse bei seinen Trägern. Aber auch die Kontrolle der eigenen Geschäftsprozesse gehört im Bundesversicherungsamt zum Grundsatz. Die Stabsstelle Innenrevision prüft und berät die hausinternen Bereiche, um die Beachtung der Grundsätze von Rechtmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu gewährleisten. In 2017 hat die Innenrevision 13 Prüfungen durchgeführt.

Schutz vor Korruption

Als Bundesbehörde setzt das Bundesversicherungsamt die Richtlinie der Bundesregierung zur Korruptionsprävention in der Bundesverwaltung vom 30. Juli 2004 um und schützt so seine Beschäftigten vor den

Gefahren der Korruption. Ein Schwerpunkt im Bereich der Korruptionsprävention war auch in 2017 die Sensibilisierung durch Fortbildungsmaßnahmen. Es konnte erreicht werden, dass nahezu alle Beschäftigten des Bundesversicherungsamtes aktuell geschult sind.

Strategische Steuerung im Bundesversicherungsamt

Das Bundesversicherungsamt hat seine strategische Steuerung im Innen- und Außenverhältnis weiter ausgebaut.

Als zentrales, abteilungsübergreifendes Projekt hat sich das Bundesversicherungsamt mit dem strategischen Leuchtturmthema „Wettbewerb in der GKV“ intensiv auseinandergesetzt. Ziel ist es, einen Beitrag zur aktuellen politischen Diskussion im Hinblick auf die Weiterentwicklung eines fairen und solidarischen Wettbewerbs unter den gesetzlichen Krankenkassen zu leisten.

In gleicher Weise hat das Haus die „Weiterentwicklung RSA“ sowie „Digitalisierung in der SV“ als strategische Leuchtturmthemen in den Fokus genommen.

Auch nach Innen hat das Bundesversicherungsamt seine strategische Ausrichtung weiter entwickelt. Dem Bundesversicherungsamt ist es wichtig, sich als moderne, leistungsfähige und attraktive Behörde zu positionieren. Zur Reflektion und Weiterentwicklung strategischer Themen, ist ein neues Diskussionsforum zwischen der Hausleitung und ausgewählten Beschäftigtengruppen etabliert worden. In den diesjährigen Workshops mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die weniger als fünf Jahre im Bundesversicherungsamt beschäftigt sind, haben sich intensive Diskussionen und wichtige Impulse ergeben, die bei der Ausrichtung des Hauses zukünftig berücksichtigt werden.

Als weitere Beiträge für die Entwicklung einer auf zukünftige Anforderung hin ausgerichteten Organisations- und Führungskultur, ist die Neukonzeption von Telearbeit und mobilem Arbeiten initiiert worden. Die in diesem Zusammenhang wichtige digitale Transformation der Geschäftsprozesse konnte – unter Berücksichtigung der aktuellen Rahmenbedingungen – im Programm BVA digital sowie in dem für die IT-Konsolidierung aufgelegten Projekt weiter entwickelt werden.

IT-Betrieb, Entwicklung und Service im Bundesversicherungsamt

Aufgrund der im Bundesversicherungsamt verwalteten Sozial- und Gesundheitsdaten sowie der besonderen Anforderungen im Zahlungsverkehr bestehen hohe betriebliche Anforderungen an die Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit der Daten und damit an die gesamte IT-Infrastruktur. Aktuell gibt es über 250 virtualisierte und physikalische Serversysteme (die auf über 250 Tera-Byte Produktionsdaten zugreifen) und zwei gegeneinander gespiegelte Rechenzentren. Zu den umfassenden Aufgaben der IT im Bundesversicherungsamt gehören Konzeption, Betrieb, Pflege und Weiterentwicklung der Server, Datenbanken und Speichersysteme, die Anbindung externer Netze sowie die Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen in den Feldern IT-Sicherheit sowie Notfallvorsorge und Notfallmanagement.

Um die fachlichen Aufgaben des Bundesversicherungsamtes zu unterstützen, werden eigene IT-Anwendungen erstellt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der IT-Abteilung sind Ansprech- und Servicepartner für ca. 600 Mitarbeiter.

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt: 65)

Ersatzkassen (insgesamt: 6)

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

Innungskrankenkassen (insgesamt: 4)

- BundesInnungskrankenkasse Gesundheit
- IKK classic
- IKK gesund plus
- Innungskrankenkasse Nord

Betriebskrankenkassen (insgesamt: 53)

- actimonda BKK
- atlas BKK ahlmann
- Audi BKK
- BAHN-BKK
- Bertelsmann BKK
- Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG
- Betriebskrankenkasse der BMW AG
- Betriebskrankenkasse der Deutsche Bank Aktiengesellschaft
- Betriebskrankenkasse der MTU
- Betriebskrankenkasse der SIEMAG
- Betriebskrankenkasse exklusiv
- Betriebskrankenkasse firmus
- Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg
- Betriebskrankenkasse Linde
- Betriebskrankenkasse Miele
- Betriebskrankenkasse Mobil Oil
- Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers
- Betriebskrankenkasse RWE
- Betriebskrankenkasse Technoform
- Betriebskrankenkasse WMF Württembergische Metallwarenfabrik AG
- BKK Diakonie
- BKK Freudenberg

- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- BKK Melitta Plus
- 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
- Daimler Betriebskrankenkasse
- Debeka Betriebskrankenkasse
- energie-Betriebskrankenkasse
- Ernst & Young BKK
- Gemeinsame Betriebskrankenkasse der Wieland-Werke AG
- Heimat BKK
- mhplus Betriebskrankenkasse
- Novitas BKK
- pronova BKK
- R+V Betriebskrankenkasse
- Salus BKK
- Schwenninger Betriebskrankenkasse
- SECURVITA BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse
- SKD BKK
- Südzucker-Betriebskrankenkasse
- TUI BKK
- VIACTIV BKK

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

Weitere (insgesamt: 2)

- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung (Knappschaft)
- Landwirtschaftliche Kranken- und Pflegekasse in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (insgesamt: 2)

- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS)

Weitere

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

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

Weitere

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

Träger der öffentlichen Hand

- Unfallversicherung Bund und Bahn

Sonstige (insgesamt: 5)

- 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: 23)

- Aargab - Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrug
- ARGE GSV plus GmbH
- BITMARCK Beratung GmbH
- BITMARCK Holding GmbH
- BITMARCK Service GmbH
- BITMARCK Software GmbH
- BITMARCK Technik GmbH
- BITMARCK Vertriebs- und Projekt GmbH
- BKK IT-Arbeitsgemeinschaft OWL
- BKK Kompetenzzentrum OWL
- BKV Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
- casusQuo e.V.
- casusQuo GmbH
- EVdK Einkaufsverbund der Krankenkassen
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V.
- GWQ ServicePlus AG Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen
- Kooperation VIACTIV Krankenkasse und BKK Achenbach Buschhütten
- MedicalContact AG
- Mobil ISC GmbH
- Servicebüro für Krankenkassen (Unterstützungsleistungen zur DMP-Evaluation)

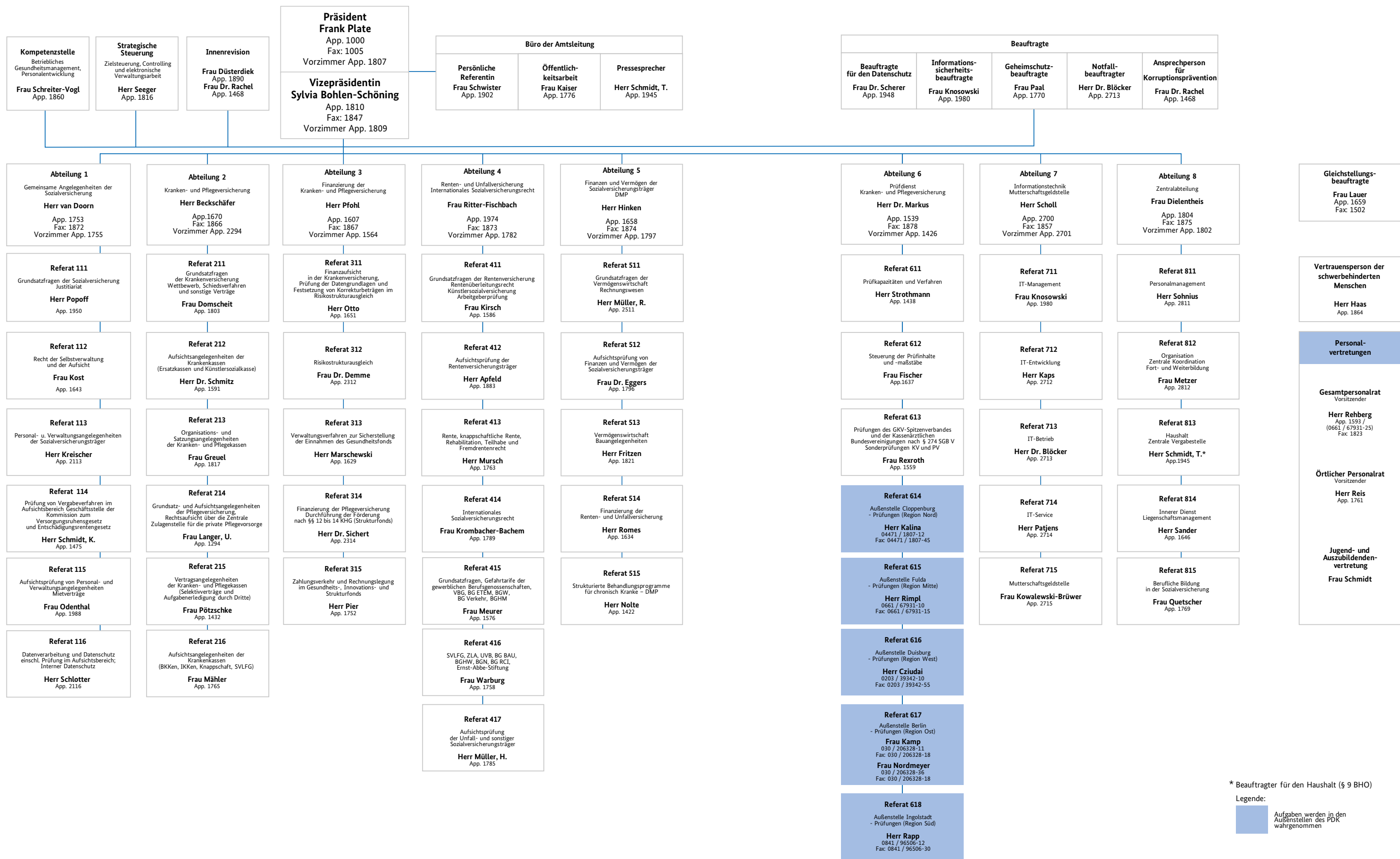
- spectrumK GmbH
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen zur kassenartübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten

Arbeitsgemeinschaften Unfallversicherung (insgesamt: 5)

- ABG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH
- BG-Phoenix GmbH
- HDP Gesellschaft für ganzheitliche Datenverarbeitung mbH
- IT.UV Software GmbH
- Rechenzentrum für die gesetzliche Unfallversicherung



Organigramm



Aktuelle Publikationen des Bundesversicherungsamtes:

Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.



Bildnachweise:

Bundesversicherungsamt/Hardy Welsch · iStock.com/UberImages · iStock.com/Philartphace · iStock.com/frankix · iStock.com/Jakovo · iStock.com/Neustockimages · iStock.com/DNY59 · iStock.com/BrianAJackson · iStock.com/Natee Meepian · iStock.com/cnythzl · iStock.com/alengo · iStock.com/alvarez · iStock.com/kzenon · iStock.com/FredFroese · iStock.com/Barabasa · iStock.com/SilviaJansen · iStock.com/Ridofranz · iStock.com/scyther5 · iStock.com/seb_ra · iStock.com/SARINYAPINNGAM · iStock.com/megaflopp · iStock.com/yoh4nn · iStock.com/DragonImages · iStock.com/photodeti · iStock.com/LattaPictures · iStock.com/PeopleImages · iStock.com/shansekala · iStock.com/Freder · iStock.com/stevecoleimages · iStock.com/KatarzynaBialasiewicz · iStock.com/Dovapi · fotolia/BRN-Pixel · fizkes/Shutterstock.com · Natalia Deriabina/Shutterstock.com · Diyana Dimitrova/Shutterstock.com · Number1411/Shutterstock.com · Fotokostic/Shutterstock.com · wellphoto/Shutterstock.com · VanReeel/Shutterstock.com

73 Mio. EURO

ZUSATZVERSORGUNG DER BEVOLLMÄCHTIGTEN
BEZIRKSSCHORNSTEINFEGER

756 Mio. EURO

LASTENVERTEILUNG AN DIE GESETZLICHE
UNFALLVERSICHERUNG

3.164

AUSZUBILDENDE BETREUT

5.851

EINGABEN

19.500

ANTRÄGE AUF MUTTERSCHAFTSGELD

157.552

MELDUNGEN AN DIE MELDESTELLE FÜR DIE
PRIVATEN VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN

600

MITARBEITER IM
BUNDESVERSICHERUNGSAMT

92 Mrd. EURO

BUNDESMITTEL AN DIE GESETZLICHE
RENTENVERSICHERUNG

51,8 Mio. EURO

GENEHMIGUNG VON IMMOBILIENMASSNAHMEN

111

SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER
UNTER DER AUFSICHT DES BUNDESVERSICHERUNGSAMTES
(65 KRANKENKASSEN)



Bundesversicherungsamt

Herausgeber:

Bundesversicherungsamt
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn
Tel. (0228) 619-0
www.bundesversicherungsamt.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Frank Plate, Präsident

Gestaltung
dot.blue – communication & design, Gelsenkirchen
Jutta Schlotthauer

Druck:
XPrint Medienproduktion, Aachen



Id-Nr. 1873500
www.bvdm-online.de



PEFC zertifiziert
Dieses Produkt stammt aus
nachhaltig bewirtschafteten
Wäldern und kontrollierten
Quellen.
www.pefc.de