

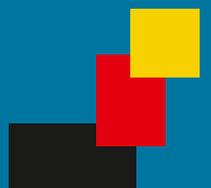


Bundesamt
für Soziale Sicherung



TÄTIGKEITSBERICHT 2021

Bundesarbeit für Soziale Sicherung



Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

auch das **zweite Jahr** der Corona-Pandemie hat uns alle in unseren Lebens- und Arbeitswelten mit unterschiedlicher Intensität betroffen. Die deutsche Sozialversicherung, insbesondere das deutsche Gesundheitssystem, musste permanent seine personelle, technische und finanzielle Stärke beweisen. Im aktuell dritten Jahr der Pandemie erschüttert nun der Krieg in der Ukraine die Welt – seine Folgen, insbesondere die langfristigen, sind noch nicht absehbar.

Als systemrelevante Einrichtung hat das BAS erneut dafür gesorgt, dass die ihm anvertrauten **Finanzströme** in der Kranken- und Rentenversicherung reibungslos flossen. Die **Funktionsfähigkeit sozialer Sicherungssysteme** stellt gerade in Krisenzeiten einen entscheidenden Baustein zum Erhalt des sozialen Friedens dar. Wie schon im Vorjahr waren **besondere Finanzhilfen** in Milliardenhöhe zu steuern: Ausgleichszahlungen für Einnahmeausfälle von Krankenhäusern, zusätzliche Intensivbetten, Covid19-Testungen, Schutzmasken und Impfungen – das BAS hat insgesamt 15 Corona-bedingte Sonderverfahren fortgeführt, um unterschiedliche Leistungen im Gesundheitswesen und der Pflege zu bedienen.

2021 wurde die stetig **wachsende Finanzierungslücke** in der **Gesetzlichen Krankenversicherung** durch ein besonderes Maßnahmenpaket aus drei Elementen ausgeglichen. Ergänzend zum regulären gesetzlichen Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. konnten die Einnahmen des Gesundheitsfonds durch insgesamt weitere 16 Mrd. gestützt werden, aufgeteilt in (1) einen zusätzlichen Bundeszuschuss von 5 Mrd. Euro, (2) eine (politisch höchst umstrittene) Übertragung der Finanzreserven der Krankenkassen von rd. 8 Mrd. Euro und (3) schließlich ca. 3 Mrd. Euro aus der Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte.



Für 2022 hat der Bund den regulären Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. Euro um weitere 14 Mrd. Euro auf 28,5 Mrd. Euro ergänzt. Die Maßnahmen zielen u. a. auf die Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags von 1,3%. Damit wird die sog. **Sozialgarantie** der Bundesregierung eingehalten, wonach der durchschnittliche Sozialversicherungsbeitrag 40% nicht übersteigen soll.

Auch die **Finanzierungslücke** in der **sozialen Pflegeversicherung** wuchs 2021. Durch den „**Pflege-Rettungsschirm**“ konnten Pflegekassen ihre zusätzlichen Ausgaben zur Entlastung der Pflegeeinrichtungen in Form von Kostenerstattungen für pandemiebedingte Mehraufwendungen und Mindereinnahmen weiterhin gegenüber dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung geltend machen. Dabei konnte die Leistungsfähigkeit des Ausgleichsfonds durch zwei Maßnahmen aufrechterhalten werden: Zum einen hat das BAS im August 2021 (wie bereits 2018) die Ausgabendeckungsquote für das Soll an Betriebsmitteln für alle Pflegekassen abgesenkt. Zum zweiten erhielt der Ausgleichsfonds – zugunsten der Pflegeversicherung insgesamt – im Oktober 2021 einen Bundeszuschuss von 1 Mrd. Euro (2020 waren es 1,8 Mrd. Euro). Entsprechende Maßnahmen werden nach der Einschätzung des BAS aktuell auch im laufenden Jahr 2022 von Nöten sein.

Die Corona-Pandemie verstärkte im Krankenhausbereich den Druck, mehr für moderne Notfallkapazitäten und Digitalisierung zur Verbesserung der Patientenversorgung zu investieren. Hierzu wurde 2020 beim BAS der **Krankenhauszukunftsfonds** mit einem Fördervolumen von 3 Mrd. eingerichtet. Bis zum Ablauf der Antragsfrist am 31. Dezember 2021 haben die Länder gut 6000 Anträge auf Förderung eingereicht, die derzeit mit Hochdruck bearbeitet werden.

Mit den Bankinsolvenzen der Greensill-Gruppe ist die Frage der Sicherung des **Vermögens** der **Sozialversicherungsträger** öffentlich in den Fokus geraten. Inzwischen hat der Bundesverband deutscher Banken die erwarteten **Einschränkungen bei der freiwilligen Einlagensicherung** ab 2023 beschlossen. Um über verbindliche Vorgaben ein qualifiziertes Anlage- und Risikomanagement und die Erweiterung des Anlageraums für ausgewählte Anlageformen zu ermöglichen, wird damit die vom BAS ohnehin angemaßte **Novellierung des SGB IV-Vermögensrechts** noch dringlicher.

Die **Digitalisierung** im Gesundheitswesen und das Angebot digitaler Versorgungsprodukte bleibt das große Thema in der gesetzlichen **Krankenversicherung**. Kontrovers und schwierig in der Aufsichtspraxis ist daneben nach wie vor die Frage, in welchen Grenzen **Werbung im Wettbewerb** zwischen den Kassen möglich sein darf – prominent diskutiert etwa im (Profi-)Sport. Die hierzu angekündigte „klärende“ Verordnung auf Basis der 2020 neu formulierten gesetzlichen Grundlage in § 4a SGB V konnte in der letzten Legislaturperiode jedoch nicht finalisiert werden und sollte daher hohe Priorität genießen.

Darüber hinaus hat das BAS 2021 das Thema **Hilfsmittelversorgung** aufgegriffen. Hierzu wurden Qualität, wohnortnaher Zugang und die Transparenz der Versorgungsangebote bundesweit geprüft. Das Gesamtergebnis fällt nicht zufriedenstellend aus, die vom Gesetzgeber gesetzten Ziele werden leider verfehlt. Das BAS plant seine Erkenntnisse demnächst in einem **Sonderbericht** zu veröffentlichen.

Die Aufsicht in der **Rentenversicherung** hatte mit zahlreichen Beschwerden wegen teilweise signifikanten Verzögerungen bei der Bearbeitung von Rentenansprüchen oder der Auszahlung von Übergangsgeldern zu tun. Um eine zeitnahe Lebensunterhaltssicherung für die Betroffenen sicherzustellen, hat sich das BAS eng mit den Trägern ausgetauscht. Ursache bei der DRV Bund war vor allem eine pandemiebedingte Überlastung bei gleichzeitiger Einführung der Grundrente und umfangreicher Digitalisierungsprozesse.

Die **Aufgaben** des BAS bleiben äußerst **vielfältig** und sehr **heterogen**. Insofern möchte ich auf die folgende Doppelseite mit den **Kennzahlen für 2021** aufmerksam machen, die u. a. nicht nur die Finanzvolumina unserer Verwaltungsaufgaben im Überblick, sondern auch Angaben zur Antragssituation beim Mutterschaftsgeld oder der Betreuung von Auszubildenden und Nachwuchskräften für die bundesunmittelbare Sozialversicherung enthalten.

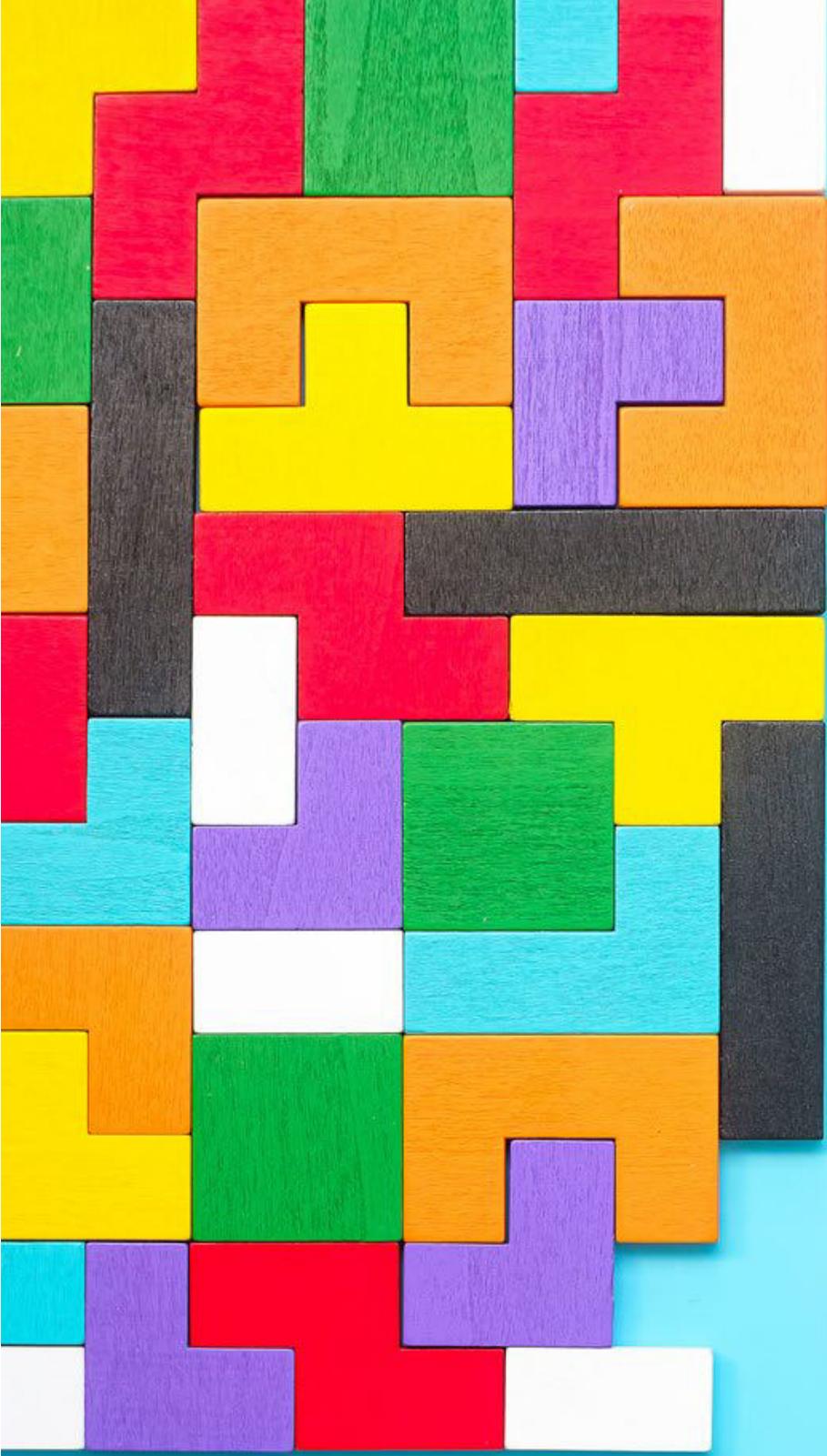
Als Fazit bleibt: auch das Jahr 2021 war nicht einfach. Das pandemiebedingt ständig notwendige Krisenmanagement prägte den inzwischen zumeist virtuellen Alltag. Die hochqualifizierte und hochmotivierte BAS-Belegschaft hat es erneut geschafft, unser Geschäft ohne Reibungsverluste zu stemmen. Im Juli sorgte die Flutkatastrophe zusätzlich für einen Schock – gut 10% der Kolleginnen und Kollegen am Hauptsitz in Bonn waren leider betroffen, davon einige schwer. Mein **besonderer Dank** und höchster Respekt gelten daher erneut den **unermüdet engagierten Beschäftigten des BAS**.

Liebe Leserinnen und Leser, ich danke Ihnen für Ihr Interesse an den Entwicklungen in der gesetzlichen Sozialversicherung und unseren Aufgaben. Ich wünsche eine interessante Lektüre – und bleiben Sie gesund!

Ihr



Frank Plate



Überblick: Aufgaben des BAS und Kennzahlen 2021

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

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

Im Rahmen dieser Aufsichtstätigkeiten erreichen das BAS auch Beschwerden, Eingaben und Petitionen zu Entscheidungen der Sozialversicherungsträger. Im Jahr 2021 erhielt das BAS **6.480** (2020: **6.079**) solcher **Eingaben**,

davon gehörten zur:

- Krankenversicherung: **3.261**
- Pflegeversicherung: **383**
- Rentenversicherung: **2.432**
- Unfallversicherung: **270**
- Themenübergreifend: **134**.

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

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

- Mitwirkung bei der **Finanzschätzung** in der **gesetzlichen Krankenversicherung** (Schätzerkreis)
- Verwaltung des **Gesundheitsfonds: 293,4 Mrd. Euro** Beitragseinnahmen und Bundeszuschuss
- **274,5 Mrd. Euro** Zuweisungen an die Krankenkassen
- Durchführung des **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs: 240,5 Mrd. Euro** abschließender Jahresausgleich für 2020
- Durchführung des Einkommensausgleichs: **15,2 Mrd. Euro** abschließender Jahresausgleich für 2020
- Verwaltung des **Krankenhausstrukturfonds: 28,8 Mio. Euro** Fördermittel ausgezahlt
- Verwaltung des **Innovationsfonds: 165,8 Mio. Euro** Fördermittel ausgezahlt
- Verwaltung des **Krankenhauszukunftsfonds: Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und verschiedene Digitalisierungsvorhaben in Höhe von 3 Mrd. Euro**
- **Vertragstransparenzstelle**

- Verwaltung des **Ausgleichsfonds** und Durchführung des **Finanzausgleichs** in der **gesetzlichen Pflegeversicherung**:
 - **19,9 Mrd. Euro** Zuweisungen an die Pflegekassen
 - **1,6 Mrd. Euro** Zuführungen an den Pflegevorsorgefonds
 - **30,7 Mio. Euro** Fördergelder zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ausgezahlt
- Zulassung von Behandlungsprogrammen für **chronisch Kranke** (Disease Management Programme – DMP): **8.953 Programme** mit rund **7,8 Mio. Versicherten** bis Ende 2021 zugelassen
- Rechtsaufsicht über die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge (ZfP), Meldestelle für die privaten Versicherungsunternehmen und Ordnungswidrigkeitenbehörde für diese
- Mitwirkung bei der **Finanzschätzung** in der gesetzlichen **Rentenversicherung** (Schätzerkreis)
- Festsetzung, Zuweisung und Abrechnung des **Bundeszuschusses** an die Rentenversicherung: **106,6 Mrd. Euro** Bundesmittel an die gesetzliche Rentenversicherung ausgezahlt
- Durchführung der **Lastenverteilung** in der **gesetzlichen Unfallversicherung**: **829,5 Mio. Euro** bewegt
- Corona-Sonderaufgabe: Auszahlung von Finanzhilfen an Leistungserbringer im Gesundheitswesen und der Pflege über insgesamt 15 Fachverfahren

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

- Zuständige Stelle im Sinne des Berufsbildungsgesetzes für die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und das eigene Haus:
 - **2.946** Auszubildende betreut
 - **1.580** Nachwuchskräfte in Ausbildung beraten
 - **2.056** Prüfungen abgenommen
- Zahlung des **Mutterschaftsgeldes** nach § 19 Abs. 2 und des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nach § 20 Abs. 3 Mutterschutzgesetz:
 - **15.600** Anträge auf Mutterschaftsgeld
 - **2,1 Mio. Euro** ausgezahlt

Organisation des BAS

Ende Dezember 2021 hatte das BAS 714 Beschäftigte, von denen 587 am Hauptsitz in Bonn und 127 in den Außenstellen des Prüfdienstes Kranken- und Pflegeversicherung in Berlin, Cloppenburg, Duisburg, Fulda und Ingolstadt tätig waren.

Aktuell ist das BAS organisatorisch in acht Abteilungen mit 55 Referaten gegliedert – darunter eine Zentralabteilung mit fünf Referaten, eine IT-Abteilung mit fünf Referaten sowie der Leitungsbereich mit zwei Stabsstellen (s. Organigramm des BAS mit Stand vom Juni 2022 auf Seite 154/155).

Inhalt

Vorwort	3
Überblick: Aufgaben des BAS und Kennzahlen 2021	6
1. Teil Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger	11
1. Krankenversicherung	13
1.1 Krankenversicherung in Zahlen	14
1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht	16
2. Pflegeversicherung	27
3. Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung	31
4. Rentenversicherung	43
4.1 Themen der Aufsicht	43
4.2 Prüfungen	45
5. Unfallversicherung	49
5.1 Themen der Aufsicht	49
5.2 Prüfungen	50
6. Landwirtschaftliche Sozialversicherung	53
6.1 Themen der Aufsicht	53
6.2 Prüfungen	53
7. Übergreifende Aufsichtsthemen	57
7.1 Finanzen	57
7.2 Personal- und Verwaltungs-angelegenheiten	58
7.3 Selbstverwaltung	59
7.4 Gerichtsverfahren	60
7.5 Internationales Sozialversicherungsrecht	61
8. Digitalisierung in der Sozialversicherung	67
8.1 Der Digitalausschuss im BAS	67
8.2 Themenfelder im Digitalausschuss	68
8.3 Informationstechnik im Aufsichtsbereich	70
8.4 Sozialdatenschutz	71

2. Teil Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung	75
1. Finanzen in der gesetzlichen Krankenversicherung	77
1.1 Gesundheitsfonds	78
1.2 Schätzerkreis	82
1.3 Risikostrukturausgleich	82
1.4 Einkommensausgleich	87
2. Innovationsfonds	91
3. Krankenhausstrukturfonds	95
4. Krankenhauszukunftsfonds	97
5. Einrichtung der Vertragstransparenzstelle	101
6. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung	105
6.1 Der Ausgleichsfonds als zentrale Finanzierungsstelle in Zeiten der Pandemie	105
6.2 Finanzausgleich und Finanzentwicklung	106
6.3 Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege	107
6.4 Finanzierung von Maßnahmen und Einrichtungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung	109
6.5 Pflegevorsorgefonds	110
7. Strukturierte Behandlungsprogramme	113
8. Überblick über Finanzhilfen	115
9. Aufsicht über die ZfP / Ordnungswidrigkeitenbehörde / Meldestelle im Bereich der privaten Pflegeversicherung	125
10. Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung	129
11. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung	131
3. Teil Sonderaufgaben	133
1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz	135
1.1 Ausbildungsplatzsituation	135
1.2 Beratung und Überwachung	136
1.3 Prüfungen	137
2. Mutterschaftsgeldstelle	141
Blick nach innen	145
Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung	150
Organigramm	154
Impressum	156



1. Teil

Aufsicht und Prüfung der bundesunmittel- baren Sozialversiche- rungsträger



1. Kranken- versicherung

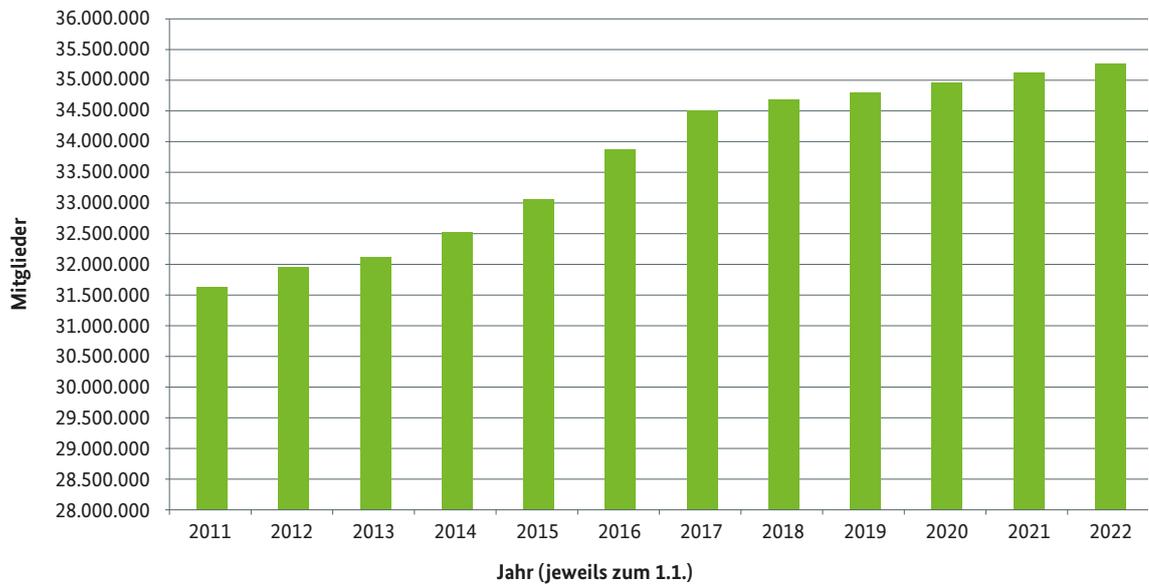
Einleitung

Auch das Jahr 2021 war von der Corona-Pandemie geprägt. Viele Versicherte hatten Fragen zur Kostenübernahme von Corona-Tests oder medizinischen Masken, zu Sonderregelungen zur medizinischen Versorgung ohne persönlichen Kontakt. Leistungserbringer wiederum hatten Fragen rund um das Thema Finanzhilfen. Das BAS war in zahlreiche Gesetzes- und Verordnungsverfahren

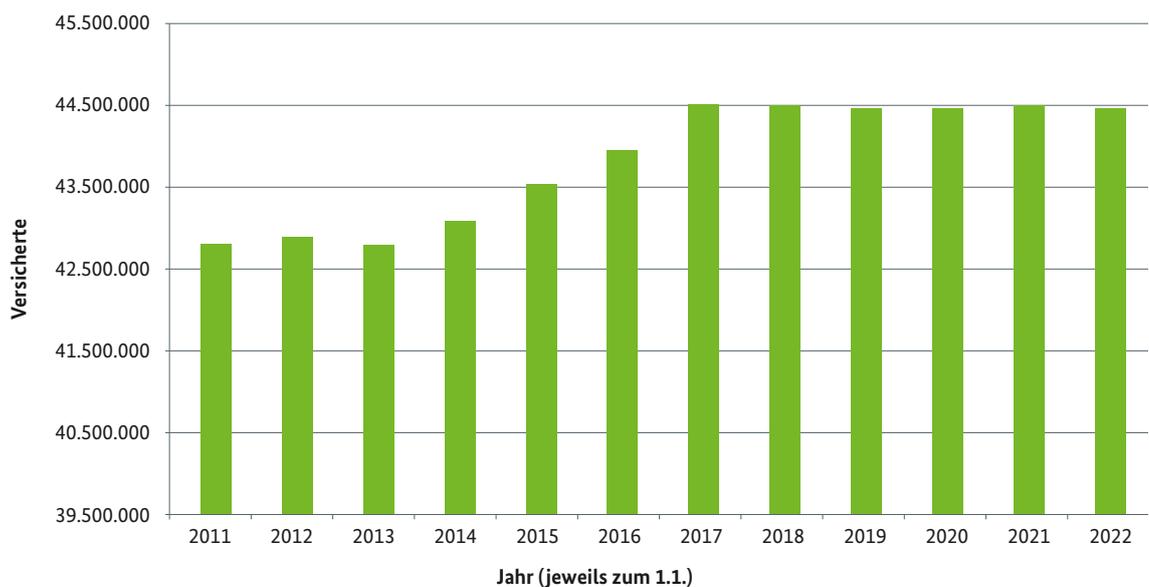
beratend eingebunden. Ein Schwerpunkt in der Aufsichtsarbeit lag in der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Ausweitung des Angebots Digitaler Versorgungsprodukte. Zudem rückte das BAS die Qualität der Hilfsmittelversorgung in den Fokus seiner Tätigkeit und hat den wohnortnahen Zugang und die Transparenz der Versorgungsangebote bundesweit geprüft.

1.1 Krankenversicherung in Zahlen

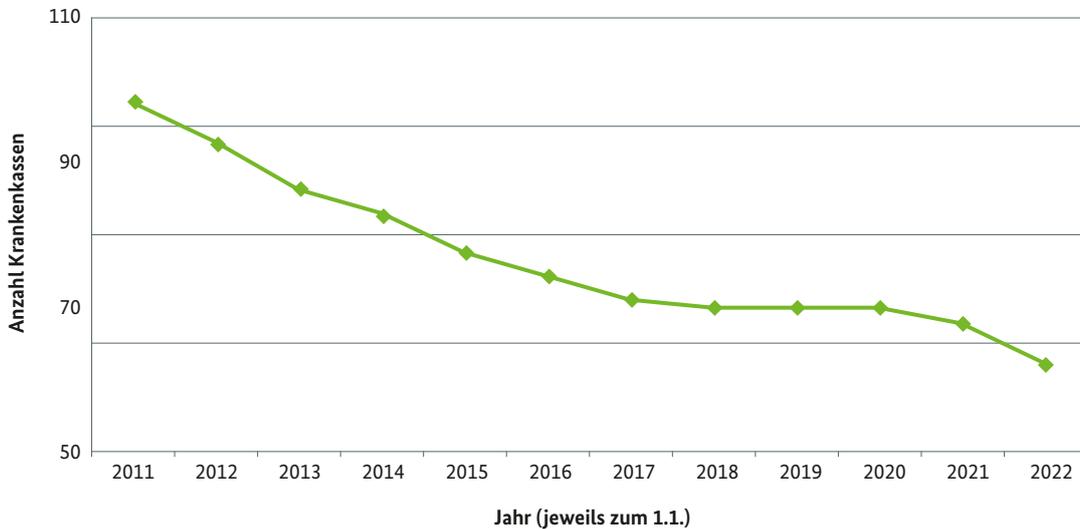
Mitgliederentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Versichertenentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Anzahl bundesunmittelbarer Krankenkassen



Freiwillige Vereinigungen von Krankenkassen

Im Jahr 2021 hat das BAS insgesamt fünf Vereinigungsverfahren von Krankenkassen genehmigt:

Zum 1. Juli 2021

- erfolgte die Vereinigung der VIACTIV BKK, Bochum mit der BKK Achenbach Buschhütten, Kreuztal zur **VIACTIV BKK**.

Zum 1. Januar 2022 vereinigten sich

- die BKK Melitta Plus, Minden mit der Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg, Herford zur **BKK Melitta HMR, Minden**;
- die Novitas BKK, Duisburg mit der Betriebskrankenkasse der SIEMAG, Hilchenbach zur **Novitas BKK, Duisburg**
- die energie-BKK, Hannover mit der Betriebskrankenkasse RWE, Celle zur **energie-Betriebskrankenkasse, Hannover**

sowie

- die BKK VerbundPlus, München mit der Gemeinsamen Betriebskrankenkasse der Wieland-Werke AG zur **BKK VerbundPlus, München**.

Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen

Die Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen war wie für die gesamte GKV von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und den Maßnahmen zur Deckung der milliardenschweren Finanzierungslücke beeinflusst. Ausführungen dazu finden sich im Teil 2 unter „1. Finanzen in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Im Jahr 2021 erzielten die bundesunmittelbaren Krankenkassen insgesamt einen Überschuss der Ausgaben in Höhe von 1,5 Mrd. Euro. Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen betrug das Betriebsmittel- und Rücklagevermögen am Jahresende rd. 6,6 Mrd. Euro, was 47 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe entsprach (Quelle: Finanzstatistik KV45 für 2021); ein Jahr zuvor lag dieser Wert noch bei 62 %, vor drei Jahren waren es 92 %.

Betriebsmittel und Rücklagen



Bundesunmittelbare Krankenkassen; Quelle: Finanzstatistik KJ1 (2021: KV45)

Eine Besonderheit des Jahres 2021 bestand darin, dass zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes neben der Leistung eines ergänzenden Bundeszuschusses auch die Finanzreserven der Krankenkassen herangezogen wurden. Hierfür überführten die Krankenkassen, deren Finanzreserven zur Mitte des Vorjahres das doppelte der gesetzlichen Mindestrücklage überstiegen, zwei Drittel des diese Grenze übersteigenden Betrages an den Gesundheitsfonds. Die zugeführten Mittel gingen in die Zuweisungen ein, die der Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen ausgezahlt hat. Nähere Ausführungen zu dieser Vorgabe enthält ebenfalls der Teil 2 unter „1.1 Gesundheitsfonds“.

Gemäß den vorgelegten Haushaltsplänen für das Jahr 2022 erwarten 35 von 59 bundesunmittelbaren Krankenkassen einen Überschuss der Ausgaben, der durch einen weiteren Abbau noch vorhandener Finanzreserven finanziert wird. In diesen Planungen sind Anhebungen der Zusatzbeitragssätze bei sechs Krankenkassen und Senkungen bei sieben Krankenkassen enthalten, die das BAS nach Prüfung der Haushaltspläne genehmigt hat.

Für das Jahr 2022 gilt wie im Vorjahr ein vom Bundesministerium für Gesundheit bekanntgegebener durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz in Höhe von 1,3%. Die tatsächliche Festlegung der Zusatzbeitragssätze erfolgt bei jeder Krankenkasse individuell auf der Grundlage der jeweiligen Haushaltsplanung. Im Januar 2022 lag der im mitgliedergewichteten Durchschnitt aller bundesunmittelbaren Krankenkassen erhobene Zusatzbeitragssatz bei 1,34%. Tagesaktuelle Informationen über die Höhe der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen können dem Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden.

1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Vollautomatisierte Leistungsbewilligung

Die Digitalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird weiter vorangetrieben und hat das BAS auch im Jahr 2021 beschäftigt. Es war zu klären, ob Anträge

von Versicherten vollautomatisiert mittels Dunkelverarbeitung entschieden werden können. Von Dunkelverarbeitung wird dann gesprochen, wenn die Entscheidung „im Dunklen“, also durch ein Programm erfolgt, ohne dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Krankenkasse diese beeinflussen kann.

Der vollständige Erlass von Bescheiden durch automatisierte Einrichtungen ist nach § 31a Satz 1 SGB X nur möglich, wenn keine Notwendigkeit besteht, den Einzelfall durch eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter der Krankenkasse zu bearbeiten.

Die Bearbeitung durch eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter der Krankenkasse ist aber zwingend erforderlich, wenn die Krankenkasse über einen Entscheidungsspielraum verfügt. Ebenfalls muss die Entscheidung durch eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter getroffen werden, wenn die automatisierte Einrichtung den vorliegenden Sachverhalt nicht den zu erfüllenden Voraussetzungen zuordnen kann. Das ist z. B. immer dann erforderlich, wenn es sich um Sachverhalte handelt, bei denen medizinische Angaben zu berücksichtigen sind.

Auch bei einem Einsatz von automatisierten Einrichtungen sind weiterhin die übrigen Regelungen des SGB X zum Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz zu beachten. Hierzu zählen insbesondere der Untersuchungsgrundsatz nach § 20 SGB X oder die Anhörungspflicht nach § 24 SGB X. Ebenso sind auch die Anforderungen an die Sicherheit des Rechnungswesens zu beachten.

Eine Dunkelverarbeitung ist in bestimmten Fallkonstellationen folglich möglich. Die Krankenkassen müssen dabei jedoch die ihnen obliegenden Pflichten beachten.

Das BAS hat in diesem Zusammenhang ein Konzept einer Krankenkasse zur Bewilligung von Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V geprüft. Der vollständig automatisierte Erlass der Entscheidungen wird dann als zulässig erachtet, wenn es sich um einen Antrag handelt, der mithilfe des hierfür festgelegten Ordnungsblattes „Muster 21“ gestellt wird und keine weiteren ärztlichen Unterlagen zur Feststellung des Anspruchs erforderlich sind. Sind jedoch weitere medizinische Angaben zu bewerten, ist eine Dunkelverarbeitung nicht zulässig, da eine individuelle Würdigung medizinischer Aspekte erforderlich ist.

Telemedizin und DiGA

Das BAS hatte zur Digitalisierung zahlreiche verwaltungsrechtliche und leistungsrechtliche Fragen zu prüfen. Wie eine Prüfung von Kontraindikationen beim Einsatz von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) gewährleistet werden kann, wenn die DiGA nicht vom Arzt oder Psychotherapeut verordnet, sondern direkt von der Krankenkasse genehmigt werden, wurde gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erörtert. Im Fokus standen DiGA im Bereich der Psychotherapie. Fragen des Berufsrechts der Psychotherapeuten und der zu beachtenden Regelungen zur Fernbehandlung durch Ärzte und Psychotherapeuten waren Gesprächsgegenstand. Das BAS befürwortet eine Verordnungspflicht, die eine Einbindung der DiGA in laufende ärztliche oder psychotherapeutische Behandlungen gewährleisten würde. Das BAS hat sich ferner für eine Transparenz der vom BfArM negativ bewerteten Gesundheitsanwendungen ausgesprochen.

Die Genehmigungspraxis der bundesunmittelbaren Krankenkassen für DiGA ist sehr unterschiedlich, sodass das BAS die kasseninternen Arbeitsanweisungen angefordert hat. Im Einzelfall hat das BAS um Anpassung der Arbeitsanweisungen zur Gewährleistung einer Prüfung der Kontraindikationen gebeten. Das BAS hat ferner festgestellt, dass nicht alle bundesunmittelbaren Krankenkassen auf ihren Internetseiten ordnungsgemäß zum Antragsverfahren für eine DiGA aufklären. Die zu beanstandenden Internetauftritte sind inzwischen angepasst worden.

Das BAS hat sich außerdem mit Anfragen von Versicherten und Leistungsangeboten durch ausschließliche Fernbehandlung und der sich oftmals anschließenden Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (AU) beschäftigt. Im Zuge dessen hat das BAS angeforderte Verträge geprüft und um Vertragsanpassungen bspw. im Hinblick auf Einhaltung der Vorgaben der AU-Richtlinie gebeten. Im weiteren Jahresverlauf hat das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) vom 8. Juni 2021 dazu beigetragen, dass die Telemedizin weiter ausgebaut wurde. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist seinem durch das DVPMG gegebenen Auftrag zur Regelung der Feststellung der AU im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung nachgekommen. Die Regelung wurde

am 19. November 2021 beschlossen. Seit ihrem Inkrafttreten zum 19. Januar 2022 können auch Patienten per Videosprechstunde krankgeschrieben werden, die dem Vertragsarzt bis dahin unbekannt waren. Für in der Arztpraxis zuvor unbekannte Versicherte soll die Krankschreibung nicht länger als 3 Kalendertage betragen. Bekannte Versicherte können bis zu 7 Kalendertage krankgeschrieben werden. In Folge des DVPMD werden auch Videosprechstunden für Heilmittelerbringer und Hebammen ermöglicht. Die bereits bestehende Corona-Sonderregelung zur telefonischen Krankschreibung bei leichten Atemwegserkrankungen galt auch im Jahr 2021 weiter fort und wurde bis Ende Mai 2022 verlängert. Zahlreiche Versicherte wenden sich zur Klärung von Fragestellungen rund um das Thema Fernbehandlungsangebote an das BAS.

Wettbewerb

Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) zum 1. April 2020 Schranken für Werbemaßnahmen gesetzt. § 4 a Abs. 3 Satz 2 SGB V verpflichtet die Krankenkassen, bei Werbemaßnahmen die sachbezogene Information in den Vordergrund zu stellen. Das BMG ist ermächtigt worden, eine Rechtsverordnung zu erlassen, die u. a. Regelungen zu Inhalt und Art der Werbung sowie zu Höchstgrenzen für Werbeausgaben trifft. Allerdings konnte in der Endphase der letzten Legislaturperiode keine Einigkeit über die Inhalte einer solchen Verordnung erzielt werden. Insbesondere die Frage, ob Krankenkassen weiter Sportsponsoring betreiben dürfen, war umstritten. Der Koalitionsvertrag für die neue Legislaturperiode beinhaltet einen Auftrag zur Schärfung der Regelungen für Werbemaßnahmen der Krankenkassen mit dem Ziel, zugunsten verstärkter Prävention und Gesundheitsförderung die Verwendung von Beitragsmitteln für Werbemaßnahmen und Werbegeschenke zu reduzieren. Vor dem Hintergrund der zu erwartenden Rechtsverordnung haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder im November 2021 beschlossen, (parallel) mit der Überarbeitung der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze zu beginnen und hierfür eine Arbeitsgruppe unter Federführung des BAS eingerichtet.

Die gesetzliche Vorgabe des § 4a SGB V ist von den Krankenkassen unabhängig von noch zu erstellenden unter-

gesetzlichen Regelungen zu beachten und umzusetzen. Auf dieser Basis hat das BAS im Berichtsjahr verstärkt Kooperationsverträge der Krankenkassen mit Sportvereinen geprüft. Nicht alle Ausgaben für diese Kooperationen wurden als Werbemaßnahmen verbucht. Das BAS hat eine Verbuchung der Ausgaben auf Ausgabenkonten für Präventionsmaßnahmen beanstandet. Das BAS hat einzelne Krankenkassen zudem aufgefordert, ihre Werbemaßnahmen unter Beachtung des § 4a Abs. 3 SGB V mit sachbezogenen Informationen über Leistungs- und Satzungsangebote der Krankenkassen zu verbinden.

Das BAS erreichten in 2021 vermehrt Hinweise auf eine rechtswidrige Risikoselektion der Krankenkassen. So wurden Aufwandsentschädigungen an Vertriebsmitarbeiter der Krankenkassen sowie an Arbeitgeber für erfolgreich geworbene Neumitglieder gezahlt, die zum Teil unzulässig nach Risikoklassen gestaffelt waren. Mit einem Rundschreiben informierte das BAS die Krankenkassen daher über die Rechtslage zu Aufwandsentschädigungen für Vertriebsmitarbeiter, Werbekooperationen mit Arbeitgebern und Risikoselektion und kündigte eine Prüfung der Vertriebskonzepte der Krankenkassen an.

Darüber hinaus hat das BAS in zwei Fällen die Krankenkassen zu einem rechtmäßigen Handeln verpflichtet. Eine Krankenkasse hatte gegen ihre Neutralitätspflicht als Körperschaft verstoßen, indem sie zu Spenden an ausgewählte gemeinnützige Organisationen aufgerufen hatte. Eine andere Krankenkasse vermittelte exklusiv für ihre Versicherten eine kostenfreie Mitgliedschaft für ein digitales Fitnessprogramm für die Dauer eines Jahres.

Auch beschäftigte sich das BAS in mehreren Fällen mit Kooperationen zwischen Krankenkassen und Dienstleistern, die gewerblich Mitglieder für die Krankenkassen werben. Hierbei haben die Dienstleister teilweise Aufwandsentschädigungen für geworbene Mitgliedschaften erhalten, obwohl keine Mitgliedschaft zustande gekommen ist. Teilweise wurden auch Mitgliedschaften doppelt entschädigt.

Weiterhin hat das BAS Kenntnis darüber erlangt, dass ein Mitarbeiter einer Krankenkasse Angaben in Mitgliedschaftsanträgen sowie die dazugehörigen Unterlagen bewusst gefälscht hat, um vorrangig zuletzt privat krankenversicherten Personen, die bereits das 55. Lebensjahr

vollendet haben, einen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung zu erschleichen. Derzeit wird geprüft, inwieweit eine Abwicklung der unrechtmäßig zustande gekommenen Mitgliedschaften möglich ist. Das BAS überwacht die Angelegenheit.

Hilfsmittelversorgung

Das BAS hat im Jahr 2021 bezogen auf die einzelnen Krankenkassen systematisch die regionale Abdeckung der Verträge mit Hilfsmittelleistungserbringern geprüft. Ebenfalls wurde ermittelt, ob eine ausreichende Transparenz über die vorhandenen Versorgungsangebote gegeben ist.

Grundlage der Prüfung waren die von den Krankenkassen übermittelten Daten zu ihren Vertragspartnern in Bezug auf sämtliche Produktgruppen und -arten sowie eine Auswertung der Internetauftritte der Krankenkassen.

Diese Auswertungen haben bisher ergeben, dass die Krankenkassen insgesamt über zu wenige Hilfsmittelverträge verfügen. Die Ausprägung variiert von Krankenkasse zu Krankenkasse. Der aufsichtsrechtliche Dialog mit den Krankenkassen hat jedoch schon dazu geführt, dass Krankenkassen über Arbeitsgemeinschaften weitere Hilfsmittelverträge abgeschlossen haben.

Insgesamt scheinen viele Krankenkassen mit dem sich aus dem HHVG ergebenden Auftrag zur Sicherstellung einer flächendeckenden bundesweiten Hilfsmittelversorgung durch Abschluss von Verträgen überfordert zu sein. Es bestehen insoweit erhebliche Zweifel, ob die Krankenkassen die gesetzlichen Zielvorgaben perspektivisch erreichen können. Aus Sicht des BAS hat sich das neue wettbewerbsorientierte Vertragsmodell daher nicht bewährt.

Auch an der erforderlichen Transparenz über die vorhandenen Versorgungsangebote fehlt es noch. Bisher informiert keine einzige Krankenkasse über die wesentlichen Vertragsinhalte. Die Mehrzahl der Krankenkassen bieten über ihre Webseiten eine Vertragspartnersuche an, die aber nicht immer vollständig ist.

Sowohl hinsichtlich der noch abzuschließenden Verträge als auch hinsichtlich der fehlenden Transparenz wird sich das BAS mit den Krankenkassen weiter in den Dialog be-

geben. Die Ergebnisse der aufsichtsrechtlichen Prüfung sowie Diskussions- und Reformvorschläge sollen in einem Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst und auf der Webseite des BAS veröffentlicht werden

Probleme bei der Umsetzung der Neuregelungen des Krankenkassenwahlrechts

Zu Beginn des Jahres 2021 erreichten das BAS zahlreiche Eingaben von Mitgliedern, die sich über zeitliche Verzögerungen beim Krankenkassenwechsel und die unzureichende Beratung durch die beteiligten Krankenkassen beschwerten. Damit einhergehend warteten viele Versicherte mehrere Monate auf die Ausstellung ihrer neuen elektronischen Gesundheitskarte.

Dies hatte folgenden Hintergrund: Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 wurde das Krankenkassenwahlrecht auf Grundlage des Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) umfassend reformiert. Zu den wesentlichen Änderungen gehörten unter anderem

- die Reduzierung der Bindungsfrist von achtzehn Monaten auf zwölf Monate,
- der Wegfall einer Kündigungserklärung durch das Mitglied gegenüber der bisherigen Krankenkasse und die Einleitung des Kündigungsverfahrens durch die gewählte Krankenkasse sowie
- die Einführung des elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels.

Da das Gesetz erst kurz vor dem 1. Januar 2021 verabschiedet wurde, kam es im Zusammenhang mit der Einführung des neuen elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels zu technischen Problemen.

Der Umgang mit Kündigungen und Mitgliedsbescheinigungen in Papierform war uneinheitlich. Die vorgesehenen Fristen im Meldeverfahren wurden nicht umfassend eingehalten. Im Rahmen des Sonderkündigungsrechts wurden Versicherte teilweise erst nach Einreichung ihrer

Kündigung von den Krankenkassen auf die Einführung des elektronischen Meldeverfahrens hingewiesen, sodass eine Kündigung zum vorgesehenen Sonderkündigungstermin oftmals nicht mehr möglich war.

Besonders bei einer Krankenkasse kam es aufgrund einer großen Anzahl von wechselwilligen Mitgliedern zu erheblichen Problemen bei der Umsetzung des elektronischen Meldeverfahrens. Dadurch waren viele Versicherte zu Beginn ihrer Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse nicht im Besitz einer gültigen elektronischen Gesundheitskarte.

Das BAS hat hier besonderen Wert darauf gelegt, dass ungeachtet der geschilderten Probleme der Leistungsanspruch der Versicherten nahtlos umgesetzt wurde. Der GKV-Spitzenverband stimmte der Ansicht des BAS zu, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, Versicherte rechtzeitig auf die geänderte Ausübungsmöglichkeit ihres Wechselrechts im Rahmen des zum 1. Januar 2021 eingeführten elektronischen Meldeverfahrens hinzuweisen. Auch dürften die Versicherten nicht die Folgen eines fehlerhaften Verwaltungshandelns der Krankenkassen im Rahmen des elektronischen Meldeverfahrens tragen.

In der zweiten Jahreshälfte 2021 konnten die meisten technischen Probleme, welche zu Beginn der Einführung des elektronischen Meldeverfahrens aufgetreten waren, gelöst werden. Inzwischen geht das BAS davon aus, dass aktuell alle entsprechenden rechtlichen Vorgaben umfassend durch die Krankenkassen umgesetzt werden.

Selektivverträge zur Psychotherapie

Die Corona-Pandemie hat zu einer gesteigerten Nachfrage nach Psychotherapien geführt. Viele Krankenkassen versuchen durch besondere Versorgungsverträge mit psychotherapeutischen Leistungen Engpässe der Regelversorgung auszugleichen.

Das BAS trägt insbesondere dafür Sorge, dass die Selektivverträge nicht hinter den Anforderungen aus der Regelversorgung zurückbleiben. So haben auch besondere Versorgungsverträge vor der Durchführung von Richtlinienentherapie probatorische Sitzungen vorzusehen, die es Therapeuten und Versicherten u. a. ermöglichen zu testen, ob sie eine tragfähige Arbeitsbeziehung entwickeln kön-

nen. Zudem dürfen die psychotherapeutischen Leistungen regelmäßig nicht in ausschließlicher Fernbehandlung erbracht werden. Das ergibt sich sowohl aus dem Vertragsarztrecht und abhängig vom Bundesland auch aus dem Berufsrecht für Psychologische Psychotherapie.

Durch die Eingabe eines Versicherten ist das BAS ferner auf ein spezielles Versorgungsmodell aufmerksam geworden. Dort übernahm ein Dienstleister unzulässige Beratungsleistungen der Versicherten ohne über einen Zulassungsstatus hierfür zu verfügen. Das BAS konnte eine Kündigung der betreffenden Verträge erwirken. Gleichzeitig hat das BAS eine Krankenkasse eng bei der Neugestaltung eines rechtskonformen Anschlussvertrages begleitet. Das Vorhaben wartet nun mit einer verbesserten Versorgungsstruktur und Zusammenarbeit durch Haus- und Fachärzte einerseits und Psychotherapeuten andererseits auf. Daneben werden Versicherte mit relevanten DiGA versorgt.

Leistungsgewährung als wesentliche Aufgabe der Versorgung der Versicherten

Das BAS hat den seit Jahren bestehenden Trend, zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit Aufgaben der Krankenkassen an Dritte auszulagern, auch im Jahr 2021 konstruktiv begleitet. Heute verfügt nahezu jede Krankenkasse über eine Vielzahl von Outsourcingverträgen, die durch das BAS geprüft wurden.

Die Auslagerung hat jedoch gesetzliche Grenzen. So dürfen wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten nicht ausgelagert werden. Dazu gehören die Leistungsgewährung und die leistungsrechtliche Beratung. In diesen Bereichen wird das BAS auch weiter allen immer wieder zu beobachtenden Versuchen, solche Kernaufgaben der Versorgung der Versicherten an private Dritte auszulagern, entgegenzutreten.

Hierzu hatte das BAS bereits im Jahr 2019 ein richtungsweisendes Urteil des Bundessozialgerichtes erstritten. Auf dieser Grundlage hat das BAS Fälle in den Blick genommen, in denen Krankenkassen Aufgaben des versichertenindividuellen Fallmanagements, der Leistungsgewährung und der leistungsrechtlichen Beratung an Versicherte auf private Dienstleister ausgelagert haben. Im Mai 2017 hat

das BAS ein Rundschreiben veröffentlicht, das den Krankenkassen die Rechtsprechung umfassend erläutert und die Konsequenzen für verschiedene typische Fälle von Outsourcing darstellt.

Das BAS hat auch im Berichtsjahr zwei Verpflichtungsbescheide gegenüber Krankenkassen erlassen und die Träger zur Kündigung rechtswidriger Outsourcingverträge aufgefordert. In beiden Fällen haben die betroffenen Krankenkassen Klage gegen die Aufsichtsordnung erhoben, teilweise allerdings nur, um im Rahmen des durch die aufschiebende Wirkung der Klage eingeräumten Aufschubes ihre Arbeitsweise gesetzeskonform umstellen zu können.

Vergütungsvereinbarungen in der vertragsärztlichen Versorgung weiterhin unter Beobachtung

Im Berichtsjahr hat sich das BAS weiterhin mit den Gesamtvergütungsvereinbarungen in der vertragsärztlichen Versorgung in allen 17 Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen befasst.

Die Vertragspartner – die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen – regeln in den Vergütungsvereinbarungen die Ausgabenobergrenze für alle ärztlichen Leistungen. Unter bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen können einzelne vertragsärztliche Leistungen sowie Leistungserbringer besonders gefördert werden.

Auf Grund von Hinweisen auf Mängel in der Vertragsgestaltung für das Jahr 2018 erfolgte eine vertiefte Prüfung dieser Verträge. Ein Ergebnis war, dass wesentliche Anforderungen an die Vertragsabschlüsse nach § 87a SGB V von den Vertragspartnern auf Landesebene zum Teil nicht beachtet wurden. Das BAS hat bereits Ende 2018 ein Rundschreiben an die seiner Aufsicht unterstehenden Krankenkassen versandt und um Beachtung der Rechtslage gebeten. Das Rundschreiben ist von zahlreichen Kassenärztlichen Vereinigungen beklagt worden. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 4. November 2021 entschieden, dass es sich bei dem Rundschreiben der Aufsichtsbehörde allein um ein präventives Informationsschreiben handelt. Mangels verbindlicher Anordnung ist eine Aufsichtsklage damit unzulässig.

Das BAS war im Berichtsjahr mit den Vertragspartnern weiter im Austausch zu einzelnen Regelungen in den Gesamtvergütungsverträgen.

Ein Schwerpunkt der aufsichtsrechtlichen Prüfung im Berichtsjahr lag auf der Beachtung der rechtlichen Vorgaben für die Förderung vertragsärztlicher Leistungen und Leistungserbringer. Weit überwiegend ist eine positive Entwicklung für die seit der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2020 strengere Regelung zur Evaluation der Förderung von ärztlichen Leistungen erkennbar. Das BAS sieht aber weiterhin Verbesserungsbedarf in der Vertragsgestaltung.

Nach wie vor stellt das BAS fest, dass die Partner der Gesamtvergütungsverträge die Frist zum Abschluss der Verträge zum 31. Oktober des Vorjahres nicht immer beachten.

Das Schiedsverfahren, die letzte Hoffnung auf den Vertragsabschluss – das BAS setzt immer mehr Schiedspersonen ein

Im Sozialrecht finden sich immer mehr Rechtsvorschriften für die Bestimmung einer Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörden. Hierbei handelt es sich um Bereiche wie die Versorgung mit Hilfsmitteln, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege, Psychotherapie und Schutzimpfungen sowie die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die hausarztzentrierte Versorgung. Falls die Vertragspartner sich hier nicht einigen können, können sie das BAS bitten, eine Schiedsperson zu bestimmen. Die vom BAS bestimmte Schiedsperson führt dann ein Schiedsverfahren durch und setzt die streitigen Vertragsinhalte fest.

Im Berichtsjahr ist die Zahl der Anträge auf Bestimmung einer Schiedsperson deutlich gestiegen. Erreichten das BAS 2020 noch 30 Anträge, waren es 2021 bereits 180 Anträge. Die Zunahme liegt zum einen darin begründet, dass der Gesetzgeber neue Tatbestände hierzu eingeführt hat. Zum anderen wurden die Verfahren umfangreicher, etwa weil sich Anträge einzelner Leistungserbringer auf eine Vielzahl von Krankenkassen bezogen. Nicht auszuschließen ist auch, dass die Vertragsverhandlungen insgesamt streitiger wurden.

Von besonderer Bedeutung war im Jahr 2021 die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Im Rahmen einer gesetzlichen Neuregelung haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung die Aufgabe erhalten, auf Bundesebene einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu vereinbaren. Da sich die Vertragspartner weder auf einen Rahmenvertrag noch auf eine Schiedsperson einigen konnten, wurde hier vom BAS erstmalig eine Schiedsperson für bundesweit geltende Rahmenverträge bestimmt.

Erstmals wurde in 2021 auch im Bereich der Versorgung mit Soziotherapie von mehreren Krankenkassenverbänden ein Antrag auf Bestimmung einer Schiedsperson gestellt, da sich die Vertragsparteien nicht auf die Vertragsinhalte, insbesondere auf die dazugehörige Vergütung, einigen konnten.

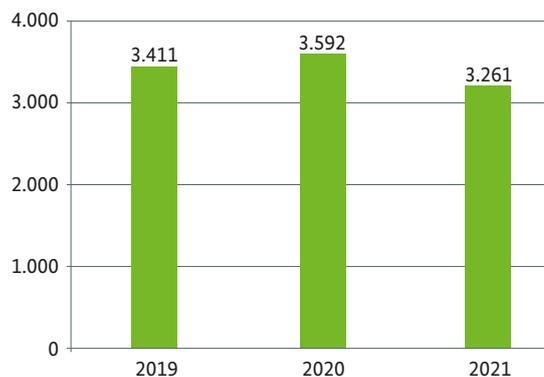
Für die Zukunft rechnet das BAS weiter mit einem erhöhten Aufkommen von Anträgen. Dies betrifft auch die außerklinische Intensivpflege, einen aktuell vom Gesetzgeber neu geregelten Versorgungsbereich. Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen in Zukunft die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit Leistungserbringern. Das BAS ist für die Bestimmung einer Schiedsperson in diesen kassenartübergreifenden Verfahren zuständig.

Eingaben der Versicherten – Bedeutung des BAS in Krisenzeiten

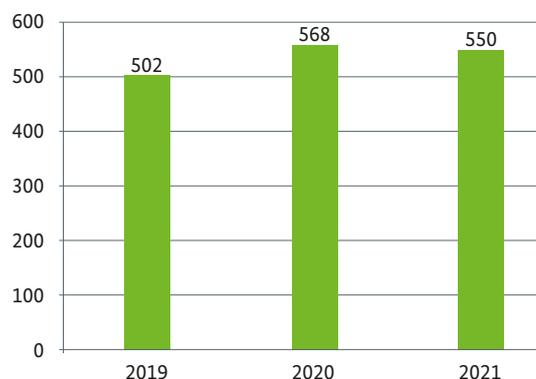
Auch im Jahr 2021 haben sich zahlreiche Versicherte, Leistungserbringer, Arbeitgeber und Institutionen mit ihren Fragen und Beschwerden an das BAS gewandt. Das BAS hat diese aufsichtsrechtlich überprüft und den Einsendern entsprechend geantwortet. Nicht selten haben diese Anfragen und Beschwerden den Anstoß für eine weitergehende, grundsätzliche Überprüfung von Rechtsauslegungen und Verfahrensweisen der Krankenkassen gegeben. Der Umfang der Eingaben war zwar geringfügig rückläufig, bewegte sich aber weiterhin auf dem gewohnt hohen Niveau der Vorjahre.

Eingabenentwicklung

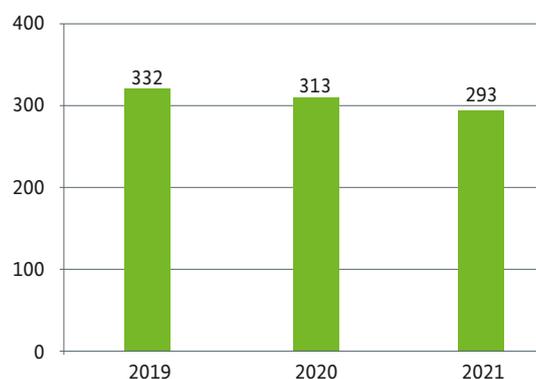
Krankenversicherung



Krankengeld



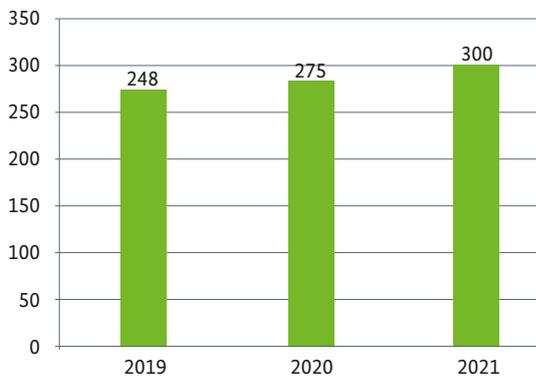
Hilfsmittel



Die beispielhaften Übersichten aus dem Leistungsbe-
reich zeigen, dass die Zahl der Eingaben ähnlich hoch
(Krankengeld) oder leicht rückläufig (Hilfsmittel) waren.

Neben den Fallgruppen, die bereits vor der Corona-Pan-
demie einen erheblichen Anteil an der Gesamtzahl der
Eingaben ausgemacht haben, kamen 2021 weitere corona-
spezifische Themen hinzu. Betroffene bewegten Fragen
zu Testungen auf das Virus, zu Impfungen und vor allem
auch Fragen zu Schutzmasken, die nicht nur schriftlich,
sondern vielfach auch telefonisch an das BAS gerichtet
wurden. Gerade die Anfragen zur Aktion der Bundesre-
gierung zur Verteilung von Schutzmasken Anfang 2021,
bei der die Krankenkassen nur unterstützend tätig waren,
zeigen, dass das BAS in der Pandemie über seine originären
Aufsichtsaufgaben hinaus verstärkt auch als Informations-
quelle gefragt ist. Infolgedessen hat das BAS 2021 seine
Internetpräsenz vermehrt für Informationen zu aktuellen
Themen wie etwa Schutzmasken oder zu komplexen Coro-
na-Sonderregelungen wie z. B. Schutzimpfungen genutzt.

Rückständige Beiträge/Beitragszahlung



Eine weitere häufig vorkommende Fallgruppe aus dem
Beitragsbereich sind die Eingaben zu rückständigen Bei-
trägen. Die Zahl der Betroffenen, die sich wegen Zah-
lungsschwierigkeiten und Beitragsrückständen an das
BAS gewendet hat, ist in den letzten drei Jahren stetig und
im Verhältnis zu den Gesamteingabezahlen insbesondere
in 2021 gestiegen – dies könnte auf sich abzeichnende
finanzielle Auswirkungen der Pandemie hindeuten. Das
BAS wird diese Entwicklung in den kommenden Jahren
weiter beobachten.

Aufsicht und Verwaltungspraxis der Krankenkassen in Corona-Zeiten

Die Corona-Pandemie hat das Gesundheitswesen in
Deutschland stark betroffen. Ein Ende ist aktuell, trotz
deutlicher Fortschritte bei der Versorgung der Bevölke-
rung mit Impfstoffen und Arzneimitteln, nicht absehbar.

Auch die Krankenkassen standen vor erheblichen, bisher
nicht bekannten Herausforderungen. Beispielhaft sei hier
genannt, dass die von den Kassen zu finanzierenden me-
dizinischen Leistungen oft eine persönliche Kontaktauf-
nahme erfordern, die in Pandemiezeiten aber eigentlich
zu vermeiden war. Dies ist vor allem problematisch bei
chronisch kranken Versicherten, bei denen das COVID-
19-Virus zu einem besonders schweren Krankheitsverlauf
führen kann.

Der verwaltungsmäßige Umgang der Kassen mit der Pan-
demie hat naturgemäß unmittelbare Auswirkungen auf
die Aufsichtstätigkeit des BAS. Insoweit bildeten diverse
Aspekte bei der Bewältigung der Pandemie auch im Be-
richtsjahr einen wesentlichen Schwerpunkt der Aufsichts-
tätigkeit des BAS.

Nach Erkenntnissen aus Eingaben, Grundsatzvorgängen
und Vertragsprüfungen ist festzustellen, dass die Kran-
kenkassen die pandemiebedingten Probleme regelmäßig
einer praxisnahen Lösung zuführen und die Leistungs-
ansprüche der Versicherten erfüllen konnten. Gesetzge-
ber und Krankenkassen sind den Versicherten vielfältig
entgegengekommen und haben beispielsweise Kontroll-
untersuchungen als Voraussetzung für Leistungen (z. B. im
Bereich der zahnärztlichen Versorgung) pandemiebedingt
ausgesetzt. In diesem Zusammenhang ist auch die Ver-
stärkung des Einsatzes digitaler Möglichkeiten hervorzu-
heben (z. B. Telemedizin, s. S. 17).

Des Weiteren ist es den Kassen trotz der widrigen Um-
stände insbesondere auch gelungen, ihrer Beratungsfunk-
tion gegenüber den Versicherten nachzukommen.

Aufgefallen ist im Berichtsjahr auch, dass einzelne Kassen
ihren Umgang mit der Pandemie als Wettbewerbsinstru-
ment herangezogen haben, wenn es darum ging, in der
Öffentlichkeit deutlich zu machen, dass eine Kasse die
Versicherten besonders „unbürokratisch“ unterstützt. In

diesem Zusammenhang wurde mit den betroffenen Versicherungsträgern erörtert, dass diese Verfahrensweise zu beanstanden ist, wenn auf die Einhaltung rechtlicher Vorgaben ohne Not verzichtet wird.





2. Pflegeversicherung

Im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit hat das BAS insbesondere die Sicherstellung der Versorgungsqualität durch die bundesunmittelbaren Pflegekassen geprüft. Die Versorgung der Versicherten war auch unter Berücksichtigung der durch die Corona-Pandemie bedingten Besonderheiten im Berichtsjahr ein durchgängig bedeutsames Thema in der Aufsichtstätigkeit.

Dies folgt daraus, dass dem persönlichen Kontakt zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigem eine besondere Bedeutung zukommt. Aufgrund der zum Schutz der vulnerablen Gruppen bestehenden Kontaktbeschränkungen waren daher erhebliche Änderungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB XI einzuführen, wie etwa die zeitweise Aussetzung der Begutachtung in häuslicher Umgebung oder die Erleichterungen bei der Geltendmachung des Entlastungsbetrages. Hier war für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 zeitlich befristet die Gewährung des Entlastungsbetrages ausnahmsweise auch für sonstige Hilfen mit professioneller Unterstützung oder auch durch die Inanspruchnahme von Angehörigen oder Nachbarn bestimmte nachbarschaftliche Hilfen möglich, soweit diese der Sicherstellung der Versorgung der Pflegebedürftigen dienten, ohne dass spezielle Qualifikationen nachgewiesen werden mussten.

Das BAS hat die Ausführung der diesbezüglichen Regelungen begleitet und darauf geachtet, dass die gesetzlichen Leistungen den Versicherten trotz der Pandemie weiterhin zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

In diesem Zusammenhang hat das BAS die Bereitstellung geeigneter digitaler Pflegekurse durch die Pflegekassen unterstützt. Während in Zeiten vor der Pandemie für die Vermittlung von Kenntnissen bzw. Fähigkeiten im Pflegebereich grundsätzlich die persönliche Anwesenheit der Pflegepersonen erforderlich war, hat das BAS im Hinblick auf die durch die Corona-Pandemie bedingten Hygiene- und Abstandsregeln seine entsprechenden Vorgaben der besonderen Situation angepasst.

Das BAS hat auch die von ihm beaufsichtigten Pflegekassen und deren Arbeitsgemeinschaften umfassend bei grundsätzlichen Fragen zu Konzeption und Zurverfügungstellung von geeigneten Online-Pflegekursen beraten.

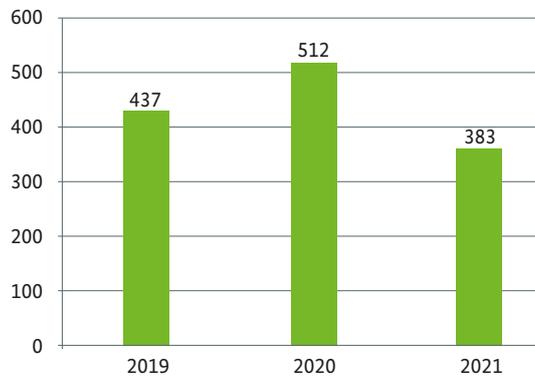
Es konnte festgestellt werden, dass nach dem Willen des Gesetzgebers im Bereich der Pflegeversicherung Versicherte bzw. Pflegenden zunehmend durch Online-Angebote (wie z. B. Apps) unterstützt worden sind. Auch in diesem Bereich stand das BAS den Kassen als Ansprechpartner zur Verfügung. Im Bereich der sozialen Pflegeversicherung hat das BAS zudem verschiedene Gesetz- und Verordnungsentwürfe begleitet und zu einzelnen Vorhaben Stellungnahmen abgegeben.

Eingaben

Im Berichtszeitraum haben sich – wie auch in den letzten Jahren – zahlreiche Pflegepersonen oder Versicherte mit insgesamt 383 Eingaben und Petitionen aus dem Bereich der Pflegeversicherung an das BAS gewandt.

Damit hat sich die Zahl der Eingaben im Jahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr reduziert. Das BAS geht davon aus, dass dies aus dem durch die Pandemie verursachten geänderten Leistungsverhalten resultiert.

Pflegeversicherung Eingabenentwicklung



Die Eingaben betrafen – wie auch in den vorhergehenden Jahren – grundlegende Leistungsbereiche der Pflegeversicherung. Hervorzuheben sind wieder vor allem die Dauer der Verwaltungsverfahren im Zusammenhang mit der Zuordnung zu einem Pflegegrad, Probleme bei der Auszahlung der Leistungen wegen Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.

Darüber hinaus betrafen die Eingaben Probleme in der Leistungsbewilligung für zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel und Entlastungsbeträge nach § 45b SGB XI.

Im Zusammenhang mit der Pandemie wurden in Bezug auf den Entlastungsbetrag vor allem Fragen zur Umwidmung des Entlastungsbetrages sowie zur Verlängerung der Übertragbarkeit des Entlastungsbudgets an das BAS gestellt. Zudem bestand Beratungsbedarf in Bezug auf die geänderten Leistungen/Fristen sowie die pandemiebedingte Begutachtung nach Aktenlage statt in der häuslichen Umgebung der Versicherten, der zum überwiegenden Teil auf telefonischem Wege mit den Versicherten erörtert wurde.





3. Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung

Kernaufgabe

Die Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung werden im BAS von zwei Abteilungen bearbeitet. Während die Aufsichtsabteilung – Abteilung 2 – insbesondere für die rechtliche Klärung von Grundsatzfragen, Bearbeitung von Eingaben und Petitionen sowie die Genehmigung von Satzungen zuständig ist, stehen beim Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung (PDK) – Abteilung 6 – Beratung und Prävention im Vordergrund. Seine Kernaufgabe besteht darin, die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie deren Arbeitsgemeinschaften turnusmäßig zu prüfen (§ 274 SGB V/ § 46 SGB XI). Seine Prüfungen sollen dazu beitragen, Schwachstellen aufzudecken und Fehler zukünftig zu vermeiden. In der Praxis werden beispielsweise Einnahmen und Ausgaben sowie ihre Buchungen kontrolliert, Leistungsbewilligungen und -ablehnungen rechtlich überprüft oder auch kasseninterne Verfahren begutachtet. Im Gegensatz zur Aufsichtsabteilung muss der PDK jedoch ohne jede Sanktionsmöglichkeit auskommen, wenn er ein Fehlverhalten festgestellt hat. Er hat nicht die Möglichkeit, Rechtsverletzungen nach erfolgloser förmlicher Beratung mittels Verpflichtungsbescheid durchzusetzen. Seine Tätigkeit ist allein auf Überzeugung und Kooperation angelegt. Gleichwohl ist der PDK kein zahnlöser Tiger. Werden seine Empfehlungen von der geprüften Kranken- bzw. Pflegekasse oder Arbeitsgemeinschaft nicht akzeptiert, so kann er die Rechtsaufsicht bitten, Rechtsverletzungen mit aufsichtsrechtlichen Mitteln zu beheben.

Zur Erfüllung dieses gesetzlichen Beratungsauftrags ist es auch im digitalen Zeitalter unverzichtbar, Prüfungen teilweise vor Ort durchzuführen. Da die Kassen hochspezialisiert sind und Aufgaben zunehmend in Fach- oder Kompetenzzentren erledigen, hat auch der PDK bereits vor Jahren in jeder seiner Außenstellen und am Standort Bonn Fachprüfgruppen gebildet, die aus jeweils 3 bis 5 Personen bestehen und besondere Prüffelder abdecken. Die Koordination der einzelnen Prüfungen in fachlicher wie auch zeitlicher Hinsicht erfolgt schwerpunktmäßig über die beiden Steuerungsreferate in Bonn.



Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht zur Anzahl der verschiedenen durchgeführten Prüfungen und Prüfarten in den Jahren 2020 und 2021, die deutlich die Besonderheiten dieser Prüfjahre widerspiegelt. Wie im Tätigkeitsbericht 2020 (S. 30) bereits prognostiziert, ist die Zahl der durchgeführten Prüfungen in 2021 im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunken. Dies liegt im Aufwand begründet, der für die Sonderprüfungen nach § 408 SGB V

(siehe gesonderter Abschnitt) auch in 2021 aufgewandt werden musste. In 2021 wurden die Erstellungs- und Bereinigungsprüfungen als Teile der systematischen Prüfungen bei allen bundesunmittelbaren Kassen (weiter) durchgeführt. Da auch in 2022 noch erheblicher Aufwand für die sog. Vollprüfungen entsteht, wird auch das Jahr 2022 kein „normales Prüfjahr“ insbesondere bei Beratungsprüfungen (§ 274 SGB V/§ 46 SGB XI) sein.

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2020	Durchgeführte Prüfverfahren 2021
Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI		
Standardprüfungen	41	26
▪ Allgemeine Verwaltung	8	2
▪ Finanzen/Kassensicherheit	9	4
▪ Mitgliedschaft/Beiträge	0	0
▪ Leistungen Krankenversicherung	11	5
▪ Leistungen Pflegeversicherung	8	6
▪ DRG	0	4
▪ EDV/Informationstechnik	5	5
Sonderprüfungen	8	1
▪ Finanzstatus	0	1
▪ IT-Systemprüfungen im Rahmen der Prüfungen nach § 410 SGB V	8	0
Schwerpunktprüfungen	10	2
▪ Leistungen Krankenversicherung	10	2
▪ Leistungen Pflegeversicherung	0	0
▪ Mitgliedschaft/Beiträge	0	0
Prüfungen nach § 252 SGB V		
Standardprüfungen	13	14
Sonderprüfungen	2	0
Prüfungen nach § 42 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung		
▪ Versichertenzeiten/DMP	66	1
▪ Morbi-RSA	0	65
Prüfungen nach § 408 SGB V		
	69	69
Summe Prüfungen	209	178

Fernzugriffe bei Prüfungen

Die besonderen Herausforderungen durch die Corona-Pandemie betrafen 2021 auch das Prüfgeschäft. Um die Aufgaben unter den weiter bestehenden Einschränkungen z. B. bei den örtlichen Erhebungen erfüllen zu können, hat der Prüfdienst auch in 2021 die Möglichkeiten des elektronischen Datenaustausches sowie von Fernzugrif-

fen auf Systeme der Träger genutzt und weiter ausgebaut. Diese Möglichkeiten erleichtern einerseits die Arbeit des Prüfdienstes unter Pandemiebedingungen bzw. lassen ein Arbeiten überhaupt zu und führen bisweilen auch zu einer Beschleunigung von bestimmten Arbeitsabläufen. Andererseits bringen diese Lösungen aber im Vergleich zum Arbeiten ohne Pandemiebedingungen einen erheblichen Mehraufwand mit sich. So können nicht alle für die Prü-

fung relevanten Daten über diese Lösungen eingesehen werden, da Informationen auch in anderen Systemen der Kasse neben dem Basissystem vorgehalten werden. Nicht alle Krankenkassen können überdies bereits sichere Verfahren ermöglichen.

Eine verstärkte Nutzung des bereits zuvor implementierten elektronischen Datenaustauschs des Prüfdienstes mit den Krankenkassen, über den Informationen und Daten sicher ausgetauscht werden können, bedeutet in Pandemiezeiten für alle Beteiligten zusätzlichen Aufwand. Die Krankenkassen sind beispielsweise durch das Herausuchen der angeforderten Informationen und der Prüfdienst durch Anforderung und Zuordnung der übermittelten Daten stark gefordert. In der Praxis führte dies wiederholt zu zeitlichen Verzögerungen im Prüfablauf, obwohl Reisezeiten entfielen. Begleitende Vor-Ort-Prüfungen, die diese Probleme aufgefangen hätten, konnten aber vielfach nicht durchgeführt werden. Noch immer führt die Pandemiesituation zu Zusatzbelastungen. Nur durch den besonderen Einsatz aller Beteiligten konnte die Prüffähigkeit erreicht und ein „Leerlauf“ vermieden werden.

Die Erfahrungen zeigen deutlich, dass auch künftig digitale Lösungen verstärkt Elemente der Prüfverfahren bilden werden. Sie können einen persönlichen Austausch und insbesondere Vor-Ort-Prüfungen aber nicht ersetzen. Auch wenn Aspekte des digitalen Wandels binnen kürzester Zeit im Prüfdienst umgesetzt und implementiert wurden und sich dies von Beginn an bewährt hat, bedarf es noch einer Vielzahl weiterer Schritte, um ein verstärkt digitales Arbeiten mit den Krankenkassen und weiteren Beteiligten zu praktizieren.

Sonderprüfung Bestandsbereinigung

Auch das vergangene Jahr war geprägt durch die Sonderprüfungen. Inhaltlich ging es weiterhin um die Frage, ob die Bestandsbereinigungen der freiwilligen Versicherungsverhältnisse seitens der gesetzlichen Krankenkassen regelmäßig durchgeführt wurden. Nähere Einzelheiten zum Prüfgegenstand und -vorgehen finden sich im Tätigkeitsbericht 2020 (S. 31 bis 33).

Diese Prüfungen nahmen – neben den Prüfungen des Risikostrukturausgleichs (§ 20 RSAV) – den überwiegenden Teil der Personalressourcen des PDK im BAS in Anspruch und ließen weiterhin kaum Raum für weitere Prüfungen wie z. B. Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI. Neben der fachlichen Komplexität und dem besonderen Aufwand dieser Sonderprüfungen standen die Prüfverfahren auch im vergangenen Jahr unter dem Eindruck der mit Corona-Schutzmaßnahmen einhergehenden eingeschränkten Prüfmöglichkeiten (siehe auch Abschnitt Fernzugriffe).

Zur Erfüllung des gesetzlichen Prüfauftrages konzipierten die Prüfdienste ein zweistufiges Prüfverfahren:

- systematische Prüfungen (untergliedert in Erstellungs- und Bereinigungsprüfungen) und
- ggf. Vollprüfungen.

Die bereits im Jahr 2019 begonnenen **Prüfungen des Erstellungsverfahrens** der Satzarten 112¹ (Erstellungsprüfung), basieren auf einem quantitativen Ansatz, mit insgesamt rund 17.350 Stichprobenfällen, sowie einem qualitativen Ansatz, in welchem ergänzend auf Grundlage der vorgelagerten Plausibilitäts- und Systemprüfung die Prüfung besonderer Fallkonstellationen erfolgt, um (kassenspezifische, dennoch systematische) Verfahrenfehler zu erkennen. Die Erstellungsprüfungen wurden im vergangenen Jahr fortgeführt und abgeschlossen. Ziel der Erstellungsprüfung sowie der vorgelagerten Prüfschritte war es festzustellen, ob der durch die Krankenkassen gemeldete Datenbestand an freiwilligen Versicherungsverhältnissen vollständig und korrekt erfolgte und somit eine geeignete Grundlage für eine korrekte Bereinigung der Versicherungsverhältnisse durch die Krankenkassen bildete. Bei acht von 68 bundesunmittelbaren Krankenkassen stellte der PDK fest, dass die übermittelten Satzarten 112 unvollständig waren und deshalb Datensätze nachgeliefert werden mussten. Die Nachlieferungen umfassten insgesamt rund 4.400 Datensätze. Für den Prüfdienst bedeutete dies erheblichen zusätzlichen Aufwand, da einige Prüfschritte erneut anfielen.

1 Freiwillige Versicherungsverhältnisse ohne in Anspruch genommener Leistungen und ohne gezahlte Beiträge

Der PDK setzte im vergangenen Jahr ebenfalls die **Be-
reinigungsprüfungen** – mit insgesamt rund 16.850 Stich-
probenfällen – fort. Diese Prüfungen konnten bei 66 von
68 Krankenkassen durchgeführt werden und zeigten rund
500 Fehlerfälle.

12 dieser 66 Krankenkassen verfehlten die zulässigen
Fehler-Schwellenwerte; an **Vollprüfungen** der Satzarten
112 führte somit kein Weg vorbei. Für den PDK hat dies
zur Konsequenz, dass insgesamt rund 36.750 Stichpro-
benfälle zusätzlich zu überprüfen sind. Zum Teil began-
nen diese Prüfungen bereits zum Ende des vergangenen
Jahres. Der ganz überwiegende Teil dieses Prüfschrittes
erfolgt in 2022.

Der PDK setzt alles daran, die Sonderprüfungen bis zum
Ende des ersten Quartals 2023 abschließen zu können.

Prüfungen nach § 20 RSAV

Aufgrund des turnusbedingten jährlichen Wechsels stan-
den im vergangenen Jahr bei den obligatorischen Prü-
fungen der Datenmeldungen zum Risikostrukturausgleich
die Prüfungen der Morbiditätsdatenmeldungen (geprüf-

tes Ausgleichsjahr (AJ): 2016) an. Für den Prüfdienst galt
es, insgesamt 65 Datenmeldungen bundesunmittelbarer
Krankenkassen zu prüfen. Bis auf zwei Kassen, deren Prü-
fung sich aufgrund zu klärender fachlicher Fragen noch
in das laufende Jahr erstrecken, konnten alle Prüfungen
plangemäß zum Ende des vergangenen Jahres abge-
schlossen werden.

Mit den Prüfungen soll geklärt werden, ob die von den
Krankenkassen gemeldeten Arzneimittel, Diagnosen etc.
zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich
auch tatsächlich belegt waren und die darauf basieren-
den Auszahlungen zu Recht erfolgten. Die für den Prüf-
dienst sehr zeitaufwändigen Prüfungen zeigten erneut,
dass die Datenmeldungen der Krankenkassen zum Risiko-
strukturausgleich – von wenigen Ausnahmen abgesehen
– weitgehend korrekt erfolgten. Gegenüber den voraus-
gegangenen Prüfungen früherer Jahre zeigte sich eine
kontinuierliche Verbesserung der Datenqualität. So lag
die Anzahl der fehlerhaften Datensätze bei allen bundes-
unmittelbaren Krankenkassen – ohne Berücksichtigung
der noch laufenden zwei Prüfungen – bei 914 und damit
erneut deutlich unter den Werten der Vorjahre (Prüfung
AJ 2014: 1.829; Prüfung AJ 2012: 3.186; Prüfung AJ 2010:
4.401).

	Aus- gleichs- jahr 2010		Aus- gleichs- jahr 2012		Aus- gleichs- jahr 2014		Aus- gleichs- jahr 2016		Veränderung	
			Veränderung				Veränderung		Veränderung	
			absolut	relativ			absolut	relativ	absolut	relativ
Anzahl der Prüfobjekte	80	69	-11	-13,75%	65	-4	-5,80%	65	-	0%
Anzahl der fehler- haften Datensätze	4.401	3.186	-1.215	-27,61%	1.829	-1.357	-42,59%	914 *	-915	-50,03%

* nicht berücksichtigt sind die Anzahl der fehlerhaften Datensätze der zwei noch laufenden Prüfungen

	Ausgleichsjahr 2014 (Prüfjahr 2019)	Ausgleichsjahr 2016 (Prüfjahr 2021)	Veränderung	
			absolut	relativ
Datenanzahl der Stichprobensatzarten				
Stammdaten	137.222	136.949	-273	-0,20%
Arzneimitteldaten	1.390.264	1.420.427	30.163	2,17%
stationäre Diagnosen	125.504	133.633	8.129	6,48%
ambulante Diagnosen	1.582.771	1.695.648	112.877	7,13%
gesamt	3.235.761	3.386.657	150.896	4,66%
Datenanzahl „örtliche Erhebungen“				
Stammdaten	7.671	8.019	348	4,54%
Arzneimitteldaten	12.118	7.505	-4.613	-38,07%
stationäre Diagnosen	2.101	1.154	-947	-45,07%
ambulante Diagnosen	5.559	3.459	-2.100	-37,78%
gesamt	27.449	20.137	-7.312	-26,64%
Anteil maschinell geprüfter Fälle				
Anzahl Stichprobe gesamt	3.386.657			
abzgl. Anzahl „örtliche Erhebungen“ gesamt	20.137			
gesamt	3.366.520			

Die zu prüfende Stichprobe umfasste rund 137.000 Versicherte. Bei 65 bundesunmittelbaren Krankenkassen bedeutete dies einen Durchschnitt von rund 2.100 Versicherten pro Krankenkasse. Insgesamt umfasste die Prüfung für die Stichprobenversicherten fast 3,4 Mio. zu prüfende Datensätze. Im Rahmen der „örtlichen Erhebungen“, die z.T. auch im Rahmen von Fernzugriffen erfolgten (siehe Abschnitt „Fernzugriffe“), galt es Belege zu gut 20.000 Datensätzen zu prüfen, da diese nicht durch maschinelle Prüfungen zugeordnet werden konnten. Im Vergleich zur Vorprüfung, in der noch rund 27.500 Datensätze im Rahmen „örtlicher Erhebungen“ geprüft werden mussten, spricht auch dies für eine weitere Verbesserung der Datenqualität.

Prüfungen der sonstigen Beiträge

Diese Prüfungen dienen dazu, die Einnahmen des Gesundheitsfonds sicherzustellen und wurden vom Gesetzgeber in § 252 Abs. 5 SGB V und der dazu erlassenen Rechtsverordnung (Prüfverordnung sonstige Beiträge) festgelegt. Dabei wird anhand von Stichproben kontinuierlich überprüft, ob die Krankenkassen die sog. „sonstigen Beiträge“ korrekt festsetzen, bei den Mitgliedern einziehen und an den Gesundheitsfonds weiterleiten. Unter dem Sammel-

begriff der „sonstigen Beiträge“ werden alle Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung erfasst, die nicht von den Arbeitgebern oder anderen Institutionen festgesetzt werden, wie z.B. die Krankenversicherungsbeiträge, die von selbständig Erwerbstätigen zu zahlen sind, die sich freiwillig gesetzlich versichert haben.

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

Im Jahr 2021 hat der PDK 14 Prüfungen abgeschlossen und die Ergebnisse an den Gesundheitsfonds übermittelt. Dabei wurden unter anderem mehr als 3.600 versichertenbezogene Stichprobenfälle überprüft. Der ermittelte Gesamtschaden lag bei ca. 750.000 Euro.

Neben den Stichprobenprüfungen führt der PDK in geeigneten Teilbereichen Prüfungen auf systematische Fehler in der Beitragsbearbeitung durch. Die Ergebnisse werden

an die Rechtsaufsicht weitergeleitet. Dadurch wird sichergestellt, dass neben den Ergebnissen der Einzelfallprüfungen auch strukturelle Probleme weiterverfolgt werden, durch welche dem Gesundheitsfonds Einnahmen entgehen könnten. So werden zum Beispiel die Umsetzung von Gesetzesänderungen und die Inhalte von Arbeitsanweisungen zu verschiedenen Themen überprüft.

Erstmals einheitliches Stichprobenmodell für die Prüfung aller gesetzlichen Krankenkassen

Neben der Durchführung der Prüfungen bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen arbeitet der PDK im BAS eng mit den Prüfdiensten der Länder zusammen. Aktuelle Inhalte der Prüfungen werden fortlaufend miteinander abgestimmt. Im Jahr 2021 ist es nach besonders intensiven Beratungen gelungen, neben den Prüfinhalten auch die Prüfgrundlagen anzugleichen. Die Prüfdienste haben sich gemeinsam auf ein einheitliches bundesweit geltendes Stichprobenmodell für die versichertenbezogenen Einzelfallprüfungen geeinigt. Dadurch wurden die beiden bisher bestehenden Stichprobenmodelle abgelöst. Dabei hat das BAS die technischen Grundlagen für die Stichprobenziehung zur Verfügung gestellt und stellvertretend für die Prüfdienste der Länder die Anhörung beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen und beim Gesundheitsfonds durchgeführt.

Prüfungen nach § 274 SGB V/§ 46 SGB XI

Missachtung des Vier-Augen-Prinzips

Im Rahmen der Turnusprüfung auf dem Gebiet der Kassensicherheit fiel dem Prüfdienst auf, dass Auszahlungen bei einer Krankenkasse über einen längeren Zeitraum unter Missachtung des Vier-Augen-Prinzips geleistet worden sind. Die Krankenkasse hat über die Buchungsfunktion den Import von Zahlungsdaten vorgenommen und zur Zahlung angewiesen. Zurückzuführen ist dies auf die Einstellungen in der eingesetzten Buchungssoftware. Durch dieses Vorgehen sind Millionenbeträge zur Auszahlung gelangt. Der Krankenkasse war nicht bekannt, dass das „technische“ Vier-Augen-Prinzip außer Acht blieb und damit nicht der kasseninternen Anweisungslage entsprach. Die Prüffeststellung des Prüfdienstes veranlasste die Krankenkasse noch während der laufenden

Prüfung dazu, eine Änderung im Prozess zur Auszahlung vorzunehmen. Außerdem sagte die Krankenkasse gegenüber dem Prüfdienst eine Überprüfung aller geleisteten Zahlungen zu.

Sonderprüfung zur Feststellung des Finanzstatus

Anlässlich der personellen Veränderung im Vorstand überprüfte eine Krankenkasse Mitte des Jahres 2021 ihre Finanzlage und ihren Liquiditätsstatus. Dabei musste sie feststellen, dass Krankenhausrechnungen in erheblicher Höhe überfällig und nicht korrekt gebucht worden waren. Der Vorstand hat daraufhin das BAS informiert und vorsorglich eine drohende Zahlungsunfähigkeit angezeigt.

Der Prüfdienst hat die Vermögensbestände der Krankenkasse sowie die ordnungsgemäße Erfassung der Forderungen und Verpflichtungen umgehend geprüft. Ein Schwerpunkt dieser Prüfung bestand darin, zunächst die finanziellen Risiken für die Krankenkasse zu erheben und zu beurteilen, welche Auswirkungen die Zahlungsverpflichtungen auf die Entwicklung von Liquidität und Vermögen haben. Die Prüfung bestätigte, dass zum einen die Krankenausgaben des Jahres 2020 nicht periodengerecht abgegrenzt wurden und zum anderen Krankenhausrechnungen um vier bis sechs Wochen überfällig waren. Der Bericht des Prüfdienstes diente dem BAS als eine Grundlage für die Genehmigung einer von der Krankenkasse beschlossenen Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes. Aufgrund der daraufhin gestiegenen Einnahmen konnte der Liquiditätsengpass überwunden werden.

Ermittlung der anteiligen Personal- und Sachkosten der kassenindividuellen Pflegeberatung

Die Ermittlung und Verbuchung der anteiligen Personal- und Sachkosten der kassenindividuellen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erwies sich weiterhin als fehleranfällig. Das BAS hat in seinen Rundschreiben vom 20. März 2017 und 30. April 2019 Kriterien für eine vereinfachte Verbuchungsmethode aufgestellt. Danach kann je Beratungsfall mit Erstellung eines Versorgungsplans grundsätzlich ein Prozent der fallbezogenen Personal- und Sachkosten einer vollzeitbeschäftigten Pflegeberaterin oder eines Pflegeberaters in die Kontengruppe 49 gebucht werden. Bei einzelnen Pflegekassen war die vereinfachte Verbuchungsmethode nicht sachgerecht umgesetzt und Personalaufwendungen fehlerhaft ermittelt bzw. berechnet worden. Der PDK hat Neuberechnungen und rückwirkenden

de Korrekturbuchungen empfohlen, die die Träger auch umsetzen. In Klärung ist, ob eine Pflegekasse den Verhältniswert zwischen den Sach- und Personalkosten der Krankenkasse im Vorjahr zur Ermittlung der Sachkosten der Pflegeberatung nutzen kann. Die Pflegekasse beruft sich auf ein Besprechungsergebnis der Arbeitsgruppe Rechnungswesen und Statistik in der GKV und SPV beim GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit von Mai 2021. Für die abschließende Bewertung der Vorgehensweise hat der PDK die Rechtsaufsicht eingeschaltet.

Datenschutz bei der Abrechnung der Beratungseinsätze

Eine Reihe von Pflegekassen hat die Abrechnung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI an Dienstleister ausgelagert. Die Beratungseinsätze sind von den Pflegebedürftigen je nach Pflegegrad halbjährlich bzw. vierteljährlich einmal abzurufen. Zielsetzung ist es, die Pflegesituation regelmäßig zu beobachten, potentielle Problembereiche zu erfragen, auf bestehende Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen und eine Hilfestellung für den Bedarfsfall zu signalisieren. Die beim Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse werden in einem Nachweisbogen dokumentiert. Es handelt sich dabei u.a. um persönliche Angaben des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson zum körperlichen oder psychischen Gesundheitszustand sowie zur Pflege- und Wohnsituation. Bei einigen Pflegekassen erhalten die Dienstleister von den Leistungserbringern zur Abrechnung den ausgefüllten Nachweisbogen nach Zustimmung der Pflegeperson. Für die Prüfung und Abrechnung der Kosten des Beratungsbesuchs wird der Nachweisbogen jedoch nicht benötigt. Erforderlich ist hierfür lediglich die Information, dass der Beratungseinsatz erbracht worden ist. Den Pflegekassen wurde deshalb empfohlen, das Verfahren datenschutzkonform durchzuführen.

Krankenhausabrechnungen

Krankenhausleistungen stellen weiterhin einen großen Kostenfaktor in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Nachdem mit dem MDK-Reformgesetz erstmals Prüfhöchstquoten zum 1. Januar 2020 für Prüfungen von Krankenhausabrechnungen über den Medizinischen Dienst festgelegt wurden, verfolgte der PDK bei seinen Prüfungen insbesondere das Ziel, die Auswirkungen des Gesetzes auf das Prüfgeschehen von Krankenkassen zu

durchleuchten. Hierbei war zu berücksichtigen, dass die für das Jahr 2020 ursprünglich vorgesehene Prüfquote von 12,5 Prozent auf Grund der Corona-Pandemie auf 5 Prozent reduziert und die Einführung des Prüfquotensystems verschoben wurde. Der PDK ging dennoch der Frage nach, wie sich die Rechtsänderung sowohl auf die Quantität als auch auf die Qualität der Interventionen, die Höhe der Einsparungen und die Wahl der Interventionsformen in der Praxis ausgewirkt haben. Nach Abschluss der Prüfungen stand fest, dass sich die Zahl der Interventionen über den Medizinischen Dienst im Durchschnitt um rund 60 % reduzierte. Gleichzeitig sanken die Einsparungen der Krankenkassen um rund 56 %, so dass die Netto-Einsparquoten (Quotient aus Einsparungen abzüglich gezahlter Aufwandspauschalen und Ausgaben) ebenfalls abnahmen, und zwar um 58 %. Obgleich nach der Intention des Gesetzgebers die Interventionsquote deutlich sank, blieb im Durchschnitt die Quote der erfolgreichen Interventionen annähernd gleich, wodurch der Interventionserfolg leicht zunahm. Der PDK stellte fest, dass immer noch rund jede zweite Intervention über den Medizinischen Dienst aufzeigte, dass Krankenhausleistungen fehlerhaft abgerechnet waren. Er empfahl daher den Krankenkassen, durch eine gezieltere Fallauswahl ihre Erfolgsquote zu erhöhen.

Nach wie vor sieht der PDK auch Optimierungspotential bei der Prüfung formaler Abrechnungsfehler. Dazu gehören insbesondere Fallzusammenführungen und Abschlüsse bei Verlegung. Diese Fälle können weiterhin ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes aufgegriffen werden; sie beeinflussen die maximale Prüfquote nicht.

Eine weitere Prüffeststellung besteht darin, dass vereinzelt Krankenkassen weiterhin Vereinbarungen mit Krankenhäusern über pauschale Abschlüsse auf die Abrechnung geltender Entgelte für Krankenhausleistungen vorsehen und damit die Prüfung der Wirtschaftlichkeit erbrachter Krankenhausleistungen oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung aushebeln. Da solche Vereinbarungen nicht zulässig sind, forderte der PDK die Krankenkassen auf, derartige Vereinbarungen zukünftig zu unterlassen.

Hilfsmittelversorgung – Verträge mit Leistungserbringern

Krankenkassen sind verpflichtet, Verträge über die Gewährung von Hilfsmitteln mit Leistungserbringern zu schließen. Um eine wohnortnahe Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten, ist dies flächendeckend und für alle Hilfsmittelproduktarten erforderlich.

Neben der Prüfung durch das Aufsichtsreferat des BAS (s. Seite 19) hat sich auch der PDK in seinen Prüfungen mit der Hilfsmittelversorgung der Versicherten und den hierfür erforderlichen Verträgen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern beschäftigt. Dabei fiel auf, dass Krankenkassen mitunter der nötige Überblick über die für sie geltenden und von ihnen selbst, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften geschlossenen Verträge fehlte. Keiner der durch den PDK geprüften Versicherungsträger zeigte sich in der Lage, für jede im sog. Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Hilfsmittelproduktarten erforderliche Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern vorzuweisen.

Über den reinen Vertragsschluss hinaus trägt die Krankenkasse die Verantwortung dafür, dass vertragliche sowie gesetzliche Pflichten auch eingehalten werden. Zur Sicherung der Qualität der Hilfsmittelversorgung hält der Gesetzgeber sog. Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen für unverzichtbar.

Vom Prüfdienst eingesehene Verträge enthielten häufig nicht alle elementaren Bestandteile. Es fehlten z. B. Regelungen zu Versorgungsleistungen, für die von Versicherten keine Mehrkosten zu zahlen sind.

Im Bereich der Qualitätskontrolle erkannte der Prüfdienst weiteren Handlungsbedarf. Dort, wo Regelungen vorgesehen waren, fehlte es dann jedoch an der Installation einer systematischen Überprüfung. Ausschließlich anlassbezogene Supervisionen, wie etwa initiiert durch Versichertenbeschwerden, erachtet der PDK als nicht ausreichend.

Aufgabe der Krankenkassen ist es überdies, Versicherte über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und die wesentlichen Inhalte der Verträge im Internet zu informieren. Auch dieser Verpflichtung kamen die geprüften Krankenkassen – wie auch in Aufsichtsprüfungen festgestellt – nicht in ausreichendem Maße nach.

Nach entsprechender Beratung sagten die betroffenen Krankenkassen zu, die rechtlichen Vorgaben künftig einzuhalten.

IT Prüfungen

Softwareprüfung

Eine Softwareprüfung hatte zum Ziel, den Prozess der Annahme und Weiterleitung systematischer Datenlieferungen Dritter an die Fachverfahren in eine Standardsoftware näher zu betrachten. Die Prüfung erfolgte gemeinsam mit dem Prüfdienst NRW im Rahmen der ADV-Arbeitsgemeinschaft der Prüfdienste des Bundes und der Länder. Im Vordergrund standen Aspekte der Prozesssicherheit, Dokumentation, Datenintegrität, Revisionsicherheit sowie manuelle Eingriffsmöglichkeiten.

Der GKV-Spitzenverband hat in den Technischen Anlagen zu jedem Verfahren grundsätzliche Festlegungen und Richtlinien zur Abwicklung des jeweiligen Datenaustauschs festgeschrieben und dargestellt. Im Verlauf der Prüfung stellte sich heraus, dass in Einzelfällen eine andere Fehlerbehandlung vorgenommen wurde als durch den GKV-Spitzenverband vorgegeben. Hierbei kam eine Standardfunktionalität der Software für die Duplizierung von Dateien und zur Änderung des Inhaltes der erzeugten Kopie zur Anwendung. Die Funktion „Duplizieren“ kann im Einzelfall notwendig sein, um bei einem Bearbeitungsabbruch schnell reagieren und die Verarbeitung fortzusetzen zu können oder um bei Software- und Systemfehlern handlungsfähig zu sein. Es besteht aber das Risiko, dass durch die Duplizierung und eine anschließende Korrektur der Originaldaten die inhaltliche Veränderung der gelieferten Daten nicht mehr nachvollzogen werden kann und so die Daten möglicherweise ihre Belegwirkung verlieren.

Zur Lösung des Problems sagte die Krankenkasse zu, dass der Dienstleister einen Prozess zur Ermittlung der duplizierten Dateien integriert. Die duplizierten Dateien bei Software- bzw. Systemfehlern werden nun bewertet und kontrolliert und die ordnungsmäßige Durchführung des Duplizierens wird für die Prüfzwecke im System revisionsicher festgehalten.

Internetpräsenz

Die noch relativ neuen Prüfungen der Webauftritte von Trägern wurden in 2021 weitergeführt. Diese Beratungsprüfungen sollen den Versicherungsträgern bei der gesetzeskonformen Gestaltung der Webseiten helfen. Dabei stehen die Prüfthemen Datenschutz, Datensicherheit, Gestaltung der Webseite, Barrierefreiheit, sowie vertragliche und rechtliche Voraussetzungen beim Betrieb der Webseite im Vordergrund.

Bei den Prüfungen im Jahr 2021 zeigte sich, dass immer noch viele Versicherungsträger auf ihren Webseiten die E-Mail-Adressen von Beschäftigten veröffentlichen. Diese Verfahrensweise impliziert die Gefahr, Opfer von Spam-Attacken zu werden. Spam-Attacken bilden in Form von Phishing-Mails ein ernstzunehmendes Sicherheitsrisiko. Dasselbe gilt auch für Schadprogramme, die Cyberkriminelle mit Vorliebe in E-Mail-Anhängen verstecken. Dabei haben sich bereits viele verschiedene Methoden etabliert, um Spambots den Zugriff auf die E-Mail-Adressen zu erschweren, ohne dabei die Informationspflichten, die im Telemediengesetz verankert sind, zu verletzen. Als Klartext formulierte E-Mail-Adressen können z. B. durch eine Graphik ersetzt werden, hinter der dann die E-Mail-Adresse liegt.

Des Weiteren wurden auf Webseiten verschiedene Angebote anderer Dienstleister mittels sogenannter Inlineframes (IFrames) eingebunden, ohne dass in der Datenschutzerklärung explizit darauf hingewiesen wurde. Eine Problematik liegt dabei darin, dass für die Nutzenden die Herkunft der fremden Inhalte auf den ersten Blick nicht erkennbar ist und dass bei ihnen generell der Eindruck entstehen kann, es handle sich um Inhalte des Webseiten-Inhabers. Zudem sind die Drittanbieter in der Lage, Cookies und Tracking-Informationen von den Rechnern der Webseitenbesucher auszulesen. Beim Anzeigen eines IFrames auf einer Webseite können im Rahmen des Aufrufs der Webseite durch den Nutzer die IP-Adresse, die URL der Zielseite sowie die Uhrzeit an Dritte übertragen werden.

Der PDK empfahl, für die zulässigen IFrames die Datenschutzerklärung nachzuholen und die unzulässigen IFrames zu ersetzen oder zu entfernen.

Schwerpunktprüfung: Amtliche Statistiken

In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber nach § 79 Abs. 1 SGB IV weitere amtliche Statistiken neu in der GKV eingeführt. So wurden mit den BMG-Erlassen vom 29.01.2020 die Beitragsschuldenstatistik KB 9 und am 21.06.2019 die Statistik über die Versorgungsbezüge KB 4 sowie die Statistik über die Leistungsmengen im Krankenhaus KG 6 aufgenommen. Die Beitragsstatistiken dienen dabei dem Gesundheitsfonds und erlangen darüber eine politische Aufmerksamkeit auch als Erkenntnisquelle für mögliche Gesetzgebungsvorhaben. Die Erstellung der Statistiken hat nach einheitlichen Grundsätzen zu erfolgen, wobei die Inhalte kassenartenübergreifend in den Meldeanleitungen festgeschrieben sind.

Die Prüfdienste des Bundes und der Länder verständigten sich im Februar 2021 darauf, die Prüfungen der softwaretechnischen Erstellung der amtlichen Statistiken der letzten Jahre fortzuführen und weitere amtliche Statistiken zu überprüfen. Die Prüfungen der drei oben genannten neu eingeführten Statistiken erfolgten unter der Federführung des BAS. Neben einem aufgestellten Vorgehensmodell entwickelte das BAS Prüfhilfen, um alle Kassenarten sowie die GKV-Basissoftware gleichartig prüfen zu können. Inhaltlich ging es um die Bewertung der fachlichen und technischen Konzepte, Programmdokumentationen und das Testverfahren der abzugebenden amtlichen Statistiken.

Als Ergebnis aus den Prüfungen lässt sich festhalten, dass bei einigen Krankenkassen die Fachkonzepte nicht aktuell gepflegt oder fehlerhaft waren. Außerdem zeigten sich Defizite bei Testverfahren und qualitätssichernden Maßnahmen; diese erwiesen sich zum Teil als nicht umfänglich genug oder die Testdokumentation war nicht nachvollziehbar.

Hinsichtlich der weiteren Prüffeststellungen der amtlichen Statistiken KB 4, KG 6 und KB 9 zeigten sich u. a. folgende Auffälligkeiten:

Bei der **Prüfung der Statistik über die Versorgungsbezüge KB 4** stellte sich heraus, dass Versichertengruppen im Erstellungsprozess nicht berücksichtigt (Anwartschaftszeitversicherte mit Versorgungsbezug), zu Unrecht erfasst (freiwillige Versicherungsverhältnisse, die sich in Klärung befinden), bzw. falsch zugeordnet wurden (Versicherte

ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sowie Rentenantragsteller).

Des Weiteren wurde die Meldeanleitung zur Ermittlung der Anzahl der Mitglieder mit beitragspflichtigem Versorgungsbezug von den Prüfobjekten unterschiedlich interpretiert und umgesetzt. Zur Lösung der inhaltlichen Problematik soll über das BMG eine grundsätzliche Klärung in der Arbeitsgruppe Rechnungswesen und Statistik in der GKV und SPV herbeigeführt werden.

Bei der Prüfung der **Statistik zu Leistungsmengen im Krankenhaus KG 6** konnten bei mehreren Prüfobjekten an diversen Stellen des Erstellungsprozesses bzw. innerhalb der Plausibilitätsprüfung verzichtbare Programmabfragen ausgemacht werden, beispielsweise bei der Ermittlung von nicht relevanten Haupt- bzw. Entlassungsdiagnosen der Krankenhausfälle.

Hinsichtlich der Prüfung der **Beitragsschulden-Statistik KB 9** fiel u.a. auf, dass Versichertengruppen den falschen Schlüsselnummern zugeordnet (freiwillig versicherte BeamtInnen), bzw. in der Erfassung nicht berücksichtigt (Rentenantragsteller nach § 189 SGB V) wurden.

Im Teil 3 der Statistik KB 9 „Beitragseinnahmen und -schulden sowie Anzahl der freiwilligen Mitglieder – Arbeitnehmer (nur Firmenzahler)“ stellte der PDK außerdem fest, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag keine Berücksichtigung fand.

Der Prüfdienst hat die Prüfobjekte hinsichtlich der Auffälligkeiten dahingehend beraten, in den festgestellten Sachverhalten eine Änderung in der Ermittlung der Daten vorzunehmen und sich künftig an den Regelungen der Meldeanleitung auszurichten.

Die Krankenkassen und Entwicklungsgesellschaften nahmen die vorgenommenen Prüfungen durchweg positiv auf. Eine Einbeziehung der noch verbliebenen Statistikbereiche in die weitergeführten Prüfungen sowie Wiederholungsprüfungen sind daher sinnvoll, um auch künftig sicherstellen zu können, dass die abgegebenen amtlichen Statistiken auf validen Daten beruhen und auch für weitergehende Zwecke herangezogen werden können.

A close-up photograph of a pink highlighter marking a cell in a spreadsheet. The highlighted cell contains the number 32.238,28. Other numbers are visible in the surrounding cells, such as 38.345,18, 27.146,94, and 87.323,56.

87.323,56	87.323,56
27.146,94	87.323,56
32.238,28	87.323,56
38.345,18	87.323,56
9.486,84	87.323,56
09,08	87.323,56
08	87.323,56
59.512,28	87.323,56
68.087,18	87.323,56
87.489,12	87.323,56
22.984,32	87.323,56
87.323,56	87.323,56
87.323,56	87.323,56



4. Rentenversicherung

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

4.1 Themen der Aufsicht

Bearbeitungszeiten der DRV Bund

Das BAS haben im Jahr 2021 mehr Beschwerden über die verzögerte Bearbeitung von Rentenanträgen durch die DRV Bund erreicht als jemals zuvor. Zahlreiche Versicherte haben sich an das BAS gewandt, weil ihr Antrag auf Altersrente, Erwerbsminderungsrente, Witwen- bzw. Witwerrente oder Waisenrente noch nicht bearbeitet wurde. Neben den Auswirkungen der Corona-Pandemie verursachten die Umstellung auf die digitale Vorgangsbearbeitung und insbesondere Rückstände bei der Scanstelle der DRV Bund die Verzögerungen. Die Einführung des Programms zur Prüfung des Grundrentenzuschlags im Juli 2021 hat zu weiteren Problemen geführt. In bestimmten Fallkonstellationen konnte hierdurch die maschinelle Rentenberechnung zunächst nicht mehr erfolgen.

Das BAS hat die DRV Bund zum einen darauf hingewiesen, dass die Auszahlung existenzsichernder Leistungen absolute Priorität haben muss. Zum anderen hat das BAS gefordert, dass Vorschüsse ausgezahlt werden, wenn die Renten nicht rechtzeitig zum Rentenbeginn bewilligt werden und dass die Versicherten über Verzögerungen informiert werden.

Die DRV Bund hat ihre Sachbearbeitung entsprechend sensibilisiert und eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um die Laufzeiten zu verkürzen. Bei der Scanstelle gibt es seit Herbst 2021 keine Rückstände mehr und die Probleme aufgrund des Grundrentenzuschlags sind inzwischen behoben. Die DRV Bund hat zudem alle Alters- und Hinterbliebenenrenten der Versicherten, die sich beim BAS beschwert hatten, bewilligt und ausgezahlt.

Verzögerungen bei Gewährung von Übergangsgeld

Um die wirtschaftliche Versorgung der Versicherten während einer Leistung zur Teilhabe (z. B. medizinische Rehabilitation, Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben) zu sichern, kann ein Anspruch auf Übergangsgeld als unterhaltssichernde und ergänzende Leistung bestehen. Bei der Auszahlung von Übergangsgeld kam es in vielen Fällen zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen. Betroffene Versicherte beklagten finanzielle Schwierigkeiten und wandten sich daher hilfesuchend an das BAS. Aufgrund der hohen Anzahl der Fälle wurde seitens des BAS ein sog. vereinfachtes Verfahren etabliert, um unverzüglich durch die Rentenversicherungsträger in der Mehrzahl der Fälle eine schnelle Lösung des Problems herbeizuführen. Es erfolgte in der Regel eine zeitnahe Auszahlung des zustehenden Übergangsgeldes. Der Hintergrund der verzögerten Bearbeitung seitens der DRV Bund ist insbesondere in der pandemiebedingt hohen Arbeitsbelastung zu sehen. Die Arbeitsbelastung wurde darüber hinaus durch Digitalisierungsprozesse, die Einführung des Grundrentenzuschlags sowie personelle Maßnahmen verstärkt. Das BAS steht im intensiven Kontakt mit der DRV Bund, wie zukünftig die o. g. zeitlichen Verzögerungen minimiert werden können.

Mangelhafte telefonische Erreichbarkeit der DRV Bund

In sehr vielen Eingaben und Petitionen, die an das BAS herangetragen wurden, wurde die mangelnde telefonische Erreichbarkeit der DRV Bund moniert. Durch die schriftlichen Prüfverfahren des BAS konnten viele Anliegen der Versicherten geklärt werden, die insbesondere dadurch entstanden, dass die Anliegen mit der zuständigen Sachbearbeitung des Rentenversicherungsträgers nicht telefonisch besprochen werden konnten. U. a. aufgrund der oben beschriebenen Verzögerungen und Rückstände in der Sachbearbeitung wurden kaum Ressourcen für Telefongespräche vorgehalten. Zwar verfügt die DRV Bund über mehrere Servicehotlines und Onlineangebote mit Rückrufservice, die fortlaufend erweitert und angepasst werden. Dennoch wurde sie dem Klärungsbedarf der Versicherten nicht im ausreichenden Maße gerecht. Auch hierzu ist das BAS im Austausch mit der DRV Bund.

Pilotprojekt Bad Aibling: „Ein Standort – ein Träger“

Die DRV Bund betreibt in Bad Aibling eine Rehabilitationsklinik, die Klinik Wendelstein, mit 253 stationären und zehn ganztägig ambulanten Behandlungsplätzen. Die Rheumaklinik Bad Aibling der DRV Nordbayern ist eine Rehabilitationsklinik mit 145 stationären Betten. Sowohl die Klinik Wendelstein als auch die Rheumaklinik Bad Aibling weisen die gleichen Indikationsschwerpunkte Orthopädie und Rheumatologie aus. Beide Kliniken kooperieren bereits in vielen Bereichen miteinander und verfügen über eine gemeinsame kaufmännische und ärztliche Klinikleitung. Zur langfristigen Standortsicherung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit haben die DRV Bund und die DRV Nordbayern 2021 beschlossen, die beiden Kliniken unter der Trägerschaft der DRV Bund zu fusionieren. Die Fusion erfolgte zum 1. Januar 2022.

Es handelt sich um ein erstes Pilotprojekt zweier Träger der Deutschen Rentenversicherung. Ziel ist die Verbesserung der Kooperation und der Wirtschaftlichkeit der Rehabilitationskliniken an einem sogenannten Mehrfachstandort (mehrere DRV-Träger betreiben Rehabilitationskliniken an einem Standort). Das dem Pilotprojekt zugrundeliegende Kooperationskonzept sieht vor, dass

grundsätzlich ein DRV-Träger alle Kliniken an einem Standort übernimmt. Durch diese Zentralisierung ergeben sich Synergieeffekte in vielen Bereichen. So können etwa die vorhandenen Personalressourcen besser genutzt werden. Das BAS unterstützt grundsätzlich das Konzept der Deutschen Rentenversicherung und hat den Erwerb der Rehabilitationsklinik der DRV Nordbayern durch die DRV Bund genehmigt. Im Genehmigungsverfahren standen wettbewerbsrechtliche und haushaltsrechtliche Fragen im Vordergrund. Die DRV Bund hatte darzulegen, dass der Erwerb der Rehabilitationsklinik nicht nur aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung, sondern auch aus ihrer Sicht wirtschaftlich ist. Das BAS wird nach der Genehmigung weiterhin prüfen, ob der fusionierte Klinikbetrieb funktioniert und die vorgetragenen Synergieeffekte umgesetzt werden. Zu bedenken ist, dass die Corona-Pandemie 2020 und 2021 zu erheblichen Einschränkungen bei der Belegung aller Rehabilitationskliniken geführt hat, so dass eine abschließende Bewertung erst nach Ende der Pandemie möglich sein wird. Da die beiden DRV-Träger weitere Fusionsprojekte angekündigt haben, ist es zielführend, aus dem Pilotprojekt zu lernen und für die Folgeprojekte Konsequenzen zu ziehen.

Coronatests vor dem Antritt einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

Die unter der Aufsicht des BAS stehenden Träger der gesetzlichen Rentenversicherung übernehmen keine Kosten für erforderliche Coronatests vor Antritt einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Die Kostenübernahme richtet sich nach der Coronavirus-Testverordnung in der jeweils gültigen Fassung. Vor diesem Hintergrund ist es aufsichtsrechtlich nicht zu beanstanden, dass die Kostenerstattung seitens der DRV Bund bzw. der DRV KBS verweigert wurde.

AAÜG-Erstattung von Aufwendungen für Zusatzversorgungsleistungen

Bei der im Rahmen des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes (AAÜG) vom Bund gegenüber der DRV Bund vorzunehmenden Erstattung von auf Zusatzversorgungszeiten basierenden Rentenleistungen sind auch Rentenbestandteile einzubeziehen, für die in der

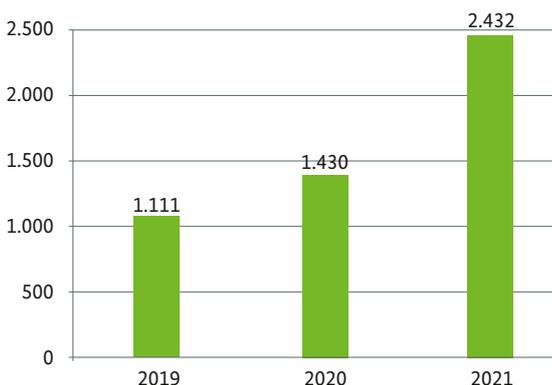
damaligen DDR von ehemals Zusatzversorgten Beiträge zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung (FZR) entrichtet wurden.

Ein Landesministerium hatte sich mit der Frage, ob eine Erstattung in diesen Fällen vorzunehmen ist, an das BAS gewandt. Das BAS hat daraufhin umfangreiche Erörterungen mit dem Grundsatz- und Querschnittsbereich der DRV Bund und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales geführt.

Es wurde entschieden, an dem bisherigen Verfahren festzuhalten und eine AAÜG-Erstattung auch bei erfolgter Beitragszahlung zur FZR vorzusehen. Dies lässt sich aus dem Wortlaut der AAÜG-Erstattungsverordnung herleiten. Rentenbestandteile aus dem oberhalb von 7.200 Mark jährlich liegenden Einkommen fallen danach in die AAÜG-Erstattung. Dies gilt aufgrund einer fehlenden Ausnahmeregelung unabhängig davon, ob gleichzeitig für diese Einkommensanteile Beiträge zur FZR gezahlt wurden. Durch die vorgenommene Klärung konnte für diesen Bereich zusätzliche Rechtssicherheit geschaffen werden.

Eingaben

Rentenversicherung Eingabenentwicklung



Das BAS hat im Jahr 2021 über 1.000 Eingaben aus dem Bereich Rentenversicherung mehr bearbeitet als im Jahr 2020. Der Schwerpunkt lag auf Beschwerden über die Bearbeitungsdauer von Rentenanträgen, die verzögerte Auszahlung von Übergangsgeld und die Probleme im Zusammenhang mit der telefonischen Erreichbarkeit der DRV Bund.

4.2 Prüfungen

Das BAS führt systematische Aufsichtsprüfungen bei den bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern DRV Bund und DRV KBS durch. Ziel der Prüfungen ist es, durch eine systematische Analyse der Fehlerquellen und Fehler-schwerpunkte eine fehlerfreie verfahrensrechtliche und materiell-rechtliche Rechtsanwendung sicherzustellen. Dabei bilden gesetzliche Neuregelungen und ihre Umsetzung in der Praxis einen Fokus in der Prüfthemenauswahl durch das BAS.

Im Jahr 2021 hat das BAS u. a. die im Vorjahr bei der DRV Bund und der DRV KBS eingeleiteten Prüfverfahren zum Thema „Sozialversicherungsabkommen“ abgeschlossen. Die aufsichtsrechtliche Prüfung erstreckte sich hierbei u. a. auf das zwischenstaatliche Antragsverfahren, die Feststellung von rentenrechtlichen Zeiten sowie die hierfür notwendigen Verwaltungsverfahren. Zudem wurden die Prüfverfahren zum Thema „Anrechnungszeiten“ beendet. Dieser Themenkomplex stellte einen wiederkehrenden Fehlerschwerpunkt dar, der in den vorhergehenden Prüfverfahren festgestellt worden war. Der Fokus dieser Prüfungen lag auf der zutreffenden Berücksichtigung der verschiedenen Arten von Anrechnungszeiten sowie auf der Umsetzung gesetzlicher Neuregelungen.

Ebenfalls abgeschlossen hat das BAS die bei der DRV Bund und der DRV KBS durchgeführten Prüfverfahren zum Thema „Pflichtversicherung von Pflegepersonen“. Die aufsichtsrechtliche Prüfung erstreckte sich v. a. auf den Umgang mit Meldungen von Versicherungszeiten für Pflegepersonen, die bereits eine Altersrente beziehen und eine nicht erwerbsmäßige Pfllegetätigkeit neben dem Rentenbezug ausüben. Geprüft wurde zum Beispiel, ob der Rentenversicherungsträger aus den zu Recht gezahlten Beiträgen für diese Pfllegetätigkeit den Altersrentnerinnen und Altersrentnern bei Erreichen der Regelaltersgrenze rentensteigernde Zuschläge an Entgeltpunkten gewährt.

Das BAS hat außerdem die bei der DRV Bund und der DRV KBS durchgeführten Prüfverfahren zum Thema „Versorgungsausgleich“ abgeschlossen. Seit dem 1. September 2009 erfolgt die Umsetzung des Versorgungsausgleiches nicht mehr als Einmalausgleich in der gesetzlichen Rentenversicherung, sondern als interne oder externe Teilung jeden Anrechts. Die Prüfung konzentrierte sich u. a. auf die

vom Gesetzgeber getroffenen Regelungen zu Anpassungen der Anrechte wegen Unterhalt, Invalidität oder Tod, welche sich auch auf die Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung auswirken.

Prüfverfahren auf dem Gebiet „Leistungen zur Teilhabe“ (konkret: Prävention, Kinderrehabilitation und Nachsorge) wurden weitestgehend beendet, ebenso wie die turnusmäßigen Aufsichtsprüfungen bei beiden Rentenversicherungsträgern auf dem Gebiet „Versichertenrenten“.

Ferner hat das BAS im Jahr 2021 bei der DRV Bund und der DRV KBS Aufsichtsprüfungen u.a. auf den Gebieten „Beitragszahlung bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Rente wegen Alters“ und „Mütterrente II“ durchgeführt. Der Abschluss dieser Prüfungen erfolgt im Jahr 2022.

Beabsichtigen Personen die vorzeitige Inanspruchnahme einer Rente wegen Alters, können sie die hierdurch entstehenden Rentenminderungen – bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze – durch die Zahlung von Beiträgen ausgleichen. Seit dem 1. Juli 2017 ist eine Zahlung von Beiträgen bereits ab dem 50. Lebensjahr möglich. Immer mehr Versicherte nehmen diese Möglichkeit in Anspruch und leisten hohe Zahlungen an die gesetzliche Rentenversicherung. Gegenstand der Prüfung war die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, u. a. die korrekte Umrechnung der Beiträge in ausgeglichene Entgeltpunkte.

Anlass der Prüfung „Mütterrente II“ war die erneut verbesserte Abgeltung der Erziehung von vor 1992 geborenen Kindern im Rentenrecht seit dem 1. Januar 2019. Im Einzelnen hat das BAS schwerpunktmäßig geprüft, ob Versicherte, die bereits Kindererziehungszeiten für ein oder mehrere vor dem 1. Januar 1992 geborene Kinder erworben haben, nunmehr zusätzlich jeweils sechs Monate Kindererziehungszeit bzw. einen halben Entgeltpunkte je Kind gutgeschrieben bekommen haben. Es handelt sich hierbei um eine Neuregelung mit großer finanzieller Bedeutung.

Schließlich erfolgte im Jahr 2021 eine Aufsichtsprüfung zum Thema „Seemannsversicherung“ bei der Seemannskasse der DRV KBS. Hauptleistungen der Seemannskasse sind das Überbrückungsgeld sowie Leistungen vor und nach Erreichen der Regelaltersgrenze für aus der Seefahrt ausgeschiedene Seeleute, Küstenschiffer und Küstenfischer. Die Prüfung bezog sich auf die Gewährung und Berechnung dieser wesentlichen Leistungen der Seemannskasse und wurde Anfang 2022 abgeschlossen.





5. Unfallversicherung

5.1 Themen der Aufsicht

Mitwirkungsangelegenheiten

Auch im Jahr 2021 wurden dem BAS von den Unfallversicherungsträgern mehrere Satzungs- und Gefahr tariffänderungen zur Vorprüfung bzw. Genehmigung vorgelegt. Dabei wurde u. a. eine Satzungsregelung zur Erhebung von Beitragszuschlägen in Anlehnung an die hierzu ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung konkretisiert. In einem anderen Fall wurde die Satzung an eine veränderte Beitragserhebung angepasst. Die anlässlich einer früheren Trägerfusion in die Satzung aufgenommenen Sonderregelungen wurden nach Ablauf des Übergangszeitraums zu Recht von der Berufsgenossenschaft gestrichen und die für einen Zuständigkeitsbereich notwendigen spezifischen Bestimmungen zutreffend in die allgemeinen Vorschriften integriert.

Des Weiteren genehmigte das BAS im Berichtsjahr zwei Gefahr tarife. Gefahr tarife sowie die darin festgestellten Gefahrklassen gehören zu den Berechnungsgrundlagen für die Beiträge. Wegen der Corona-Pandemie erfolgten die den Genehmigungen vorausgegangenen Beschlussfassungen der Vertreterversammlungen der Berufsgenossenschaften außerhalb einer Sitzung im schriftlichen Verfahren.

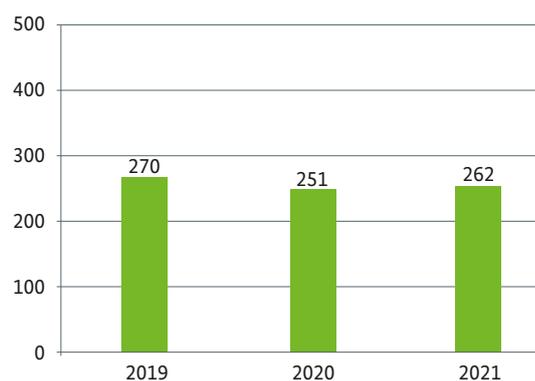
Zudem ist zu bemerken, dass in einem Fall einzelne Gewerbe zweige erstmals in einen Gefahr tarif einbezogen und für diese Gefahrklassen festgestellt wurden. Bislang erfolgte deren Beitragserhebung zulässigerweise nicht unter Heranziehung von Gefahrklassen, sondern ausgehend von einem Umlagesatz. Der Träger hat die Umstellung durch entsprechende Vorarbeiten und Überlegungen langjährig vorbereitet. Einer der vom BAS im Berichtsjahr genehmigten Gefahr tarife war ein Fusionsgefahr tarif. Träger können für eine maximal zwölfjährige Übergangszeit nach einer Fusion unterschiedliche Verfahren zur Beitragsberechnung für die

bisherigen Zuständigkeitsbereiche der vereinigten Berufsgenossenschaften vorsehen. Mit dem o. g. Fusionsgefahr tarif wurden die bislang beitragsmäßig getrennt betrachteten Zuständigkeitsbereiche des Trägers erstmals in einem gemeinsamen Gefahr tarif zusammengeführt und werden damit zukünftig einer einheitlichen Systematik unterworfen.

Schließlich nutzten die Berufsgenossenschaften die Aufstellung ihrer neuen Gefahr tarife, um die Bezeichnungen der Unternehmens- bzw. Gewerbe zweige sowie deren Zusammensetzung zu korrigieren, zu spezifizieren, zu ergänzen und an neue Entwicklungen anzupassen.

Eingaben

Eingabenentwicklung Unfallversicherung



Im Jahr 2021 sind im BAS 262 Eingaben und Petitionen im Bereich der Unfallversicherung eingegangen (zusätzliche 8 Eingaben im Bereich der SVLFG). Die Anliegen der Betroffenen bildeten hierbei ein weites Spektrum an Themen ab, welche sich auf die verschiedenen Gebiete des Leistungsrechts sowie Mitgliedschafts- und Beitragsrechts erstreckten und von einer hohen Individualität der jeweiligen Fälle geprägt waren.

Dabei wurde seitens der Betroffenen vermehrt eine „mangelnde sowie verzögerte Unterstützung“ im Bereich der Leistungserbringung durch die Unfallversicherungsträger kritisiert.

Die durch das BAS geprüften Fälle ergaben jedoch nur vereinzelt Grund zur Beanstandung. Überwiegend konnte ein rechtskonformes sowie bürgerfreundliches Verwaltungshandeln aller Unfallversicherungsträger festgestellt werden. Nur in Einzelfällen kam es zu Verfahrensverzögerungen, welche durch die Träger verschuldet wurden. In diesen Fällen drückten die jeweiligen Unfallversicherungsträger dem BAS und den Betroffenen gegenüber ihr Bedauern aus und sicherten zu, die Sachbearbeitung entsprechend für die Thematik zu sensibilisieren.

Zu berücksichtigen gilt, dass besonders in den Bereichen der Berufskrankheitenfeststellung wie auch bei der Rentenfeststellung die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung von einer Vielzahl an Informationen anderer Stellen abhängig sind. Sowohl die arbeitstechnischen Ermittlungen bei den Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen der Betroffenen als auch die Einholung von medizinischen Gutachten nimmt dabei zum Teil viel Zeit in Anspruch. Den vorgenannten Unterlagen kommt im Themenfeld der gesetzlichen Unfallversicherung eine hohe Relevanz zu, da sie unter anderem ein unverzichtbares Beweismittel zur Bestimmung der zu prüfenden Kausalitäten darstellen. Auch wenn die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in aller Regel zeitnah die notwendigen Unterlagen angefordert haben, kam es insbesondere bei der Erstellung der medizinischen Gutachten durch Externe (weiterhin u. a. auch pandemiebedingt) zu Verzögerungen. Die daraus resultierende Wartezeit bis zur finalen Leistungsfeststellung wurde seitens der Betroffenen häufig den Unfallversicherungsträgern zur Last gelegt. Eine aufsichtsrechtliche Beanstandung ergab sich in diesen Fällen jedoch nicht, da die Träger zwar grundsätzlich dem geltenden „Gebot der beschleunigten Leistungsfeststellung“ unterliegen, dieses jedoch bewusst nicht als zeitlich bezifferte Regelung über die Bearbeitungsdauer formuliert wurde. Aufgrund der hohen Individualität der jeweiligen Angelegenheiten sind Handlungsspielräume und Ausnahmen in Abhängigkeit des Ermittlungsaufwandes zugelassen, welche je nach Einzelfall in der Prüfung berücksichtigt werden mussten.

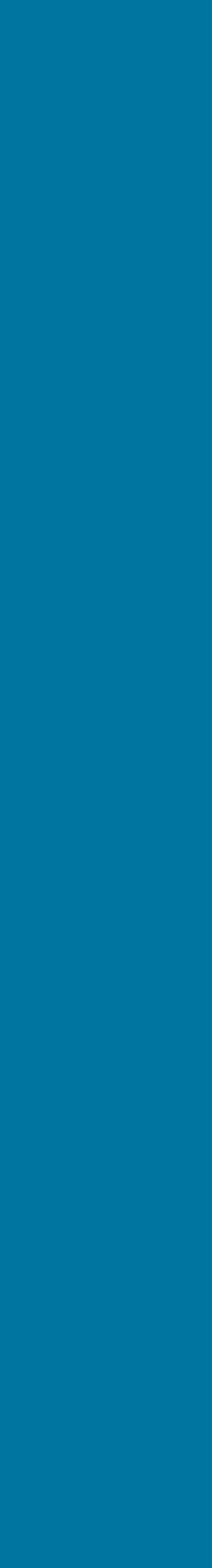
5.2 Prüfungen

Fortführung der Prüfungen zum Stand der Fusionsumsetzung auf dem Gebiet des Leistungswesens

Die Prüfungen bei fusionierten Berufsgenossenschaften wurden im Berichtsjahr fortgesetzt. Dabei wurde ein Querschnitt des Leistungswesens daraufhin geprüft, welche Angleichungen und Optimierungen der Arbeitsweisen in den verschiedenen Bereichen der fusionierten Berufsgenossenschaften stattgefunden haben.

Dabei stand erneut die Beratung des Versicherungsträgers an erster Stelle. Die Berufsgenossenschaft folgt nun an allen Standorten der Empfehlung des BAS und plausibilisiert die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes durch einen Abgleich mit dem Regelentgelt. Dies ist wesentlich für die korrekte Berechnung einer Rente. In seltenen Fällen konnten dadurch fehlerhafte Verletztengeldberechnungen korrigiert werden.





6. Landwirtschaftliche Sozialversicherung

6.1 Themen der Aufsicht

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

Neben den bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung erfassten Eingaben erhielt das BAS auch Eingaben und Petitionen zur Alterssicherung der Landwirte. Diese thematisierten überwiegend Fragen zu Rentenleistungen und Beitragsangelegenheiten.

Mitwirkungsangelegenheiten

Zur Satzung der SVLFG genehmigte das BAS im Berichtsjahr 9 Nachträge.

Im Bereich der Alterssicherung der Landwirte und der landwirtschaftlichen Unfallversicherung umfassten die Satzungsnachträge Regelungen zum Beitrag und zur Betriebs- und Haushaltshilfe.

6.2 Prüfungen

Abschluss der Erörterungen zum Prüfverfahren „Betriebs- und Haushaltshilfe“

Die Erörterungen im Prüfverfahren „Betriebs- und Haushaltshilfe“ (BHH) konnten inzwischen abgeschlossen werden. Bei der BHH handelt es sich um eine besondere Leistung, die der Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Unternehmens dient und einkommenssichernd an die Stelle einer Lohnersatzleistung tritt. Sie hat den Zweck, die wegen Krankheit, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Schwangerschaft oder Mutterschaft ausfallende Arbeitskraft des Landwirts/der Landwirtin so weit zu ersetzen, dass ein Einkommensverlust verhindert wird. Auch nach dem Tod des Landwirts/der Landwirtin wird die Weiterführung des Unternehmens so für eine Übergangszeit sichergestellt.

Der Sozialversicherungsträger hat für seine Mitarbeitenden Regelungen zur Durchführung von Qualitätskontrollen geschaffen, damit eine Einheitlichkeit der BHH-Einsatzüberprüfungen, die persönlich, schriftlich oder telefonisch stattfinden können, sichergestellt ist. Er hat außerdem Vorgaben u. a. zur Dokumentation dieser Einsatzüberprüfungen konkretisiert.

Die dokumentierten Prüfergebnisse sollen Rückschlüsse auf Leistungsmissbrauch ermöglichen sowie Hinweise auf die Einsatz- und Vermittlungsqualität von Vertragspartnern für anstehende Vertragsverhandlungen und zum Aufwand-Nutzen von Einsatzüberprüfungen geben.

Der Sozialversicherungsträger wird zudem seine Prüfquote anheben und den Anteil der durchzuführenden Vor-Ort-Kontrollen steigern. Das BAS begrüßt diese Maßnahmen im Hinblick auf die Qualitätssicherung der erbrachten Leistungen. Sie wirken abschreckend und beugen Leistungsmisbrauch vor.

Fortführung der Prüfung auf dem Gebiet des „Leistungswesens der Unfallversicherung“

Das BAS führte darüber hinaus eine weitere Prüfung im „Leistungswesen der Unfallversicherung“ mit den Schwerpunkten „Hinterbliebenenleistungen“, „Rechtsbehelfe“ sowie „Verletztengeld“ fort.

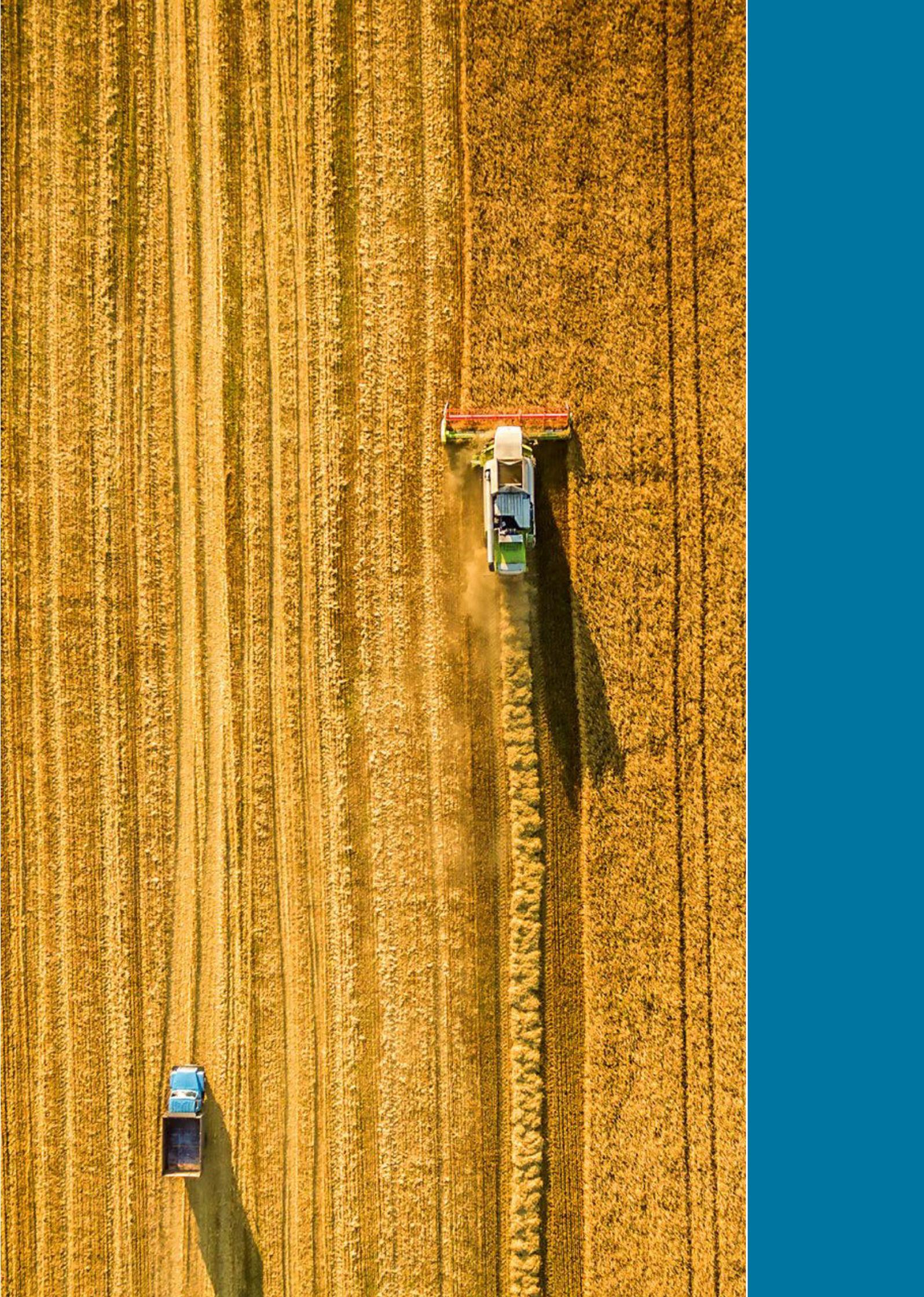
Besonders im Teilbereich „Hinterbliebene“ hat das BAS bei der Gewährung von Sterbegeldern, dem sogenannten „Sterbevierteljahr“ und Überführungskosten Fehlerschwerpunkte mit gravierenden finanziellen Auswirkungen im mittleren sechsstelligen Bereich festgestellt. Inzwischen konnten nahezu alle betroffenen Fälle durch den Sozialversicherungsträger bereinigt werden.

Darüber hinaus ergaben sich wesentliche Prüfergebnisse zum Teilbereich „Verletztengeld nach § 55a SGB VII“.

Aus Sicht des BAS ist Voraussetzung einer rechtskonformen Bewilligungspraxis für dieses besondere Verletztengeld, dass der Träger sämtliche Tatbestandsmerkmale des „Grundanspruchs“ auf Betriebs- und Haushaltshilfe (BHH) im Einzelfall prüft und feststellt. Dazu gehört auch die Bedarfssituation.

Diese Einzelfallprüfung erfolgte bei der SVLFG bisher nicht flächendeckend, da diese hierfür zunächst keine Notwendigkeit sah. Inzwischen hat sich der Sozialversicherungsträger jedoch der Rechtsauffassung des BAS angeschlossen.

Die nun zugesagten Änderungen vollziehen nach mehr als 12 Jahren die seinerzeit vom Gesetzgeber zu Einsparungszwecken im Gesetz zur Modernisierung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVMG) vorgenommenen Gesetzesänderungen.





7. Übergreifende Aufsichtsthemen

7.1 Finanzen

Geldanlagen der Sozialversicherungsträger zum Stichtag 31.12.2020

Das BAS führt als Rechtsaufsicht der bundesunmittelbaren Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger jährliche Abfragen zu deren Geldanlagen durch. Diese verfügten Ende 2020 über insgesamt 70,7 Mrd. Euro an liquiden Mitteln. Ihr Geldanlagevolumen ist gegenüber 2019 (74,1 Mrd. Euro) um 3,4 Mrd. Euro gesunken. Der größte Anteil der Geldanlagen (28,7 Mrd. Euro) entfiel auf die Rentenversicherungsträger DRV Bund sowie DRV Knappschaft-Bahn-See. Die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger verfügten über 28,2 Mrd. Euro. Die weiteren Mittel in Höhe von 13,8 Mrd. Euro verteilten sich insbesondere auf die bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

Im Jahr 2021 erfolgten bei drei Unfallversicherungs- sowie einem Krankenversicherungsträger gesonderte Zulässigkeitsprüfungen der gewählten Anlagearten. Bei zwei weiteren Krankenkassen untersuchte das BAS außerdem deren Anlage- und Risikomanagement. Festgestellt wurde u. a. der Erwerb von Anteilen an Investmentvermögen mit nicht rechtskonformen Anlagebedingungen. Bei einigen Krankenkassen war zudem die Risikostreuung der Geldanlagen unzureichend (sog. Klumpenrisiko). In Anbetracht der Corona-Pandemie – und eines hierdurch eventuell bedingten zusätzlichen Liquiditätsbedarfs – beinhalteten die vorgenannten Prüfungen auch eine eingehendere Analyse der langfristigen Geldanlagen der Sozialversicherungsträger sowie die Möglichkeit, diese im Bedarfsfall vorzeitig aufzulösen. Beanstandungen haben sich diesbezüglich nicht ergeben.

Das BAS hielt die Träger dazu an, auf eine rechtskonforme Ausgestaltung der Anlagebedingungen der Investmentvermögen hinzuwirken oder deren Anteile zu veräußern. An Krankenkassen mit festgestellten Klumpenrisiken erfolgte die Aufforderung, diese durch ein adäquates Anlage- und Risikomanagement künftig zu vermeiden.

Die Überprüfung der ordnungsgemäßen Anlage der Mittel wird fortgesetzt.

Beteiligungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger an Unfallkliniken und weiterer (Klinikverbund-) Gesellschaften

Die BG Kliniken-Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH (BG Kliniken) sind die stationären medizinischen Einrichtungen (zehn Krankenhäuser und zwei Unfallbehandlungsstellen) der gesetzlichen Unfallversicherung. Seit dem 1. Januar 2016 sind sie zu einem Konzern mit Holdingstrukturen zusammengeschlossen. Die zur Unternehmensgruppe gehörenden Gesellschaften befinden sich mittel- oder unmittelbar in der Trägerschaft der gesetzlichen Unfallversicherungsträger als deren Gesellschafter. Mit ca. 14.500 Beschäftigten, jährlich etwa 560.000 Behandlungsfällen und einem Jahresumsatz von gut 1 Mrd. Euro zählen die BG Kliniken zu den größten Klinikverbänden Deutschlands.

2021 prüfte das BAS zwei Unfallkliniken und zwei Tochtergesellschaften von Unfallkliniken und stellte u. a. Verstöße gegen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit fest. Teilweise führten die Gesellschaften keine oder unzureichende Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durch. Das BAS forderte die betroffenen Gesellschaf-

ten auf, zukünftig für alle finanzwirksamen Maßnahmen angemessene Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen vorzunehmen. Zudem sieht sich das BAS veranlasst, die wirtschaftliche Entwicklung der beiden Tochtergesellschaften weiterzuverfolgen. 2022 werden weitere Prüfungen durchgeführt.

Einlagensicherung und Reform des Vermögensrechts

Das BAS setzt sich für eine Novellierung des SGB IV-Vermögensrechts (§§ 80 ff. SGB IV) ein. Im Wesentlichen sollen verbindliche Vorgaben für ein qualifiziertes Anlage- und Risikomanagement eingeführt, das Verwaltungsvermögen als eigenständige Vermögenskategorie geregelt und die Erweiterung des Anlageraums für ausgewählte Anlageformen über die Mitgliedsstaaten des Europäischen Währungsraums und der Schweiz hinaus auf die Mitgliedsstaaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) umgesetzt werden. Auf Grund von Bankinsolvenzen hatte der Bundesverband deutscher Banken e.V. (BdB) bereits 2017 begonnen, seine freiwillige Einlagensicherung einzuschränken. Nunmehr kündigt er auf Grund einer weiteren Bankeninsolvenz („Greensill-Gruppe“) weitere umfassende Einschränkungen bei der freiwilligen Einlagensicherung für 2023 an. Die Einschränkungen könnten sowohl die Geldanlagen als auch den Zahlungsverkehr der Sozialversicherungsträger erheblich beeinträchtigen. Um die Abhängigkeit der Sozialversicherungsträger von Entscheidungen der Kreditwirtschaft zu verringern, tritt das BAS dafür ein, die Mitgliedschaft eines Kreditinstituts in einer Sicherungseinrichtung der Kreditwirtschaft als zwingende Voraussetzung für die Geldanlage der Sozialversicherungsträger einzuschränken. Die Sozialversicherungsträger sollen die Möglichkeit erhalten, nach Prüfung von Eigenkapital und Liquidität, Geldanlagen bei Kreditinstituten zu tätigen. Hierdurch sollen den Sozialversicherungsträgern auch weiterhin umfassende Möglichkeiten zur Risikominimierung durch Mischung und Streuung der Mittel erhalten bleiben.

Baumaßnahmen

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

Durch die Prüfung der Bauvorhaben werden durchschnittlich 5 % an Einsparungen bezogen auf das beabsichtigte Investitionsvolumen der Sozialversicherungsträger erzielt. Im Kalenderjahr 2021 wurden Baumaßnahmen, Grunderwerbe und Darlehen mit einem Gesamtvolumen in Höhe von 117,2 Mio. Euro bearbeitet. Darüber hinaus wurde die Aufsicht über insgesamt 59 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von 1,1 Mrd. Euro geführt.

Auch während der seit 2020 andauernden Corona-Pandemie besteht eine Kontinuität der Investitionen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger im Immobilienbereich. Es zeichnet sich bisher kein Trend zur Reduzierung des Bauvolumens ab. Jedoch kann bedingt durch veränderte Arbeitsplatzanforderungen ein verstärkter Bedarf an alternativen Bürokonzepten und mobilen Arbeitsformen aber auch an einer nachhaltigen Immobilienentwicklung festgestellt werden.

7.2 Personal- und Verwaltungsangelegenheiten

Maßnahmenprogramm der Bundesregierung für eine nachhaltige Verwaltung

Mit dem Ziel, die Bundesverwaltung bis zum Jahr 2030 klimaneutral zu organisieren, hat die damalige Bundesregierung am 25. August 2021 in Weiterentwicklung des Maßnahmenprogramms Nachhaltigkeit aus dem Jahr 2015 ergänzende Maßnahmen beschlossen, um „Nachhaltigkeit konkret im Verwaltungshandeln um[zu]setzen“.

Betroffen von diesen Maßnahmen sind nahezu sämtliche Aktivitäten der Bundesverwaltung, insbesondere der Bau und Betrieb von Liegenschaften, der Mobilitätsbereich – vom Betrieb der Fuhrparke über Dienstreisen bis zu den Arbeitswegen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter –, sowie die Beschaffung und Organisation von Veranstaltungen. Neben diesen vornehmend ökologisch/ ökonomisch geprägten Bereichen, sollen zukünftig auch wichtige soziale Themen nachhaltiger gestaltet werden. So enthält das Programm ferner Vorgaben für die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, die gleichberechtigte Teilhabe an Führungspositionen sowie für Anstrengungen im Bereich der Diversität der Bundesverwaltung. Erstmals aufgenommen wurden zudem Maßnahmen/Festlegungen in den Bereichen Fortbildung und Gesundheit.

Obwohl das Maßnahmenprogramm derzeit keine unmittelbare, verpflichtende Wirkung gegenüber den der Rechtsaufsicht des BAS unterliegenden Sozialversicherungsträgern entfaltet, hat das BAS mit Blick auf die gesamtgesellschaftliche Verantwortung der Träger in einem Rundschreiben dazu aufgerufen, sich im Rahmen ihres Verwaltungshandelns ebenfalls an den im Maßnahmenprogramm aufgeführten Vorgaben zu orientieren.

Ob, wann und an welcher Stelle der Gesetzgeber sowohl für die bundesunmittelbaren als auch die der Aufsicht der Länder unterstehenden landesunmittelbaren Träger der Sozialversicherung eine direkte (gesetzliche) Verpflichtung zur Beachtung aller oder ggf. nur einzelner im Programm aufgeführten Maßnahmen begründen wird, ist nach wie vor offen.

Für das BAS bleibt zunächst bei den seiner Aufsicht unterstehenden Trägern zu beobachten, inwieweit diese das Leitprinzip einer nachhaltigen Entwicklung bereits im eigenen Verwaltungshandeln umsetzen und somit einen aktiven Beitrag zur Erreichung der wichtigen Ziele des Klimaschutzes leisten.

Berufsgenossenschaften: Grundlegende Neuerungen im Beschäftigtenstatus

Zurzeit haben die Berufsgenossenschaften durch § 144 SGB VII die Möglichkeit, besondere Dienstordnungsverhältnisse mit ihren Beschäftigten vertraglich zu begrün-

den. Für diese ist – anders als bei den Tarifbeschäftigten – in vielen Belangen mittelbar das Beamtenrecht anzuwenden.

Durch das 7. Gesetz zur Änderung des Sozialgesetzbuchs IV vom 12. Juni 2020 wird das Dienstordnungsrecht bei den Berufsgenossenschaften mit Ablauf des 31. Dezember 2022 geschlossen. Damit dürfen die Berufsgenossenschaften ab dem 1. Januar 2023 grundsätzlich keine neuen Dienstordnungsverhältnisse mehr begründen. Gleichzeitig erhalten die Berufsgenossenschaften Dienstherrenfähigkeit im Sinne des § 2 des Bundesbeamtengesetzes und können somit ab diesem Datum Beamtenverhältnisse begründen.

Um eine reibungslose und bei den Trägern einheitliche Umsetzung des Systemwechsels zu unterstützen, ist das BAS frühzeitig mit Vertretern des Spitzenverbandes der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und den Berufsgenossenschaften in den Austausch getreten. Von den zunächst zahlreichen aufgeworfenen Fragestellungen konnten bereits mehrere einvernehmlich geklärt werden. Zum aktuell noch vorhandenen Klärungsbedarf hat das BAS auch das zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales einbezogen.

7.3 Selbstverwaltung

Geschlechtergerechtigkeit in Führungspositionen

Am 12. August 2021 ist das zweite Führungspositionengesetz (FüPoG II) in Kraft getreten. Das FüPoG II entwickelt das FüPoG aus 2015 weiter. Ziel des FüPoG II ist es, den Anteil von Frauen in Führungspositionen in der Privatwirtschaft und im öffentlichen Dienst zu erhöhen und verbindliche Vorgaben zu machen.

Für die Träger der Sozialversicherung hat der Gesetzgeber in den §§ 35a Abs. 4 Satz 2, 36 Abs. 4 Satz 2 SGB IV neu geregelt, dass bei Krankenkassen ein mehrköpfiger Vorstand, ebenso wie die Geschäftsführung bei den übrigen Trägern der Sozialversicherung, mit mindestens einer Frau und mit mindestens einem Mann besetzt sein muss.

Die Übergangsregelung des § 133 SGB IV ermöglicht, dass Ämter, die am 11. August 2021 bestanden haben, bis zu ihrem vorgesehenen Ende wahrgenommen werden können. Damit wurde für bestehende Vorstands- und Geschäftsführungsbesetzungen bis zum Ende der jeweiligen Amtszeit eine Bestandsschutzregelung geschaffen. Zudem gilt für Krankenkassen mit bis zu 500.000 Mitgliedern, deren Vorstand am 11. August 2021 aus zwei Mitgliedern bestand, dass eine einmalige Wiederbestellung dieser Vorstandsmitglieder zulässig ist, auch wenn den neuen gesetzlichen Vorgaben zu der Besetzung des Vorstandes mit einer Frau und einem Mann für die neue Wahlperiode nicht entsprochen wird.

Beschlussfassung im schriftlichen Verfahren durch die Selbstverwaltungsorgane

Für die Beschlussfähigkeit der Selbstverwaltungsorgane gilt das sog. Präsenzprinzip. Mit dem Inkrafttreten des § 64 Abs. 3a SGB IV am 28. März 2020 wurde den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherungsträger im Zuge der Corona-Pandemie ermöglicht, Beschlüsse schriftlich ohne Sitzung zu fassen und erforderliche Beratungen vor Beschlussfassungen im Wege von Online- oder Videokonferenzen vorzunehmen. Mit dieser Maßnahme hat der Gesetzgeber die Funktions- und Handlungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger auch unter veränderten Rahmenbedingungen sichergestellt. Der zunächst bis zum 30. September 2020 befristete § 64 Abs. 3a SGB IV wurde aufgrund der anhaltenden Corona-Lage zweimal verlängert und gilt nun bis zum 31. Dezember 2022.

Die Bundesregierung beabsichtigt im Zusammenhang mit dem „Maßnahmenprogramm von Bund und Ländern für Bürokratieabbau und Verwaltungsmodernisierung“, sich allgemein mit der Frage zu befassen, inwieweit Sitzungen und Beschlussfassungen – bei Wahrung der Rechtssicherheit, Vertraulichkeit und Authentizität der Teilnehmer – als adäquater Ersatz für Präsenzsitzungen künftig auch digital durchgeführt werden können. Dies umfasst auch Sitzungen und Abstimmungen der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger. Es bleibt abzuwarten, ob und wie sich eine gesetzliche Neuregelung, die virtuelle Sitzungen mit Beschlussfassung künftig generell ermöglicht, abzeichnen lässt.

7.4 Gerichtsverfahren

Die Prozessstatistik des BAS weist für das Jahr 2021 insgesamt 48 neue gerichtliche Verfahren aus. Die Zahl der neuen Rechtsstreite hat sich damit gegenüber dem Vorjahr verdoppelt. Bei fünf der neuen gerichtlichen Verfahren handelte es sich um Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz.

In der weit überwiegenden Mehrzahl der Rechtsstreite (46 der 48 neuen Verfahren) wurden Entscheidungen des BAS beklagt. Lediglich in einem Fall trat das BAS als Kläger auf. In einem weiteren Fall erfolgte die Einbeziehung in ein laufendes Verfahren zwischen anderen Hauptbeteiligten im Wege der Beiladung.

Anders als in den vergangenen Jahren bildeten im Jahr 2021 Klagen gegen Entscheidungen des BAS als Verwaltungsbehörde den thematischen Schwerpunkt (29 der 48 neuen Rechtsstreite). Dabei betrafen allein 20 Klagen Bescheide des BAS auf dem Gebiet der anteiligen Heranziehung von Finanzreserven der Krankenkassen („kassenübergreifender Solidarausgleich“) gemäß § 272 SGB V (s. Seite 78, 2. Teil, 1.1. Übertragung von Finanzreserven der Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds). 19 der 48 neuen Rechtsstreite betrafen Fragestellungen im Aufsichts- und Mitwirkungsbereich.

Demgegenüber konnten im Laufe des Jahres 2021 insgesamt 26 Verfahren, an denen das BAS beteiligt war, beendet werden.

Insgesamt 14 gerichtliche Verfahren unter Beteiligung des BAS wurden durch Urteile und Beschlüsse entschieden, in 12 Fällen wurde dabei die jeweilige Rechtsauffassung des BAS bestätigt. 8 Verfahren wurden dadurch rechtskräftig beendet.

Das Bundessozialgericht hat 2 Rechtsstreite, an denen das BAS beteiligt war, letztinstanzlich entschieden und in einem Fall zugunsten des BAS geurteilt.

Weitere 18 Verfahren endeten ohne gerichtliche Entscheidung in der Sache. Hierunter befanden sich 12 Rechtsmittelrücknahmen. 4 Rechtsstreite wurden durch Erledigungserklärung beendet. In einem Verfahren kam es zur Beendigung durch Vergleich; ein weiteres Verfahren

wurde wegen der dauerhaften Nichterreichbarkeit des Klägers weggelegt.

Im Ergebnis ist der Bestand der Rechtsstreite von 79 zu Beginn des Jahres auf 101 Verfahren zum Ende des Jahres gestiegen.

7.5 Internationales Sozialversicherungsrecht

Kostenübernahme für Coronavirus-Schutzimpfungen im Ausland?

Ein wichtiger Baustein zur Beendigung der Pandemie stellen Schutzimpfungen mit zugelassenen Impfstoffen gegen das Coronavirus dar. In Deutschland können sich Bürgerinnen und Bürger mittlerweile ab dem 5. Lebensjahr, unabhängig von ihrem Versicherungsstatus, kostenlos gegen das Coronavirus impfen lassen. Hierzu zählen auch Auffrischungs- und sog. Booster-Impfungen. Rechtsgrundlage für den Anspruch auf eine Schutzimpfung im Inland bildet die Coronavirus-Impfverordnung des Bundesgesundheitsministeriums. Diese bestimmt u. a., dass die Schutzimpfung gegen das Coronavirus weder eine Leistung der gesetzlichen noch der privaten Krankenversicherung, sondern eine staatliche, vom Bund finanzierte Leistung ist. Da Schutzimpfungen gegen das Coronavirus kein Bestandteil des Leistungskatalogs der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind, können und dürfen sich deutsche Krankenkassen grundsätzlich nicht an den Kosten der von Versicherten im Ausland selbst beschafften Schutzimpfungen gegen das Coronavirus beteiligen. Die mangelnde Kostenübernahmefähigkeit von im Ausland selbst beschafften Schutzimpfungen war wiederholt Anlass zu Beschwerden von Versicherten.

Kostenerstattung für Coronavirus-Tests im Ausland?

Einen weiteren wichtigen Baustein zur Beendigung der Corona-Pandemie bilden Testungen auf das Coronavirus (sog. Coronavirus-Tests). Der deutsche Gesetzgeber hat

in der sog. Coronavirus-Testverordnung u. a. festgelegt, unter welchen Voraussetzungen gesetzlich krankenversicherte Personen die Kosten eines Coronavirus-Tests nicht selbst zahlen müssen. Zudem weitete die Bundesregierung die Test- und Nachweispflicht auf eine generelle für alle und zwar unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel in Deutschland einreisende Personen aus. Einreisende mussten daher regelmäßig bereits vor ihrer Einreise (z. B. bei Flugreisen) einen im Ausland durchgeführten negativen Coronavirus-Test (sog. Einreise-Test) vorweisen können. Eine Beteiligung deutscher Krankenkassen an den Kosten eines Einreise-Tests ist ausgeschlossen, da die Coronavirus-Testverordnung eine Kostenübernahme für diese Tests nicht vorsieht. Deutsche Krankenkassen können sich jedoch an den Kosten eines in einem anderen Staat der EU, des EWR oder der Schweiz durchgeführten Coronavirus-Tests im Wege der Kostenerstattung beteiligen, soweit dieser infolge einer akuten COVID-19-Krankheitssymptomatik auf ärztliche Anweisung (medizinische Indikation) bei den Versicherten durchgeführt worden ist. Teilweise haben deutsche Krankenkassen nicht zwischen den sog. Einreise-Tests und den infolge einer medizinischen Indikation notwendigen Coronavirus-Tests unterschieden, so dass auch Kostenerstattungsanträge für medizinisch indizierte Tests abgelehnt wurden. Das BAS hat die betroffenen bundesunmittelbaren Krankenkassen in den entsprechenden Fällen auf die geltende Rechtslage hingewiesen und konnte so eine Kostenbeteiligung für die Berechtigten erreichen.

Weitergeltung des deutschen Sozialversicherungsrechts trotz vermehrter Arbeit aus dem ausländischen Home-Office

Zunehmend gewinnen in der Arbeitswelt flexible Arbeitsformen an Bedeutung, die es Erwerbstätigen ermöglichen, ihre Arbeitsleistung vollumfänglich oder teilweise aus dem privaten Umfeld zu erbringen (sog. Home-Office). Diese flexiblen Arbeitsformen können jedoch bei über Staatsgrenzen hinweg geleisteter Arbeit Einfluss auf die Zugehörigkeit einer Person zu einem Sozialversicherungssystem haben. So erreichten das BAS im Berichtszeitraum Eingaben von in anderen Staaten der EU wohnhaften, jedoch in Deutschland beschäftigten Personen (sog. Grenzgänger) zu der Frage, ob sie durch ihre überwiegend pandemiebedingte vermehrte Arbeit aus dem ausländischen

Home-Office nunmehr dem Sozialversicherungsrecht ihres Wohnstaates unterliegen und mithin u. a. nicht mehr in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern sind. Änderungen für die Grenzgänger ergeben sich dann nicht, soweit sie ihre vertraglich geschuldete Arbeitsleistung mit Zustimmung ihres deutschen Arbeitgebers nicht länger als 24 Monate aus dem ausländischen Home-Office erbringen. Denn in diesen Fällen ist regelmäßig von einer sog. Entsendung auszugehen, die zur Weitergeltung des bisherigen nationalen Sozialversicherungsrechts im Entsendezeitraum führt. Die betroffenen Grenzgänger bleiben also während der Entsendung in der deutschen Sozialversicherung versichert, obwohl sie ihre Arbeitsleistung für ihren deutschen Arbeitgeber vermehrt oder gänzlich aus dem ausländischen Home-Office heraus erbringen. Soweit dies von bundesunmittelbaren Krankenkassen nicht beachtet wurde, hat das BAS die betroffenen Träger auf die geltende Rechtslage hingewiesen und auf ihre Umsetzung hingewirkt.

Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Studenten bei Studium im Ausland

Immer mehr Studierende entscheiden sich für einen Studienaufenthalt im Ausland. Ob sie in dieser Zeit in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung der Studenten (KVdS) versicherungspflichtig sind, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Die Versicherungspflicht in der KVdS tritt grundsätzlich mit Einschreibung an einer staatlichen oder staatlich anerkannten (deutschen) Hochschule ein und zwar unabhängig davon, ob die Studierenden ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben. Ausgenommen hiervon sind jedoch u. a. Studierende, die Kraft des innerhalb der Mitgliedstaaten der EU, des EWR und der Schweiz (im Folgenden: Mitgliedstaat) geltenden überstaatlichen Rechts vorrangig in einem anderen Mitgliedstaat versichert sind und in Deutschland über die so genannte „Sachleistungshilfe“ bereits abgesichert sind. Die Regelungen des überstaatlichen Rechts können aber auch dazu führen, dass an einer Hochschule eines anderen Mitgliedstaates eingeschriebene Studierende, etwa durch Aufnahme einer geringfügig entlohnten Beschäftigung in Deutschland (sog. Minijob), vorrangig in der deutschen KVdS zu versichern sind. Ebenso sind nicht erwerbstätige, jedoch in

Deutschland wohnhafte und an einer Hochschule eines anderen Mitgliedstaats eingeschriebene Studierende während ihres Auslandsstudienaufenthalts in der KVdS zu versichern.

Studierende deutscher Hochschulen sind während eines Studienaufenthaltes in einem Staat, für den weder das überstaatliche Recht gilt noch mit dem die Krankenversicherung betreffende zwischenstaatliche Regelungen bestehen (sog. vertragsloses Ausland z. B. USA und Australien), grundsätzlich weiterhin in der deutschen KVdS pflichtversichert. Im Gegensatz zu einem Studienaufenthalt in einem anderen Mitglied- oder Abkommensstaat, in denen Ansprüche auf Krankenversicherungsleistungen bestehen, ruhen jedoch bei einem Aufenthalt im vertragslosen Ausland etwaige Leistungsansprüche der Studierenden gegenüber der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Ruhen bedeutet, dass der dem Grunde nach bestehende Leistungsanspruch der Studierenden während des Auslandsaufenthaltes nicht realisiert werden kann. Die aufgezeigten Besonderheiten der KVdS boten wiederholt Anlass für Beschwerden beim BAS. Studierende sind daher gut beraten, sich im Vorfeld eines Auslandsstudienaufenthaltes bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse über die sich hieraus ergebenden versicherungs- und leistungsrechtlichen Konsequenzen sowie ggf. über die Notwendigkeit des Abschlusses einer privaten Auslandsreisekrankenversicherung zu informieren.

Verlängerte Bearbeitungsdauer im zwischenstaatlichen Rentenverfahren

Viele Versicherte üben im Laufe ihres Erwerbslebens Beschäftigungen in verschiedenen Staaten aus und erarbeiten sich dort gesetzliche Rentenanwartschaften. Dies führt unter Umständen dazu, dass Versicherte im Leistungsfall Rentenansprüche in mehreren Staaten geltend machen können. Um den Versicherten die gleichzeitige Rentenantragsstellung in mehreren Staaten zu erleichtern, enthalten sowohl das im Verhältnis zu den Mitgliedstaaten der EU, des EWR sowie der Schweiz anwendbare überstaatliche Recht als auch die von Deutschland mit einer Vielzahl von Staaten geschlossenen Sozialversicherungsabkommen Regelungen, die u. a. den Ablauf der zwischenstaatlichen Rentenverfahren sicherstellen sollen. Ausgangspunkt bildet dabei der Grundsatz, dass der in

einem Staat gestellte Rentenantrag mit dessen Antragsdatum auch als Antrag auf eine entsprechende Leistung in den anderen beteiligten Staaten, in denen die Berechtigten Versicherungszeiten zurückgelegt haben, gilt. Eine eigenständige Antragsstellung in mehreren Staaten ist somit nicht erforderlich.

Der Versicherungsträger bei dem die versicherte Person ihren Antrag stellt, ist in der Regel auch für die Einleitung des zwischenstaatlichen Rentenverfahrens in den anderen beteiligten Staaten verantwortlich. So muss dieser neben dem Leistungsantrag alle für die Bearbeitung des Antrags erforderlichen Unterlagen den anderen beteiligten Rentenversicherungsträgern übermitteln, damit diese den Rentenantrag nach ihrem Recht prüfen und ihre nationale Rente gewähren können. Fehlende für den Rentenanspruch entscheidende Unterlagen, wie z. B. die für die Erfüllung der Mindestversicherungszeit notwendige Bestätigung der in anderen Staaten vorliegenden Versicherungszeiten, werden von dem für das zwischenstaatliche Rentenverfahren verantwortlichen Rentenversicherungsträger nachgefordert. Da die am zwischenstaatlichen Verfahren beteiligten Rentenversicherungsträger untereinander nicht weisungsbefugt sind und auch keinen Einfluss auf die jeweiligen Bearbeitungszeiten haben, können die beteiligten Träger nur in regelmäßigen Abständen an die Übersendung erinnern. Im Berichtszeitraum waren u. a. der Ablauf des zwischenstaatlichen Rentenverfahrens, die Bearbeitungsdauer in anderen Staaten und die mangelnden Befugnisse gegenüber ausländischen Rentenversicherungsträgern Anlass für Beschwerden der Versicherten.

Erteilung von Rentenauskünften bei Wohnsitz im Ausland

Grundsätzlich erhalten Personen, die mindestens fünf Jahre Beiträge in die deutsche gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt und das 27. Lebensjahr vollendet haben, von ihrem deutschen Rentenversicherungsträger jährlich eine sog. Renteninformation. Diese soll Aufschluss sowohl über die Höhe der bereits erworbenen Rentenanwartschaften als auch über den weiteren Altersvorsorgebedarf geben. Beginnend ab dem 55. Lebensjahr erteilt der zuständige deutsche Rentenversicherungsträger alle drei Jahre eine sog. Rentenauskunft statt der Rentenin-

formation. Diese enthält neben einer Übersicht zu den bislang im Versicherungskonto der Person gespeicherten rentenrechtlichen Zeiten auch Angaben zur erwarteten Rentenhöhe. Nur auf Antrag erhalten im Ausland wohnhafte Personen eine Renteninformation bzw. Rentenauskunft, wenn in ihrem Versicherungskonto in den letzten drei Kalenderjahren vor dem Versand keine deutschen Beitragszeiten vorhanden sind. Insbesondere das Antragsersfordernis bot Anlass zu Beschwerden im Ausland lebender Berechtigter. Das BAS hat den Beschwerdeführern die geltende Rechtslage erläutert und auf die zügige Erteilung der beantragten Rentenauskünfte bzw. -informationen durch die bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträger hingewirkt.

Kleinstzeitenregelung

Personen, die während ihres Arbeitslebens in Deutschland und in einem anderen Staat der EU, des EWR bzw. der Schweiz (im Folgenden: Mitgliedstaat) oder in einem Staat, mit dem Deutschland ein die Rentenversicherung betreffendes Sozialversicherungsabkommen geschlossen hat (Abkommensstaat) Beiträge in die jeweiligen Rentenversicherungssysteme eingezahlt haben, erhalten grundsätzlich aus jedem dieser Staaten eine eigene Rentenleistung, sofern die nationalen Anspruchsvoraussetzungen hierfür erfüllt sind. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz sieht jedoch das in den Mitgliedstaaten und einigen Abkommensstaaten anzuwendende über- bzw. zwischenstaatliche Recht für den Fall vor, dass in einem Staat Versicherungszeiten von weniger als einem Jahr zurückgelegt wurden und zugleich kein Anspruch auf eine nationale Rentenleistung besteht (sog. Kleinstzeiten). Diese Kleinstzeiten sind dann von dem anderen beteiligten Staat, nach dessen nationalem Recht ein Rentenanspruch besteht, zu übernehmen und in der eigenen Rente mitabzugelten (sog. Kleinstzeitenregelung). D. h. die im anderen Mitgliedstaat bzw. Abkommensstaat zurückgelegten Zeiten gehen den Betroffenen nicht verloren. Gelegentlich kann es jedoch vorkommen, dass die Kleinstzeitenregelung nicht zur Geltung kommt und daher eine Abgeltung der übernommenen ausländischen Zeiten nicht erfolgt. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die von den deutschen Rentenversicherungsträgern im Rahmen des überstaatlichen Rechts vorzunehmende besondere Rentenberechnung ergibt, dass der anspruchsberechtigten Person allein auf

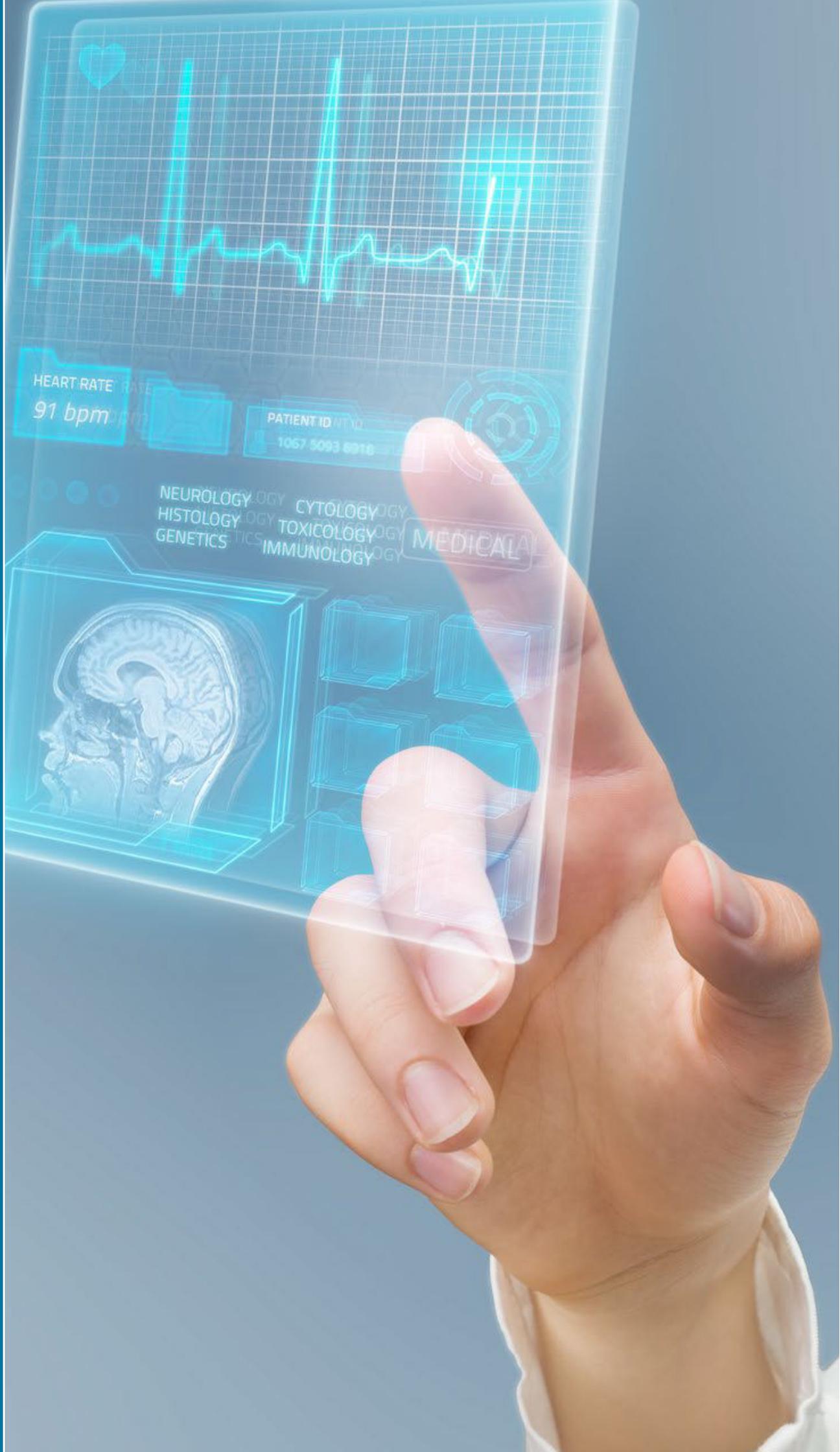
Basis ihrer deutschen Versicherungszeiten eine höhere Rente zusteht, als dies auch unter Berücksichtigung ihrer ausländischen Zeiten der Fall ist. Diese und weitere Besonderheiten im Zusammenhang mit der sog. Kleinstzeitenregelung boten vereinzelt Anlass zu Beschwerden.

Elektronisches A1-Bescheinigungsverfahren für Selbstständige

Auch für Personen, die in der EU, EWR oder der Schweiz (im Folgenden: Mitgliedstaat) grenzüberschreitend selbstständig erwerbstätig sind, regelt das überstaatliche Recht, welches Sozialversicherungsrecht gilt. Dabei geht das überstaatliche Recht vom sog. Tätigkeitsortprinzip aus, wonach eine Person, die in einem Mitgliedstaat eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausübt, grundsätzlich dem Sozialversicherungsrecht dieses Mitgliedstaates unterliegt. Ausnahmen von diesem Grundsatz sieht das überstaatliche Recht unter bestimmten Bedingungen für zeitlich begrenzte selbstständige Tätigkeiten in einem anderen Mitgliedstaat (sog. Entsendungen) vor. Sind die Voraussetzungen einer Entsendung erfüllt, gelten für die betreffende Person ausnahmsweise nicht die Sozialversicherungsvorschriften des neuen Tätigkeitsortes, sondern weiterhin die des Staates, aus dem die Entsendung erfolgt (sog. Entsendestaat). Zum Nachweis einer Entsendung und damit der Weitergeltung der Vorschriften des Entsendestaates während der Tätigkeit im anderen Staat

dient die sog. Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften (A1-Bescheinigung). Sie ist grundsätzlich für jede vorübergehende Erwerbstätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat vor deren Beginn zu beantragen und kann bei Kontrollen von den zuständigen Behörden im Tätigkeitsstaat verlangt werden. Für selbstständig erwerbstätige Personen, die weder Mitglied der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung noch Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung sind, stellt in Deutschland der zuständige deutsche Rentenversicherungsträger auf Antrag die A1-Bescheinigung aus. Deutsche (private) Arbeitgeber sind bei Entsendungen ihrer Beschäftigten bereits seit dem 1. Juli 2019 verpflichtet, eine A1-Bescheinigung elektronisch bei der zuständigen Stelle zu beantragen. Für Selbstständige ist das verpflichtende elektronische A1-Bescheinigungsverfahren erst mit Inkrafttreten des 7. SGB IV – Änderungsgesetzes, d. h. ab dem 1. Januar 2022 vorgesehen. Selbstständige waren daher bis zum 31. Dezember 2021 gezwungen auf ein papiergebundenes Verfahren zurückzugreifen, welches lediglich die Übersendung der Antragsunterlagen auf dem Postweg bzw. per Fax vorsah. Die Papiergebundenheit des A1-Bescheinigungsverfahrens der Selbstständigen war im Berichtszeitraum Anlass für Beschwerden. Das BAS hat den Beschwerdeführern die geltende Rechtslage klarstellend erläutert und perspektivisch auf die Einbeziehung der Selbstständigen in das elektronische A1-Bescheinigungsverfahren ab dem 1. Januar 2022 hingewiesen.

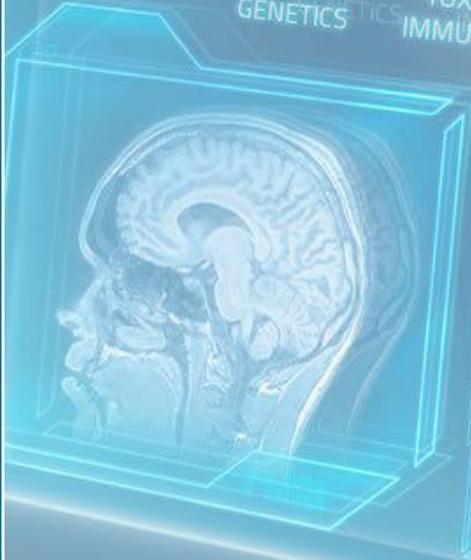




HEART RATE RATE
91 bpm

PATIENT ID / RT ID
1067 5093 8918

NEUROLOGY CYTOLOGY
HISTOLOGY TOXICOLOGY
GENETICS IMMUNOLOGY MEDICAL



8. Digitalisierung in der Sozialversicherung

8.1 Der Digitalausschuss im BAS

Das BAS fördert die Digitalisierung in der gesetzlichen Sozialversicherung unter anderem durch einen Digitalausschuss. Seit dem Jahr 2017 bietet das BAS hiermit eine zentrale Anlaufstelle für bundesunmittelbare Träger, wenn es um Fragen der Umsetzbarkeit und Rechtmäßigkeit digitaler Vorhaben geht. Zudem wird durch regelmäßige

interne Abstimmungen eine abteilungsübergreifende Koordination bei digitalen Fragestellungen sichergestellt. Auf diese Weise können konkrete Vorhaben der Träger direkt aus leistungsrechtlicher, datenschutzrechtlicher, (sicherheits-)technischer und verwaltungsökonomischer Perspektive diskutiert und beurteilt werden. Da die Digitalisierung unbestritten ein Querschnittsthema ist, hat sich dieses Konzept der fach- und abteilungsübergreifenden Koordinierung bewährt.

Statistik des Digitalausschusses

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

Die Zahlen zeigen, dass der 2-Wochen-Turnus der regulären Sitzungen weiter beibehalten wurde, die Sitzungen mit Vertreterinnen und Vertretern der Sozialversicherungsträger zugenommen haben, die schriftlichen Beratungsanfragen gegenüber dem Vorjahr aber zurückgegangen sind. Das BAS sieht in diesen Zahlen zwei Entwicklungstendenzen: Einerseits wird deutlich, dass der Informationsbedarf bezogen auf den Einsatz neuer Basistechnologien zur Digitalisierung der Kundenschnittstelle (z. B. Online-Geschäftsstelle, Service-Apps) zurückgeht. Es ist davon auszugehen,

dass in diesem Bereich die digitale Transformation im Aufsichtsbereich weit fortgeschritten ist. Andererseits nimmt der Beratungsbedarf zu komplexeren Fragestellungen vor allem im Kontext der Automatisierung zu. Daraus schließt das BAS, dass nun weitere Entwicklungsstufen der Digitalisierung vor allem hinsichtlich der Verwaltungsprozesse (z. B. Teil-Automatisierung) und Produkte (z. B. Gesundheits-Apps) im Fokus der Transformation im Aufsichtsbereich stehen.

Neue Internetseiten des Digitalausschusses

In 2021 wurde die sog. Bestandsaufnahme zu digitalen Diskussionsergebnissen in Web-Inhalt überführt. Ziel der Bestandsaufnahme war es, die bislang diskutierten Themen, den jeweiligen rechtlichen Handlungsrahmen sowie die Rechtsauffassung des BAS hierzu darzustellen, um allen Trägern der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung die Spannbreite der digitalen Anwendungsmöglichkeiten aufzuzeigen und zur mehr Rechtssicherheit in diesem Bereich beizutragen.

Auf der Internetseite des Digitalausschusses (www.bundesamtsozialesicherung.de unter der Rubrik Themen/Digitalausschuss) sind die Positionen des BAS zur Bestandsaufnahme nun nach Handlungsschwerpunkten gegliedert. Neue Diskussionsergebnisse werden ständig aktualisiert. So sind u.a. Beiträge zum Einsatz von KI bei der Bekämpfung von Fehlverhalten (s. u.) und zur Automatisierten Sachbearbeitung (s. u.) hinzugekommen.

8.2 Themenfelder im Digitalausschuss

Hilfsmittelversorgung im Wege der Dunkelverarbeitung

Die Digitalisierung bietet viele technische Möglichkeiten, jedoch nicht alle stehen mit dem Gesetz in Einklang. Im Rahmen eines an das BAS herangetragenem Pilotprojektes wird die vertragsärztliche elektronische Verordnung von Hilfsmitteln getestet, bei der der Versicherte sein Leistungserbringerwahlrecht auf die Krankenkasse überträgt, die Hilfsmittelversorgung elektronisch angestoßen und auf einen schriftlichen Leistungsbescheid verzichtet wird. Das BAS sieht hierin einen Verstoß gegen die Wahlfreiheit des Versicherten unter den Leistungserbringern, eine rechtswidrige Steuerung der Krankenkasse zu bestimmten Leistungserbringern und einen Verstoß gegen verwaltungsverfahrenrechtliche Vorschriften. Versicherte können nach dem Willen des Gesetzgebers alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Vertragsärzte oder Krankenkas-

sen dürfen weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen. Auch dürfen Krankenkassen Kernaufgaben wie die Leistungsprüfung und Bewilligung nicht auf Dienstleister ausgliedern.

Entwerten digitaler Belege

Eine Krankenkasse wandte sich mit der Frage an den Digitalausschuss, wie digitale Belege zu „entwerten“ seien. Nach den Grundsätzen des Belegwesens (§ 5 Abs. 2 SVRV) dürfen Belege nur einmal verwendet werden. Um dies zu erreichen ist es erforderlich, Unterlagen eindeutig und unverwechselbar als bereits verwendet zu kennzeichnen. Bei Papierunterlagen erfolgt dies häufig durch einen Stempelaufdruck oder eine Lochprägung. Wie aber „entwertet“ man einen digitalen Beleg?

Auch elektronisch erzeugte Dateien oder Datensätze können Belege im Sinne der SVRV sein (§ 6 Abs. 3 SVRV). In § 9 Abs. 1 S. 2 und 3 SRVwV ist ergänzend ausgeführt, dass bei elektronisch erzeugten Dateien oder Datensätzen insbesondere sichergestellt sein muss, dass die Daten verfügbar sind und innerhalb angemessener Frist lesbar gemacht und ausgedruckt werden können. Mehrerausfertigungen von Belegen müssen als solche erkennbar sein. Dieser Schutz vor mehrfacher Verwendung besteht grundsätzlich auch beim Einsatz von IT-gestützten Verfahren, wenn es um die Anordnung und Feststellung von Zahlungen geht. Es muss eine gleichwertige Sicherheit zu einem papiergebundenen Verfahren gewährleistet sein und durch die in den genannten Vorschriften geforderten Dokumentationen nachgewiesen werden. Für die Herstellung eines gleichwertigen Sicherheitsniveaus kommen unterschiedliche ineinandergreifende technische und organisatorische Maßnahmen in Betracht, die von dem jeweiligen Sozialversicherungsträger auf Grundlage einer Gefährdungsanalyse je nach bestehendem Risikograd festzulegen sind. Hinweise zur Umsetzung finden sich auf der Internet-Seite des BAS im „Leitfaden Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten“ des Prüfdienstes sowie in dem Rundschreiben „Anforderungen an IT-gestützte Verfahren des Rechnungswesens zur Ersetzung von Schriftformerfordernissen“ vom 22. Juni 2020.

Im Ergebnis gibt es aus Sicht der Aufsicht und auch des Prüfdienstes keine „richtige Lösung“, wie das „Entwerten“ von elektronischen Belegen zu handhaben ist. Die gleichwertige Sicherheit zum papiergebundenen Verfahren wird durch ein Bündel an technischen und organisatorischen Maßnahmen sichergestellt, das unterschiedlich zusammengesetzt sein kann. Es gibt mehrere Gestaltungsmöglichkeiten, bei deren konkreter Auswahl neben hard- und softwareseitigen Voraussetzungen (nicht nur beim Träger selbst, sondern auch bei eingesetzten IT-Dienstleistern) auch organisatorische Gegebenheiten und wirtschaftliche Aspekte zu berücksichtigen sind. Wichtige Bausteine eines solchen Maßnahmenbündels bilden an den jeweiligen Schutzbedarf angepasste Berechtigungskonzepte und Authentifizierungslösungen sowie die revisions sichere Archivierung. Sind bereits solche grundlegenden Mechanismen zum Schutz vor unberechtigter Veränderung etabliert, könnte die „Entwertung“ eines Belegs z. B. unter anderem kenntlich gemacht werden, indem ein eindeutig zu einem Geschäftsvorgang zugeordneter und mit einer bestimmten Kontierung verknüpfter elektronischer Beleg mit einem elektronischen Stempel versehen wird und unprotokollierte Änderungen nicht mehr zulässt. Alternativ wären aber auch völlig andere Lösungsmöglichkeiten denkbar. Zu beachten ist, dass Sozialversicherungsträger mit einer alleinigen Kenntlichmachung der bereits erfolgten Verwendung des digitalen Beleges ohne eine solche feste technische Verbindung mit dem Beleg der Intention des „Entwertens“ nicht abschließend gerecht werden. Vielmehr soll die Entwertung von (Original-Papier-)Belegen ihre Doppelverwendung und somit eine Doppelzahlung vermeiden. In der Praxis haben die implementierten technisch-organisatorischen Maßnahmen (TOMs, Basis für ein fundiertes internes Kontrollsystem und somit zentrale Schlüsselfunktion der Kassensicherheit) dann ergänzend durch Mechanismen sicherzustellen, dass z. B. im Fachverfahren aufgrund von Mehrfacheinreichungen eines Beleges keine erneute bzw. unberechtigte Zahlung generiert werden kann. Das interne Kontrollsystem bzw. IT-System muss dies zuverlässig erkennen, damit es zu keinen Doppelzahlungen kommt.

Einsatz von Künstlicher Intelligenz bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Der Digitalausschuss im BAS hat sich mit der Fragestellung befasst, ob der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) für die Bekämpfung und Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zulässig ist. Dabei sollen statistische Modelle und sog. Machine-Learning-Algorithmen entwickelt und eingesetzt werden, um Unregelmäßigkeiten z. B. in Abrechnungsdaten erkennen und verfolgen zu können.

Die gesetzliche Grundlage liefert § 197a SGB V und ist bereits heute relativ weit und technikneutral gefasst. Nach geltendem Recht haben Krankenkassen weite Kontrollbefugnisse und dürfen Fälle und Sachverhalte untereinander austauschen, um Fehlverhalten aufzudecken und zu verhindern. Aus Sicht des BAS ist es daher unstrittig, dass grundsätzlich auch bei der Bekämpfung von Fehlverhalten die jeweils vorhandenen technischen Möglichkeiten im zulässigen Rahmen ausgenutzt werden können.

Allerdings führt der Einsatz von KI zu einer neuen Qualität und Quantität in der Fehlverhaltensbekämpfung. Bislang finden Ermittlungen meist im Einzelfall und nach Anzeigen Dritter statt. Mit Einsatz von KI können jedoch Verdachtsmuster analysiert und diese Muster auf den Abrechnungsbestand einzelner Krankenkassen angewendet werden. Daraus würden eine Vielzahl an Fällen resultieren, die von der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten zu kontrollieren sind.

Die rechtssystematische Frage, ob und in welchem Umfang diese technikneutrale Verarbeitungsbefugnis insbesondere auch um Hinblick auf eine kassenartenübergreifende Zusammenarbeit ausreicht, kann unterschiedlich ausgelegt werden. In Anbetracht der durch den Einsatz der KI ermöglichten Ausweitung des Verarbeitungsansatzes hat das BAS aus Gründen der Rechtssicherheit eine klarstellende Erweiterung der gesetzlichen Verarbeitungsgrundlage gegenüber dem zuständigen BMG angeregt.

8.3 Informationstechnik im Aufsichtsbereich

Aktuelle Entwicklungen im KRITIS-Bereich

Im Aufsichtsbereich des BAS werden sieben Sozialversicherungsträger als Betreiber Kritischer Infrastrukturen von den Regelungen des BSI-Gesetzes erfasst. Hierbei handelt es sich um für das Gemeinwesen bedeutsame Institutionen, bei deren Ausfall Versorgungsengpässe für die Bevölkerung oder Beeinträchtigungen der öffentlichen Sicherheit zu befürchten wären.

Diese Sozialversicherungsträger müssen ihre IT-Strukturen unter Berücksichtigung des Standes der Technik absichern und dies gegenüber dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) alle zwei Jahre nachweisen. Diesen Nachweis konnten die betroffenen Sozialversicherungsträger im Aufsichtsbereich des BAS auch im Jahr 2021 erfolgreich erbringen.

Ferner ist im Jahr 2021 das sog. IT-Sicherheitsgesetz 2.0 in Kraft getreten. Das BAS hatte hier bereits im Gesetzgebungsverfahren Stellungnahmen an die Ministerien übermittelt. Nach Inkrafttreten des Gesetzes begleitet das BAS nunmehr die seiner Aufsicht unterstehenden Institutionen durch Prüfungen und Beratungen bei der Umsetzung der neuen Anforderungen. Formale Aufsichtsmittel mussten dabei bislang erfreulicherweise nicht ergriffen werden.

Aktuelle Entwicklungen im Cloud-Umfeld

Unter dem Begriff "Cloud-Computing" wird die Nutzung von Internet-basierten Software-, Plattform- oder Infrastrukturdiensten verstanden.

Die Vorteile bei der Nutzung solcher Dienste liegen in der Unabhängigkeit von eigenen IT-Ressourcen und der sich daraus ergebenden Flexibilität bei der Abbildung von Geschäftsprozessen. Demgegenüber sind jedoch entstehende Risiken abzuwägen: Neben einer möglichen Abhängigkeit des Geschäftsbetriebs von Cloud-Dienstleistern sind

hierbei insbesondere Aspekte des Datenschutzes und der Informationssicherheit kritisch zu würdigen.

Das BAS hat auch im Jahr 2021 zahlreiche Anfragen aus dem Aufsichtsbereich zu diesem Thema bearbeitet und vorgelegte Vertragsentwürfe geprüft. Gegenstand waren rechtliche und technische Entwicklungen – beispielhaft können hier das "Schrems II"-Urteil des EuGH oder die Weiterentwicklung kryptografischer Sicherheitsmaßnahmen genannt werden. Das letztmals im März 2019 aktualisierte Rundschreiben zu Anforderungen an Cloud-basierten IT-Lösungen in der Sozialversicherung (www.bundesamtsozialesicherung.de unter der Rubrik Themen/Informationstechnik und Datenschutz) hat sich im Zuge der Beratungen weiterhin als Erörterungsgrundlage bewährt. Das BAS geht davon aus, dass das Themenfeld auch künftig von großer Bedeutung ist und wird die weiteren Entwicklungen aufmerksam verfolgen.

Ergebnisse der Prüfungen zur Umsetzung der GKV-Richtlinien § 217f Abs. 4b SGB V

Nach einigen in der Presse bekannt gewordenen Datenschutz-Pannen bei Krankenkassen hat der GKV-Spitzenverband eine Richtlinie erlassen (§ 217f Abs. 4b SGB V). Diese wurde in Abstimmung mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) konzipiert. In der Richtlinie und dem zugehörigen Umsetzungskatalog sind konkrete Maßnahmen zum Schutz von Sozialdaten der Versicherten vor unbefugter Kenntnisnahme, insbesondere bei Kontakten zwischen Krankenkassen und Berechtigten, aufgeführt.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat diese Richtlinie Anfang 2019 genehmigt, sodass die Anwendung der Maßnahmen für die Krankenkassen nach einer bis Februar 2020 dauernden Übergangsfrist verpflichtend ist. Ziel einer Prüfung des BAS bei bundesunmittelbaren Krankenkassen im Jahr 2021 war es, den Umsetzungsstand der vorgegebenen Maßnahmen stichprobenartig zu prüfen und die Angemessenheit der konkreten Schutzmaßnahmen festzustellen. Dabei hatten die Träger insbesondere Identifizierungs- und Authentifizierungsmaßnahmen bei persönlicher, postalischer, telefonischer und

elektronischer Kommunikation einzurichten und sicherzustellen, dass diese Maßnahmen kontinuierlich überprüft und angepasst werden.

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass die in der Richtlinie geforderten Maßnahmen bei allen Stichproben vollständig umgesetzt wurden. Schwachstellen zeigten sich bei der Einbindung der Konzepte in die Gesamtorganisation, wodurch die Aktualität und Fortschreibung sichergestellt werden soll. Zudem hat das BAS in diesem Kontext einige Beschwerden erhalten, dass die ausgewählten Sicherheitsmaßnahmen nicht alle barrierefrei seien. Überprüfungen haben ergeben, dass aktuell überwiegend die Nutzung eines Smartphones für die erforderliche 2-Faktor-Authentisierung notwendig ist. Auch wenn dies den Vorgaben der o. a. Richtlinie entspricht, können Versicherte, die ihr Smartphone nicht nutzen wollen oder können, die digitalen Angebote nicht mehr in Anspruch nehmen. Das BAS hat empfohlen, geeignete alternative Sicherheitsmaßnahmen zu prüfen und einzusetzen.

8.4 Sozialdatenschutz

Elektronische Patientenakte

Seit dem 1. Januar 2021 ermöglichen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten die Nutzung einer elektronischen Patientenakte (ePA). Die ePA ist eine versicherunggeführte elektronische Akte, die den Versicherten auf Antrag zur Verfügung gestellt wird und deren Nutzung freiwillig ist. Die Versicherten können also selbst entscheiden, ob und in welchem Umfang sie die ePA nutzen möchten. Die ePA wird von den Krankenkassen per App bereitgestellt. Die Nutzerinnen und Nutzer können ihre ePA mit verschiedenen Informationen, wie z. B. Daten zu Befunden oder Diagnosen, befüllen.

Die Einführung und Nutzungsmöglichkeiten der ePA hat der Gesetzgeber stufenweise vorgesehen:

Grundsätzlich ist erforderlich, dass die Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse in die generelle Nutzung der ePA und die dafür erforderliche Datenverarbeitung einwilligen. Damit die behandelnden Leistungserbringer auf die Daten zugreifen dürfen, müssen die Versicherten erneut

und situationsbezogen einwilligen. Dabei können sie frei entscheiden, welche Leistungserbringer sie für welchen Zeitraum berechtigen möchten und auf welche Daten diese zugreifen können sollen. Die Versicherten können dabei entweder in einen Zugriff auf ausschließlich medizinische Informationen wie Diagnosen und Befunde einwilligen (§ 341 Abs. 2 Nr. 1 SGB V), oder auf diejenigen Gesundheitsdaten, die durch ihn selbst zur Verfügung gestellt werden (§ 341 Abs. 2 Nr. 6 SGB V). Seit 1. Januar 2022 ist den Nutzerinnen und Nutzern von mobilen Endgeräten (z. B. Smartphone) eine dokumentengenaue Steuerung möglich. In der ersten Umsetzungsstufe im Jahr 2021 war ein solch technisch unterstütztes feingranulares Zugriffsmanagement noch nicht vorgesehen.

Bereits im Jahr 2020 hatte der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) die Auffassung vertreten, dass das vorgesehene Zugriffsmanagement nicht mit der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vereinbar sei, und eine dokumentengenaue Steuerung bzw. ein sog. feingranulares Zugriffsmanagement für jeden Versicherten bereits zur Einführung der ePA zum 1. Januar 2021 gefordert. Mit einem Rundschreiben vom 19. November 2020 hat sich das BAS damals an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen gewandt und deutlich gemacht, dass das BAS die datenschutzrechtliche Einschätzung des BfDI nicht teilt.

Der BfDI hat an seiner Rechtsposition festgehalten und das BAS im Mai 2021 zu einer geplanten Anweisung der Kassen angehört. Parallel hierzu hat der BfDI die Kassen förmlich angehört. Das BAS hat dem BfDI in einer Stellungnahme mitgeteilt, dass die Rechtsauffassung des BfDI seitens des BAS nach wie vor nicht geteilt wird. Ein Verstoß der Kassen gegen nationales Recht oder die Grundsätze der DSGVO wird nicht erkannt. Vielmehr erfüllen die Kassen die gesetzlichen Vorgaben zur ePA, die im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens von den Verfassungsressorts rechtlich umfassend, insbesondere auch auf die Vereinbarkeit mit übergeordnetem Recht, geprüft wurden. Die Einführung der ePA war daher – auch gemessen an den Anforderungen der DSGVO – bereits mit ihrem Start ab dem 1. Januar 2021 auch ohne ein feingranulares Zugriffsmanagement datenschutzkonform. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen die ePA aus Gründen der Interoperabilität nur in der Form einsetzen können, die auch durch die Gesellschaft für Telematik (Gematik) zugelassen

wurde. Selbst wenn die Kassen also einen anderen Weg für das Berechtigungskonzept hätten umsetzen wollen, wäre dies faktisch unmöglich gewesen.

Im September 2021 hat der BfDI sodann erste Anweisungen gegen fünf Krankenkassen erlassen. Gegen die Anweisungen des BfDI haben alle betroffenen Kassen Klage vor dem Sozialgericht Köln erhoben.

Ab dem 1. Januar 2022 können alle Kassen die ePA mit den für die zweite Stufe gesetzlich vorgesehenen Erweiterungen (sog. ePA 2.0), einschließlich eines feingranularen Zugriffsmanagements für diejenigen Versicherten, die ein mobiles Endgerät nutzen, anbieten. Ob darüber hinaus noch eine dokumentengenaue Steuerung für diejenigen Versicherten, die kein mobiles Endgerät nutzen, von den Kassen ermöglicht werden muss, wird voraussichtlich gerichtlich entschieden werden.

Genehmigung von Forschungsvorhaben

Im Jahr 2021 wurden im BAS insgesamt 75 Anträge zur Datenübermittlung von Forschungsvorhaben eingereicht, von denen im Berichtsjahr 55 Projekte genehmigt wurden.

Bezogen auf den jeweiligen Sozialversicherungszweig wurden 66 Projekte der Kranken- und Pflegekassen, davon überwiegend mit Bezügen zu Projekten des Innovationsfonds, eingereicht.

Für den im Jahr 2020 von dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales neu übertragenen Bereich der Renten- und Unfallversicherungsträger wurden acht Projekte der bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträger, auch mit Bezug zu innovativen Projekten des durch das BMAS geförderten Vorhabens „Rehapro“ sowie ein Projekt aus dem Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung eingereicht.

Im Ergebnis wird auch im Bereich von Forschungsvorhaben deutlich, dass zukunftsweisende Projekte bei den Sozialversicherungsträgern neue Bedeutung gewinnen und auch zukünftig eine wichtige Rolle spielen werden.

Stellungnahmen des BAS gegenüber dem BfDI

Das BAS wird deutlich häufiger in Einzelfällen durch den Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationssicherheit (BfDI) auf der Grundlage von § 16 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) im Rahmen eines datenschutzaufsichtsbehördlichen Verfahrens zu einer Stellungnahme aufgefordert. Ausgangspunkt ist dafür in der Regel eine Eingabe beim BfDI von Versicherten oder Bürgern und Bürgerinnen über einen datenschutzrechtlich relevanten Vorgang eines bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgers. Inhaltlich kann es sich dabei grundsätzlich um einen berichteten Datenschutzverstoß jeder Art und Komplexität handeln, wie z. B. einen Fehlversand von Unterlagen, ein datenschutzrechtlicher Mangel bei der Verarbeitung personenbezogener Daten bei Prozessen des Sozialversicherungsträgers, eine unzulässige Weitergabe von Sozialdaten an einen Dritten oder eine versäumte Löschung unrichtiger Krankheitsdiagnosen von Versicherten.

Bevor das BAS als zuständige Aufsichtsbehörde über die unmittelbaren Sozialversicherungsträger vom BfDI zu einer Stellungnahme aufgefordert wird, wurde der Sachverhalt bereits vom BfDI geprüft und rechtlich bewertet. In manchen Fällen wird seitens des BfDI eine Verhängung von Sanktionsmaßnahmen nach Art. 58 Abs. 2 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erwogen. Das BAS prüft den Vorgang erneut und gibt hinsichtlich der möglichen Verhängung einer Sanktionsmaßnahme eine Empfehlung ab. Darüber hinaus informiert das BAS, ob und ggf. welche Maßnahmen in eigener Zuständigkeit aufgrund oder infolge des berichteten Datenschutzverstoßes gegenüber dem Sozialversicherungsträger ergriffen werden.

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

Datenschutz in Zahlen

Auch im Jahr 2021 hat die Weiterentwicklung der Digitalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung eine wichtige Rolle gespielt. Die Krankenkassen haben zu einigen digitalen Neuerungen Beratungen gewünscht. Zudem hat der Gesetzgeber in verschiedenen Bereichen die Erforderlichkeit der Regelung von Digitalisierungsvorhaben gesehen und innovative Vorschläge in Gesetzesvorhaben eingebracht.

Bei den dem BAS gemeldeten Datenschutzverletzungen handelte es sich wie in den Vorjahren um Datenpannen in Einzelfällen, die nicht auf strukturelle oder organisatorische datenschutzrechtliche Schwachstellen bei den Trägern hinweisen. Die Datenpannen beruhen auf bedauerliche jedoch trotz gut implementierten Datenschutzmanagements nicht völlig vermeidbaren menschlichen Versagen. Bewusste oder vorsätzliche Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften konnte das BAS nicht feststellen. Im Großteil der Fälle lag ein Fehlversand von Unterlagen vor. Sowohl die Schwere des Schadens für die betroffene Person als auch die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts waren bis auf wenige Ausnahmen

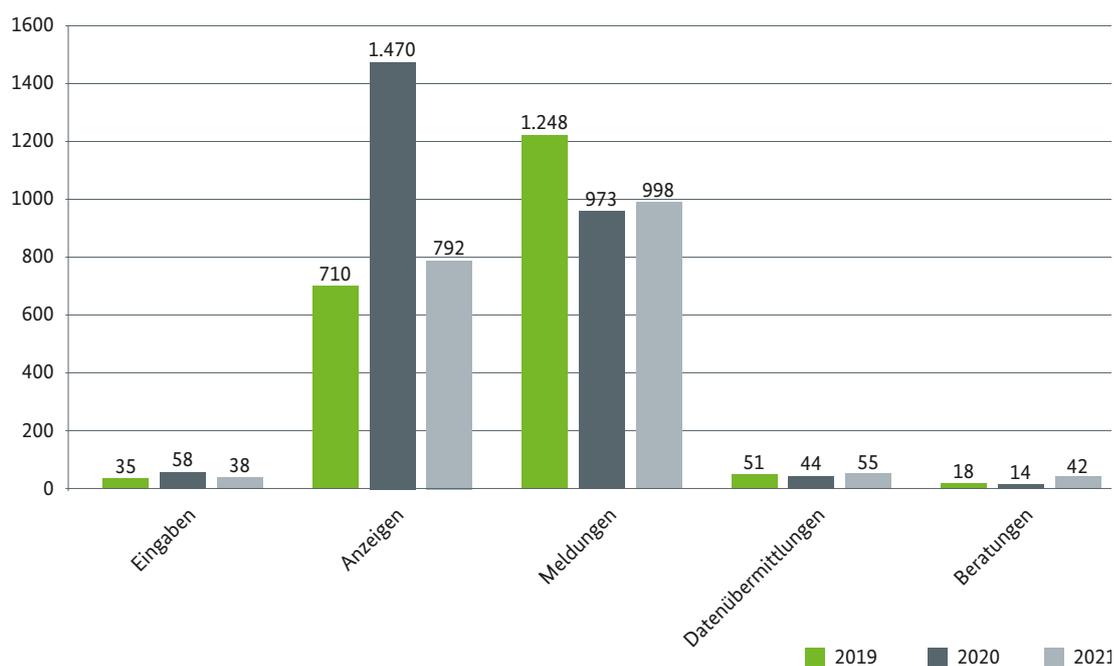
als gering bis mittel einzustufen. Das BAS beobachtet die Entwicklung der gemeldeten Datenpannen auch in 2022 weiterhin mit besonderem Augenmerk.

Diese Fortentwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen wird auch im Zusammenhang mit Anträgen auf Datenübermittlung gemäß § 75 SGB X deutlich, die im Berichtsjahr deutlich zugenommen haben und ebenfalls in den Bereichen der Renten- und Unfallversicherung Einzug halten.

Im Berichtsjahr 2021 hat das BAS:

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

Datenschutz in Zahlen



A close-up photograph showing a hand holding a wooden handle of a saw. The handle is positioned vertically, with the blade of the saw resting on a document. The document has the word "SOZIALVERSICHERUNG" printed in bold, black, uppercase letters. The background is blurred, showing what appears to be a desk or office environment. The lighting is bright, highlighting the texture of the wood and the skin of the hand.

SOZIALVERSICHERUNG

2. Teil

Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung



1. Finanzen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die finanzielle Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2021 war – wie schon im Jahr zuvor – vor allem von den Auswirkungen der Corona-Pandemie sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgaben-seite gekennzeichnet. Insgesamt entstand eine geschätzte Finanzierungslücke von ca. 16 Mrd. Euro. Durch ein politisch umstrittenes Maßnahmenpaket konnten die Einnahmen des Gesundheitsfonds gesichert werden, ohne die sog. Sozialgarantie der Bundesregierung (Begrenzung der Sozialbeiträge auf durchschnittlich maximal 40 Prozent) zu überschreiten. Das Maßnahmenpaket bestand aus drei Elementen:

- 1. Finanzierungsbeitrag des Bundes:**
Zusätzlich zum regulären gesetzlichen Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. Euro leistete der Bund 2021 einen ergänzenden Bundeszuschuss von 5 Mrd. Euro.
- 2. Finanzierungsbeitrag der Krankenkassen:**
Der Gesetzgeber hat eine Beteiligung der Krankenkassen am Ausgleich der pandemiebedingten Lasten durch eine Übertragung von Finanzreserven an den Gesundheitsfonds in Höhe von rd. 8 Mrd. Euro vorgeschrieben.
- 3. Finanzierungsbeitrag der Versicherten:**
Durch eine Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte ergab sich rechnerisch insgesamt ein Finanzierungsbeitrag in Höhe von rd. 3 Mrd. Euro.

Um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auch für das laufende Jahr 2022 auf 1,3 % zu stabilisieren, wurde darüber hinaus gesetzlich zunächst ein ergänzender Bundeszuschuss von 7 Mrd. Euro festgelegt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde aber zugleich ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen und mit Zustimmung des Deutschen Bundestages durch Rechtsverordnung einen abweichenden ergänzenden Bundeszuschuss in der Höhe festzusetzen, der erforderlich ist, um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auch im Jahr 2022 bei 1,3 % zu stabilisieren. Das BMG hat mit der sog. Bundeszuschussverordnung 2022 von November 2021 schließlich einen ergänzenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022 von 14 Mrd. Euro festgesetzt, so dass sich die Beteiligung des Bundes zur Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes zusammen mit dem regulären Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. Euro für das Jahr 2022 auf 28,5 Mrd. Euro beläuft.

Die Aufgaben des BAS rund um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Folgenden dargestellt. Die im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie zu leistenden zusätzlichen Finanzhilfen von über 17 Mrd. Euro an Krankenhäuser, für Impfleistungen, Testungen und andere Maßnahmen, die im Wesentlichen vom Bund getragen wurden, sind im Kapitel 8 dargestellt.

1.1 Gesundheitsfonds

Verwaltung der Krankenversicherungsbeiträge und Bundesmittel

Das BAS verwaltet seit 2009 als Sondervermögen die Mittel zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsfonds). Hierzu gehören in erster Linie die von den Krankenkassen eingezogenen und an den Gesundheitsfonds weitergeleiteten Krankenversicherungsbeiträge. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Krankenversicherungsbeiträge für Rentnerinnen und Rentner und die Minijob-Zentrale Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ab. Direktzahler sind die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger für die Beiträge aus Arbeitslosengeld I und II sowie die Künstlersozialkasse und das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr. Zudem leistet der Bund einen regulären gesetzlich festgelegten Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen an den Gesundheitsfonds. Wie unter 1. einleitend dargestellt, erhielt der Gesundheitsfonds vor dem Hintergrund erheblicher Finanzierungslücken 2021 einen ergänzenden Bundeszuschuss von 5 Mrd. Euro.

Hinzu kamen Erstattungen aus Bundesmitteln in Höhe von rd. 17,18 Mrd. Euro für im Rahmen der Corona-Pandemie geleistete (besondere) Finanzhilfen (vgl. hierzu Kapitel 8).

Zahlungsverkehr

Aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben Zuweisungen, die sich aus einer Grundpauschale und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen sowie Zuweisungen für sonstige Ausgaben zusammensetzen. Darüber hinaus erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds die Beträge 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. Zusätzlich leistete der Gesundheitsfonds im Zusammenhang mit der Corona-

Pandemie auch im Jahr 2021 Zahlungen an verschiedene Gruppen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen (vgl. Kapitel 8).

Übertragung von Finanzreserven der Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds

Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie stand auch die oben unter 1. erwähnte Übertragung eines festgelegten Anteils der Finanzreserven der Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds nach § 272 SGB V als Teil des Maßnahmenpaketes zur Bewältigung der finanziellen Folgen der Corona-Pandemie und damit zugleich als einmaligen bundesweiten und kassenübergreifenden Solidarausgleich. Grundlage für die Ermittlung des abzuführenden Betrags war das von den Krankenkassen im vorläufigen Rechnungsergebnis für das erste Halbjahr 2020 ausgewiesene Finanzvermögen. Berücksichtigt wurde dabei allerdings nur das Vermögen, das zwei Fünftel einer durchschnittlichen Monatsausgabe einer Krankenkasse, das ist das Zweifache der gesetzlichen Mindestrücklage, überschritt. Von diesem Betrag wurden 66,1 % herangezogen, wodurch insgesamt knapp 8 Mrd. Euro auf den Gesundheitsfonds übertragen wurden. Dieser Betrag blieb jedoch nicht beim Gesundheitsfonds, sondern kam den Krankenkassen in Form entsprechend erhöhter Zuweisungen wieder zugute. Mit dieser Maßnahme konnte der bekanntgegebene durchschnittliche Zusatzbeitragsatz im Jahr 2021 auf 1,3 Prozent stabilisiert werden.

Die von den Krankenkassen abzuführenden Beträge wurden vom BAS durch Bescheid geltend gemacht. Dagegen haben insgesamt 20 Krankenkassen beim Landesozialgericht NRW geklagt; auf sie entfielen rd. 4,9 Mrd. Euro der abgeführten Beträge. Mit den Klagen werden nicht die Berechnungen des BAS angegriffen; sie zielen einerseits auf die Verfassungsmäßigkeit der gesetzlichen Grundlage. Andererseits wird die Rechtswidrigkeit verschiedener Bescheide mit der Nichtberücksichtigung von bestimmten Sondersachverhalten, wie beabsichtigter Immobilienerwerb, nicht bilanzierten Pensionsverpflichtungen oder Verpflichtungsbescheide der Aufsichtsbehörde zur Umbuchung von Vermögensbestandteilen gestützt. Der Gesetzgeber hatte diese Bemessungsgrundlage jedoch konkret benannt und dadurch die Berücksichtigung

dieser Sachverhalte ausdrücklich ausgeschlossen. Nach Auffassung des BAS hat der Gesetzgeber die ihm vom Bundesverfassungsgericht zugestandenen Gestaltungsspielräume eingehalten.

Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

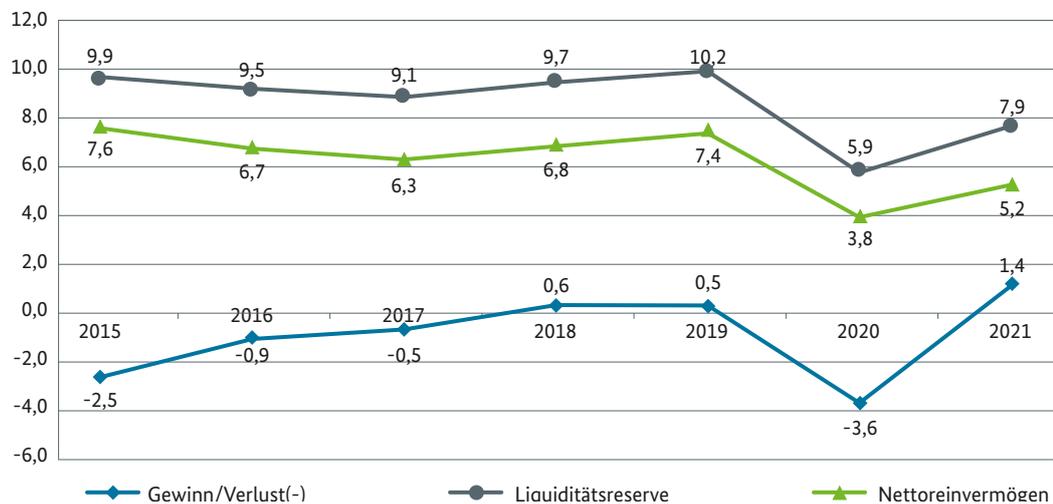
Das Jahr 2021 hat der Gesundheitsfonds mit einem Überschuss der Einnahmen in Höhe von rd. 1,41 Mrd. Euro abgeschlossen, davon entfallen rd. 56,28 Mio. Euro auf den Saldo des Einkommensausgleiches. Den Einnahmen in Höhe von rd. 293,44 Mrd. Euro stehen Ausgaben in Höhe von rd. 292,03 Mrd. Euro gegenüber. Die Einnahmen setzen sich mit rd. 248,66 Mrd. Euro größtenteils aus Beitragseinnahmen (inkl. Zusatzbeiträge) und weiteren Einnahmen von rd. 44,79 Mrd. Euro zusammen. Von den Ausgaben entfallen rd. 274,48 Mrd. Euro auf Zahlungen

an die Krankenkassen (Zuweisungen und Zahlungen aus dem Einkommensausgleich), rd. 17,38 Mrd. Euro auf Zahlungen im Rahmen der Corona-Pandemie, rd. 123,33 Mio. Euro auf Zuführungen aus der Liquiditätsreserve an den Innovations- und Strukturfonds sowie rd. 57,45 Mio. Euro auf die Verwaltungskosten. Diese setzen sich aus der Einzugskosten-Vergütung an die Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rd. 35 Mio. Euro, den Kosten für Beitragsprüfungen von rd. 4,48 Mio. Euro, den sonstigen Vergütungen an andere von rd. 14,35 Mio. Euro, den DMP-Vorhaltekosten von 2,04 Mio. Euro sowie den originären Verwaltungskosten des BAS von rd. 9,54 Mio. Euro zusammen. Mindernd wirkte sich eine Verwaltungskostenerstattung in Höhe von rd. 8 Mio. Euro aus. Einzelheiten zu den Rechnungsergebnissen des Gesundheitsfonds können dem jährlich erscheinenden Begleitbericht zur Jahresrechnung unter www.bundesamt-sozialesicherung.de entnommen werden.

Rechnungsergebnis 2021 des Gesundheitsfonds in Euro (lt. KJ1)	
Beitragseinnahmen	248.656.829.138,39
davon aus Zusatzbeiträgen:	19.610.515.120,89
Weitere Einnahmen (Bundeszuschüsse, Zinsen)	19.652.020.932,47
Erstattungen für Aufwendungen im Rahmen der Corona-Pandemie	17.176.934.044,14
Vermögenszuführung Krankenkassen	7.958.914.315,94
Einnahmen gesamt	293.444.698.430,94
Zahlungen an Krankenkassen	274.476.343.936,61
davon für Einkommensausgleich:	19.554.236.087,08
Aufwendungen im Rahmen der Corona-Pandemie	17.375.431.225,35
Verwaltungskosten	57.449.761,78
Zuführung an Innovations- und Strukturfonds	123.330.856,47
Ausgaben gesamt	292.032.555.780,21
Überschuss der Ausgaben	1.412.142.650,73

Aufgrund des Einnahmenüberschusses des Jahres 2021 erhöht sich das Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds zum 31.12.2021 auf rd. 5,24 Mrd. Euro.

Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds im Zeitablauf



Im Jahr 2021 hatten die Krankenkassen Anspruch auf Zuweisungen (inklusive Einkommensausgleich) in Höhe von rd. 22,9 Mrd. Euro je Monat. Die Auszahlung der Zuweisungen erfolgt grundsätzlich im Zeitraum vom 16. bis zum 15. des Folgemonats.

Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds

Entwicklung der Beitragseinnahmen und -rückstände

Das BAS 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 Webseite des BAS unter www.bundesamtsoziale-sicherung.de veröffentlicht.

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

Im Bereich des GSV-Beitrages belaufen sich die Beitragsrückstände für alle Beteiligten für das Jahr 2021 auf knapp 9 Mrd. Euro. Bei einem Jahres-Soll von rd. 453,3 Mrd. Euro, beziehungsweise einem Jahres-Ist von 452,2 Mrd. Euro zeigt dies, dass der Einziehungserfolg auf einem hohen Niveau stabil ist und auch 2021 über das Jahr 99,77 % der Beitragsforderungen realisiert wurden. Dies gilt auch für die Krankenversicherungsbeiträge inklusive Zusatzbeitrag aus dem GSV-Verfahren, die rd. 3,1 Mrd. Euro Rückstände aufweisen, wobei die Beiträge sich auf rd. 147,5 Mrd. Euro im Soll und 147,1 Mrd. Euro im Ist belaufen.

Die Beitragsrückstände bei den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen betragen am 31. Dezember 2021 rd. 10,3 Mrd. Euro, was einen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr um 0,7 Mrd. Euro bedeutet. Diese sind nicht nur in absoluten Zahlen deutlich höher als im GSV-Bereich, sondern auch im Verhältnis zum Beitrags-Soll in Höhe von 46,3 Mrd. Euro bzw. 44,8 Mrd. Euro Beitrags-Ist. Insgesamt ist die Realisierung der Beitragsansprüche jedoch trotz der Pandemiesituation mit 96,85 % auf dem Niveau der Vorjahre.

Das BAS steht weiterhin im Dialog mit den Krankenkassen, um weitere Ursachen für die Beitragsrückstände zu identifizieren und um diese noch weiter zu verringern. Um mehr Transparenz zu schaffen, wurde gemeinsam mit dem BMG und dem GKV-Spitzenverband die amtliche Statistik KB9 entwickelt. Diese erfasst die Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) sowie die freiwillig versicherten Mitglieder hinsichtlich Anzahl, Beitragsaufkommen und Rückständen.

Die Datenlieferung der KB9 erfolgte erstmals für das vierte Quartal 2018 und seitdem quartalsweise. Zur Sichtbarmachung von Veränderungen der Rückstände hat das BAS verschiedene Prüf- und Auswertungsroutinen erstellt. Ein Parameter ist beispielsweise der durchschnittliche monetäre Beitragsrückstand je Mitglied einer Krankenkasse und dessen zeitliche Entwicklung. Hier können Vergleiche mit den ebenfalls durchschnittlichen Rückständen je Mitglied des entsprechenden Verbandes und auch des Bundes angestellt werden.

Die Analysen zu den einzelnen Krankenkassen zeichnen ein differenziertes Bild der erfassten Beitragsdaten und werden mit dem Ziel, die Beitragsrückstände in der GKV transparent und einheitlich darzustellen, kontinuierlich weiterentwickelt.

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

Als Verwalter des Gesundheitsfonds ist das BAS dafür zuständig, die Beitragszahlungen zur Kranken- und Pflegeversicherung der Bundesagentur für Arbeit und der zugelassenen kommunalen Träger zu prüfen. Seit Übertragung der Prüfberechtigung im Jahre 2009 wurden 333 der bundesweit existierenden 560 Institutionen geprüft. Die örtlichen Erhebungen bei den Jobcentern und Agenturen für Arbeit werden von Prüfteams der AOK Bremen/Bremerhaven, der AOK Nordost, der AOK Sachsen-Anhalt und des BKK Landesverbands Süd im Auftrag des BAS durchgeführt.

Im Jahr 2021 wurden insgesamt 57 Institutionen (6 Agenturen für Arbeit, 41 gemeinsame Einrichtungen und 10 zugelassene kommunale Träger) geprüft. Dabei wurden rd. 159.000 Fälle fehlerhafter Zahlungen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an den Gesundheitsfonds festgestellt. Insgesamt betrugen die Einnahmen aus den Prüfungen zugunsten des Gesundheitsfonds sowie des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung ca. 33,6 Mio. Euro. Im Vorjahr betrugen die Einnahmen 21,6 Mio. Euro.

In der nachfolgenden Tabelle sind die geprüften Institutionen mit den meisten Fehlerfeststellungen aufgeführt. Ein Grund für die an den Gesundheitsfonds zu entrichtenden Beitragsnachzahlungen und Säumniszuschläge waren die mangelhafte Umsetzung von beitragsrechtlichen Änderungen im ALG II-Bereich sowie Softwareprobleme der jeweils genutzten IT-Fachverfahren.

Prüfinstitution	Anzahl der Fehlerfeststellungen	Zu zahlende KV- und PV-Beiträge an den Gesundheitsfonds	Säumniszuschläge
Zugelassener kommunaler Träger	15.000	5,3 Mio. Euro	1,7 Mio. Euro
Zugelassener kommunaler Träger	7.100	3,3 Mio. Euro	0,9 Mio. Euro
Gemeinsame Einrichtung	7.900	2,6 Mio. Euro	1,6 Mio. Euro
Gemeinsame Einrichtung	4.700	1,5 Mio. Euro	0,5 Mio. Euro
Gemeinsame Einrichtung	3.000	1 Mio. Euro	0,3 Mio. Euro
Gemeinsame Einrichtung	3.200	0,9 Mio. Euro	0,3 Mio. Euro
Gemeinsame Einrichtung	3.100	0,8 Mio. Euro	0,3 Mio. Euro
Gemeinsame Einrichtung	1.800	0,8 Mio. Euro	0,3 Mio. Euro

1.2 Schätzerkreis

Zur einheitlichen Bewertung der finanziellen Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde beim BAS der Schätzerkreis gebildet, dem Fachleute des BMG, des GKV-Spitzenverbandes und des BAS angehören. Er hat die gesetzliche Aufgabe, auf der Basis verschiedener Finanzdaten und Statistiken die finanzielle Entwicklung des laufenden Jahres zu bewerten und eine Prognose für das jeweilige Folgejahr zu treffen. Diese Prognose dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes, für die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs.

Die Schätzung für die Jahre 2021 und 2022 wurde am 12. und 13. Oktober 2021 vorgenommen. Für das Jahr 2022 erwartet der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 256,8 Mrd. Euro. Diese beinhalten den regulären Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Mrd. Euro sowie einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 7 Mrd. Euro. Zudem wird bei der Schätzung der Einnahmen des Gesundheitsfonds eine Zuführung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 2,1 Mrd. Euro berücksichtigt. Die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen belaufen sich demgegenüber auf rd. 284,2 Mrd. Euro.

Um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2022 bei 1,3% zu stabilisieren, wurde der ergänzende Bundeszuschuss für das Jahr 2022 durch die Bundeszuschussverordnung vom 18. November 2021 abweichend auf 14 Mrd. Euro festgesetzt. Infolgedessen belaufen sich die Zuweisungen an die Krankenkassen auf 263,7 Mrd. Euro. Damit unterschreitet das Zuweisungsvolumen aus dem Gesundheitsfonds die zu erwartenden Ausgaben der Krankenkassen um rd. 20,5 Mrd. Euro. Dieser Fehlbetrag entspricht rechnerisch dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,3%. Die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze werden demgegenüber auf der Grundlage der einzelnen Haushaltspläne von den Selbstverwaltungen der Krankenkassen festgelegt.

Weitergehende Informationen zum Schätzerkreis und ein ausführlicher Bericht über die Ergebnisse der Schätzung für das Jahr 2022 sind auf der Website des BAS www.bundesamtsozialesicherung.de unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Schätzerkreis abrufbar.

1.3 Risikostrukturausgleich

Grundlagen

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das zentrale Element der solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung und dient dem Ziel, einen fairen Wettbewerb unter den Krankenkassen zu gewährleisten. Die Notwendigkeit ergibt sich, da der Umfang des Krankenversicherungsschutzes eines Versicherten gesetzlich vorgegeben ist und unabhängig von der Höhe der geleisteten Mitgliedsbeiträge besteht. Der Grundgedanke des RSA ist daher, Unterschiede in den Ausgaben der Krankenkassen, die auf Differenzen in der Risikostruktur beruhen, auszugleichen. Diese Ausgabenunterschiede können insbesondere aus Abweichungen im Alter, im Geschlecht oder in den Erkrankungen der Versicherten einer Krankenkasse resultieren. Daraus ergibt sich die oft verwendete Bezeichnung „morbidityorientierter Risikostrukturausgleich“ oder „Morbi-RSA“. Durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22. März 2020 wurde der RSA umfangreich reformiert. Die Änderungen umfassen u. a. den Wegfall der Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten, die Streichung des Bezuges einer Erwerbsminderungsrente als Risikomerkmale, die Einführung einer regionalen Komponente und eines Risikopools sowie den Ausschluss von hierarchisierten Morbiditätsgruppen.

Das Zuweisungsvolumen, das insgesamt vom Gesundheitsfonds an die Krankenkassen ausgezahlt wird, ergibt sich aus der Schätzung des Schätzerkreises für das jeweilige Folgejahr. Auf Grundlage dieser festgelegten Zuweisungssumme für das kommende Ausgleichsjahr wird die Höhe der Zuweisungen ermittelt, die jede Krankenkasse für ihre Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhält. Für jeden Versicherten wird den Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale ausgezahlt, die sich aus den erwarteten Ausgaben je Versicherten errechnet. Diese Grundpauschale wird durch ein System risikoadjustierter Zu- und Abschläge an den erwarteten Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse angepasst. Seit dem Ausgleichsjahr 2021 sind dies folgende Zu- bzw. Abschläge:

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

Neben diesen Zuweisungen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen erhalten die Krankenkassen auch Zuweisungen für sonstige Ausgaben. Hierbei handelt es sich um Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen, um Verwaltungsausgaben, um Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie um Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP-Programmkostenpauschale). Für die Berechnung der Zuweisungen je Krankenkasse werden bundesweit einheitliche Werte zugrunde gelegt, die jährlich vom BAS ermittelt und bekannt gegeben werden; allein die DMP-Programmkostenpauschale wird vom GKV-Spitzenverband festgelegt.

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

Weitergehende Informationen zur Funktionsweise und Durchführung des RSA sind auf der Webseite des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de abrufbar.

Monatliches Abschlagsverfahren für das Ausgleichsjahr 2021

Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen für ein Ausgleichsjahr zunächst als monatliche Abschlagszahlungen. Dabei findet jeden Monat eine Anpassung an die

veränderten Versichertenzahlen einer Krankenkasse statt. Anpassungsfaktoren gewährleisten, dass jeden Monat insgesamt ein Zwölftel des fixierten Jahreszuweisungsvolumens an die GKV ausgezahlt wird.

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

Während ein Teil der durch das GKV-FKG eingeführten Neuregelungen im RSA-Verfahren erst im Jahresausgleich und damit erstmals im Kalenderjahr 2022 finanzwirksam werden, waren die folgenden drei Reformbausteine bereits im monatlichen Abschlagsverfahren im Jahr 2021 bei der Berechnung der Höhe der Zuweisungen zu berücksichtigen:

- die Berücksichtigung von regionalen Merkmalen (RGGs)
- die Einführung des Krankheits-Vollmodells (mit Auswirkungen im Bereich der HMGs) sowie
- der Wegfall der Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus (mit Auswirkungen im Bereich der EMGs und Krankengeldzuschläge).

Im Abschlagsverfahren werden die Zuweisungen bezogen auf die im Schätzerkreis vom 13. Oktober 2020 erwarteten Ausgaben für Pflichtleistungen, Verwaltungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen ermittelt. Die für 2021 erwarteten Ausgaben belaufen sich auf 274,9 Mrd. Euro. Das Gesamt-Zuweisungsvolumen (ohne Zusatzbeiträge) ist jedoch auf die Höhe der für 2021 erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds von 255,0 Mrd. Euro begrenzt. Daher erfolgte bereits im monatlichen Abschlagsverfahren eine Kürzung der Zuweisungen (mitgliederbezogene Veränderung) um jeweils 28,88 Euro je Mitglied einer Krankenkasse. Die Zuweisungen für Pflichtleistungen und Verwaltungsausgaben werden zudem um die Zuweisungen für DMP-Programmkosten bereinigt.

Jahresausgleich des Ausgleichsjahres 2020

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen erfolgte im November 2021 die abschließende Festsetzung der Zuweisungen für das Jahr 2020 (Jahresausgleich). Die Zu- und Abschläge werden im Jahresausgleich erstmalig auf Basis der versichertenbezogenen erfassten Leistungsausgaben des Ausgleichsjahres und der endgültigen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen berechnet.

Die endgültige Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten für das Ausgleichsjahr 2020 ist der folgenden Übersicht zu entnehmen.

Einführung einer Vorsorgepauschale

Mit dem GKV-FKG wurde eine Vorsorgepauschale eingeführt, um Präventionsbemühungen der Krankenkassen im RSA stärker zu fördern. Die Krankenkassen erhalten dazu für jeden Versicherten einen pauschalen Betrag, wenn eine Präventionsmaßnahme in Anspruch genommen wurde. Hierfür werden die ausgleichsfähigen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen in drei Stufen eingeteilt, die zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Die Stufeneinteilung und die Höhen der Pauschalen werden vom BAS ermittelt und wurden für das Ausgleichsjahr 2021 zusammen mit einer Verfahrensbeschreibung am 30. April 2021 bekanntgegeben. Die Zuweisung der Vorsorgepauschalen erfolgt erstmals mit dem Jahresausgleich 2021 im November 2022.

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2020 (RSA)						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung	Gesamt
AOK	93,8 Mrd.€	4,479 Mrd.€	0,449 Mrd.€	0,4 Mrd.€	-6,2 Mrd.€	92,9 Mrd.€
BKK	32,7 Mrd.€	1,673 Mrd.€	0,179 Mrd.€	0,1 Mrd.€	-2,5 Mrd.€	32,3 Mrd.€
VdEK	93,2 Mrd.€	4,543 Mrd.€	0,465 Mrd.€	0,4 Mrd.€	-6,6 Mrd.€	91,9 Mrd.€
IKK	16,5 Mrd.€	0,824 Mrd.€	0,086 Mrd.€	0,1 Mrd.€	-1,2 Mrd.€	16,3 Mrd.€
KBS	7,1 Mrd.€	0,296 Mrd.€	0,025 Mrd.€	0,0 Mrd.€	-0,4 Mrd.€	7,1 Mrd.€
GKV	243,3 Mrd.€	11,8 Mrd.€	1,205 Mrd.€	1,074 Mrd.€	-16,9 Mrd.€	240,5 Mrd.€

Dem Zuweisungsvolumen in Höhe von 240,5 Mrd. Euro stehen tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von 257,4 Mrd. Euro gegenüber. In der Summe über alle Krankenkassen decken die Zuweisungen damit rd. 93 % der Ausgaben.

Daraus resultiert eine mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen in Höhe von 295,64 Euro je Mitglied für das Ausgleichsjahr 2020. Über alle Krankenkassen bedeutet dies eine Kürzung der Zuweisungen um 16,9 Mrd. Euro. Die über den Einkommensausgleich (vgl. Kapitel 1.4) zugewiesenen Mittel für 2020 betragen rd. 15,2 Mrd. Euro.

Weiterentwicklung

Der Morbi-RSA wird jährlich bis zum 30. September an die aktuelle Datenlage und das Versorgungsgeschehen angepasst (Festlegungen gemäß § 8 Abs. 4 RSAV). Dies betrifft insbesondere das Versichertenklassifikationsmodell einschließlich der Risikozuschläge für z. B. Alter und Krankheit.

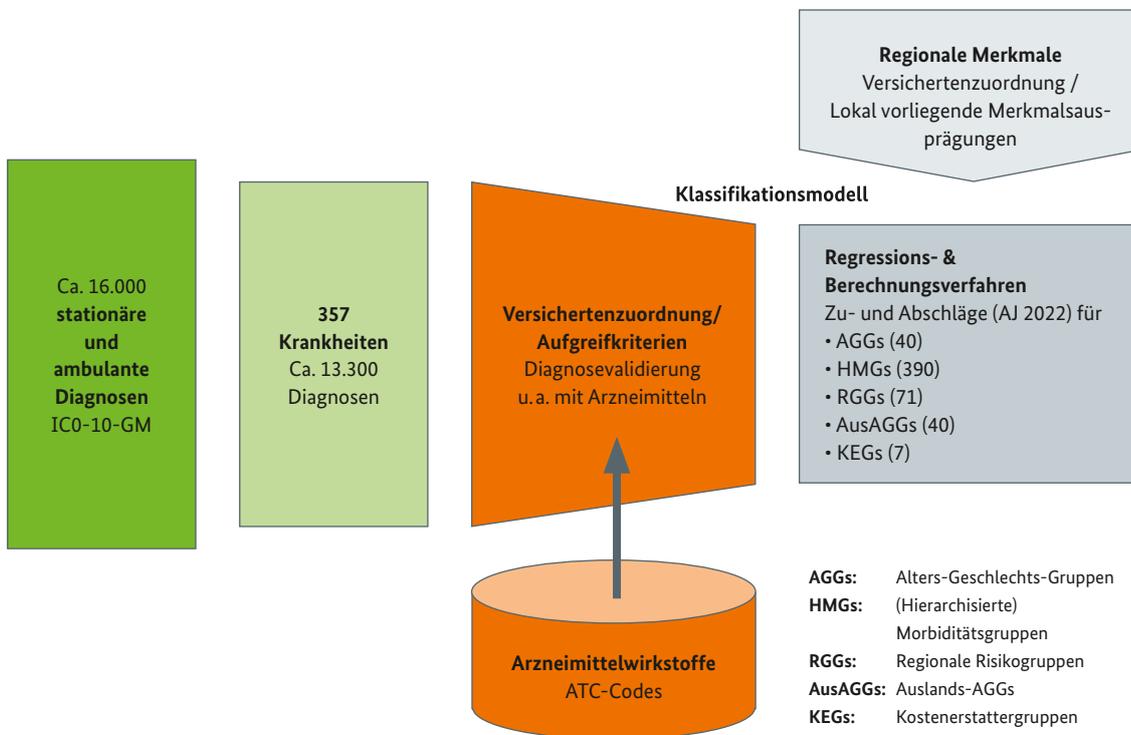
Dabei wird das BAS vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beraten. Die Sitzungen im Jahr 2021 fanden aufgrund der pandemischen Lage durchgängig als Videokonferenzen statt.

Im Juni 2021 hat der Wissenschaftliche Beirat Vorschläge zur Anpassung des Klassifikationsmodells 2022 beraten. Da seit dem Ausgleichsjahr 2021 alle Krankheiten im Ausgleichsverfahren zur Schätzung der zukünftigen Ausgaberrisiken der Krankenkassen berücksichtigt werden, lag das wesentliche Augenmerk für das Ausgleichsjahr 2022 darauf, das Klassifikationsmodell zu verschlanken sowie

bestehende Zusammenhänge zwischen den Krankheiten (sog. Komorbiditäten) systematisch zu untersuchen und hieraus resultierende Fehldeckungen aufzulösen.

Die Abbildung zeigt die neue Struktur des Morbi-RSA mit den Zahlen für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2022.

Der Risikostrukturausgleich – von der Diagnose und dem Wohnort zum Zuschlag (Zahlen für das Ausgleichsjahr 2022)



Im Juli 2021 hat das BMG folgende Expertinnen und Experten für einen Zeitraum von drei Jahren in den Wissenschaftlichen Beirat berufen:

- Prof. Dr. Saskia Drösler (stv. Vorsitzende), Hochschule Niederrhein, Krefeld, Lehrstuhl für Medizin, Medizincontrolling und Informationssysteme
- Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement
- Prof. Dr. Robert Nuscheler, Universität Augsburg, Lehrstuhl für Finanzwissenschaft, insb. Gesundheitsökonomik
- Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Technische Universität München, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie
- Prof. Dr. Volker Ulrich (Vorsitzender), Universität Bayreuth, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III - Finanzwissenschaft
- Prof. Dr. Amelie Wuppermann, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Lehrstuhl für Empirische Mikroökonomik

Neu nominiert wurden:

- Prof. Dr. Stephanie Läer, Universität Düsseldorf, Institut für Klinische Pharmazie und Pharmakotherapie
- Prof. Dr. Julia Stingl, Universitätsklinik Aachen, Institut für Pharmakologie

Weitere Informationen zum neuen Beirat gibt es auf der Webseite des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de zum Thema RSA/Wissenschaftlicher Beirat.

Nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und abschließender Beratung mit den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats im September 2021 hat das BAS die Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2022 am 30.09.2021 bekannt gegeben. Das Modell umfasst 390 Morbiditätsgruppen, 40 Alters-Geschlechtsgruppen und 71 regionale Risikogruppen (s. Abb.).

Weitergehende Informationen zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sind auf der Webseite des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de zum Thema RSA/Weiterentwicklung abrufbar.

Kinderkrankengeld

Zur Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen im RSA wurde das Zuweisungsverfahren für Versicherte mit Anspruch auf Kinderkrankengeld im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) neu geregelt. Weil die Ausgaben aufgrund der Anspruchsvoraussetzungen von den Krankenkassen nicht gesteuert werden können und die Inanspruchnahme zwischen den Krankenkassen ungleich verteilt ist, werden ab dem Ausgleichsjahr 2021 die Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für das Kinderkrankengeld vollständig durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen. Die neue Regelung geht zurück auf Empfehlungen zweier Gutachten zur Weiterentwicklung des Zuweisungsverfahrens für das Krankengeld (abrufbar auf der Webseite des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de zum Thema RSA/Weiterentwicklung).

Die Änderung sollte ursprünglich erst ab dem Ausgleichsjahr 2023 greifen. Allerdings hat der Gesetzgeber die Novellierung auf das Ausgleichsjahr 2021 vorgezogen. Einer der Gründe hierfür war die Erweiterung des Anspruchs auf Kinderkrankengeld für Fälle, in denen Kinder in der Pandemie von ihren Eltern z.B. wegen Schließung einer Schule oder durch andere Einschränkungen von Kinderbetreuungsangeboten zuhause betreut werden mussten. Die Umsetzung des Ist-Ausgleichs beim Kinderkrankengeld bereits für 2021 traf vor diesem Hintergrund auf breite Zustimmung bei den am RSA teilnehmenden Krankenkassen.

Das BAS hat daher sowohl die im Vorjahr getroffene Festlegung für das bereits laufende Ausgleichsjahr 2021 als auch die Festlegung für das anstehende Ausgleichsjahr 2022 an die Neuregelung angepasst.

Sicherung der Datengrundlagen

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

Bei der Prüfung nach § 273 SGB V unterzieht das BAS die von den Krankenkassen für ihre Versicherten gemeldeten Morbiditätsdaten einer Überprüfung mit dem Ziel, unzulässige Datenmeldungen zu identifizieren. Für die Krankenkassen gilt ein sog. „Einwirkungsverbot“. Sie dürfen weder mittelbar noch unmittelbar auf die ärztlichen Abrechnungsdaten Einfluss nehmen, welche die Grundlage für die Morbiditätsdatenmeldungen der Krankenkassen an das BAS darstellen.

Das Prüfverfahren ist mehrstufig angelegt und setzt sich aus kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfungen, regulären und anlassbezogenen Einzelfallprüfungen sowie ggf. der Erhebung von Korrekturbeträgen zusammen. Letzteres bedeutet, dass das BAS bei einem festgestellten Rechtsverstoß die von der Krankenkasse aus dem

Gesundheitsfonds erhaltenen Zuweisungen nachträglich kürzt. Diese Kürzungen schließen einen Strafaufschlag von 25 % mit ein. Im Jahr 2021 wurden auf dieser Grundlage Korrekturbeträge in Höhe von 116 Mio. Euro erhoben. Die Ausschüttung der Korrekturbeträge erfolgt jährlich im November im Rahmen der Durchführung des Jahresausgleichs.

Die Auffälligkeitsprüfung für die Daten des Berichtsjahres 2013, die das BAS im Jahr 2021 durchführte, ergab für 18 Krankenkassen statistisch signifikante Steigerungsraten in RSA-relevanten Diagnosebereichen. Bei den daraus resultierenden 18 regulären Einzelfallprüfungen galt erstmals die mit dem GKV-FKG im April 2020 eingeführte Beweislastumkehr. Die betroffenen Krankenkassen müssen nunmehr die tatsächlichen Gründe für eine Auffälligkeit nachvollziehbar darlegen und den Sachverhalt vollständig offenlegen. Die Prüfungen dauern noch an.

Mit Stand Dezember 2021 befasste sich das BAS zusätzlich mit rd. 40 anlassbezogenen Prüfverfahren, die sich schwerpunktmäßig auf Datenmeldungen der Berichtsjahre 2013 bis 2017 beziehen. Das BAS kann anlassbezogene Prüfungen einleiten, wenn Tatsachen den Verdacht begründen, dass Diagnosen unrechtmäßig erhoben und/oder auf unzulässige Weise in den RSA eingeflossen sind.

Die Prüfungen, die das BAS zur Sicherung der Datengrundlagen durchführt, können in verschiedene Themenfelder untergliedert werden:

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

Die Prüfungen nach § 20 RSAV untergliedern sich in die Prüfung der Versichertenzeiten und in die Prüfung der Morbiditätsdaten. Sie finden mindestens alle drei Jahre separat voneinander statt. Zur Prüfung werden Datenmeldungen der drei zuletzt durch den Jahresausgleich abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre herangezogen. Die Prüfungen sind – anders als die Prüfungen nach § 273 SGB V – auf die Richtigkeit der gemeldeten Daten gerichtet. In erster Linie geht es um die Klärung, ob die Krankenkassen die für die Bemessung der Zuweisungen im RSA an das BAS gemeldeten Daten durch Originaldaten und -nachweise belegen können. Dazu finden auf Grundlage von Stichproben Vor-Ort-Prüfungen bei den Krankenkassen statt. Korrekturbeträge erhebt das BAS in diesen Prüfungen nur dann, wenn die von den Prüfdiensten vor Ort festgestellten Datenfehler einen bestimmten Schwellenwert überschreiten. Das BAS erhob im Jahr 2021 auf dieser Grundlage erstmalig Korrekturbeträge in Höhe von rd. 362.000 Euro.

Im Jahr 2021 führte das BAS zudem die Stichprobenziehung für die Prüfung der Versichertenzeiten des Ausgleichsjahres 2017 durch und übermittelte die für die Prüfung erforderlichen Daten an die Prüfdienste. Bezogen auf die Morbiditätsdatenprüfung des Ausgleichsjahres 2016 wertete das BAS die von den Prüfdiensten übermittelten Prüfergebnisse (sog. Rückmeldesatzarten) aus. 12 Rückmeldesatzarten standen Ende 2021 noch aus; mit der Ergebnismitteilung an alle an der Prüfung beteiligten Krankenkassen ist im zweiten Quartal 2022 zu rechnen.

1.4 Einkommensausgleich

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

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

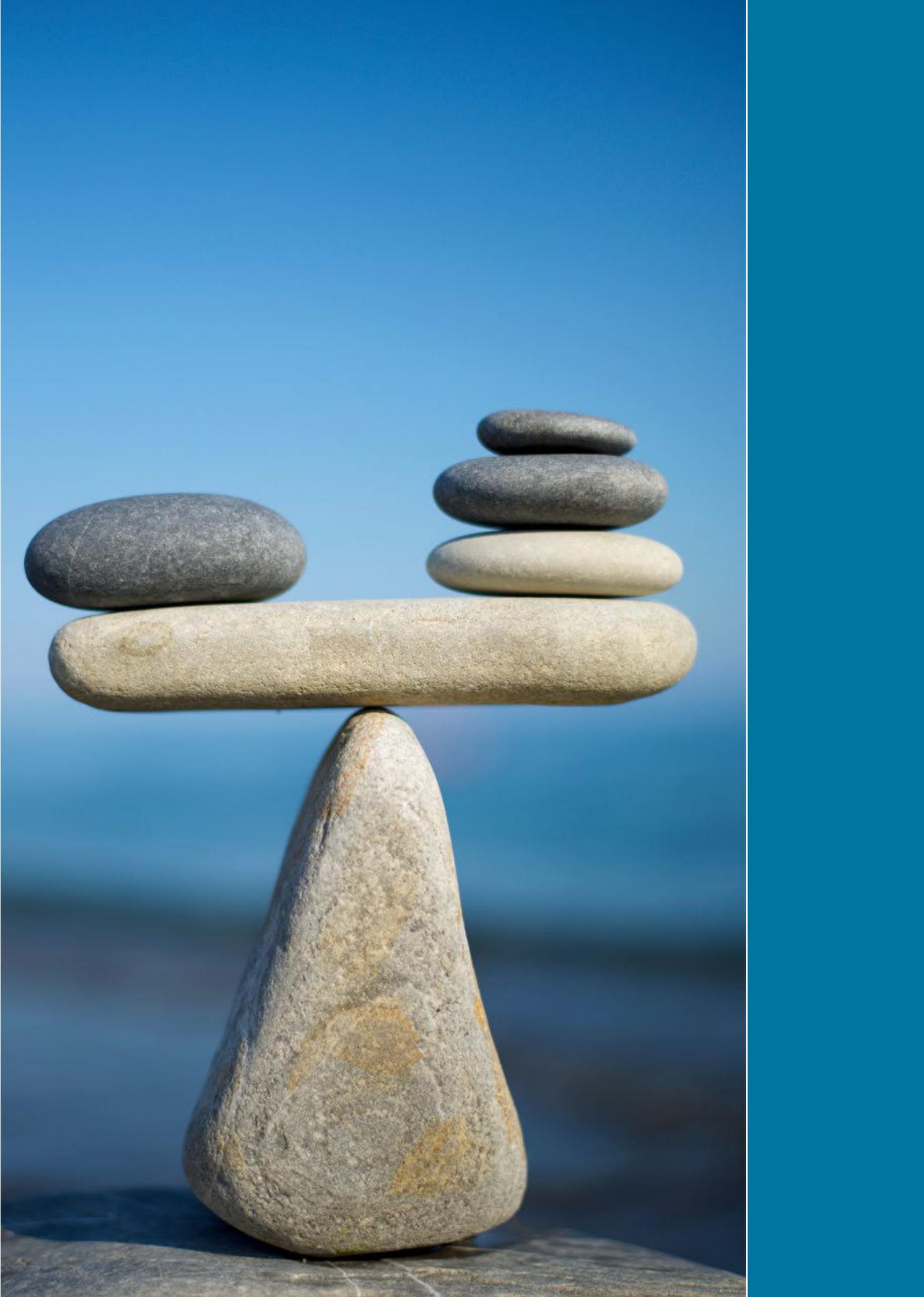
Der Einkommensausgleich wird wie folgt durchgeführt: Die Zusatzbeiträge werden unmittelbar an den Gesundheitsfonds abgeführt. Auf Basis des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes, der voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied sowie der aktuellen Mitgliederzahlen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

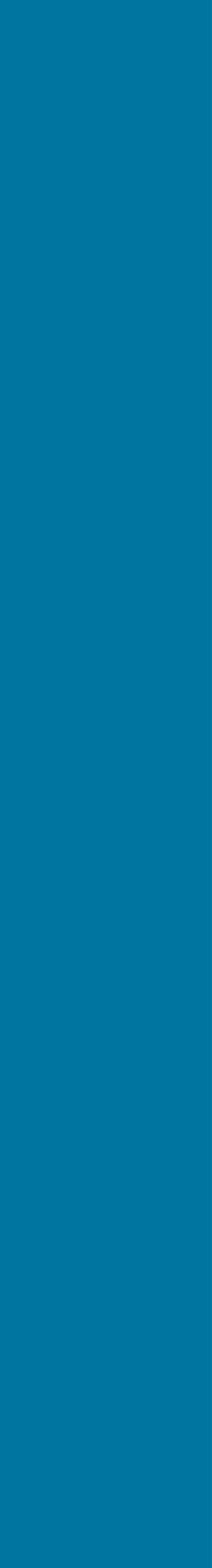
Durch diesen Einkommensausgleich erhalten Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder einen höheren Betrag aus dem Gesundheitsfonds als sie an den Fonds abgeführt haben und umgekehrt. Im Übrigen ist das Verfahren – entsprechend dem Verfahren des Risikostrukturausgleichs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

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse des Jahresausgleichs für 2020, den das BAS im November 2021 für den Einkommensausgleich durchgeführt hat, sowie die Auszahlungen im Abschlagsverfahren 2021.

Zugewiesene Mittel aus dem Einkommensausgleich

Kassenart	im Jahresausgleich 2020	im Abschlagsverfahren 2021
AOK	4.910,2 Mio. €	6.506,9 Mio. €
BKK	2.526,8 Mio. €	2.866,9 Mio. €
VdEK	6.218,6 Mio. €	8.049,8 Mio. €
IKK	1.178,4 Mio. €	1.409,8 Mio. €
KBS	377,5 Mio. €	529,8 Mio. €
GKV	15.211,5 Mio. €	19.363,3 Mio. €





2. Innovationsfonds

Grundlagen

Aus dem Innovationsfonds werden neue sektorenübergreifende Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind, gefördert. In 2021 wurde im Bereich Neue Versorgungsformen erstmalig das zweistufige Auswahlverfahren abgeschlossen. Hierbei werden zunächst Ideenskizzen zur Erstellung eines Vollantrags gefördert, im nächsten Schritt erfolgt die Auswahl der Förderung des Projektes.

Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtete Innovationsausschuss legt unter Einbeziehung externer Expertise die Schwerpunkte wie auch die Kriterien für die Förderung fest und entscheidet über die Förderfähigkeit der eingereichten Anträge.

Verwaltung der Mittel

Das BAS verwaltet seit 2016 die Mittel des Innovationsfonds, der mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz zum 1. Januar 2020 um fünf Jahre verlängert wurde. Seit 2020

beträgt die jährliche Fördersumme bis zu 200 Mio. Euro. Aufgrund der mehrjährigen Projektlaufzeit verwaltet das BAS die Mittel bis zur tatsächlichen Auszahlung.

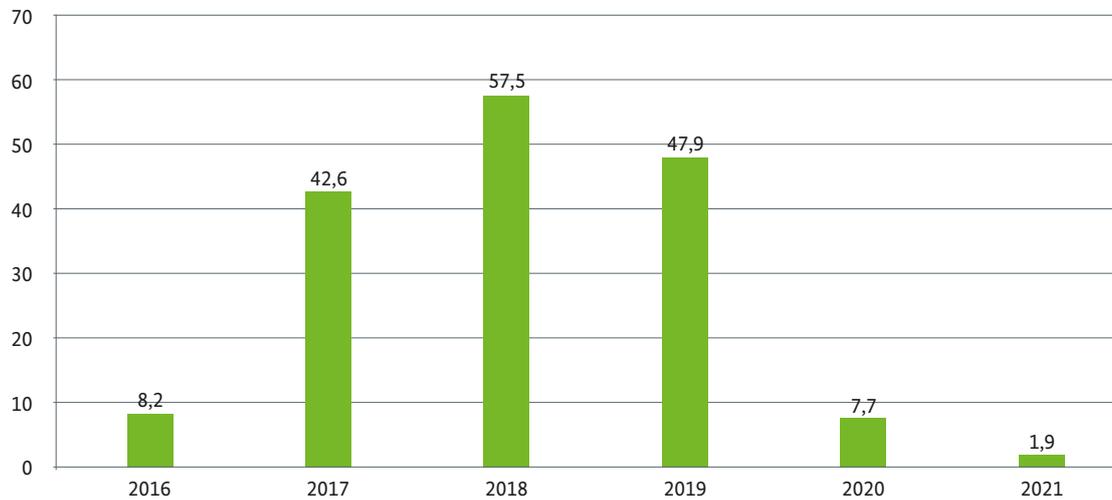
Nach Abzug des Finanzierungsanteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) von knapp einem Prozent wird der Innovationsfonds jeweils zur Hälfte durch die am RSA teilnehmenden Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Das BAS berechnet die einzelnen Finanzierungsanteile und behält diese seit dem Geschäftsjahr 2020 jährlich ein. Seit 2020 werden nicht bewilligte Fördermittel ins Folgejahr übertragen und können damit das zur Verfügung stehende Fördervolumen erhöhen.

Fördermittelauszahlung in 2021

Auszahlungen an Fördermittelempfänger werden nach Veranlassung der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses geleistet.

In 2021 wurden Fördermittel in Höhe von rd. 165,8 Mio. Euro an 356 Projekte ausgezahlt, die sich wie im folgenden Diagramm dargestellt aufteilen:

Aufteilung der in 2021 ausgezahlten Mittel nach dem Bewilligungsjahr der Projekte (in Mio. Euro)



Finanzergebnisse des Innovationsfonds

Lt. Rechnungsergebnis für das Geschäftsjahr 2021 betragen die Gesamtausgaben des Innovationsfonds rd. 182,54 Mio. Euro. Davon entfallen rd. 125,70 Mio. Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der neuen Versorgungsformen (NVF), rd. 46,14 Mio. Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der Versorgungsforschung (VSF) und rd. 10,70 Mio. Euro auf Verwaltungskosten. Dabei beliefen sich die Verwaltungskosten der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses (GBA) auf rd. 10,13 Mio. Euro, die des BAS auf rd. 0,27 Mio. Euro und die Kosten der wissenschaftlichen Evaluation auf rd. 0,31 Mio. Euro. Die Verwaltungskosten verursachen einen Anteil von rd. 5,3 % des gesetzlich vorgesehenen jährlichen Fördervolumens.

An der Finanzierung haben sich im Geschäftsjahr 2021 die LKK mit rd. 1,59 Mio. Euro sowie die RSA-Krankenkassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit jeweils rd. 99,20 Mio. Euro beteiligt. Der voraussichtliche Einnahmenüberschuss des Innovationsfonds beträgt rd. 17,46 Mio. Euro. Unter Berücksichtigung der seit 2020 geltenden Übertragbarkeit der Mittel und der nicht bewilligten Fördermittel aus Vorjahren stehen in 2022 insgesamt Mittel in Höhe von 241,92 Mio. Euro zur Förderung zur Verfügung.





3. Krankenhausstrukturfonds

Seit dem Jahr 2016 führt das BAS die Förderung zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung mit Mitteln des von ihm verwalteten Strukturfonds durch, der sich aufgrund unterschiedlicher Förderhöhen und -ziele auf den Strukturfonds I und II aufteilt. Er dient der Förderung des Abbaus von Überkapazitäten, der Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie der Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen. Darüber hinaus ist die Förderung auf die Verbesserung

der IT-Sicherheit von Krankenhäusern, auf die Schaffung tele-medizinischer Netzwerkstrukturen, auf die Bildung integrierter Notfallzentren sowie auf die Schaffung bzw. Erweiterung von Ausbildungskapazitäten in der pflegerischen Versorgung gerichtet.

Im Jahr 2021 hat das BAS Fördermittel in Höhe von insgesamt 28,77 Mio. Euro an die Bundesländer ausgezahlt. Den Auszahlungen standen Rückzahlungen aus nicht benötigten Fördermitteln von 4,84 Mio. Euro gegenüber.



4. Krankenhauszukunftsfonds

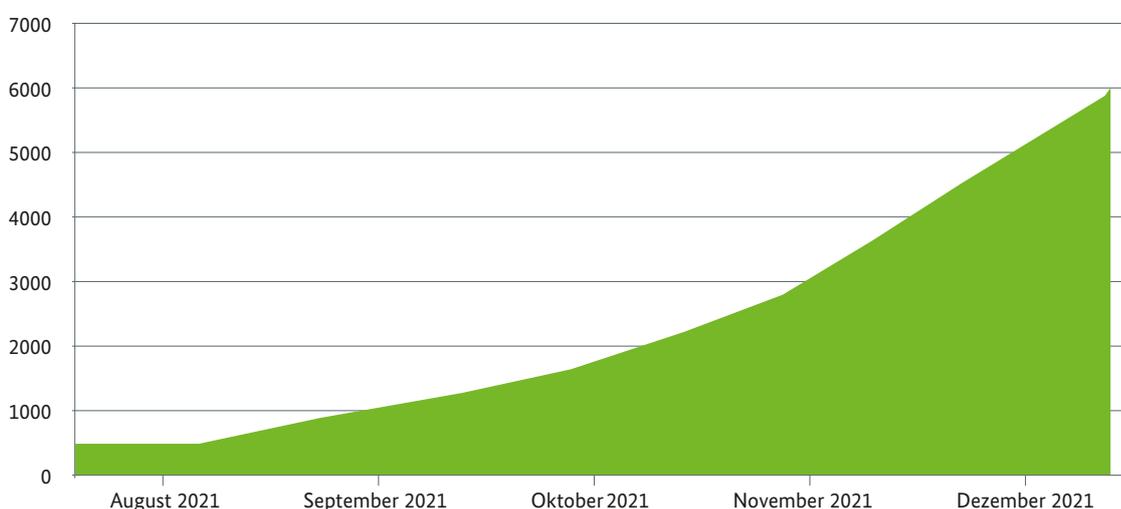
Im Juni 2020 hat die Bundesregierung ein Konjunktur- und Krisenbewältigungspaket im Umfang von 130 Mrd. Euro beschlossen. In dem zugrunde liegenden Eckpunktetpapier „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“ wurde auch festgestellt, dass die Patientenversorgung in Krankenhäusern für die Bewältigung der Corona-Pandemie eine große Rolle spielt und deshalb eine moderne und bessere Ausstattung der Krankenhäuser notwendig ist. Hieraus folgte die Einrichtung des Krankenhauszukunftsfonds durch das Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser beim BAS. Aus dem Bundeshaushalt wurden dazu 3 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt, mit denen insbesondere Digitalisierungsvorhaben von Krankenhäusern und Investitionen in moderne Notfallkapazitäten gefördert werden sollten.

Das BAS hat für diese neue Aufgabe innerhalb kürzester Zeit ein Verwaltungsverfahren entwickelt, das auch das

Erstellen einer Förderrichtlinie, eines Onlineschulungsprogramms zur Berechtigung von IT-Dienstleistern und die Beauftragung der Kreditanstalt für Wiederaufbau mit einem den Krankenhauszukunftsfonds begleitenden Kreditprogramm umfasste.

Im Jahr 2021 wurde ein Online-Portal zur Antragstellung eingerichtet, das Verfahren und die Grundsätze der Bewilligung wurden in mehreren Videokonferenzen mit den Ländern erörtert und in Rundschreiben erläutert. Bis zum 31. Dezember 2021 konnten die Länder beim BAS Anträge auf Förderung von entsprechenden Vorhaben der Krankenhausträger stellen. Insgesamt sind seitens der Länder 6.076 Anträge mit einem Fördervolumen von 3,024 Mrd. Euro beim BAS über das Online-Portal gestellt worden, wobei der Großteil der Anträge erst ab November 2021 eingegangen ist.

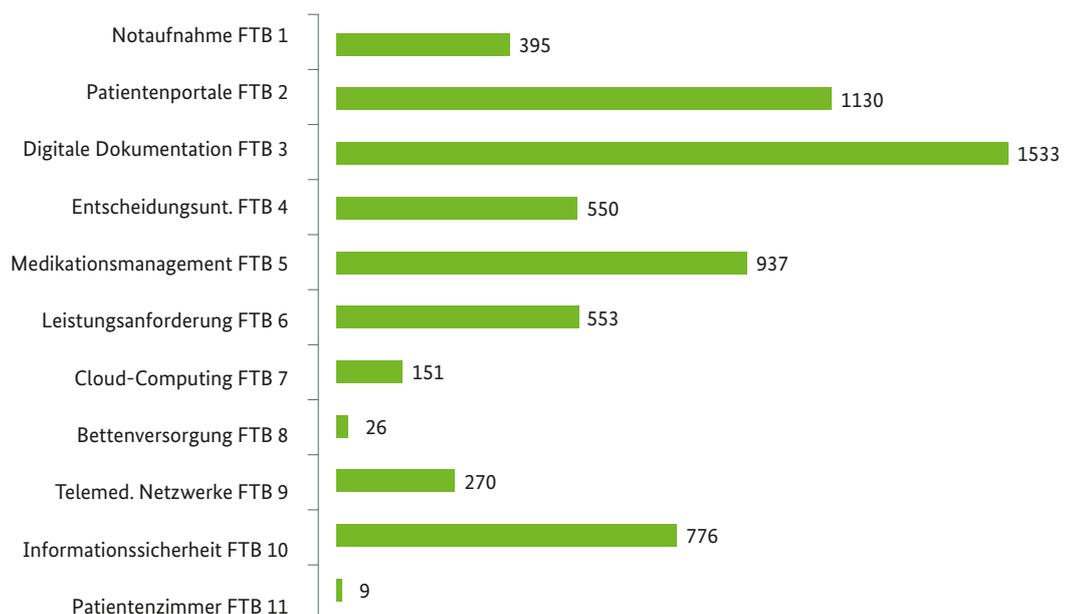
Entwicklung der Anträge



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

aktualisiert. Der Statistik ist auch zu entnehmen, dass sich viele Anträge auf die Errichtung oder Erweiterung der digitalen Dokumentation und auf die Errichtung von Patientenportalen beziehen.

Anträge nach Fördertatbestand



FTB = Fördertatbestand

Daneben ist zum 1. Januar 2021 das Schulungsprogramm für IT-Dienstleister in Betrieb genommen worden. Damit können sich interessierte IT-Dienstleister noch mindestens bis Ende 2022 schulen lassen und eine Berechtigung erwerben. Bislang haben 6.621 Dienstleister nach Absolvierung des Schulungsprogramms die Berechtigung erlangen können. Die Berechtigung wird durch das BAS erteilt, wenn der IT-Dienstleister über die notwendige Eignung verfügt, festzustellen, ob die Vorhaben, für die Fördermittel

beantragt werden, die Voraussetzungen für die Gewährung dieser Fördermittel erfüllen. Das Vorliegen dieser Feststellung eines berechtigten IT-Dienstleisters ist bei einem Teil der Vorhaben Fördervoraussetzung.

Schließlich hat das BAS die Kreditanstalt für Wiederaufbau mit einem begleitenden Kreditprogramm beauftragt. Dieses Kreditprogramm soll Krankenhaus-träger unterstützen, sofern diese selbst einen Teil der Fördersumme tragen.





5. Einrichtung der Vertragstransparenzstelle

Vollständige Veröffentlichung des Verzeichnisses

Zum 30. September 2021 hat das BAS das Verzeichnis der Vertragstransparenzstelle mit allen gesetzlich vorgesehenen Angaben auf seiner Webseite veröffentlicht. Das Verzeichnis umfasst Daten zu allen von den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossenen Verträgen über eine hausarztzentrierte Versorgung oder besondere Versorgungsformen (Selektivverträge). Es handelt sich um Angaben über die Vertragsform, die vertragschließende Krankenkasse, die vertragschließenden Leistungserbringer, soweit es sich um einen Vertrag zur besonderen Versorgung handelt, den Vertragsbeginn, die Wirksamkeit von Vertragsänderungen, das Vertragsende, den Geltungsbereich des Vertrages sowie über die dem Vertrag als Einschlusskriterien zugrunde liegenden Diagnosen, sofern diese von den Vertragsparteien vereinbart wurden.

Alle in das Verzeichnis aufgenommenen Verträge sind mit einer Vertragsnummer gekennzeichnet, unter der die Krankenkassen die vollständigen Vertragsdaten bis zum 30. Juni 2021 übermittelt haben. Einzelheiten zur Übermittlung wurden in zwei Bestimmungen zur Veröffentlichung des Verzeichnisses geregelt. Die zweite Bestimmung wurde vom BAS am 31. März 2021 veröffentlicht. Die übermittelten Daten wurden von der Vertragstrans-

parenzstelle plausibilisiert. In Zusammenarbeit mit den Krankenkassen wurden ggf. notwendige Korrekturen der Vertragsdaten vorgenommen. Häufige Fragestellungen, die sich zur Übermittlung der Daten ergeben haben, wurden in einem Fragenkatalog zusammengefasst und auf der Webseite des BAS veröffentlicht.

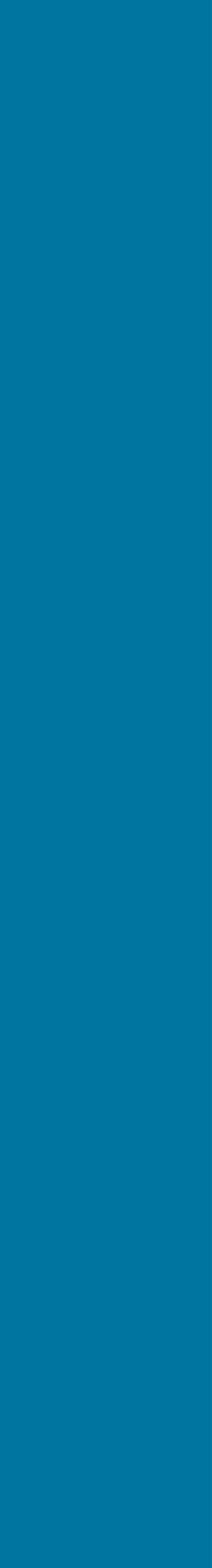
Fortlaufende Übermittlung der Vertragsdaten

Das Verzeichnis der Vertragstransparenzstelle umfasste zum 31. Dezember 2021 Daten zu rd. 10.300 Selektivverträgen. Vertragsänderungen und Angaben zu neu abgeschlossenen Verträgen sind von den Krankenkassen fortlaufend an die Vertragstransparenzstelle zu übermitteln. Die Meldungen der Krankenkassen erfolgen dabei einzeln – sobald Änderungen vereinbart oder neue Selektivverträge abgeschlossen wurden – oder vierteljährlich unter der Übermittlung des gesamten Vertragsbestandes der Krankenkasse. Die quartalsweise Datenlieferung muss spätestens bis zum 20. Kalendertag des Monats vorgenommen werden, der auf das Quartalsende folgt. Das Verzeichnis der Vertragstransparenzstelle bildet somit einen aktuellen Stand aller Selektivverträge der gesetzlichen Krankenkassen ab.

Zweck des Verzeichnisses der Vertragstransparenzstelle

Das Verzeichnis der Vertragstransparenzstelle ermöglicht es Versicherten, Aufsichtsbehörden und der interessierten Fachöffentlichkeit sich über die Selektivverträge der gesetzlichen Krankenkassen zu informieren. Zudem dient es der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich gem. § 273 SGB V. Durch den Vergleich der Datenmeldungen zum Risikostrukturausgleich mit den Daten des Verzeichnisses der Vertragstransparenzstelle können statistische Auffälligkeiten der Meldungen der Krankenkassen zu Leistungen aufgedeckt werden, die auf der Grundlage von Selektivverträgen erbracht wurden. Diese Rückschlüsse lassen sich durch die von den Vertragsparteien der Selektivverträge als Einschlusskriterien vereinbarten und im Verzeichnis erfassten Diagnosen ziehen. Darüber hinaus können unter Hinzuziehung der Daten des Verzeichnisses unzulässige Vertragsgestaltungen vom BAS gezielter überprüft werden.





6. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung

6.1 Der Ausgleichsfonds als zentrale Finanzierungsstelle in Zeiten der Pandemie

Trotz angespannter Finanzlage hat der Ausgleichsfonds auch im zweiten Jahr der Pandemie wesentlich zur verlässlichen Steuerung der Finanzierung der Pflegeversicherung beitragen. Dies geschah vor allem im Wege des Finanzausgleichs zwischen den Pflegekassen, durch ein aktives Einnahme- und Abrechnungsmanagement der Kostenbeteiligungen Dritter sowie durch die Einrichtung eines Finanzhilfverfahrens (zusammen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen).

Durch die Berücksichtigung im monatlichen Ausgleichsverfahren konnten die Pflegekassen ihre zusätzlichen Ausgaben zur Entlastung der Pflegeeinrichtungen in Form von Kostenerstattungen für pandemiebedingte Mehraufwendungen und Mindereinnahmen („Pflege-Rettungsschirm“) auch im Jahr 2021 gegenüber dem Ausgleichsfonds geltend machen. Für die fortgesetzte Refinanzierbarkeit der Ausgaben der Pflegekassen einerseits und unter Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit des Ausgleichsfonds andererseits erwiesen sich dabei zwei Maßnahmen als wesentlich: Zum einen hat das BAS im August 2021 (wie bereits 2018) die Ausgabendeckungsquote für das Soll an Betriebsmitteln für alle Pflegekassen abgesenkt (s. auch Kapitel 6.2.). Zum anderen wurde dem

Ausgleichsfonds – zugunsten der Pflegeversicherung insgesamt – im Oktober 2021 ein Bundeszuschuss in Höhe von 1 Mrd. Euro zugeführt.

Gemäß Festsetzung durch das BAS haben sich auch die Versicherungsunternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend ihrem Finanzierungsanteil von jeweils 7% an den Kosten des Pflege-Rettungsschirms sowie an den Testkosten beteiligt. Der Anteil für die im Jahr 2021 abgerechneten Quartale III und IV des Jahres 2020 und die Quartale I-III des Jahres 2021 betrug rd. 384,36 Mio. Euro; hinzu kamen rd. 52,32 Mio. Euro für das Quartal IV 2021. In gleicher Weise wurden mit dem GKV-Spitzenverband zugunsten des Ausgleichsfonds diejenigen Kostenanteile abgerechnet, die die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen des Rettungsschirms für ambulante Einrichtungen und stationäre Hospize einschließlich Testkosten sowie im Bereich der Corona-Prämien für Pflegekräfte nach Maßgabe spezifischer Verhältniswerte jeweils zu tragen hat. Der das zweite Halbjahr 2020 und das erste Halbjahr 2021 umfassende Finanzierungsanteil betrug insgesamt rd. 668,65 Mio. Euro, davon rd. 140,61 Mio. Euro für Prämienzahlungen. Für das zweite Halbjahr 2021 wurden 209,62 Mio. Euro abgerechnet.

Ohne Beschränkung auf die pandemiebedingten Sonderfinanzierungstatbestände sind dem Ausgleichsfonds im Jahr 2021 insgesamt rund 1,76 Mrd. Euro an Finanzierungsbeiträgen zugeflossen. Hier wird grundsätzlich nicht danach differenziert, ob der Ausgleichsfonds die Mittel über den Liquiditätsausgleich oder in Form von

Direktzahlungen (s. Kapitel 6.3.) zur Verfügung stellt. Auf die Finanzierung für Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Einrichtungen entfielen jeweils 640 Mio. Euro an Zahlungen der gesetzlichen Krankenversicherung und 44 Mio. Euro seitens der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

6.2 Finanzausgleich und Finanzentwicklung

Der seitens des Bundes geleistete Zuschuss und die Finanzierungsbeteiligungen sowohl der gesetzlichen Kranken- als auch der privaten Pflege-Pflichtversicherung vermochten nicht zu verhindern, dass das Jahresergebnis der Pflegeversicherung insgesamt negativ ausfällt. So war im Jahr 2021 ein erneut deutlicher Anstieg der Leistungsausgaben der Pflegekassen (um rd. 10,1% gegenüber dem Vorjahr) auf rd. 50,03 Mrd. Euro zu verzeichnen. Gleichzeitig lagen die Beitragseinnahmen der Pflegekassen in Höhe von 39,18 Mrd. Euro im Jahr 2021 um rd. 4,37% über denen des Vorjahres, die des Ausgleichfonds (10,52 Mrd.) nahmen um 1,62% zu.

Im Jahr 2021 hat das BAS insgesamt rd. 19,88 Mrd. Euro (monatsdurchschnittlich rd. 1,66 Mrd. Euro) aus Mitteln des Ausgleichsfonds an diejenigen Pflegekassen überwiesen, denen weniger Mittel zur Verfügung standen, als an Betriebsmitteln und Rücklage gesetzlich vorzuhalten sind. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einem Anstieg von rd. 13,8%. Dem gegenüber standen Zahlungen an den Ausgleichsfonds in Höhe von monatsdurchschnittlich rd. 643 Mio. Euro (insgesamt rd. 7,72 Mrd. Euro) durch diejenigen Pflegekassen, deren Mittel-Ist das Soll überstieg (rd. -3,18% gegenüber dem Vorjahr). Der hinter diesen Kennzahlen stehende Liquiditätsausgleich zwischen den Pflegekassen ist erforderlich, weil die Pflegekassen aufgrund ihrer unterschiedlichen Versichertenstruktur über unterschiedlich hohe Einnahmen verfügen und unterschiedlich hohe Ausgaben verzeichnen, während gleichzeitig ein für alle Pflegekassen einheitlicher Beitragssatz von zur Zeit 3,05% der beitragspflichtigen Einnahmen (mit Zuschlag für nicht Kinder-Erziehende in Höhe von 0,25%) besteht. Es gilt das den Liquiditätsausgleich tragende Prinzip, das die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten

von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen werden.

Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung

	Beträge 2021 absolut in Mio. Euro	Veränderungen gegenüber 2020 in %
Einnahmen		
Beitragseinnahmen	49.696	3,8
Sonstige Einnahmen	2.807	2,9
Einnahmen insgesamt	52.503	3,7
Ausgaben		
Leistungsausgaben	50.230	10,15
Verwaltungskosten	1.503	6,0
Hälfte MDK	532	0,5
Vorsorgefonds	1.570	2,9
Sonstige Ausgaben	18	31,0
Ausgaben insgesamt	53.854	9,84
Jahresergebnis	minus 1.351	

Sonstige Einnahmen und sonstige Ausgaben ohne Auftragsgeschäfte, sonstige Einnahmen inkl. Bundeszuschuss; Rundungsdifferenzen möglich

Da zu erwarten stand, dass die Mittel des Ausgleichsfonds wegen dauerhafter Ausgabenüberschüsse der Pflegekassen nicht ausreichen würden, um alle Anforderungen (im Rahmen des Finanzausgleichs ebenso wie zum Zwecke sonstiger Finanzierungs- und Fördervorhaben) zu erfüllen, wurden auf Grundlage der mit dem Spitzenverband Bund getroffenen Vereinbarung zur Durchführung des Finanzausgleichs Mittel der Pflegekassen zur Liquiditätssicherung des Ausgleichsfonds herangezogen. Dies geschah dadurch, dass im Rahmen der Ermittlung der Ausgleichsbeträge das zu berücksichtigende Betriebsmittel-Soll nicht vollumfänglich, d. h. mit einer Ausgabendeckungsquote von 1,0, sondern nach stufenweiser Absenkung (auf 0,9 im August und 0,8 im September 2021) nur noch mit einer Ausgabendeckungsquote von 0,7 berücksichtigt wurde. Das daraus resultierende Mehr an Liquidität des Ausgleichsfonds (rd. 1,25 Mrd. Euro) sorgte für eine gleichmäßige Verteilung des Betriebsmittelfehl-

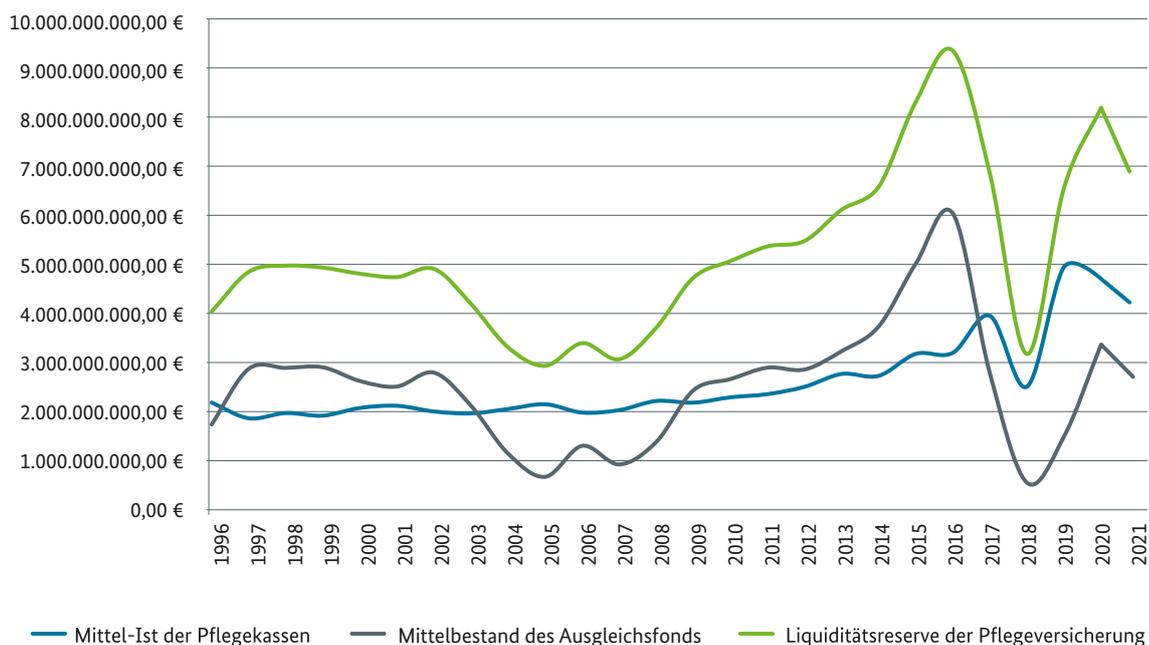
bestands und der Defizitgleichlast. Der seit Oktober 2021 angesetzte Wert von 0,7 galt über die Jahreswende hinaus bis zum Redaktionsschluss fort. Bis dahin war nicht abzusehen, wann die Ausgabendeckungsquote wieder angehoben werden könnte.

Weil die Pflegekassen im Hinblick auf ihre individuelle Ausgangssituation nach Einnahmen und Ausgaben von der Entwicklung der Ausgabendeckungsquote unterschiedlich stark betroffen sind und es daher nicht auszuschließen ist, dass im Einzelfall die Mittel einer Pflegekasse zur Erfüllung ihrer Zahlungspflichten nicht ausreichen, besteht für Pflegekassen die Möglichkeit, eine Finanzhilfe auf Basis einer zwischen dem BAS und dem GKV-Spitz-

verband getroffenen, mit Wirkung zum 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Pflegekassen-Finanzhilfevereinbarung zu beantragen.

Über die Einzahlungen im Rahmen des Finanzausgleichs hinaus hat der Ausgleichsfonds im Jahr 2021 rd. 10,52 Mrd. Euro an direkten Beiträgen vereinnahmt. Der Mittelbestand des Ausgleichsfonds belief sich Ende des Jahres 2021 auf nur noch rd. 2,71 Mrd. Euro. Unter Hinzurechnung der Mittelbestände der Pflegekassen in Höhe von insgesamt rd. 3,96 Mrd. Euro zum Ende des Jahres 2021 betrug die so zusammengesetzte Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung rd. 6,67 Mrd. Euro.

Entwicklung des Mittelbestandes der sozialen Pflegeversicherung



Im Jahr 2021 hat der Ausgleichsfonds Negativzinsen und Guthabenentgelte in Höhe von rd. 10,01 Mio. Euro aufwenden müssen (2020 rd. 11,6 Mio. Euro). Im Zeichen der Mittelabnahme und der unsicheren Liquiditätsentwicklung – bei gleichzeitig hohen Anforderungen durch den Grundsatz der Verfügbarkeit (vielfältige Zahlungstermine des Ausgleichsfonds) – konnten lediglich kurzfristige Geldanlagen getätigt werden.

6.3 Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege

Mit Wirkung für den Finanzierungszeitraum ab 2020 werden die soziale Pflegeversicherung und die private Pflege-Pflichtversicherung an der Finanzierung der neuen

Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) beteiligt. Mit dem Jahr 2022 wird parallel zu Ausbildungsjahrgängen im ersten und zweiten Ausbildungsjahr erstmals auch im dritten (und in der Regel letzten) Ausbildungsjahr ausgebildet.

Der Anteil der sozialen Pflegeversicherung an der Aufbringung des Finanzierungsbedarfs für die Pflegeausbildung im Land beträgt 3,6 Prozent, wobei die private Pflege-Pflichtversicherung der sozialen Pflegeversicherung 10 Prozent ihrer Direktzahlung erstattet. Er ergänzt die Umlagebeiträge der Krankenhäuser sowie der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und den Beitrag des jeweiligen Landes. Den Finanzierungsbeitrag der sozialen Pflegeversicherung leistet das BAS aus Mitteln des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung an die auf Landesebene verwalteten (gleichnamigen) Ausgleichsfonds für die Pflegeausbildung jeweils zum 30. November des Festsetzungsjahres für den darauffolgenden Finanzierungszeitraum.

Im Jahr 2021 leistete das BAS rd. 168,3 Mio. Euro an Direktzahlungen für den Finanzierungszeitraum 2022. Die Zahlungen fielen u. a. mit Blick auf die erstmalige Ausbildung von drei Ausbildungsjahrgängen um rd. 47% höher aus als die im November 2020 für den Finanzierungszeitraum 2021 gezahlten Beträge (rd. 114,9 Mio. Euro). Die Entwicklung der Mittelabrufe ist im Einzelnen auf der Webseite des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de zum Thema Ausgleichsfonds abgebildet.

Die private Pflegeversicherung hat der sozialen Pflegeversicherung im April 2021 rd. 11,49 Mio. Euro (10 %) der bereits im November 2020 geleisteten Direktzahlungen erstattet. Die Erstattung in Höhe von 16,83 Mio. Euro für die vom BAS im Jahr 2021 geleisteten Zahlungen erfolgt im Jahr 2022.

Auszahlungsbeträge gem. § 33 Abs. 1 Nr. 4 PflBG (Direktzahlung) nach Bundesländern

Land	Finanzierungszeitraum 2022 (Auszahlung 2021)	Finanzierungszeitraum 2021 (Auszahlung 2020)	Veränderung
Baden-Württemberg	18.085.638,35 €	14.047.820,54 €	29 %
Bayern	26.291.809,29 €	15.463.639,07 €	70 %
Berlin	5.895.970,97 €	3.763.397,79 €	57 %
Brandenburg	3.841.683,90 €	2.703.451,71 €	42 %
Bremen	1.539.946,76 €	1.098.261,16 €	40 %
Hamburg	3.972.617,91 €	2.684.551,02 €	48 %
Hessen	10.991.142,88 €	7.489.664,26 €	47 %
Mecklenburg-Vorpommern	3.786.575,40 €	2.272.757,87 €	67 %
Niedersachsen	16.716.042,43 €	9.628.738,26 €	74 %
Nordrhein-Westfalen	44.497.049,01 €	32.801.436,74 €	36 %
Rheinland-Pfalz	8.943.089,19 €	5.666.319,90 €	58 %
Saarland	2.898.350,32 €	2.037.681,00 €	42 %
Sachsen	8.447.268,77 €	5.896.069,23 €	43 %
Sachsen-Anhalt	4.093.880,09 €	2.419.663,24 €	69 %
Schleswig-Holstein	3.893.266,00 €	3.682.366,00 €	6 %
Thüringen	4.441.324,84 €	3.231.574,09 €	37 %
Gesamt	168.335.674,12 €	114.887.391,89 €	47 %

6.4 Finanzierung von Maßnahmen und Einrichtungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

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

Seit dem Jahr 2021 stellt der Ausgleichsfonds zudem Mittel für die Förderung der Entwicklung und der Er-

probung innovativer Versorgungsansätze im Rahmen eines Modellprogramms sowie für die Förderung eines Modellvorhabens zur Begleitung der Umsetzung des für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelten und erprobten Personalbemessungsverfahrens bereit. Dazu hat das BAS mit dem GKV-Spitzenverband eine entsprechende Finanzierungsvereinbarung geschlossen, die, hier mit Wirkung ab 2022, auch die Finanzierung von Modellvorhaben zur Erprobung der Telepflege umfasst. Desgleichen und ebenfalls flankiert durch eine entsprechende Vereinbarung beteiligt sich der Ausgleichsfonds zu Lasten der Pflegeversicherung an den Kosten zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur.

Über alle Tatbestände hinweg hat das BAS im Jahr 2021 rd. 3.200 Mittelanforderungen bearbeitet, die Gelder zur Auszahlung gebracht, Rückzahlungen vereinnahmt und, insbesondere zur Ermittlung des Finanzierungsanteils der Privaten Pflege-Pflichtversicherung, den Umfang und die Ausschöpfung diverser Budgets, Übertragungsanteile und „Überlaufstöcke“ errechnet.

Die zur Förderung insgesamt eingesetzten Mittel des Ausgleichsfonds in Höhe von rd. 30,7 Mio. Euro (+2,7% gegenüber dem Vorjahr) wurden nach Art der geförderten Vorhaben, Maßnahmen und Einrichtungen wie folgt verausgabt:

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

Fördertatbestand / Art der Maßnahme / Einrichtung	Volumen in Mio. Euro
Angebote zur Unterstützung im Alltag	rd. 11,72
Förderung des Ehrenamtes	rd. 1,63
Förderung der Selbsthilfe	rd. 3,17
Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen	rd. 6,76
Modellvorhaben im Bereich der Selbsthilfe	rd. 1,89
Qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege einschließlich wissenschaftlicher Aufträge	rd. 0,36
Regionale Netzwerke	rd. 1,46
Datenauswertungsstelle	rd. 0,83
Modellvorhaben des Spitzenverbandes Bund	rd. 2,19
Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur	rd. 0,46

Nähere Informationen zu Vergleichszahlen, Förderbudgets, Auszahlungsbeträge nach Bundesländern etc. sind auf der Webseite des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de zu finden.

6.5 Pflegevorsorgefonds

Aus Mitteln des Ausgleichsfonds wurden im Jahr 2021 rd. 1,57 Mrd. Euro an den Pflegevorsorgefonds überwiesen. Der Pflegevorsorgefonds ist mit Beginn des Jahres 2015 als Sondervermögen zum Zwecke der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung der Pflegeversicherung eingerichtet worden. Die Summe der vom Ausgleichsfonds zugunsten des Vorsorgefonds geleisteten Zuführungen der Jahre 2015 bis 2021 beläuft sich auf rd. 9,73 Mrd. Euro. Der Marktwert des Anlageportfolios dieses Sondervermögens, das von der Deutschen Bundesbank verwaltet wird, betrug Ende des Jahres 2021 rd. 10,75 Mrd. Euro. Seit dem Jahr 2020 obliegt dem BAS auch die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren.





7. Strukturierte Behandlungsprogramme

Das BAS ist für die zentrale Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease Management Programme – DMP) der bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen zuständig. Ziel der Programme ist die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen, insbesondere durch leitlinienorientierte Behandlung und Koordinierung der Behandlungsprozesse über die Grenzen der einzelnen Versorgungsebenen hinweg.

Die Zahl der „neuen“ DMP-Indikationen hat sich weiter erhöht: 2021 ist die Rheumatoide Arthritis als neue Indikation zu den bereits bestehenden 10 Indikationen hinzugekommen. Zugelassene Programme gibt es für 5 der neuen Indikationen noch nicht, da die Krankenkassen dem BAS bisher keine entsprechenden Programme zur Zulassung eingereicht haben.

Bei den DMP sind regelmäßig deutlich steigende Teilnehmezahlen zu verzeichnen. 2021 haben sich während der Corona-Pandemie rd. 635.000 Versicherte in den bestehenden Indikationen neu eingeschrieben. Insbesondere bei der Indikation Asthma war ein überproportionaler Anstieg der Teilnehmezahlen zu beobachten. Ob dies mit der Corona-Pandemie in Zusammenhang steht, ist nicht belegbar.

Insgesamt waren es 2021 rd. 9,3 Mio. Teilnahmen von 7,8 Mio. Versicherten, die an insgesamt 8.953 Programmen teilgenommen haben. 7.839.145 Versicherte haben sich dabei in einem oder mehreren Programmen eingeschrieben.

Indikation	Zulassungen	Teilnahme am DMP
Asthma bronchiale	1.498	1.215.781
Brustkrebs	1.443	168.844
COPD	1.506	831.622
Diabetes mellitus Typ 1	1.481	267.094
Diabetes mellitus Typ 2	1.532	4.721.111
KHK	1.493	2.064.100
Herzinsuffizienz	0	0
Rückenschmerz	0	0
Depression	0	0
Osteoporose	0	0
Rheumatoide Arthritis	0	0
Insgesamt	8.953	9.268.552

Stand: 31.12.2021



8. Überblick über Finanzhilfen

Die Corona-Pandemie hat sich auch im Jahr 2021 auf die Versorgungsstrukturen in der Krankenversicherung ausgewirkt. Für verschiedene Gruppen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen wurden Finanzhilfen vorgesehen, die zu einem erheblichen Teil durch das BAS ausgezahlt und aus Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert wurden. Durch verschiedene Verordnungen wurden

die Aufgaben des BAS im Laufe der Zeit erweitert, z.B. auf die Finanzierung von Corona-Testungen, Schutzmasken und Impfzentren. Für jede neue Aufgabe mussten Verwaltungsverfahren mit unterschiedlichen Beteiligten aufgebaut und Zahlungswege vereinbart werden. Nachfolgend wird ein Überblick über die verschiedenen Hilfefahrverfahren gegeben.

Verfahren: CORONA-Prämie 2021 für Pflegekräfte in Krankenhäusern

Rechtsgrundlage:	§ 26d KHG
Inhalt:	Krankenhäuser, die im Verhältnis zu ihrer Bettenzahl besonders viele Corona-Patientinnen und Patienten behandelt haben, erhielten Mittel für Prämienzahlungen, die sie bis zum 30. Juni 2021 ausbezahlen hatten.
Auszahlungsvolumen:	450 Mio. Euro
Zahlungsempfänger:	GKV-Spitzenverband
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	Die Auszahlung ist erfolgt; die Krankenhäuser haben bis Ende März 2022 die zweckgerechte Mittelverwendung nachzuweisen, andernfalls sind die erhaltenen Beträge zurückzuzahlen.

Verfahren: Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser wegen der Nichtbelegung von Betten (Ausgleichszeitraum: 15. November 2021 bis 19. März 2022)

Rechtsgrundlage:	§ 21 Absätze 1b und 4b KHG
Inhalt:	Krankenhäuser, die einen Zuschlag für die Teilnahme an der umfassenden oder erweiterten Notfallversorgung oder der Basisnotfallversorgung vereinbart haben oder die die Voraussetzungen hierfür erfüllen und dies der Landesbehörde nachweisen, erhalten Ausgleichszahlungen dafür, dass sie zur Erhöhung der Verfügbarkeit von betreibbaren Behandlungskapazitäten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, planbare Aufnahmen, Operationen oder Eingriffe in medizinisch vertretbaren Fällen verschieben oder aussetzen.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	4,06 Mrd. Euro (Stand: 18. Mai 2022)
Zahlungsempfänger:	Länder
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	läuft

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

Rechtsgrundlage:	§ 21a KHG
Inhalt:	Zugelassene Krankenhäuser erhalten für jede Patientin und jeden Patienten, die oder der zwischen dem 1. November 2021 und dem 30. Juni 2022 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wird und bei der oder dem eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 durch eine Testung labordiagnostisch durch direkten Virusnachweis bestätigt wurde, einen Versorgungsaufschlag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Höhe des Versorgungsaufschlags je Patientin und je Patient ergibt sich aus der Multiplikation der für das jeweilige Krankenhaus geltenden tagesbezogenen Pauschale, des Prozentsatzes 90 und des Faktors 13,9.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	2,00 Mrd. Euro (Stand: 18. Mai 2022)
Zahlungsempfänger:	Länder
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund
Status:	läuft

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

Rechtsgrundlage:	§ 9 Abs. 1 SodEG
Inhalt:	Soziale Dienstleister im Bereich der interdisziplinären Früherkennung und Früherkennung von Kindern und Jugendlichen erhalten für den Zeitraum vom 28. März 2020 bis zum 30. Juni 2022. Zuschüsse in Höhe von maximal 75 % der monatsdurchschnittlichen Zuschüsse des Vorjahres. Soweit die Einrichtungen vorrangige Mittel aus Vergütungen oder Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen erhalten, sind die Ausgleichszahlungen zu erstatten.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 8,60 Mio. Euro (Stand: 18. Mai 2022)
Zahlungsempfänger:	benannte Krankenkassen
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
Status:	läuft

Verfahren: Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser wegen der Nichtbelegung von Betten (Ausgleichszeitraum: 18. November 2020 bis 15. Juni 2021)

Rechtsgrundlage:	§ 21 Absätze 1a und 4a KHG
Inhalt:	Krankenhäuser in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt mit einem Inzidenzwert von über 70 und einem Anteil freier Intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten von unter 25 % erhalten Ausgleichszahlungen für die Zeit ab dem 18. November 2020 bis zum 15. Juni 2021. Der Anspruchszeitraum ist durch Rechtsverordnung mehrfach verlängert worden. Ebenso wurden die Grenzwerte zur 7-Tage Inzidenz und zur Höhe des Anteils freier Behandlungskapazitäten per Rechtsverordnung angepasst. Die Krankenhäuser werden von den Ländern bestimmt. Die Pauschalen je Patient und Tag betragen 90 % der in der Anlage zur COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung genannten Pauschalen.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 5,53 Mrd. Euro. (Stand: 18. Mai 2022)
Zahlungsempfänger:	Länder
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund
Status:	Fast abgeschlossen; in einigen Ländern müssen noch Nachläufer beschieden werden oder es sind Klagen anhängig.

**Verfahren: Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehaeinrichtungen sowie an Einrichtungen des Müttergenesungswerkes wegen der Nichtbelegung von Betten
(Ausgleichszeitraum: 18. November 2020 bis 15. Juni 2021)**

Rechtsgrundlage:	§ 111d Abs. 1 SGB V, § 3 Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung
Inhalt:	Die Einrichtungen erhalten Ausgleichszahlungen, wenn die Zahl der vollstationär behandelten Patienten in dem genannten Zeitraum unterhalb des Referenzwertes (im Jahr 2019 jahresdurchschnittlich pro Tag behandelte Zahl an Patienten) liegt. Der Ausgleichszeitraum wurde durch Rechtsverordnung mehrfach verlängert. Die Pauschale beträgt 50 % des mit den Krankenkassen vereinbarten Vergütungssatzes. Soweit die Einrichtungen vorrangige Mittel aus Vergütungen oder Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen erhalten, sind die Ausgleichszahlungen zu erstatten.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	249,49 Mio. Euro (Stand: 18. Mai 2022)
Zahlungsempfänger:	Länder (NRW, Bayern, Sachsen), ansonsten benannte Krankenkassen
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	Fast abgeschlossen; in einigen Ländern müssen noch Nachläufer beschieden werden oder es sind Klagen anhängig.

Verfahren: Übernahme der Aufwendungen für Testungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

Inhalt:	Die Aufwendungen für bestimmte Testungen von Personen auf den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 werden über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Zudem werden die Aufwendungen für die Ausstellung von COVID-19-Genesenzertifikaten über die KVen bzw. die Apothekenrechenzentren mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Einzelheiten sind in der Coronavirus-Testverordnung geregelt. Die einzelnen Regelungen werden in Abhängigkeit von der Entwicklung des Pandemiegeschehens ständig weiterentwickelt.
Rechtsgrundlage:	§ 20i SGB V i. V. m. Coronavirus-Testverordnung
Bisherigeres Auszahlungsvolumen:	13,42 Mrd. Euro (Stand: 18. Mai 2022)
Zahlungsempfänger:	Kassenärztliche Vereinigungen, Apothekenrechenzentren
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund
Status:	läuft

Verfahren: Kostentragung für durch den Bund beschaffte Arzneimittel mit dem Wirkstoff Remdesivir

Inhalt:	Die Kosten der vom Bund beschafften Arzneimittel mit dem Wirkstoff Remdesivir sind aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und von den privaten Krankenversicherungsunternehmen zu erstatten.
Rechtsgrundlage:	§ 26b KHG
Auszahlungsvolumen:	rd. 23,3 Mio. Euro
Zahlungsempfänger:	Bund
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, Beteiligung der PKV in Höhe von 7 % der Gesamtaufwendungen
Status:	Abgeschlossen. Der Bund hat Ende 2021 eine Spitzabrechnung anhand der angewendeten Mengen durchgeführt.

Verfahren: Kostentragung von Schutzmasken für bestimmte Personengruppen

Inhalt:	§ 20i Abs. 3 Satz 2 Nr. 1c) SGB V ermächtigt das BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Bestimmung des Anspruchs von bestimmten Versicherten auf Schutzmasken. Die anspruchsberechtigten Versicherten (alle über 60, Personen mit Vorerkrankungen, Bezieher von Arbeitslosengeld II) erhalten von ihrer Krankenkasse/privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Berechtigungsschein über die Abgabe von kostenlosen FFP2-Schutzmasken je Person bzw. ein entsprechendes Informationsschreiben (Bezieher von Arbeitslosengeld II). Die Versicherten erhalten die Masken in der Apotheke. Die Apotheken melden die Zahl der abgegebenen Masken ihrem Rechenzentrum, die Rechenzentren melden monatlich die Gesamtzahl der abgegebenen Masken an das BAS, die Zahlung des BAS erfolgt an einzelne Rechenzentren. Zudem wird den gesetzlichen und privaten Krankenkassen eine Aufwandspauschale (Portokosten etc.) für die Information der anspruchsberechtigten Personen erstattet.
Rechtsgrundlage:	§ 20i SGB V i. V. m. Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 2,12 Mrd. Euro (Stand: 18. Mai 2022)
Zahlungsempfänger:	Apothekenrechnungszentren, GKV-Spitzenverband, PKV-Verband
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund
Status:	Abgeschlossen, die letzte Abrechnung mit den Apothekenrechnungszentren erfolgte zum 19. April 2022.

Verfahren: Kostentragung für Impfungen

Inhalt:	<p>§ 20i Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 Buchstabe a und Nummer 2, Satz 3, 9, 10 und 12 bis 15 SGB V ermächtigt das BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Bestimmung des Anspruchs von Versicherten auf bestimmte Impfungen. In der Coronavirus-Impfverordnung wird der Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geregelt. Die Impfungen werden durch verschiedene Leistungserbringer durchgeführt (z. B. Impfzentren, mobile Impfteams, Krankenhäuser, niedergelassene Vertragsärzte, Betriebs- und Privatärzte). Der Kreis der zur Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 berechtigten Leistungserbringer und die Höhe der vergüteten Leistungen wurden/werden im Zeitablauf verändert bzw. erweitert. Der Gesundheitsfonds erstattet den Ländern einen Teil der Kosten der Impfzentren und der mobilen Impfteams. Die nach der CoronaImpfV festgelegten Vergütungen (z. B. für die Impfung, ausschließliche Impfberatung, Ausstellung eines Impfbescheinigung, nachträgliche Impfdokumentation) für weitere Leistungserbringer werden über die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Abweichend dazu erfolgt die Abrechnung der in Apotheken ausgestellten Impfbescheinigungen sowie der nachträglichen Impfdokumentation über die jeweiligen Apothekenrechenzentren. Der Pharmagroßhandel und die Apotheken erhalten für die Abgabe von Corona-Impfstoffen an Leistungserbringer eine Vergütung, die ebenfalls über das jeweilige Apothekenrechenzentrum mit dem BAS abgerechnet wird. Die einzelnen Regelungen in der Coronavirus-Impfverordnung werden in Abhängigkeit von der Entwicklung des Pandemiegeschehens weiterentwickelt.</p>
Rechtsgrundlage:	§ 20i SGB V i. V. m. Coronavirus-Impfverordnung
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 5,71 Mrd. Euro (Stand: 18. Mai 2022)
Zahlungsempfänger:	Länder, KVen, KBV, Apothekenrechenzentren
Finanzierung:	ab 2021 Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	läuft

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

Inhalt:	Nach der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung erhalten der Pharmagroßhandel und die Apotheken für die Abgabe von vom Bund beschafften antiviralen Arzneimitteln eine Vergütung, die über die Apothekenrechenzentren mit dem BAS abgerechnet wird.
Rechtsgrundlage:	§ 4 SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 0,85 Mio. Euro (Stand: 18. Mai 2022)
Zahlungsempfänger:	Apothekenrechenzentren
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	läuft

Verfahren: Abrechnung PSA/Desinfektionsmittel

Inhalt:	Als pauschaler Ausgleich für die vom Bund beschafften persönlichen Schutzausrüstungen und Desinfektionsmittel leistete der Gesundheitsfonds eine Einmalzahlung an das Bundesministerium für Gesundheit.
Rechtsgrundlage:	§ 271 Abs. 2 SGB V
Einmalzahlung:	190 Mio. Euro
Zahlungsempfänger:	Bund
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
Status:	Abgeschlossen

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

Inhalt:	Vom Bund beschaffte, nicht zugelassene Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern (Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern) werden im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten zur Anwendung bei Patientinnen und Patienten, die sich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert haben, nach der § 1 Abs. 1 Monoklonale-Antikörper-Verordnung (MAKV) kostenfrei bereitgestellt, wenn die Anwendung medizinisch indiziert ist. Die Arzneimittel werden über damit beauftragte Krankenhausapotheken zur Verfügung gestellt: Die beliefernden Krankenhausapotheken erhalten je Lieferung eine Logistikpauschale von 100 Euro, die Zahlung des BAS erfolgt quartalsweise an das jeweilige Rechenzentrum.
Rechtsgrundlage:	§ 5 MAKV
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 0,07 Mio. Euro (Stand: 18. Mai 2022)
Zahlungsempfänger:	Rechnungszentren der Krankenhausapotheken
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
Status:	läuft

Verfahren: Erstattung der Ausgaben der Bundesdruckerei für die Erstellung und den Versand von Bezugsscheinen nach der Corona-Schutzmaskenverordnung

Inhalt:	Die Herstellung und der Versand fälschungssicherer Bezugsscheine (Coupons), mit denen in Apotheken kostenlos bzw. vergünstigt FFP2-Schutzmasken bezogen werden konnten, erfolgte durch die Bundesdruckerei. Dem BAS wurde von Seiten des BMG die Aufgabe übertragen, die Ausgaben für die Herstellung und den Versand der Coupons mit der Bundesdruckerei abzurechnen.
Rechtsgrundlage:	Corona-Schutzmaskenverordnung
Auszahlungsvolumen:	rd. 12 Mio. Euro
Zahlungsempfänger:	Bundesdruckerei
Finanzierung:	Bundeshaushalt
Status:	Abgeschlossen

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

Inhalt:	Um die Verbreitung und das Auftreten neuer Virusmutationen frühzeitig zu erkennen, wird in Abhängigkeit von der Zahl der Neuinfektionen ein bestimmter Anteil der Erregerproben in Laboreinrichtungen einer Vollgenomsequenzierung unterzogen. Die Kosten der Laboreinrichtungen tragen die Kassenärztlichen Vereinigungen und werden aus dem Bundeshaushalt refinanziert.
Rechtsgrundlage:	Corona-Surveillanceverordnung
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 32 Mio. Euro (Stand: 15. März 2022)
Zahlungsempfänger:	Kassenärztliche Vereinigungen
Finanzierung:	Bundeshaushalt
Status:	Die Verordnung tritt am 30. September 2022 außer Kraft.





9. Aufsicht über die ZfP / Ordnungswidrigkeitenbehörde / Meldestelle im Bereich der privaten Pflegeversicherung

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

Die staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge ist in den §§ 126 - 128 SGB XI und in der Pflegedurchführungsverordnung (PflvDV) geregelt. Die ZfP ist bei der Deutschen Rentenversicherung Bund angegliedert und nimmt die sich aus dem Vierzehnten Kapitel des SGB XI ergebenden Aufgaben zur Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge wahr. Im Rahmen der Rechtsaufsicht prüft das BAS, ob die ZfP ihre Aufgaben rechtskonform ausübt.

Prüfthemen waren Finanzen, Kassensicherheit, Schwachstellenanalyse, Rückforderungen von Zulagen, das Festsetzungsverfahren, die Homepage sowie die Kommunikationshandbücher.

Das BAS hat im Berichtsjahr erstmals im Interesse des Datenschutzes nach Ablauf der 6-jährigen Aufbewahrungsfrist ein Prüfverfahren zur Löschung der aufgezeichneten und aufbewahrten Daten durchgeführt und Optimierungen der ZFP erörtert.

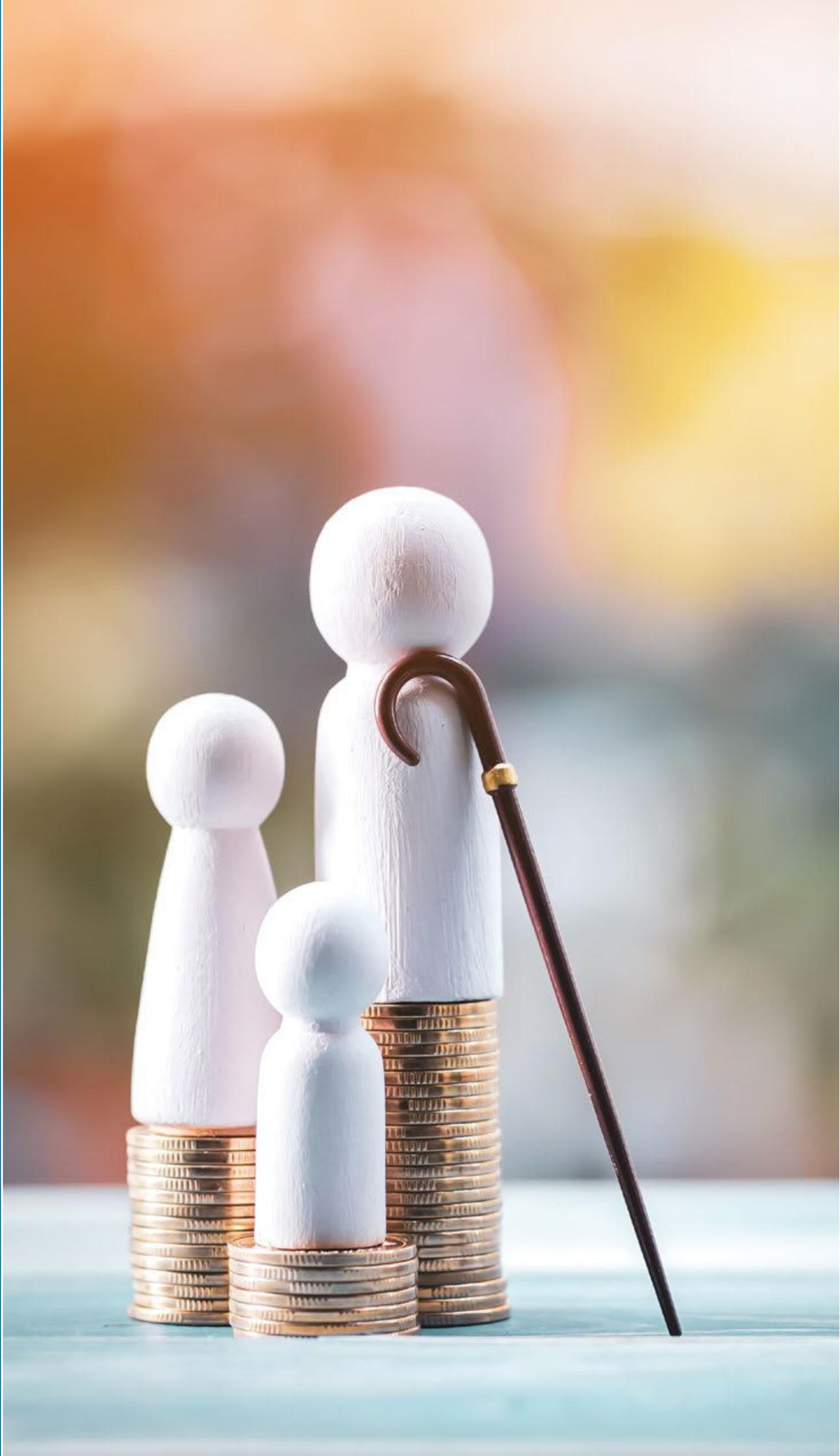
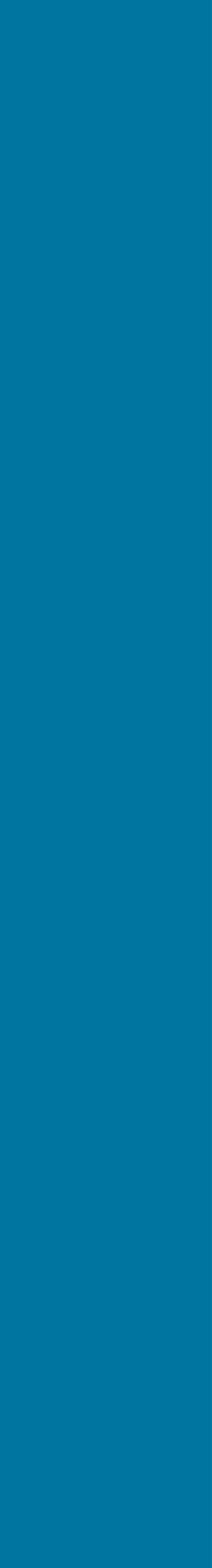
Die Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen an die ZfP nach § 128 Abs. 1 S. 4 SGB XI boten nach Einschätzung des BAS im Jahr 2021 keinen Anlass zur Einleitung von Ordnungswidrigkeitenverfahren gegenüber privaten Versicherungsunternehmen.

Einleiten von Ordnungswidrigkeitenverfahren bei Versicherten im Bereich der privaten Pflegeversicherung

Dem BAS sind die Versicherten zu melden, die ihrer Pflicht zum Abschluss oder zur Aufrechterhaltung eines Vertrages für eine private Pflegepflichtversicherung nicht nachkommen oder mit der Entrichtung von sechs insgesamt vollen Monatsprämien in Verzug geraten sind. Die Meldung durch die privaten Versicherungsunternehmen an das BAS erfolgt elektronisch.

In 2021 wurden insgesamt 131.784 Meldungen von privaten Versicherungsunternehmen erstattet. Die Anzahl der Meldungen ist damit erneut rückläufig (Vorjahr: 134.046). Die Meldungen erfolgten überwiegend aufgrund des Prämienverzuges von versicherten Personen. Das BAS prüft die Meldungen und leitet diese an die für die Versicherten jeweils zuständigen Verwaltungsbehörden in den Bundesländern weiter. Bußgeldverfahren gegen die privaten Versicherungsunternehmen wurden durch das BAS – wie auch im Vorjahr – nicht geführt.





10. Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung

Das BAS bewirtschaftet die Mittel des Bundes, die an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt werden; dabei wurden in 2021 insgesamt ca. 106,6 Mrd. Euro überwiesen.

In diesem Betrag enthalten sind u. a. die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung in Höhe von 78,9 Mrd. Euro und die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten in Höhe von 16,9 Mrd. Euro sowie die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) in Höhe von 5,8 Mrd. Euro.

Die allgemeine Rentenversicherung (ARV) verfügte im Jahr 2021 über Einnahmen in Höhe von ca. 342 Mrd. 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 2021 rd. 29,7% der Gesamteinnahmen der ARV.

Auch die Zuschüsse des Bundes an die Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger (VdBS) werden durch das BAS bewirtschaftet und stiegen in 2021 auf 78,6 Mio. Euro im Vergleich zu 76,7 Mio. Euro im Jahr 2020 an.



11. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung

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

Für das Jahr 2021 betrug die Lastenverteilung insgesamt ca. 829,5 Mio. Euro und hat sich damit gegenüber dem

Vorjahr um ca. 16 Mio. Euro erhöht. Dabei sind in der Regel fünf BGen ausgleichspflichtig (Verwaltungs-BG, BG Handel und Warenlogistik, BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse, BG Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation) und vier BGen ausgleichberechtigt (BG Rohstoffe und chemische Industrie, BG der Bauwirtschaft, BG Holz und Metall und BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe).



3. Teil

Sonderaufgaben



1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz

1.1 Ausbildungsplatzsituation

Am Stichtag 31.12.2021 betreute das BAS insgesamt 2.946 Ausbildungsverhältnisse (um die abgebrochenen Ausbildungsverhältnisse bereinigte Anzahl) der Einstellungsjahrgänge 2019 bis 2021 in den verwaltungseigenen Berufen, davon 2.918 zu Sozialversicherungsfachangestellten, 12 zu Kaufleuten für Büromanagement, sechs zu

Verwaltungsfachangestellten und zehn beim BAS selbst zu Verwaltungsfachangestellten.

Die Zahl der in 2021 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge bei den Sozialversicherungsträgern in den verwaltungseigenen Berufen ist mit 1.065 leicht gesunken. Hiervon entfielen 1.059 auf Sozialversicherungsfachangestellte, vier auf Kaufleute für Büromanagement und zwei auf Verwaltungsfachangestellte.

Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in verwaltungseigenen Berufen (einschließlich Abbrecher)



Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat im Berichtsjahr 337 Ausbildungsverträge im Beruf der Sozialversicherungsfachangestellten abgeschlossen. Das sind 45 mehr als im Vorjahr. Bei den Krankenversicherungsträgern ist die Ausbildungszahl in diesem Beruf nochmal um 31 Ausbildungsverträge auf 536 zurückgegangen. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

sind die Einstellungszahlen nahezu gleichgeblieben. Die Unfallversicherungsträger haben 66 Ausbildungsverträge abgeschlossen, rd. 21 weniger als im Vorjahr und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau hat mit 17 Ausbildungsverträgen die Einstellungszahl nahezu halbiert.

Verteilung der Ausbildungsverhältnisse in verwaltungseigenen Berufen auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

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

Im Einstellungsjahrgang 2021 verfügten rd. 72,21% der Auszubildenden über Hoch- oder Fachhochschulreife, 27,51% über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss und drei Auszubildende über einen Hauptschulabschluss.

1.2 Beratung und Überwachung

Die Ausbildungsberatung der zuständigen Stelle im BAS war durch die anhaltende pandemische Lage weiterhin besonders in Fragen veränderter Ausbildungsstrukturen und deren Auswirkungen gefordert, auch wenn sich bei den Sozialversicherungsträgern nach über einem Jahr Pandemie eine gewisse Routine eingestellt hat.

Die digitale Transformation der Ausbildungsstrukturen ist inzwischen nahezu abgeschlossen. Der Einsatz digitaler Kommunikationsmittel hat sich dabei weitgehend bewährt. Eine große Herausforderung blieb jedoch,

Ausbildungsinhalte vollständig in der Praxis vor Ort zu vertiefen. So galt es nicht nur, genügend Ausbilder und Ausbilderinnen für Online-Unterrichte zu qualifizieren, sondern vor allem, eine praxisnahe Ausbildung während der Homeoffice-Phasen zu gewährleisten.

Die Ausbildungsberatung der zuständigen Stelle hat hierbei alle Beteiligten darin bestärkt, den gesamten Spielraum, den die Ausbildungsordnung bietet und alle verfügbaren Formen der Wissensvermittlung auszuschöpfen, um den Ausbildungsbetrieb trotz Corona-bedingter Einschränkungen aufrecht zu erhalten und den Auszubildenden die erforderliche berufliche Handlungsfähigkeit zu vermitteln.

Im Berichtszeitraum wurden bundesweit 1.580 Nachwuchskräfte vor ihrer Zwischen- und Abschlussprüfung beraten, davon 1.231 angehende Sozialversicherungsfachangestellte (78%) und 349 Kaufleute im Gesundheitswesen (22%). Die Beratungen fanden in 85 etwa 45-minütigen Beratungsveranstaltungen statt; mehr als die Hälfte davon in Präsenz, die Übrigen aufgrund der Pandemiebedingten Einschränkungen als Videokonferenz.

Beratungen bei den angehenden Sozialversicherungsfachangestellten

Ausbildungsfachrichtung	Beratungstermine	Beratene Auszubildende
KV	36	603
UV	3	214
RV	23	280
KBS	4	80
LSV	2	54
Summe:	68	1.231

Insbesondere bei den Online-Beratungen war festzustellen, dass diese, so hilfreich sie unter den besonderen Umständen der Pandemie auch waren, bedingt durch die technische Barriere, die Anonymität und die fehlende Gruppendynamik nicht den lebhaften Austausch und konstruktiven Dialog der Beratungen aufkommen lassen konnten, in denen sich Auszubildende und Beratende sonst gegenüberstehen.

Dass dauerhafter Distanzunterricht Spuren hinterlassen hat und sich die rasant voranschreitenden digitalen Veränderungen in den Ausbildungsstrukturen nicht nur positiv auf Auszubildende und Auszubildende auswirkten, konnte während der Beratungstätigkeiten deutlich wahrgenommen werden. Besonders Nachwuchskräfte, die ihre Ausbildung erst während der Pandemie begonnen hatten, empfanden den Einstieg und das Erlernen von Grundlagenwissen als herausfordernd.

Oftmals holten sich Auszubildende Rat bei der Ausbildungsberatung, da sie sich aufgrund der anhaltenden Situation, dem isolierten Lernen und der damit verbundenen hohen Eigenverantwortung überfordert und allein gelassen fühlten. Hier war die Ausbildungsberatung gefordert, die Auszubildenden für derartige Probleme in Gesprächen zu sensibilisieren und gemeinsam Wege zu finden, gerade leistungsschwächeren Auszubildenden Hilfestellungen bei der Bewältigung der Lernprobleme zu leisten.

Alle an der Ausbildung Beteiligten sollten – und darauf weist die Ausbildungsberatung fortlaufend hin – die Nutzung digitaler Elemente in der Ausbildung als Chance begreifen, eine geordnete Ausbildung unter den gegebenen

Umständen der Pandemie überhaupt durchführen zu können. Auch künftig werden digitale Elemente, die sich bewährt haben, wesentlicher Bestandteil einer modernen, zukunftsorientierten Ausbildung bleiben. Dabei gilt es jedoch, nicht aus dem Blick zu verlieren, wie wichtig soziale Interaktion und persönlicher Austausch für Lernfreude und Lernerfolg, Kompetenzentwicklung und letztlich auch für die Identifikation mit dem auszubildenden Träger sind. Die Ausbildungsberatung der zuständigen Stelle begleitet die Träger bei den anhaltenden Veränderungsprozessen kontinuierlich.

1.3 Prüfungen

Im Jahr 2021 hat das BAS 2.056 Personen und damit mehr als im Vorjahr (2020: 1.850) geprüft.

An 9 Zwischenprüfungen nahmen 874 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten und 6 angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei wurden 56 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 11 Abschlussprüfungen, bei denen 73 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 985 zu prüfende Personen teil, darunter 11 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte entfielen 972 zu prüfende Personen, drei auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte und 10 auf den Ausbildungsberuf Kaufmann/Kauffrau für Büromanagement. 944 zu prüfende Personen bestanden die Prüfung. Unter den 972 zu prüfenden Personen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellte waren 17, die – weil nicht in einem Aus-

bildungsverhältnis stehend – nach § 45 Abs. 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Diese kamen alle von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin/zum Krankenkassenfachwirt nahmen insgesamt 72 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen teil. Fünf davon kamen von landesunmittelbaren Kassen und wurden vom BAS in Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die bisher keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Drei Prüfungsausschüsse waren im Einsatz. 61 geprüfte Personen bestanden die Prüfung. Bei der Organisation wurde das BAS von der BKK- und IKK-Akademie unterstützt.

Zudem hat das BAS fünf Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 49 Ausbilderinnen und Ausbilder teilnahmen. Neun dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, zehn bei Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und 30 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Es nahmen 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen an der Fortbildungsprüfung zur/zum Fachwirtin/Fachwirt für Management und Führung in Krankenkassen teil. Im Einsatz waren drei Prüfungsausschüsse.

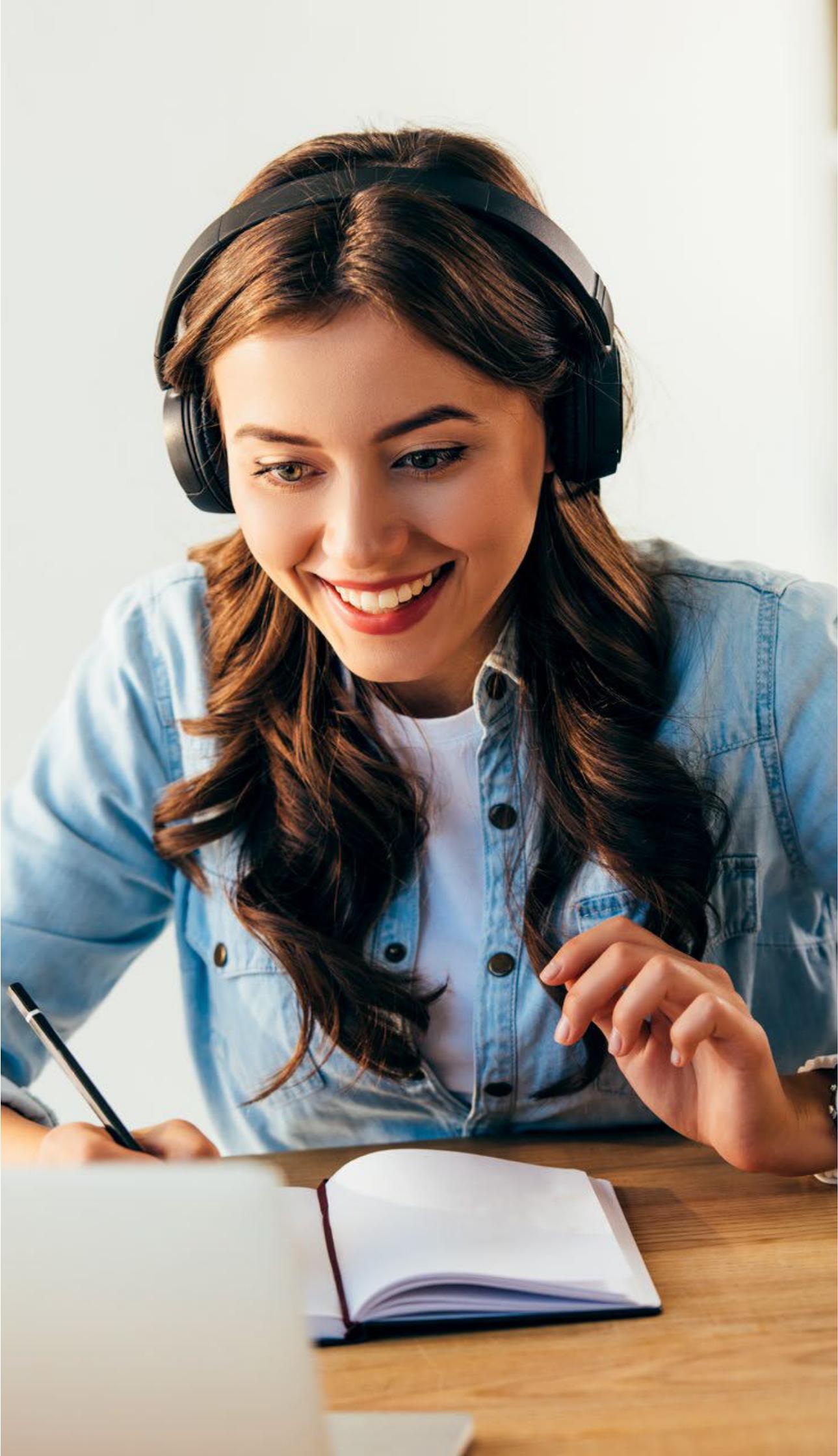
Außerdem nahmen 20 Beschäftigte der Deutschen Rentenversicherung Bund an der Fortbildungsprüfung zur Geprüften Sozialversicherungsfachwirtin/zum Geprüften Sozialversicherungsfachwirt teil. Dabei wurden zwei Prüfungsausschüsse eingesetzt.

Die Pandemie bestimmte weiterhin Organisation und Durchführung aller Prüfungen. Die Zwischenprüfungen mussten bei den Ersatzkassen, den Trägern der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung verschoben werden. Aber alle Abschlussprüfungen konnten an den regulären Terminen stattfinden. Dabei gab es lediglich einen Teilnehmer, der coronabedingt nicht an dem regulären schriftlichen Prüfungstermin mitschreiben konnte. Diesem Teilnehmer konnte das BAS kurzfristig einen Ersatztermin anbieten.

Unabhängig davon, ob Prüfungen wie geplant oder erst nach Verschiebung stattfinden konnten, waren bei der Durchführung Pandemie-bedingt wegen der jeweiligen rechtlichen Vorgaben dezentrale Lösungen gefragt, d.h. mehr Prüfungen an verschiedenen Prüfungsorten. Für Prüfungen an Orten in NRW musste das BAS zeitweise Ausnahmegenehmigungen bei den kommunalen Behörden beantragen, damit die Zwischenprüfungen überhaupt und sicher stattfinden konnten.

Als weitere Erleichterung des Prüfungsgeschehens wurde das im Jahr 2020 begonnene Pilotprojekt „Durchführung mündlicher Prüfungen in virtueller Form“ bei Fortbildungsprüfungen zum/zur Krankenkassenfachwirtin/Krankenkassenfachwirt fortgesetzt.

Für die tatkräftige Hilfe der Versicherungsträger, Verbände und der Prüfungsausschüsse bei der Organisation und Durchführung der Prüfungen bedankt sich das BAS auch in diesem Jahr wieder herzlich. Der Dank gilt zudem dem Berufsbildungsausschuss für das Engagement im Projekt „Digitalisierung von Prüfungen“. Als Zwischenschritt zur Projektumsetzung wurden gemeinsam „Grundsätze für die Nutzung eines digitalen SGB und digitaler Endgeräte in Prüfungen in der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung als Pilotprojekt“ erarbeitet, die das BAS auf seiner Webseite veröffentlicht hat und auf deren Grundlage das Pilotprojekt umgesetzt werden kann.





2. Mutterschaftsgeldstelle

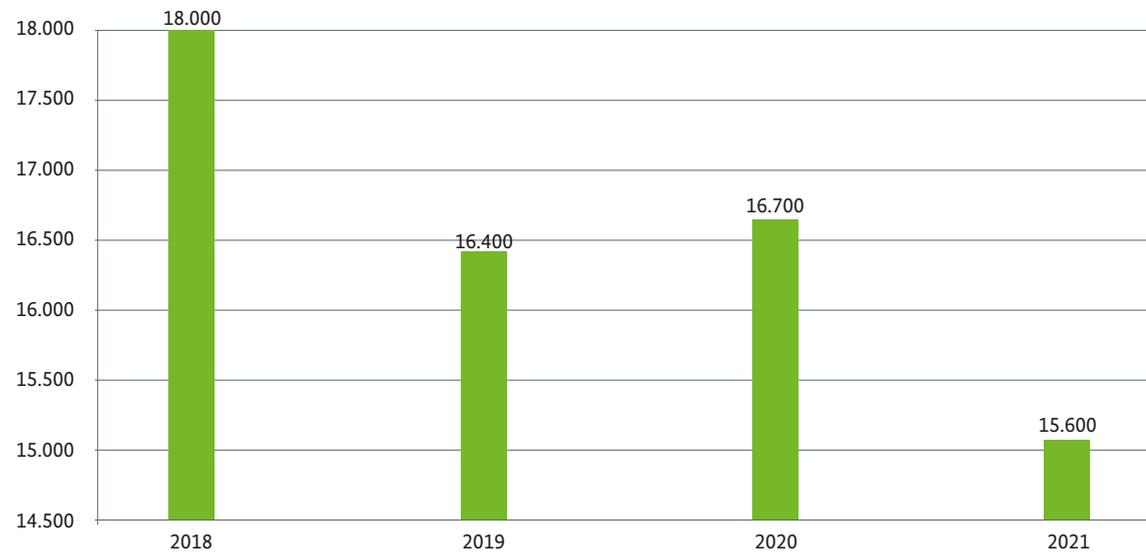
Das BAS ist für die Zahlung von Mutterschaftsgeld zuständig. Anspruch auf Mutterschaftsgeld durch die Mutterschaftsgeldstelle des BAS haben Frauen, die kein Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse sind, sondern privat krankenversichert oder bei einer gesetzlichen Krankenkasse familienversichert sind, wegen der Mutterschutzfristen nicht arbeiten (dürfen) und auf Grund dessen kein (Arbeits-) Entgelt erhalten. Von der Mutterschaftsgeldstelle wird darüber hinaus für Frauen mit Anspruch auf Mutterschaftsgeld, deren Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach der Entbindung vom Arbeitgeber mit Zustimmung der für den Arbeitsschutz zuständigen Behörde gekündigt wurde, auch ein Zuschuss zum Mutterschaftsgeld gezahlt. Entsprechend zahlt das BAS diesen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld auch in den Fällen, in denen der Arbeitgeber den Zuschuss wegen eines Insolvenzereignisses im Sinne von § 165 Abs. 1 Satz 2 SGB III nicht zahlen kann.

Die Coronakrise stellte den Arbeitsmarkt in Deutschland 2021 vor enorme Herausforderungen. In vielen Fällen erlitten auch schwangere Frauen durch die Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie Beeinträchtigungen in ihrer Arbeitswelt. In verstärktem Maße mussten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Mutterschaftsgeldstelle in dem wichtigen Bereich der finanziellen Absicherung der werdenden Mütter beratend tätig werden und insbesondere Fragen, welche Auswirkungen die Beeinträchtigungen auf die mutterschutzrechtlichen Leistungen haben, beantworten.

Im Berichtsjahr gingen in der Mutterschaftsgeldstelle rd. 15.600 Anträge ein (rd. 6,6 % weniger als im Vorjahr). Etwa 48 % hiervon wurden online gestellt (rd. 4,4 % mehr als im Vorjahr). Von den ca. 14.400 abschließend bearbeiteten Anträgen konnten rd. 68,1 % positiv beschieden werden. Überwiegender Grund für Ablehnungen war, dass die Antragstellerinnen in keinem Beschäftigungsverhältnis standen und damit keinen Anspruch auf Entgelt hatten, das durch die Schutzfristen hätte entfallen können. Ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld, das vom BAS ausgezahlt wird und eine Entgeltersatzleistung ist, kann sich in diesen Fällen nicht ergeben.

Für Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft wurden im Berichtsjahr rd. 2,1 Mio. Euro ausgezahlt. Darin enthalten sind rd. 17.600 Euro für Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung, welche das BAS für Frauen abführt, die vor Beginn der Schutzfrist sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren und daher der Arbeitslosenversicherungspflicht unterliegen, und rd. 14.500 Euro, die als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld für zwei Antragstellerinnen gezahlt wurden, deren Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft vom Arbeitgeber zulässig gekündigt worden ist.

Anträge auf Mutterschaftsgeld







Blick nach innen

Presse und Kommunikation

Das BAS erhielt 2021 zahlreiche Medienanfragen zu den Auszahlungen von Corona-Finanzhilfen an Leistungserbringer im Gesundheitswesen und der Pflege (vgl. Kapitel 8). Im Fokus standen hierbei das Zahlungsverfahren und die Auszahlungsbeträge für Corona-Tests. Ebenfalls von besonderem Interesse waren die Auszahlungen für Schutzmasken und Schutzimpfungen sowie die Finanzhilfen für Krankenhäuser.

Auch zu der Finanzsituation der Krankenkassen, bspw. hinsichtlich herangezogener Finanzreserven der Kassen, regulärem und ergänzendem Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds oder der vorsorglichen Anzeige eines möglichen Insolvenzgrundes einer Betriebskrankenkasse gab die Pressestelle des BAS Auskunft.

Zahlreiche Anfragen erreichten das BAS zudem zum Krankenhauszukunftsfonds. Gefragt war hier die Anzahl der gestellten Anträge auf Fördermittel aufgeteilt nach Antragsgegenstand und Bundesland sowie die Höhe der bereits bewilligten Fördermittel. Um größtmögliche Transparenz zu bieten, veröffentlicht das BAS Verfahrensbeschreibungen und Zahlungen zur Corona-Pandemie und dem Krankenhauszukunftsfonds regelmäßig auf seiner Webseite.

Wie in vergangenen Jahren bildeten darüber hinaus die Themen Hilfsmittel und Wettbewerb einen Schwerpunkt und das Thema „Sportsponsoring“ erhielt in den Medien größere Aufmerksamkeit.

Ebenfalls von der Presse aufgegriffen wurden die Themen Krankengeldbezug, Honorarverträge und Prüfungen im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich.

Das BAS – ein attraktiver Arbeitgeber

Dem BAS wurden im Laufe der Zeit immer mehr Aufgaben übertragen. Im Jahr 2021 konnte das BAS daher rd. 90 neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter willkommen heißen. Sie sind Teil einer Gesamtbelegschaft von über 700 Beschäftigten, die am Hauptsitz in Bonn und an den Standorten Berlin, Cloppenburg, Duisburg, Fulda und Ingolstadt einen wichtigen Beitrag zur Funktionsfähigkeit und finanziellen Stabilität des deutschen Sozialversicherungssystems leisten.

Die Einarbeitung der neuen Beschäftigten stellte wegen der Corona-Pandemie eine große Herausforderung dar. Diese konnte insbesondere dank des großen Einsatzes vieler schon lange im BAS tätigen Kolleginnen und Kollegen, aber auch mit Hilfe eines digitalen Onboardings sowie einer modernen IT-Ausstattung gut bewältigt werden.

Das BAS bietet seinen Beschäftigten attraktive, abwechslungsreiche und zukunftsgerichtete Arbeitsplätze in einem familienfreundlichen Umfeld mit besonderer Beachtung der Work-Life-Balance. Gleitende Arbeitszeiten, individuelle Teilzeitmodelle, ein Eltern-Kind-Zimmer sowie eine Beratung durch einen Familien-Service-Dienstleister sind im BAS seit Jahren etabliert. Die Möglichkeit zur Teilnahme an Telearbeit und mobilem Arbeiten steht flächendeckend zur Verfügung und ist – insbesondere auch nach den positiven Erfahrungen des Arbeitens im Homeoffice während der coronabedingten Kontaktbeschränkungen im Amt – durch eine neue Dienstvereinbarung noch flexibler gestaltet worden. Auch die Wahrnehmung von Führungspositionen in Teilzeit wird im BAS

unterstützt und immer häufiger. Dies hat sicherlich mit dazu beigetragen, dass der Anteil von Frauen in Führungspositionen mittlerweile über 50 % liegt. Für seine großen Anstrengungen im Bereich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist das BAS schon mehrfach im Rahmen des Audits „Beruf und Familie“ der Hertie Stiftung als familienfreundlicher Arbeitgeber zertifiziert worden.

Einen hohen Stellenwert hat im BAS zudem die Gewinnung und Ausbildung von Nachwuchskräften. So bietet das BAS einen dreijährigen, dualen Bachelor-Studiengang zum/zur Regierungsinspektor/in an. Das Studium findet an der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung in Berlin und bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in Bochum statt. Während des Studiums werden die Studierenden in ein Beamtenverhältnis auf Widerruf in der Laufbahn des gehobenen Dienstes übernommen. Daneben bildet das BAS jedes Jahr am Standort Bonn in Zusammenarbeit mit dem Bundesverwaltungsamt Verwaltungsfachangestellte aus.

Das BAS unterstützt die Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention und setzt sich besonders für die Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen ein. Daher sind Bewerbungen von schwerbehinderten oder diesen gleichgestellten Menschen ausdrücklich erwünscht. Bereits im Bewerbungsverfahren werden sie besonders unterstützt; hinsichtlich der Erfüllung der Ausschreibungsvoraussetzungen erfolgt eine individuelle Betrachtung. Die aktuelle Schwerbehindertenquote liegt im BAS derzeit bei knapp zehn Prozent.

Fortbildung und Gesundheit im BAS

Man lernt nie aus. Deshalb haben die Themen Fortbildung und Personalentwicklung im BAS einen hohen Stellenwert. Es ist ausdrücklich erwünscht, dass sich die Beschäftigten fortlaufend weiterbilden, um aktuellen und zukünftigen Aufgaben souverän zu begegnen. Neuen Führungskräften werden neben fachlichen Fortbildungen insbesondere individuelle Coaching-Angebote unterbreitet, um gut in neue Führungsrollen hineinzuwachsen.

Um die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und zu erhalten, gibt es im BAS seit vielen Jahren nicht nur eine flächendeckende ergonomische Ausstattung der Arbeitsplätze, u. a. mit höhenverstellbaren Schreibtischen, sondern auch ein strukturiertes „Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Dieses bietet den Beschäftigten vielfältige gesundheitsfördernde Präventionsangebote an, die pandemiebedingt zum Teil als Online-Video-Formate stattfanden.

Nachhaltig Arbeiten

Ein besonderes Augenmerk legt das BAS auf die Umsetzung der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung sowie die Förderung umweltbewussten Verhaltens. So wurde im letzten Jahr das Thema Nachhaltigkeit in einem neuen Referat verankert und eine Beauftragte für Nachhaltigkeit ernannt. Die vom Haushaltsgesetzgeber neu eingeräumte Möglichkeit, das Job-Ticket aus eigenen Mitteln zu subventionieren, nutzt das BAS, um seine Beschäftigten zum Umstieg auf den öffentlichen Nahverkehr zu motivieren. Fahrradfahrerinnen und Fahrradfahrern stehen in der Tiefgarage überdachte Stellplätze sowie eine Servicestation zur Verfügung, an der selbständig kleinere Reparaturen durchgeführt werden können. Die Beschäftigten, die über ein E-Auto verfügen, haben die Möglichkeit, an zwei Ladesäulen in der Tiefgarage des BAS ihr Auto während der Arbeitszeit zu laden. Bei unvermeidlichen Dienstreisen wird darauf geachtet, dass diese möglichst umweltfreundlich durchgeführt werden.

Gemeinsame Wege zu Veränderungen

Ende 2020 hat sich im BAS die Arbeitsgruppe „Herausforderungen der Digitalisierung“ gebildet. Aufgabe war, kritisch die vielfältigen Aspekte der Digitalisierung zu erörtern, Handlungsbedarfe zu identifizieren und, wenn möglich, lösungsorientierte Ergebnisse und praxistaugliche Handlungsempfehlungen zu erarbeiten.

Die Arbeitsgruppe arbeitet hierarchie- und abteilungsübergreifend, selbstorganisiert und unabhängig. Die 40 freiwilligen Mitarbeitenden in der Arbeitsgruppe haben das Thema Digitalisierung mit all seinen vielfältigen Dimensionen betrachtet und Themenkreise wie z. B. „Arbeitsplatz der Zukunft“, „Kompetenzentwicklung“ und „Gemeinsame Identität und Soziales“ gebildet. In den vergangenen Monaten sind bereits positive Veränderungen angestoßen, vorangetrieben und umgesetzt worden.

Ein Ergebnis der Arbeitsgruppe „Herausforderungen der Digitalisierung“ ist die Etablierung eines Anwender/-innenbeirats, um die Anwenderinnen und Anwender hierarchieunabhängig an Bewertungs-, Anschaffungs- und Umsetzungsprozessen zu beteiligen. Um praktische Erfahrungswerte zu sammeln entschied sich die Arbeitsgruppe zunächst für eine Testphase mit einem „Pilot-Anwender/-innenbeirat“. Nach einer 6-monatigen Pilotphase haben sich die Beiratsmitglieder ein fundiertes Konzept und eine Geschäftsordnung gegeben und werden fest im BAS installiert. Hauptfokus und Ziel des Anwender/-innenbeirats ist es, den Anwenderinnen und Anwendern im BAS eine Stimme zu geben.

Digitalisierung der Verwaltung und Zusammenarbeit

Die im Jahr 2020 in Folge der Corona-Pandemie ad hoc notwendig gewordenen digitalen Kommunikationsformate sind nun fester Bestandteil im Arbeitsalltag. Abstimmungen, Besprechungen, Workshops und Konferenzen werden seitdem intern und extern im starken Maße digital durchgeführt.

Auch die Einführung der E-Akte Bund (EAB) im BAS trägt seinen Teil zur Digitalisierung bei. Hierbei wurde das BAS u. a. technisch an die Bundescloud angebunden, und die EAB hierüber bereitgestellt. Für die Betreuung der EAB im BAS wurde eine Fachadministration eingerichtet und die eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter qualifiziert. Die Fachadministration befasst sich mit allen Fragen zur Technik, dem Umgang mit der EAB sowie Fehlern und Störungen.

Um die Mitarbeitenden im BAS auf das Arbeiten mit der EAB vorzubereiten, wurde zudem ein hausinternes Schulungsteam aufgebaut. Im Zuge der Einführung der EAB hat das BAS seinen Aktenplan umfassend überarbeitet und an die elektronische Verwaltungsarbeit angepasst.

Alle für die Einführung der EAB auf der Bundesebene geforderten technischen und organisatorischen Maßnahmen wurden nach einer Pilotphase im Dezember 2021 formell abgeschlossen. Somit ist das BAS eine der ersten Nutzerbehörden deren EAB über die Bundescloud betrieben wird. 2022 wird die EAB sukzessive im Haus ausgerollt.

Gerade digitale Transformationsprozesse, wie die Einführung der EAB müssen umsichtig geplant werden. Sie haben viele Begleiterscheinungen: Neben der Technik ändern sich auch viele Arbeitsprozesse, es entstehen neue Formen der Zusammenarbeit und auch die Unternehmenskultur im Amt kann sich verändern. Begleitet wird dieser Wandel vom Veränderungsmanagement, welches die beteiligten Beschäftigten des BAS u. a. über Neuerungen informiert. Passende Maßnahmen erleichtern den Beschäftigten des BAS den Weg in die neue Arbeitswelt und schaffen hierfür Akzeptanz.

Neue Organisationseinheit „Zentrales Dokumentenmanagement (ZDM)“

Damit das BAS zukünftig seine Posteingänge elektronisch in der EAB weiterbearbeiten kann, ist das „Zentrale Dokumentenmanagement (ZDM)“ eingerichtet worden. Diese neue Organisationseinheit wird die bisherigen Funktionen der Poststelle und Registratur sowie die neu hinzutretende Aufgabe der zentralen Scanstelle vereinen. Das ZDM hat im Januar 2022 seine Arbeit mit den neu zu gestaltenden Arbeitsprozessen aufgenommen.

Digitale Agenda

Um den Ausbau des BAS zu einer digitalen, nachhaltigen und krisenfesten Behörde weiterzuführen, wurde ein Koordinierungsausschuss (KoA BAS 25) etabliert, der das strategische Leitthema „BAS als starke, zentrale, unabhängige und neutrale Behörde“ begleiten und umsetzen soll. Im KoA BAS 25 tauschen sich die jeweils verantwortlichen Akteure regelmäßig zu wichtigen umzusetzenden Aspekten und Zielen der Digitalen Agenda aus. Dies ist ein weiterer Schritt, um den Herausforderungen des Wandels mit seinen komplexen und dynamischen Veränderungsprozessen durch die Einführung neuer, übergreifender und flexibler Formen der Zusammenarbeit und Entscheidungsfindung zu begegnen.

Informationssicherheit im BAS

Mit neuen Herausforderungen, die sich aus der Corona-Pandemie ergaben, lag im Jahr 2021 der Fokus der Informationssicherheit sehr stark auf ad-hoc auftretenden Tätigkeiten des Tagesgeschäfts. Dies betraf auf der einen Seite interne Beratungs- und Entwicklungsbeiträge für neue Wege der Zusammenarbeit. Auf der anderen Seite forderte die zunehmend kritischer werdende externe Cyber-Bedrohungslage ein hohes Maß an Maßnahmenkoordination, Sensibilisierung und Berichterstattung.

Datenschutz im BAS

Die Stabsstelle DSB war aufgrund der andauernden pandemischen Lage mit verstärkten Beratungs- und Entwicklungsbeiträgen für neue Wege der Zusammenarbeit im BAS beschäftigt. Neue digitale Anwendungen bzw. Kommunikationskanäle forderten eine intensivere datenschutzrechtliche Prüfung sowie Sensibilisierung. Mit der Einführung des administrativen Datenschutzes konnte die Stabsstelle DSB von operativen Aufgaben entlastet werden.

Informationstechnik im BAS

Im BAS bestehen aufgrund der verwalteten Sozial- und Gesundheitsdaten sowie der besonderen Bedingungen im Zahlungsverkehr hohe Anforderungen an die Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit der Daten und damit an die gesamte IT-Infrastruktur. Diese unterliegt hinsichtlich der Server, Datenbanken, Speichersysteme und Netzwerkinfrastrukturen, inklusive der Anbindung externer Netze, einem ständigen Modernisierungsprozess und wurde auch im Jahr 2021 weiter ausgebaut.

Insgesamt werden im BAS über 400 Serversysteme in hoch virtualisierten Umgebungen betrieben. Nachdem die in einem hochverfügbaren Server-Cluster vorgehaltene Produktionsumgebung bereits auf die aktuellste Komponenten- und Prozessorgeneration umgestellt wurde, wurden im Jahr 2021 auch die separaten Umgebungen für Test, Entwicklung und Integration entsprechend modernisiert. Neben diesen Arbeiten am Hauptstandort Bonn wurde in allen Außenstellen die jeweilige Netzwerk- und Serverinfrastruktur turnusgemäß erneuert und auf die aktuellsten Technologien angehoben.

Für die Einführung der elektronischen Akte Bund (EAB) erfolgte im Jahr 2021 die technische Anbindung des BAS über die Bundescloud an die im ITZBund dafür zentral vorgehaltenen Plattformen. Zudem erfolgte die Bereitstellung bzw. Vorbereitung weiterer, für die EAB notwendiger lokaler Systeme (z. B. zur Verwaltung der Nutzeridentitäten oder Scansysteme).

Eine wichtige Daueraufgabe besteht aufgrund der sich ständig entwickelnden Gefährdungslage in der kontinuierlichen Überprüfung und Erhöhung der operativen IT-Sicherheit. In diesem Kontext wurden Maßnahmen durchgeführt, die auch im Jahr 2021 vor allem auf erweiterte Schutzmechanismen im Bereich der Netzwerkinfrastruktur zielten.

Auch das Jahr 2021 stand unter dem Zeichen der Corona-Pandemie. Allen Mitarbeitenden des BAS wurde daher für ein vollumfängliches Arbeiten aus dem Homeoffice heraus eine Vielzahl neuer Anwendungen (insbesondere Videokonferenzsysteme, Kooperationswerkzeuge und digitale Signaturen) sowie eine entsprechende Arbeitsplatzausstattung zur Verfügung gestellt. Die im Jahr 2020 eingeleiteten weiteren technischen Maßnahmen zur Notfallvorsorge wurden fortgeführt und ausgebaut.

Anwendungsentwicklung im BAS

Im Jahr 2021 stand die zweite Ausbaustufe der Vertragstransparenzstelle sowie die Weiterentwicklung des Krankenhauszukunftsfonds bevor, um ein vollumfänglich digitalisiertes Verfahren, inklusive öffentlicher Schnittstelle zur automatisierten Antragstellung bereitstellen zu können.

Das IT-Entwicklungs-Team entwickelt und betreut aktuell über 60 IT-Lösungen (Produkte). Die Produktverantwortung wird umfassend verstanden und reicht von der Anforderungsanalyse über die Softwareentwicklung mit eigener Qualitätssicherung bis hin zum Produktbetrieb, einschließlich Wartung und Support. Die Produkte werden überwiegend als Webanwendungen bereitgestellt, die mit Hilfe modernster Technologien und Architekturen entwickelt und mit Container-Technologien (Container bündeln alle Komponenten, die ein Service für den Betrieb benötigt) betrieben werden.

Diverse Open-Source Werkzeuge unterstützen dabei den Entwicklungs-, Test- und Deployment-Prozess (Software-Verteilung). Neue Funktionalitäten, Fehlerbehebungen oder Sicherheitsupdates können dadurch umgehend und beliebig häufig ausgerollt werden. Bei der Entwicklung wird der „Secure-by-Design“ Ansatz (Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten) verfolgt und großer Wert auf Barrierefreiheit der Angebote gelegt. Ende des Jahres 2021 waren über alle Umgebungen hinweg mehr als 300 Container in Betrieb.

Die interne Softwareentwicklung erfolgt seit Jahren erfolgreich nach agilen Prinzipien und der Methode Scrum. Für die notwendige Kommunikation werden moderne Werkzeuge eingesetzt. Organisatorische Leitplanken werden anhand von Mikro- und Makroarchitektur-Standards mit Hilfe eines Technologie-Radars visualisiert und quartalsweise aktualisiert.

IT Service Desk

Im Jahr 2021 wurden das IT Client und Service Management und der IT Service organisatorisch geteilt. Mit dieser neuen Struktur richtet sich die IT im BAS stringenter nach dem Standard ITIL (IT Infrastructure Library) aus, indem die Betriebsbereiche für Server- und Netzwerk-Infrastruktur (Referat 713) sowie für alle Clientfragen (Referat 714) von einem dedizierten Servicebereich (Referat 715) abgegrenzt wurden.

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt 59)

Ersatzkrankenkassen (insgesamt 6)

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

Innungskrankenkassen (insgesamt 4)

- BundesInnungskrankenkasse Gesundheit
- IKK classic
- IKK gesund plus
- IKK – Die Innovationskasse

Betriebskrankenkassen (insgesamt 47)

- Audi BKK
- BAHN-BKK
- Bertelsmann BKK
- Betriebskrankenkasse B. Braun Aesculap
- Betriebskrankenkasse der BMW AG
- Betriebskrankenkasse der Deutsche Bank Aktiengesellschaft
- BKK MTU
- Betriebskrankenkasse exklusiv

- Betriebskrankenkasse firmus
- Betriebskrankenkasse Linde
- Betriebskrankenkasse Miele
- Betriebskrankenkasse Mobil
- Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers
- Betriebskrankenkasse Technoform
- Betriebskrankenkasse WMF Württembergische Metallwarenfabrik
- BKK Diakonie
- BKK Freudenberg
- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- BKK Melitta 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
- Heimat BKK
- mhplus Betriebskrankenkasse
- Novitas BKK
- pronova BKK

- R+V Betriebskrankenkasse
- Salus BKK
- SECURVITA BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse
- SKD BKK
- Südzucker BKK
- TUI BKK
- VIACTIV BKK
- vivida bkk

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

Weitere (insgesamt 2)

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

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (insgesamt 2)

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

Weitere

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

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (insgesamt 11)

Gewerbliche Berufsgenossenschaften (insgesamt 9)

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

Trägerin der öffentlichen Hand

- Unfallversicherung Bund und Bahn

Weitere

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

Sonstige

- Ernst-Abbe-Stiftung
- Künstlersozialkasse

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

Arbeitsgemeinschaften

Arbeitsgemeinschaften Krankenversicherung (insgesamt 54)

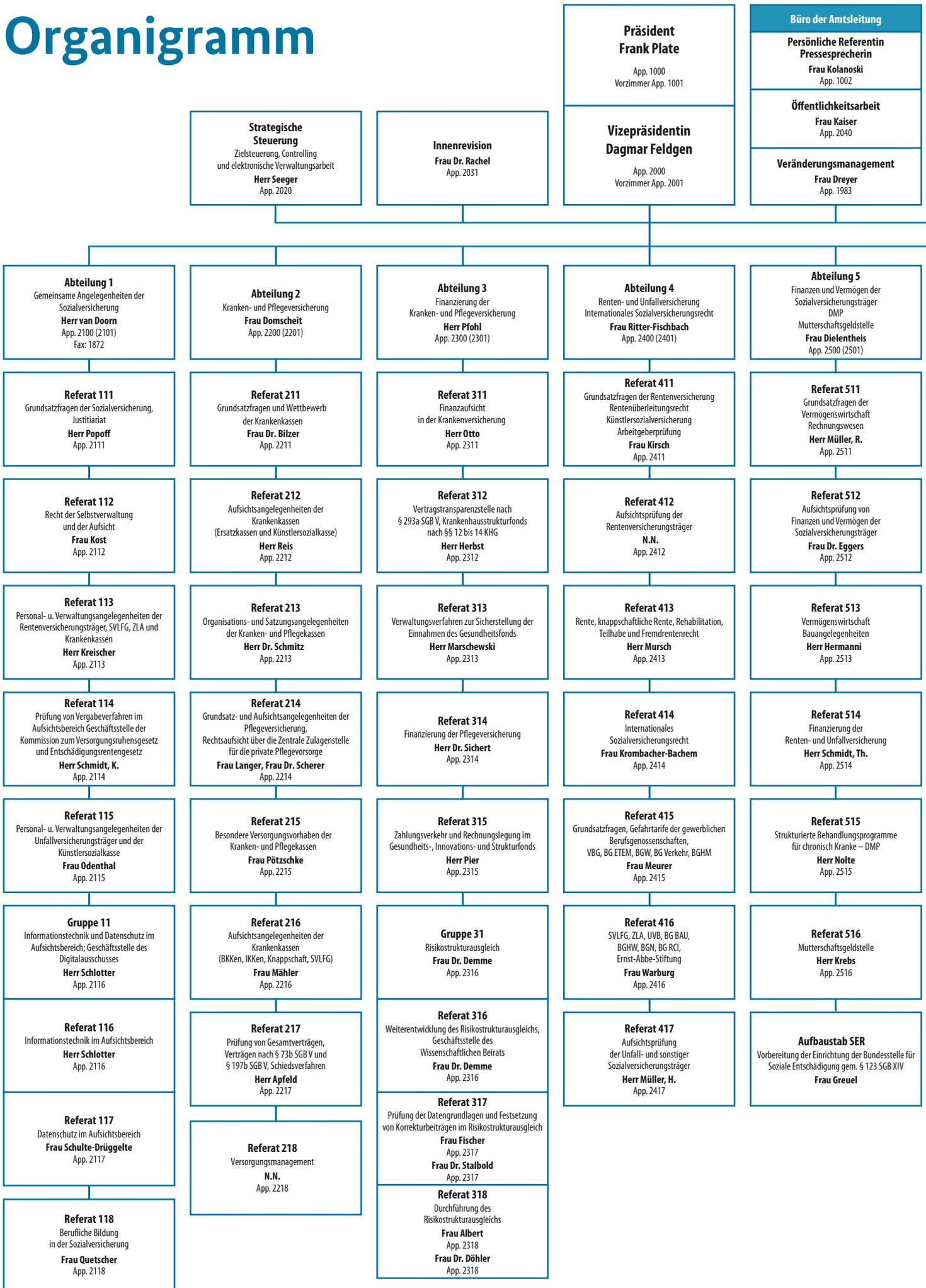
- itsc GmbH
- BITMARCK Holding GmbH
- spectrumK GmbH
- Mobil ISC GmbH
- BITMARCK Vertriebs- und Projekt GmbH
- GWQ ServicePlus AG Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen
- MedicalContact AG
- casusQuo e.V.
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V.
- ARGE GSV plus GmbH
- BKV Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
- Servicebüro für Krankenkassen
- Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1 SGB V
- ARGE Cochlea
- ARGE Adalimumab
- ARGE Rituximab
- ARGE Infliximab II
- ARGE Blutzuckerteststreifen

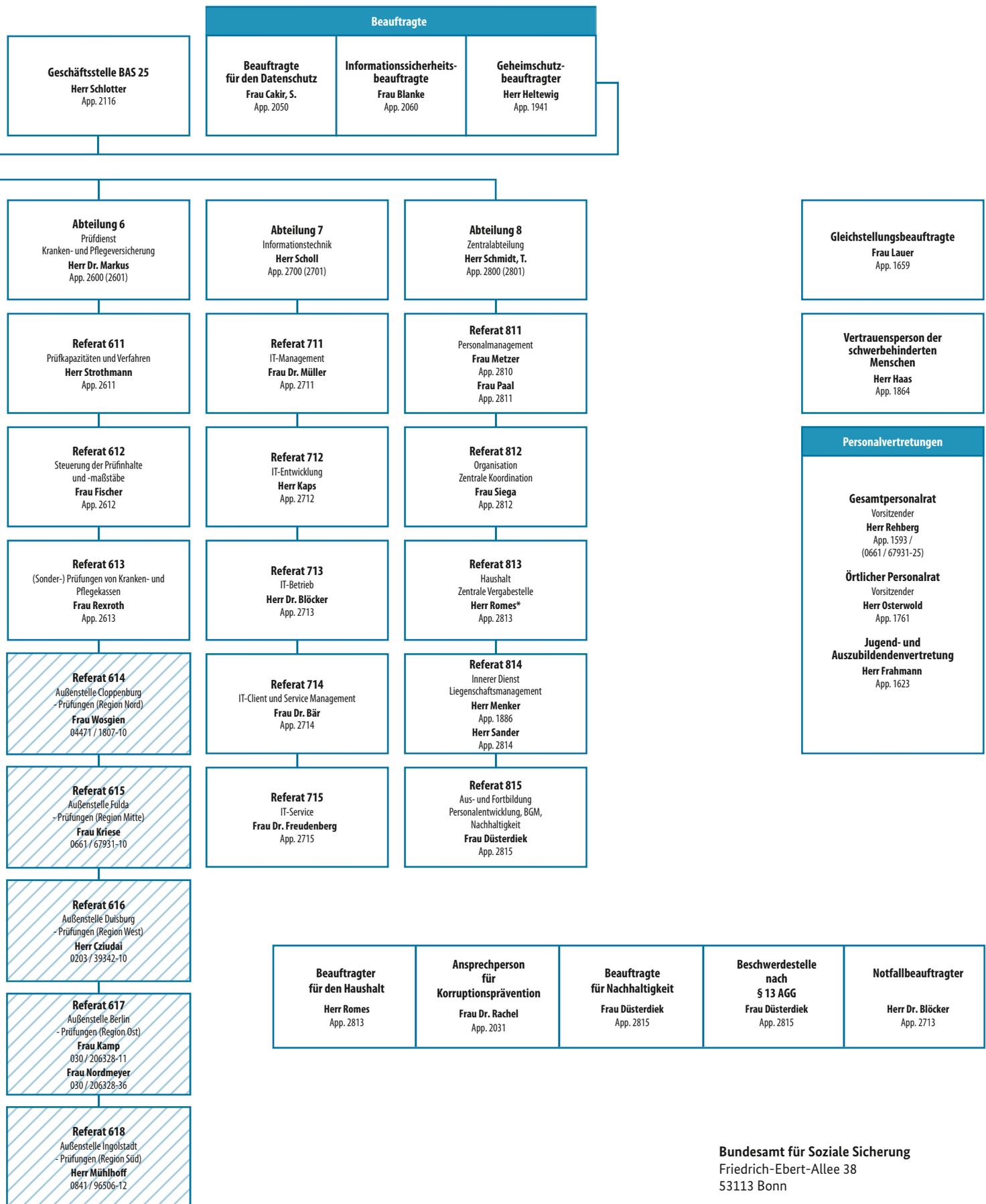
- ARGE Arzneimittelforum der Ersatzkassen
- ARGE Tilkradizumab
- ARGE Rheuma Wirkstoffe
- ARGE Dupilumab
- ARGE Gemeinsame Arzneimittelrabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V
- ARGE Digitale Innovation
- ARGE Pilot Generikausschreibung der Ersatzkassen
- ARGE Generikausschreibungen der Ersatzkassen 2019
- ARGE Arzneimittel § 130a Abs. 8 SGB V
- ARGE Trastuzumab
- ARGE Hämophilie
- ARGE Infliximab III
- ARGE Rabattverträge zu zugelassenen CAR-T-Präparaten
- ARGE Verträge Elektrostimulationsgeräte
- ARGE Beratung Biologika
- ARGE Hilfsmittelforum der Ersatzkassen
- ARGE Generika T1302
- ARGE Ilumetri
- ARGE Abatacept III
- ARGE Etanercept III
- ARGE Vedolizumab II
- BKK Akademie GmbH, Rotenburg an der Fulda
- ARGE Risankizumab
- ARGE Rabattverträge zu zugelassenen ATMP-Präparaten
- Arbeitsgemeinschaft zum Datenaustausch zwischen BIG direkt gesund und der BIG direkt gesund Pflegekasse
- ARGE – Modellprojekt Online-Wahlen 2023
- BKK Consult GmbH
- ARGE Sarilumab II GbR
- ARGE Upadacitinib
- ARGE Infliximab IV GbR
- ARGE Bevacizumab GbR
- ARGE Brodalumab GbR
- ARGE Trakolinumab
- ARGE Skilarence
- BKK Dachverband e.V.
- Verband der Ersatzkassen e.V.

Arbeitsgemeinschaften Unfallversicherung (insgesamt 16)

- Port Sol 19 GmbH
- SIGUV Shared-Services Interessengemeinschaft für die gesetzliche Unfallversicherung GbR
- Berufsgenossenschaftlicher arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Dienst e.V.
- Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger
- BG-Phoenix GmbH
- HDP Gesellschaft für ganzheitliche Datenverarbeitung mbH
- IT.UV Software GmbH
- Rechenzentrum für die gesetzliche Unfallversicherung
- BG Klinikum Murnau gGmbH
- BG Klinikum Hamburg gGmbH
- BG Klinik für Berufskrankheiten Bad Reichenhall gGmbH
- BG Kliniken Ludwigshafen und Tübingen gGmbH
- BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH
- Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH
- BG Klinikum Duisburg gGmbH
- BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH

Organigramm





Legende:

* Beauftragter für den Haushalt (§ 9 BHO)

 Aufgaben werden in den Außenstellen des PDK wahrgenommen

Bundesamt für Soziale Sicherung

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Telefon: (0228) 619-0

E-Mail: poststelle@bas.bund.de

De-Mail: poststelle@bas.de-mail.de

Internet: www.bundesamtsozialesicherung.de

Stand: Juni 2022

Impressum

Herausgeber

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

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

Verantwortlich für den Inhalt

Frank Plate, Präsident

Visuelle Gestaltung und Satz

Kreuder | Designbüro, Bonn

Druck

Druckerei Franz Paffenholz GmbH

Fotocredits

Marian Hamacher / BAS (S. 1)
Jürgen Schulzki / BAS (S. 3)
Jo Panuwat D / Adobe Stock (S. 5)
Sergey Tinyakov / Adobe Stock (S. 10)
Eggeeggjiew / Adobe Stock (S. 12)
Alfa27 / Adobe Stock (S. 25)
Robert Kneschke / Adobe Stock (S. 26)
Eric / Adobe Stock (S. 28)
Rogerphoto / Adobe Stock (S. 30)
Harry Wedzinga / Adobe Stock (S. 41)
Volodymyr / Adobe Stock (S. 42)
Cherries / Adobe Stock (S. 47)
Marco / Adobe Stock (S. 48)
Michael Rosskothén / Adobe Stock (S. 51)
Rossandhelen Photographers / Adobe Stock (S. 52)
LalsStock / Adobe Stock (S. 55)
Sarah Trummer/Eyeem / Adobe Stock (S. 56)
Vegefox.com / Adobe Stock (S. 65)
Štěpán Kápl / Adobe Stock (S. 66)
Gina Sanders / Adobe Stock (S. 74)
Gina Sanders / Adobe Stock (S. 76)
Zhinna / Adobe Stock (S. 89)
Andrey Popov / Adobe Stock (S. 90)
Vegefox.com / Adobe Stock (S. 93)
Spotmatik / Adobe Stock (S. 94)
Phovoir / Adobe Stock (S. 96)
Gorodenkoff Productions Ou / Adobe Stock (S. 99)
Hirolia / Adobe Stock (S. 100)
Pressmaster / Adobe Stock (S. 103)
Wiroj Sidhisoradej / Adobe Stock (S. 104)
Karin & Uwe Annas / Adobe Stock (S. 111)
Basilicostudio Stock / Adobe Stock (S. 112)
Alexandru Dobre/Mediafax Foto / Adobe Stock (S. 114)
Senadesign / Adobe Stock (S. 123)
Ihar Ulashchyk / Adobe Stock (S. 124)
Zinkevych / Adobe Stock (S. 127)
Watchara Ritjan / Adobe Stock (S. 128)
Mario Hoesel / Adobe Stock (S. 130)
De Art / Adobe Stock (S. 132)
Jacob Ammentorp Lund / Adobe Stock (S. 134)
Lightfield Studios / Adobe Stock (S. 139)
Candy1812 / Adobe Stock (S. 140)
Jorgealejandros / Adobe Stock (S. 143)
Michael Leonhard / BAS (S. 144)



Bundesamt
für Soziale Sicherung

