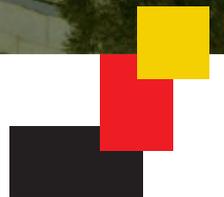




Bundesversicherungsamt

# Tätigkeitsbericht 2015



208 Mrd. EURO  
AN DIE GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

23 Mio. EURO  
FÖRDERGELDER IM PFLEGEBEREICH  
AUSGEZAHLT

85 Mrd. EURO  
BUNDESMITTEL FÜR DIE GESETZLICHE  
RENTENVERSICHERUNG

5.321  
EINGABEN

147 Mio. EURO  
GENEHMIGUNGEN VON IMMOBILIENMASSNAHMEN

737 Mio. EURO  
LASTENVERTEILUNG IN DER GESTETZLICHEN  
UNFALLVERSICHERUNG

590  
MITARBEITER IM  
BUNDESVERSICHERUNGSAMT

194 Mrd. EURO  
TRANSFERVOLUMEN IN DER  
PFLEGEVERSICHERUNG

118  
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER UND ARBEITSGEMEINSCHAFTEN  
UNTER DER AUFSICHT DES BUNDESVERSICHERUNGSAMTES

# Vorwort

## Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

mit diesem Tätigkeitsbericht gibt das Bundesversicherungsamt einen Überblick über seine Tätigkeiten im Jahr 2015. Das Aufgabengebiet des Bundesversicherungsamtes ist überaus breit gefächert und erstreckt sich von der Aufsicht über die bundesunmittelbaren Träger und Einrichtungen der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung bis hin zu äußerst facettenreichen Verwaltungsaufgaben wie der Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, der Verwaltung des Gesundheitsfonds, dem Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung, der zuständigen Stelle für die Berufsausbildung in der Sozialversicherung und der Mutterschaftsgeldstelle.

Dieser Tätigkeitsbericht erscheint im neuen Gewand. Nach einer kurzen Übersicht auf die Aufgaben des Hauses berichten wir im ersten Teil über die Schlag-

lichter unserer Arbeit im vergangenen Jahr. Sie können sich hierdurch einen raschen Überblick über unsere Tätigkeit verschaffen, während wir Sie im zweiten Teil detailliert wie gewohnt über unsere Arbeit informieren.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.



Frank Plate  
Präsident des  
Bundesversicherungsamtes



# Inhalt

## Vorwort

## Das Bundesversicherungsamt und seine Aufgaben ..... 7

## Schlaglichter 2015 ..... 8

## 1. Teil

### Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

## 1. Krankenversicherung ..... 17

### 1.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht ..... 17

Kassenfusionen 2015 ..... 17

Information der Versicherten zur Höhe des Zusatzbeitrages ..... 17

Versichertenberatungen bei Krankengeldbezug und Sozialdatenschutz ..... 17

Umfang der Aufklärungspflicht nach dem Transplantationsgesetz ..... 18

Fitness-Apps und Fitness-Tracker ..... 18

Anonymisierung von Sozialdaten gemäß § 67 Abs. 8 SGB X ..... 19

Fragebögen zur häuslichen Krankenpflege ..... 20

Versorgung mit Hilfsmitteln bei Inkontinenz ..... 21

Auslandsreisekrankenversicherung ist keine Kassenleistung ..... 21

Irisdiagnostik keine Leistung der gesetzlichen Krankenversiche ..... 22

Kinderpflegekrankengeld bei hauptberuflich Selbstständigen ..... 22

Klärung von im europäischen Ausland zurückgelegten Versicherungszeiten ist Aufgabe der Krankenkassen ..... 23

Ausnahmen beim Nachweis des Folgekrankenversicherungsschutzes ..... 24

Beitragsrechtliche Handhabung monatlicher Abfindungs- und Übergangszahlungen ..... 24

Änderung der Meldevordrucke bei Arbeitsunfähigkeit ..... 25

Genehmigung der Vorstandsdienstverträge ..... 26

Zulässigkeit von Beschaffungen bei Trägerunternehmen durch Betriebskrankenkassen ..... 26

Gespräch mit Vertretern der EU-Kommission zum Vergaberecht ..... 27

Überarbeitung der Wettbewerbsgrundsätze ..... 28

Portokosten für Werbemaßnahmen ..... 30

Verwaltung des Sondervermögens nach dem Aufwendungsungleichsgesetz ..... 31

### 1.2 Satzung und Verträge ..... 32

Auswirkungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes auf die Satzungen ..... 32

Auswirkungen des Präventionsgesetzes auf die Satzungen ..... 32

Regionale Zuständigkeit von Krankenkassen/ Kassenbereich ..... 33

Bonuszahlung bei gekündigter Mitgliedschaft ..... 34

Neue Gestaltungsräume für Selektivverträge ..... 35

Neue Aufsichtsmittel im Bereich der Selektivverträge ..... 35

### 1.3 Der Prüfdienst Krankenversicherung ..... 36

#### 1.3.1 Allgemeine Verwaltung ..... 38

Internes Kontrollsystem ..... 38

Meldungen an die Finanzbehörden ..... 38

Prüfung der elektronischen Kommunikation ..... 38

Softwareprüfung zur Erstellung von Satzarten ..... 39

#### 1.3.3 Leistungen der Krankenversicherung ..... 39

Versorgung mit Hilfsmitteln ..... 39

Abschlag bei Nichteinhaltung des

Datenträgeraustauschs ..... 40

Doppelabrechnung der postoperativen Überwachung

nach ambulanten Operationen ..... 40

Krankenhausabrechnungen (DRG) ..... 41

#### 1.3.4 Finanzen und Kassensicherheit ..... 43

Auswertungen des Überweisungsdatenbestandes ..... 43

Fingierte Leistungszahlungen ..... 43

Liquiditätsvorteil durch verspätete Weiterleitung

von Zuweisungen an den Arbeitgeber ..... 43

#### 1.3.5 Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V ..... 44

Verpätete Ausstellung von Kündigungsbestätigungen ..... 44

## 2. Pflegeversicherung ..... 45

### 2.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht ..... 45

Pflegeberatung der Pflegekassen in den

Pflegestützpunkten ..... 45

Regelmäßige Überprüfung der

Rentenversicherungspflicht aller Pflegepersonen ..... 46

Leistungsgewährung der Pflegekassen ..... 47

### 2.2 Der Prüfdienst Pflegeversicherung ..... 47

Eingliederungshilfe und ambulante Pflegeleistungen ..... 47

Einwilligungserklärungen zugunsten der Pflegekasse ..... 48

Anhörung vor Verwaltungsakten, die in die Rechte

Beteiligter eingreifen ..... 48

## 3. Rentenversicherung ..... 49

### 3.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht ..... 49

Befreiung sog. Syndikusanwälte von der

Rentenversicherungspflicht ..... 49

Eingaben zur Mütterrente ..... 50

Rückwirkender Verzicht auf eine Kürzung des

Zuschusses zur Krankenversicherung ..... 53

Zusätzliche Belohnung für Beschäftigte im Bergbau

der ehemaligen DDR ..... 53

Berufswünsche bei beruflicher Rehabilitation

nicht immer erfüllbar ..... 54

Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Anträgen auf

Kraftfahrzeughilfe ..... 54

Grundsatz- und Querschnittsaufgaben ..... 55

Künstlersozialversicherung ..... 55

### 3.2 Satzung ..... 55

Satzung der Seemannskasse ..... 55

### 3.3 Prüfung ..... 56

Verträge der Rentenversicherungsträger mit

Rehabilitationskliniken ..... 56

Auslandsrenten – Leistungen an Berechtigte

im Ausland ..... 57

Kinderzuschlag bei Witwen- und Witwerrenten ..... 58

Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge,

Zwischenergebnisse ..... 59

Leistungen zur Teilhabe, Zwischenergebnisse ..... 59

<b>4. Unfallversicherung</b> .....	61
<b>4.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht</b> .....	61
Errichtung der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation.....	61
Errichtung der Unfallversicherung Bund und Bahn .....	62
Personal- und Organisationskonzept der Unfallversicherung Bund und Bahn .....	63
Aufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) .....	63
Tag des Versicherungsfalles bei Berufskrankheiten .....	64
<b>4.2 Satzung</b> .....	64
Gefahrtarifangelegenheiten.....	64
Satzungsänderungen der Berufsgenossenschaften und Änderung der Mustersatzung der DGUV zur Mindestbeitragsregelung.....	65
<b>5. Landwirtschaftliche Sozialversicherung</b> .....	66
Haushaltsgenehmigung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.....	66
Budgetierung .....	67
Der Einsatz agiler Methoden bei der Weiterentwicklung der Informationstechnik .....	68
<b>6. Übergreifende Aufsichtsthemen</b> .....	70
Aufsichtsprüfung der Geldanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger .....	70
Genehmigung und Anzeigen von Vermögensanlagen, insbesondere Immobilienmanagement .....	72
Vorgaben zur Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung.....	73

## 2. Teil:

### Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung

<b>1. Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich</b> .....	75
<b>1.1 Gesundheitsfonds</b> .....	75
1.1.1 Verwaltung der Einnahmen durch den Gesundheitsfonds.....	75
1.1.2 Einkommensausgleich.....	75
1.1.3 Schätzerkreis.....	76
1.1.4 Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds .....	77
1.1.5 Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds .....	79
Entwicklung der Beitragseinnahmen und Beitragsrückstände.....	79
Prüfung der Einzugsstellen nach § 28q Abs. 1a SGB IV .....	79
Prüfung der Beitragszahlung nach § 251 Abs. 5 SGB V und § 60 Abs. 3 SGB XI .....	80
Prüfung der Beiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 SGB V.....	80
<b>1.2 Risikostrukturausgleich</b> .....	80
1.2.1 Grundlagen.....	80
1.2.2 Monatliches Abschlagsverfahren 2015.....	81
1.2.3 Jahresausgleich 2014 .....	82
1.2.4 Weiterentwicklung.....	83
1.2.5 Gutachten zu Auslandsversicherten/ Krankengeld .....	84
1.2.6 Gerichtsverfahren zum Risikostrukturausgleich .....	85
1.2.7 Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich.....	86

<b>2. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)</b> .....	90
<b>2.1 Zulassungsstand</b> .....	91
<b>2.2 Auswirkungen rechtlicher Entwicklungen</b> .....	91
<b>2.3 DMP-Eingaben in 2015</b> .....	92
<b>3. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung</b> .....	93
<b>3.1 Finanzentwicklung</b> .....	93
<b>3.2 Finanzausgleich</b> .....	94
<b>3.3 Entwicklung des Mittelbestandes</b> .....	95
<b>3.4 Fördergelder</b> .....	97
3.4.1 Angebote nach §§ 45c und d Abs. 1 SGB XI (einschl. Modellvorhaben).....	98
3.4.2 Angebote nach § 45d Abs. 2 SGB XI (einschl. Modellvorhaben).....	98
3.4.3 Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (§ 8 Abs. 3 SGB XI) .....	99
3.4.4 Weiterentwicklung neuer Wohnformen (§ 45f SGB XI) .....	99
3.4.5 Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste (§ 125 Abs. 1 SGB XI).....	99
3.4.6 Anschubfinanzierungen Pflegestützpunkte (§ 92c Abs. 5 SGB XI).....	99
3.4.7 Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen (§ 45e SGB XI) .....	100
<b>3.5 Verwaltungskosten der sozialen Pflegeversicherung</b> .....	100
<b>3.6 Sonstiges</b> .....	101
<b>4. Meldestelle/Ordnungswidrigkeitenbehörde für die privaten Versicherungsunternehmen</b> .....	102
<b>4.1 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen</b> ....	102
<b>4.2 Implementierung eines neuen elektronischen Meldeverfahrens</b> .....	103
<b>4.3 Verfahren für die von privaten Versicherungsunternehmen begangenen Ordnungswidrigkeiten nach § 121 Abs. 1 Nr. 7 SGB XI</b> .....	103
<b>5. Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung</b> .....	104
<b>6. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung</b> .....	106

## 3. Teil:

### Sonderaufgaben

<b>1. Zuständige Stelle nach dem Berufsausbildungsgesetz</b> ... 109	
1.1 Überwachung der Berufsausbildung.....	109
1.2 Ausbildungsplatzsituation .....	109
1.3 Überwachung und Beratung.....	111
1.4 Prüfungen .....	114
<b>2. Mutterschaftsgeldstelle</b> .....	115

## Anhang

### Übersicht der Träger

### Organigramm



# Überblick

## Das Bundesversicherungsamt und seine Aufgaben

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

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

Bei ihm ist auch der Prüfdienst für die bundesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen angesiedelt.

Die Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamtes beinhalten:

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

- Mitwirkung bei den Finanzschätzungen in der Rentenversicherung, bei der Abwicklung der Bundeszuschüsse und der Erstattungen des Bundes, bei der Regelung der Verhältnisse zur Deutschen Post AG (Renten-Service) sowie bei Fragen der Datenverarbeitung
- Durchführung Lastenausgleich in der gesetzlichen Unfallversicherung

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt folgende weitere Aufgaben:

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

### ORGANISATION DES BUNDESVERSICHERUNGSAMTES

Das Bundesversicherungsamt hat 590 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Stichtag 31. Dezember 2015) und seinen Hauptsitz in Bonn. Der Prüfdienst hat zudem Außenstellen in Cloppenburg, Fulda, Duisburg, Berlin und Ingolstadt. Organisatorisch ist das Bundesversicherungsamt in 51 Referate und drei Stabsstellen gegliedert. Siehe Organigramm Bundesversicherungsamt Seite 118.

# Schlaglichter 2015

Das Bundesversicherungsamt leistet seinen Beitrag zu einer gesetzmäßigen, stabilen und zukunftsfähigen Sozialversicherung in Deutschland. Dabei ist es sowohl als Aufsichts- und Prüfbehörde der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger als auch als Verwaltungsbehörde für die gesamte Sozialversicherung tätig und hat weitere Sonderaufgaben übernommen. Als Aufsichtsbehörde ist es oftmals als Mittler zwischen sehr unterschiedlichen Interessen der Träger, Leistungserbringer und Versicherten tätig.

Auch 2015 bestand vielfach wieder Anlass im Einzelfall einzugreifen, aber auch durch übergreifende Prüfungen Fehlentwicklungen aufzudecken, Rechte der Versicherten zu wahren und Anregungen für eine bessere Versorgung zu geben. In der Sozialversicherung insgesamt werden große Summen bewegt, auch beim Thema Finanzen ist das Bundesversicherungsamt in vielfältiger Weise tätig. In diesem Kapitel weisen wir auf einige Schlaglichter hin, vertiefte Darstellungen finden sich in den jeweiligen Kapiteln des Berichts.

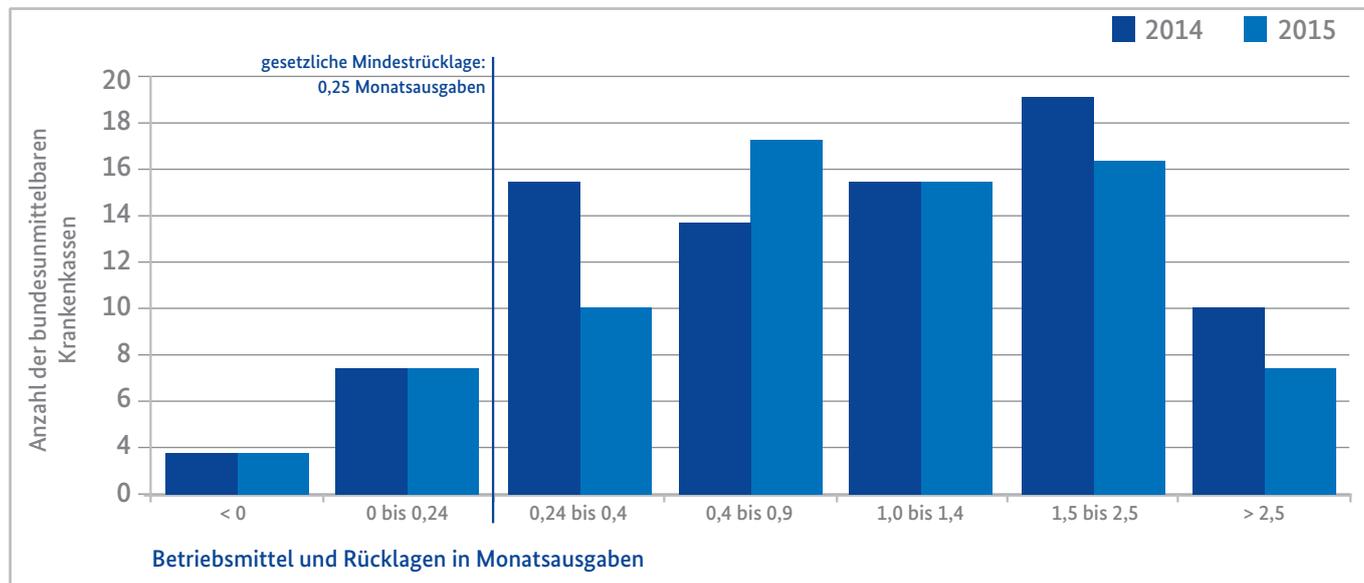
## Krankenversicherung

### FINANZIELLE LAGE ZUFRIEDENSTELLEND

Zu den Aufsichtsaufgaben des Bundesversicherungsamtes gehört die Überwachung der finanziellen Entwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen. Grundsätzlich war die finanzielle Lage der allermeisten Krankenkassen in 2015 zufriedenstellend bis gut. Ein Indikator ist die Rücklage, die Krankenkassen vorhalten müssen, damit ihre finanzielle Leistungsfähigkeit auch im Falle von nicht vorhergesehenen Ausgabenschwankungen jederzeit sichergestellt ist. Vorgeschrieben ist eine Rücklage in Höhe von mindestens einem Viertel einer Monatsausgabe. Wenn die Rücklage zu stark sinkt, müssen die Krankenkassen den Zusatzbeitrag erhöhen. Krankenkassen mit hohen Rücklagen können dagegen ihren Zusatzbeitrag niedriger halten. Hier wirkt das Bundesversicherungsamt bei den Haushaltsplanungen und der Genehmigung der Zusatzbeiträge daraufhin, dass die Krankenkassen sich solide finanzieren.

Insgesamt erzielten die bundesunmittelbaren Krankenkassen einen Überschuss der Ausgaben in Höhe von 1,1 Mrd. Euro und verfügten am Jahresende über ein Betriebsmittel- und Rücklagevermögen in Höhe von 7,5 Mrd. Euro, was 0,69 Monatsausgaben entsprach. Sowohl die Rechnungsergebnisse als auch die Höhe der vorhandenen Rücklagen unterschieden sich allerdings zwischen verschiedenen Krankenkassen zum Teil sehr deutlich. So erzielten 24 Krankenkassen einen Überschuss der Einnahmen und 47 Krankenkassen einen Überschuss der Ausgaben. Acht Krankenkassen verfügten am Jahresende nicht in vollem Umfang über die vorgeschriebene Mindestrücklage in Höhe von 0,25 Monatsausgaben, 37 Krankenkassen verfügten dagegen über ein Betriebsmittel- und Rücklagevermögen von mehr als einer Monatsausgabe.

## Betriebsmittel und Rücklagen der bundesunmittelbaren Krankenkassen 2014 und 2015

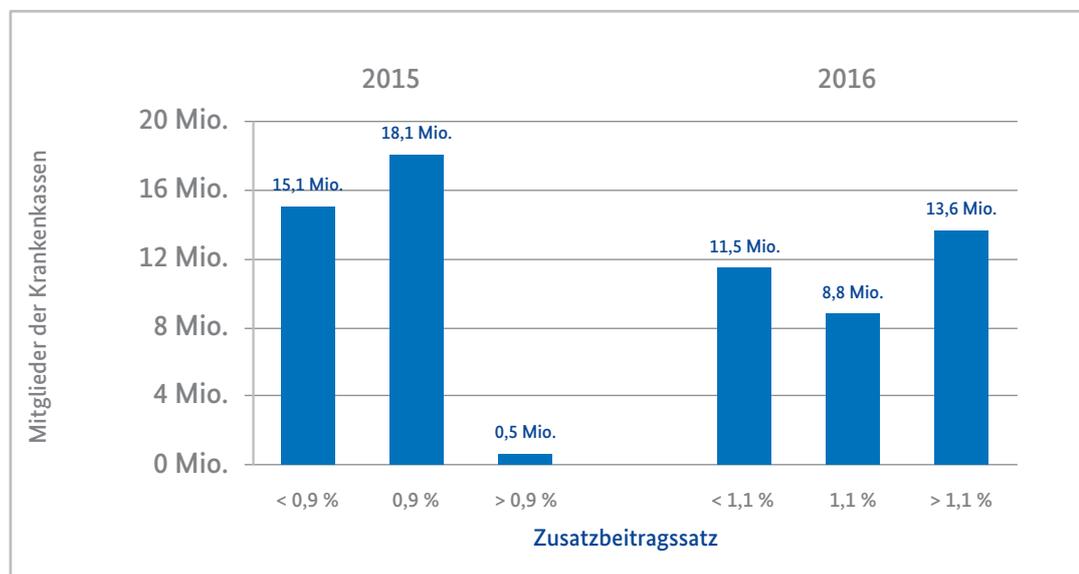


Quelle: KV45, 4. Quartal 2014 mit 79 und 2015 mit 71 bundesunmittelbaren Krankenkassen, trunkiert

## GRÖßERE UNTERSCHIEDE BEI DEN ZUSATZBEITRÄGEN

Unterschiedlich verteilt waren im Jahr 2015 auch die individuellen Zusatzbeitragsätze der bundesunmittelbaren Krankenkassen. So galt am Jahresende bei 29 Krankenkassen mit insgesamt 18,1 Mio. Mitgliedern ein Zusatzbeitragsatz in Höhe von 0,9 %. 35 Kran-

kenkassen mit 15,1 Mio. Mitgliedern setzten einen niedrigeren Zusatzbeitragsatz fest, 6 Krankenkassen mit 0,5 Mio. Mitgliedern hatten einen höheren Zusatzbeitragsatz von bis zu 1,3 %.



Das Bundesversicherungsamt hat Ende 2015 die Haushaltspläne von 68 bundesunmittelbaren Krankenkassen für das Jahr 2016 geprüft und Zusatzbeitragssätze zwischen 0,4 % und 1,7 % genehmigt<sup>1</sup>. Für 8,8 Mio. Mitglieder von 15 Krankenkassen galt demnach ab dem Jahresanfang 2016 ein Zusatzbeitragssatz in Höhe von 1,1 %. Für 11,5 Mio. Mitglieder galt ein günstigerer Beitragssatz und für 13,6 Mio. Mitglieder galt ein Zusatzbeitragssatz von mehr als 1,1 %. Im Vergleich zum Jahr 2015 ist damit nicht nur das Niveau des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes angestiegen, sondern es hat auch die Spreizung der von den Krankenkassen erhobenen Zusatzbeitragssätze, die im Jahr 2015 zwischen 0,4 % und 1,4 % lagen, zugenommen. Vor diesem Hintergrund bleibt abzuwarten, in welchem Maße Krankenkassen mit hohem Zusatzbeitragssatz im Jahr 2016 von Kündigungen betroffen sein werden.

Die Information der Versicherten zur Höhe der Zusatzbeiträge war aus Sicht des Bundesversicherungsamtes noch verbesserungsfähig, allerdings ermöglicht das Gesetz den Krankenkassen einen gewissen Spielraum (S. 17).

## BEDARFGERECHTE VERTEILUNG DER MITTEL – RSA UND GESUNDHEITSFONDS

Das Bundesversicherungsamt verteilte im Jahr 2015 über 208 Mrd. Euro an die gesetzlichen Krankenkassen. Dabei wird die Zuweisung an die einzelne Krankenkasse danach bestimmt, welchen Bedarf ihre Versicherten haben. Dies wird über den Risikostrukturausgleich (RSA) festgelegt (S. 80). Die finanziellen Mittel werden über den Gesundheitsfonds eingesammelt und über genau festgelegte Verfahren an die Krankenkassen kurzfristig weitergeleitet (S. 75).

<sup>1</sup> Tagesaktuelle Informationen über die Höhe der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen können dem Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden ([www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)).

Auch im Jahr 2015 wurde der RSA über das jährliche Anpassungsverfahren fortentwickelt (S. 83).

Noch nicht letztinstanzlich entschieden sind Klagen zu gesetzlichen Änderungen der Berechnung von Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld im Jahresausgleich 2013 und 2014 (S. 85). Wie gesetzlich vorgesehen hat das Bundesversicherungsamt außerdem zwei wissenschaftliche Gutachten zu den Themen Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld vergeben (S. 84). Konkret gehen die beiden im Januar 2015 in Auftrag gegebenen Studien den Hintergründen variierender Ausgabenhöhen dieser beiden Versichertengruppen nach und beschäftigen sich mit der Frage, wie diese generell besser prognostiziert werden können als im gegenwärtig praktizierten Verfahren. Die Gutachten geben zudem Empfehlungen zu einer möglichen „Verbreiterung der Datengrundlage“ ab, auf deren Basis sich zu einem späteren Zeitpunkt weitere, noch offene Forschungsfragen beantworten lassen bzw. konkrete Modelle für die Ausgestaltung der künftigen RSA-Zuweisungssystematik untersucht werden können. Die Gutachten sind auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes abrufbar: (<http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/weiterentwicklung.html>). Änderungen wären in diesem Bereich nur durch den Gesetzgeber möglich.

Problematisch wird es, wenn Krankenkassen versuchen, sich ungerechtfertigte Vorteile durch Datenmanipulationen zu verschaffen (S. 88). Hier sind sowohl das Bundesversicherungsamt als auch die Prüfdienste der Krankenkassen aktiv, um die Datengrundlagen des RSA zu sichern (S. 86, 87).

## KRANKENKASSEN UND WERBUNG

Regelmäßig beschäftigt sich das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde mit den Wettbewerbs- und Werbemaßnahmen der Krankenkassen. Die Wettbewerbsfelder sind dabei vielgestaltig. Betroffen sind sowohl die allgemeine Werbung und die Mitglieder-gewinnung als auch der Wettbewerb durch Vertrags- und Serviceangebote, innovative Versorgungsformen und (Zusatz-) Leistungen.

Auch die Versicherten selbst hinterfragen regelmäßig die Zulässigkeit der Werbung von Krankenkassen bei Sportveranstaltungen (Fußball, Skispringen, Laufveranstaltungen etc.), oder die Durchführung von Preisausschreiben u.v.m. Das Bundesversicherungsamt verfolgt das Wettbewerbsgeschehen und geht gegen unzulässige Maßnahmen vor, auch damit sich einzelne Krankenkassen im Wettbewerb nicht unberechtigte Vorteile verschaffen, z.B. durch die Auslagerung von Kosten (S. 30). Außerdem wurden die Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden umfassend überarbeitet, die – neben der Sicherstellung einer einheitlichen Aufsichtsführung – den Krankenkassen auch als Richtschnur dienen sollen, z.B. beim Schutz der Versicherten vor unerwünschter Werbung (S. 28).

### PROBLEME BEI DER HILFSMITTELVERSORGUNG

2015 wurde das Thema Hilfsmittelversorgung auch in der Öffentlichkeit viel diskutiert. Hier treffen die gesetzlich geforderte Wirtschaftlichkeit der Versorgung, das Interesse der Versicherten an einer hochwertigen Versorgung und die Erwerbsinteressen der Leistungserbringer besonders augenfällig aufeinander. Dabei waren durchaus Mängel festzustellen, aber auch eine interessengetriebene Diskussion. Unterschiedliche Themen werden auf S. 21 und 39 beleuchtet.

### DIGITALISIERUNG AUCH IN DER SOZIALVERSICHERUNG

Das Thema Digitalisierung durchdringt immer mehr die Gesellschaft und macht auch vor der Sozialversicherung nicht halt. Hier beschäftigt sich das Bundesversicherungsamt mit den unterschiedlichsten Facetten, sei es mit digitalen Verwaltungsverfahren (S. 38, 39, 40), E-Akten in der Renten- und Unfallversicherung bzw. in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung S. 68, Datenschutzproblematiken bei der Anonymisierung S. 19 oder Fitness-Apps S. 18.

### NEUER SCHWUNG FÜR SELEKTIVVERTRÄGE

Eine vom Gesetzgeber geförderte Möglichkeit Innovationen in die Versorgung zu bekommen, aber auch ein wichtiges Wettbewerbsfeld für die Krankenkassen sind die Selektivverträge. Hier hat das GKV-Stärkungsgesetz neue Möglichkeiten geschaffen, die auch das Bundesversicherungsamt 2015 stark beschäftigt haben (S. 35).

## Pflegeversicherung

### SCHNELLE LEISTUNGSGEWÄHRUNG

Am 1. Januar 2015 ist das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) in Kraft getreten. Damit hat der Gesetzgeber insbesondere die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in der häuslichen Pflege deutlich gestärkt und erhöht. So erhalten Versicherte der sogenannten Pflegestufe 0 (wie Demenzzranke) erstmalig Leistungen der Tages- und Nachtpflege und der Kurzzeitpflege. Umgekehrt können Pflegebedürftige der Pflegestufen I – III nun auf Antrag „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ in Anspruch nehmen. Die einheitliche Umsetzung dieser Neuregelung durch die bundesunmittelbaren Pflegekassen sicherzustellen, war und ist eine besondere Herausforderung für das Bundesversicherungsamt. Insbesondere ist es nach wie vor ein Anliegen des Bundesversicherungsamtes zu überprüfen, ob die Pflegebedürftigen ausreichend schnell an ihre Leistungen kommen (S. 47).

### BERATUNG VERBESSERN

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) erfolgen weitere Leistungsverbesserungen. Insbesondere wird zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff mit fünf Pflegegraden eingeführt. Hierbei wird die „automatische“ Überführung der bisherigen Pflegebedürftigen für die Pflegekassen eine herausfordernde Aufgabe sein, die eingehend vom Bundesversicherungsamt zu begleiten sein wird. Bereits zum 1. Januar 2016 wurde die Pflegeberatung gestärkt. Unter anderem erhalten pflegende Angehörige einen eige-

nen Anspruch auf Pflegeberatung. Da Eingaben immer wieder belegen, dass sich viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nicht ausreichend beraten fühlen, wird das Bundesversicherungsamt die Verwaltungspraxis der Pflegekassen weiterhin aufsichtsrechtlich intensiv begleiten (S. 45).

## GELDFLÜSSE IN DER PFLEGEVERSICHERUNG GEWÄHRLEISTEN

Das Bundesversicherungsamt verwaltet den Ausgleichsfonds der Pflegekassen, der gewährleistet, dass alle Pflegekassen genügend Mittel haben. 2015 betrug das Transfervolumen 10,4 Mrd. Euro (S. 94). Außerdem hat das Bundesversicherungsamt Fördergelder für verschiedene Zwecke in Höhe von circa 23 Mio. Euro ausgezahlt (S. 97), die der Verbesserung der Versorgung dienen.

### Rentenversicherung

## MÜTTERRENTE ERFOLGREICH UMGESETZT

Die sog. Mütterrente bildete 2015 wieder einen Schwerpunkt der Eingabenbearbeitung. Hierbei geht es um die Ausweitung der anrechenbaren Kindererziehungszeiten für vor dem 1. Januar 1992 geborene Kinder durch das zum 1. Juli 2014 in Kraft getretene Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rentenversicherungsträger haben die gesetzlichen Änderungen erfolgreich umgesetzt. Jedoch insbesondere Adoptiveltern, deren Kinder bei der Adoption bereits ein Jahr oder älter waren und Eltern, die ihr Kind im Ausland erzogen haben, waren enttäuscht, wenn die Zeiten nicht als Kindererziehungszeiten anerkannt werden konnten. Das Bundesversicherungsamt hat dabei festgestellt, dass die Rentenversicherungsträger in der ganz überwiegenden Zahl der Beschwerdefälle die Anerkennung der Kindererziehungszeiten zu Recht abgelehnt hatten (S. 50).

## AUSLANDSRENTEN VIELFACH ZU NIEDRIG

Das Thema Auslandsrenten ist komplex. Im Rahmen von Aufsichtsprüfungen hat sich das Bundesversicherungsamt im Jahr 2015 schwerpunktmäßig mit der Umsetzung einer gesetzlichen Neuregelung aus 2013 durch die Rentenversicherungsträger befasst, die eine deutliche Verbesserung der Rentenzahlung für Berechtigte im Ausland bedeutete. Ergebnis waren Nachzahlungen an betroffene Rentnerinnen und Rentner im Umfang von mehr als einer halben Mio. Euro (S. 57).

## BUNDESZUSCHÜSSE AUF HOHEM NIVEAU

Das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet die Mittel des Bundes, die an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt werden. Es legt in diesem Rahmen monatliche Vorschüsse fest und führt Jahresabrechnungen durch. Im Jahr 2015 wurden fast 85 Mrd. Euro an Bundesmitteln überwiesen. Dies entspricht ca. 30 % der Einnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Bund trägt somit wesentlich zur finanziellen Stabilität des Rentenversicherungssystems in Deutschland bei (S. 104).

### Unfallversicherung

## FUSIONEN ABGESCHLOSSEN

Mit der Errichtung der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation (BG Verkehr) durch die gesetzliche Eingliederung der Unfallkasse Post und Telekom und der BG Transport und Verkehrswirtschaft zum 1. Januar 2016 ist ein die gewerblichen Unfallversicherungsträger betreffender mehrjähriger Fusionsprozess in der gesetzlichen Unfallversicherung abgeschlossen worden. Aus ursprünglich 35 Trägern sind 9 Träger entstanden. Das Bundesversicherungsamt war in der Vorbereitung und Genehmigung der diversen Fusionen stark gefordert. Auch nach den formalen Beschlüssen ist ein tatsächliches Zusammenwachsen ein Prozess, der noch Jahre dauert und weiterhin begleitet werden muss (S. 61).

## LASTENAUSGLEICH IST GELEBTE SOLIDARITÄT

In die Finanzierung der gesetzlichen Unfallversicherung ist das Bundesversicherungsamt über die Durchführung der Lastenverteilung eingebunden. Hierbei handelt es sich um einen Finanzausgleich unter den neun gewerblichen Berufsgenossenschaften. Hierdurch werden diejenigen Berufsgenossenschaften unterstützt, die auf Grund des Strukturwandels in der deutschen Wirtschaft rückläufige Versichertenzahlen aufweisen, aber noch vergleichsweise hohe Rentenbelastungen für Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle aus der Vergangenheit haben. Das Bundesversicherungsamt berechnet die Lastenverteilung und legt die sich daraus ergebenden Zahlungen zwischen den Berufsgenossenschaften fest. Für das Jahr 2015 betrug das Umverteilungsvolumen durch die Lastenverteilung rd. 737 Mio. Euro (S. 106).

### Landwirtschaftliche Sozialversicherung

## EINSPARZIELE IN SICHT

Die aus verschiedenen selbstständigen Trägern entstandene Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) muss den Spagat zwischen Einsparvorgaben und Funktionsfähigkeit bewältigen. Bei der Umsetzung dieses anspruchsvollen Fusionsprozesses hat das Bundesversicherungsamt die SVLFG auch im Jahr 2015 wieder mit Rat und Tat unterstützt (S. 66).

Zur gesetzlich vorgeschriebenen Reduzierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten, die die SVLFG bis Ende des Jahres 2016 zu erbringen hat, hat der Träger mit Unterstützung des Bundesversicherungsamtes ein ausführliches Feinkonzept vorgelegt. In der Folge wird die SVLFG das Konzept in eigener Verantwortung fortführen und die eingeleiteten Einsparmaßnahmen schrittweise in die Linienorganisation überführen.

Die Maßnahmen haben dazu geführt, dass die SVLFG im Jahr 2015 – mit Zustimmung des Bundesversiche-

rungsamtes und des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft – vorerst davon absehen konnte, den begonnenen Personalabbau fortzusetzen, um die weitere Arbeitsfähigkeit des Trägers zu gewährleisten. Seit 2013 sind bereits 920 Beschäftigte aus der SVLFG ausgeschieden, was einem Anteil von 18 % der noch im Jahr 2013 vorhandenen Belegschaft entspricht.

### Vermischtes

## GELDANLAGEN IN SCHWIERIGEN ZEITEN

In Zeiten von Niedrigzinsen aber relativ gut gefüllter Rücklagen in allen Sozialversicherungszweigen kommt dem Geldmanagement eine besondere Bedeutung zu. Hier gilt es die Sicherheit im Blick zu behalten und allzu kreativen neuen Anlageprodukten eine Absage zu erteilen. Auch 2015 hat das Bundesversicherungsamt sich wieder intensiv mit der Vermögenssituation der Träger auseinandergesetzt (S. 70).

## WIRTSCHAFTLICH BAUEN

Das Bundesversicherungsamt prüft die Genehmigungsanträge und Anzeigen von Vermögensanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger wie Grunderwerbe, Bauvorhaben sowie Gewährung von Darlehen und Zuschüssen. Hierbei kommt den vom Bundesversicherungsamt erstellten Genehmigungs- und Anzeigeverfahrensgrundsätzen für Immobilienmaßnahmen gemäß § 85 SGB IV (sog. Grundsätze 85) eine entscheidende Funktion zu. Im Kalenderjahr 2015 wurden Baumaßnahmen, Grunderwerbe, Darlehen und Zuschüsse mit einem Gesamtvolumen in Höhe von mehr als 147 Mio. Euro bearbeitet. Die präventive Aufsicht des Bundesversicherungsamtes in diesem Bereich ist sehr wirkungsvoll: Durch die Kontrolle im Bereich der Bauvorhaben werden durchschnittlich 5 % an Einsparungen bezogen auf das beabsichtigte Bauvolumen der Sozialversicherungsträger erzielt (S. 72).

## BESCHWERDEN AUF HOHEM NIVEAU

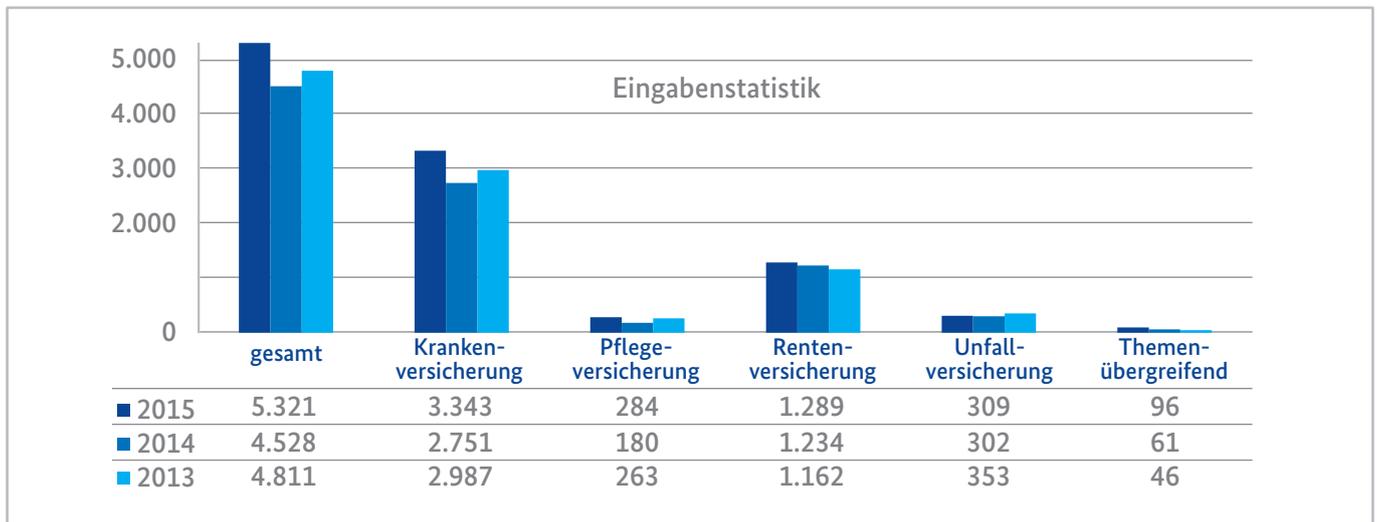
Das Bundesversicherungsamt ist Anlaufstelle, wenn Versicherte mit Entscheidungen der Sozialversicherer nicht zufrieden sind. 2015 ist die Zahl der Eingaben deutlich gestiegen.

Im Jahr 2015 gingen insgesamt 5.321 Eingaben beim Bundesversicherungsamt ein. Davon betrafen 3.343 die Kranken- und 1.289 die Rentenversicherung. 284 Eingaben bezogen sich auf den Bereich Pflegeversicherung. Zur Unfallversicherung gingen beim Bundesversicherungsamt 309 Eingaben ein. Ein Drittel (32) der 96 weiteren Anfragen drehten sich um das Thema Datenschutz und Datensicherheit.

endeten 81 Verfahren ohne gerichtliche Entscheidung in der Sache. Hierunter befinden sich 74 Klage- bzw. Rechtsmittelrücknahmen, die vor allem wie im Vorjahr den Bereich des Morbi-RSA betrafen.

## AUS ERFAHRUNGEN SCHÖPFEN, NEUE GESETZE BEGLEITEN

Anlässlich der Vorbereitung verschiedener Gesetzes- und Verordnungsentwürfe der Bundesregierung hat das Bundesversicherungsamt mehrfach die Gelegenheit wahrgenommen, seine Expertise einzubringen, die auf einer dem öffentlichen Interesse verpflichteten Aufsichts- und Verwaltungstätigkeit basiert. So



## RECHTLICHE FRAGEN KLÄREN

Im Verlaufe des Jahres 2015 war das Bundesversicherungsamt an insgesamt 24 neuen gerichtlichen Verfahren beteiligt. Die Zahl der neuen Rechtsstreite ist damit gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen (2014: 46 neue Rechtsstreite). Bis auf ein Verfahren, zu dem das Bundesversicherungsamt beigeladen wurde, ist das Bundesversicherungsamt ausschließlich als Beklagte an Rechtsstreiten beteiligt.

13 der neuen Rechtsstreite betreffen Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes im Aufsichts- und Mitwirkungsbereich. Zehn Rechtsstreite betreffen die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie die Verwaltung des Gesundheitsfonds, ein Verfahren die Gewährung von Mutterschaftsgeld. Im Laufe des Jahres 2015 konnten 94 Verfahren beendet werden, dabei

konnten Erkenntnisse über rechtliche und tatsächliche Entwicklungen nutzbar gemacht werden, etwa durch Hinweise auf weiteren Regelungsbedarf oder Einschätzung der Auswirkungen geplanter Regelungen beim Vollzug der Sozialgesetzgebung. Ein Schwerpunkt der fachlichen Begleitung gesetzgeberischer Vorhaben lag im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. So hatte das Bundesversicherungsamt bereits im Zuge der Vorüberlegungen zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz Gelegenheit, seine Erfahrungen aus der Prüfung der Selektivverträge darzustellen, die für die Planungen zur inhaltlichen und aufsichtsrechtlichen Neuordnung des Selektivvertragsbereichs (S. 35) hilfreich sein konnten. Überdies hat das Bundesversicherungsamt seine Erfahrungen im Hinblick auf Fragen des Fallmanagements zugunsten arbeitsunfähiger Versicherter thematisiert (siehe

hierzu auch den Beitrag: Versichertenberatungen bei Krankengeldbezug und Sozialdatenschutz, S. 17). Des Weiteren erhielt das Bundesversicherungsamt Gelegenheit, seine bereits zum Entwurf des 5. SGB IV-Änderungsgesetzes übermittelten Beobachtungen im fachlichen Dialog näher darzustellen. Hier ging es um Themen von besonderer Bedeutung für die Krankenkassen als Einzugsstellen sowie um Fragen des Meldeverfahrens und solche des Aufwendungsausgleichsgesetzes (siehe auch Prüfung der Verwaltung des Sondervermögens nach dem Aufwendungsausgleichsgesetzes S. 31).

Beim Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechtssicherheit bei Anfechtungen nach der Insolvenzordnung und dem Anfechtungsgesetz ging es dem Bundesversicherungsamt darum, die Auswirkungen für die Sozialversicherung deutlich zu machen, konkret die Betroffenheit der Versicherungsträger als Anfechtungsgegner und Beitragsgläubiger hervorzuheben, auch in Anbetracht der sich gegenüber dem Privatrechtsverkehr unterscheidenden Art und Weise der Vollstreckung.

Schließlich konnte das Bundesversicherungsamt im Zuge der Vorbereitungen zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) seine u.a. auf Eingaben gestützte Erfahrungen zur Beratungspraxis der Pflegekassen darlegen und einige Überlegungen zu leistungsrechtlichen Anpassungen und zur Einführung von Pflegegraden anbringen.

## AUSBILDUNG AUF HOHEM NIVEAU HALTEN

Ohne gut qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter läuft auch in der Sozialversicherung nichts. 2015 hat das Bundesversicherungsamt als zuständige Stelle 3500 Auszubildende betreut, 2700 Prüfungen abgenommen und in 216 Veranstaltungen die Auszubildenden und die Ausbilder beraten und sich dabei kritisch mit Tendenzen zur nicht mehr vollumfänglichen Ausbildung auseinandergesetzt (S. 111).

## GELD FÜR WERDENDE MÜTTER

Nicht selbst in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Arbeitnehmerinnen können unter bestimmten Voraussetzungen bis zu 210 Euro Mutterschaftsgeld vom Bundesversicherungsamt erhalten. 2015 stellten rd. 21.000 Frauen einen Antrag, ca. 75 % erfüllten die Voraussetzungen, rund zwei Drittel davon waren geringfügig beschäftigte Frauen (S. 115).



## **1. Teil**

Aufsicht und Prüfung der  
bundesunmittelbaren  
Sozialversicherungsträger

# 1. Krankenversicherung

## 1.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

### KASSENFUSIONEN 2015

Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 wurde die Genehmigung von sieben Vereinigungsverfahren erteilt. Die Bearbeitung eines weiteren Vereinigungsverfahrens erfolgte mit Wirkung zum 1. Juli 2015.

Zum 1. Januar 2016 wurden drei Vereinigungsverfahren genehmigt. Im Laufe des Jahres sind vier Vereinigungsverfahren zum 1. Januar 2017 angekündigt.

Im Jahr 2015 begleitete das Bundesversicherungsamt insgesamt vier freiwillige Vereinigungen von gesetzlichen Krankenversicherungsträgern, die allesamt im System der betrieblichen Krankenkassen erfolgten.

### INFORMATION DER VERSICHERTEN ZUR HÖHE DES ZUSATZBEITRAGES

Seit dem 1. Januar 2015 können die gesetzlichen Krankenkassen einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben. Bei erstmaliger Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrages hat der Gesetzgeber den Versicherten ein Sonderkündigungsrecht zugebilligt. Es ermöglicht den Versicherten, ohne Einhaltung der sonst geltenden 18-monatigen Bindungsfrist die bisherige Krankenkasse zu verlassen.

Außerdem wurden Mindestinhalte für dieses Schreiben gesetzlich festgelegt. Die Information muss einen Monat vor Ablauf des Monats erfolgen, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben bzw. erhöht wird.

Der Inhalt und die Art und Weise der Übermittlung dieser Informationsschreiben erwiesen sich bei den letzten Beitragserhöhungen häufig als problematisch, auch wenn sie die gesetzlich vorgeschriebenen Inhalte durchaus enthielten. Diese waren aber häufig auf eine Art und Weise mit teilweise umfangreichen allgemei-

nen Darstellungen über Leistungen und Qualität der Krankenkasse verbunden, dass der eigentliche Anlass des Schreibens zum Teil deutlich in den Hintergrund trat. In mehreren Fällen wurde die Übermittlung des Schreibens mit Postsendungen verbunden, die ohnehin erfolgen, wie zum Beispiel der Mitgliederzeitschrift. Nicht alle Varianten konnten dabei den gesetzlichen Auftrag erfüllen, die Information in einem gesonderten Schreiben zu übermitteln.

Als eine Konsequenz aus solchen Erfahrungen haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder in der überarbeiteten Fassung der „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze“ Vorgaben für Inhalt und Form der Übermittlung der Informationsschreiben formuliert.

### VERSICHERTENBERATUNGEN BEI KRANKENGELDBEZUG UND SOZIALDATENSCHUTZ

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber zum 23. Juli 2015 in § 44 Abs. 4 SGB V eine Konkretisierung der grundsätzlichen Beratungspflichten der Krankenkassen nach §§ 13ff. SGB I und § 1 Satz 3 SGB V vorgenommen. Die neue Vorschrift beinhaltet einen Rechtsanspruch des Versicherten auf eine Beratung während des Krankengeldbezuges durch seine Krankenkasse, deren Ziel es sein muss, Hilfestellung bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu bieten. Zugleich legt die Vorschrift die grundsätzlichen verfahrensmäßigen und datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen einer solchen Beratung fest.

Zahlreiche Krankenkassen haben schon bisher eine individuelle Betreuung der Versicherten im Versorgungsgeschehen oft unter dem rechtsuntechnischen Begriff des „Krankengeldfallmanagements“ selbst oder durch Dritte angeboten. Regelmäßig wurde die berufliche, gesundheitliche und soziale Situation der Versicherten erfragt und daraufhin das weitere Vor-

gehen im Versorgungsgeschehen abgestimmt. Einige Konzepte beinhalteten psychologische Schulungsansätze. Solche Programme wurden bei der Vertragsprüfung in Übereinstimmung mit der Rechtsauffassung der Bundesbeauftragten für den Datenschutz grundsätzlich beanstandet.

Durch die nun in § 44 Abs. 4 SGB V konkretisierten Regelungen zum Ziel der Beratungsangebote, dem Personenkreis, dem Verfahren und dem Datenschutz wird die Datenerhebungsbefugnis der Krankenkassen begrenzt und sind zugleich rechtswidrige Beratungsangebote leichter zu identifizieren.

Grundvoraussetzung jeder Beratung und Hilfestellung ist, dass der Versicherte einem Versorgungsmanagement nach § 44 Abs. 4 SGB V ausdrücklich und schriftlich nach vorheriger schriftlicher Information durch die Krankenkasse zustimmt. Verweigert der Versicherte die Zustimmung, so dürfen ihm daraus keinerlei Nachteile entstehen. Weiter ist durch die abschließende Aufzählung der Stellen, auf die diese Aufgabe übertragen werden darf, ein Outsourcing der Aufgabe auf private Dritte nunmehr auch ausdrücklich ausgeschlossen. Hier wird die seit jeher bestehende Rechtslage, dass die Kernaufgabe der Krankenkassen „Beratung der Versicherten“ nicht auf private Dritte ausgelagert werden darf, konkretisiert.

## UMFANG DER AUFKLÄRUNGSPFLICHT NACH DEM TRANSPLANTATIONSGESETZ

Im Berichtszeitraum erreichte das Bundesversicherungsamt die Anfrage einer Krankenkasse zum Umfang der Aufklärungspflicht nach dem Transplantationsgesetz (TPG). Konkret stellte sich die Frage, ob die Mitgliederzeitschrift als Veröffentlichungsmedium im Einklang mit den Vorgaben des TPG genutzt werden kann.

Die Krankenkassen sind gemäß § 2 TPG verpflichtet, über die Möglichkeit der freiwilligen Organspende ihre Versicherten zu informieren und entsprechende Organspendenausweise zur Verfügung zu stellen. Mit der erstmalig festgeschriebenen Pflicht zur Aufklärung ist eine regelmäßige Wiederholung verbunden.

Die gesetzlich vorgegebene Aushändigung der in § 2 Abs. 1 TPG genannten Ausweise für die Erklärung zur

Organ- und Gewebespende zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen ist nicht disponibel. Das TPG beinhaltet jedoch keine Regelung zur Veröffentlichungsart. Weil sich der Gesetzgeber mit der Formulierung „in anderer geeigneter Weise zur Verfügung zu stellen“ (§ 2 Abs. 1a TPG) nur pauschal äußert, spricht aus Sicht des Bundesversicherungsamtes nichts dagegen, das Mitgliedermagazin als „geeignet“ zu betrachten. Es wird auch nicht gesetzlich vorgeschrieben, dass die Aufklärungspflicht losgelöst von anderen Mitteilungen an die Mitglieder, also in einem gesonderten Versandstück zu erfolgen hat.

In § 2 Abs. 1a Satz 4 TPG heißt es, dass die Krankenkassen (und die privaten Krankenversicherungsunternehmen) die erforderlichen Unterlagen ihren Versicherten alle zwei Jahre zu übersenden haben, solange die Möglichkeit zur Speicherung der Erklärungen der Versicherten zur Organ- und Gewebespende nach § 291a Abs. 3 Nr. 7 SGB V nicht besteht.

Die angefragte Krankenkasse wurde vom Bundesversicherungsamt ausdrücklich auf die gesetzliche Verpflichtung hingewiesen, dem Personenkreis, der nicht über die Mitgliederzeitschrift erreicht wird (bspw. wegen Abbestellung), den Organ- und Gewebespendenausweis mit geeigneten Aufklärungsunterlagen persönlich zu übersenden.

## FITNESS-APPS UND FITNESS-TRACKER

Der um sich greifende Trend zur „Vermessung“ des eigenen Körpers hat längst die Krankenkassen und damit auch die Aufsichtsbehörden erreicht. So hat es das Bundesversicherungsamt nicht zugelassen, dass Krankenkassen als Voraussetzung für die Gewährung von Bonusleistungen für ihre Versicherten die Nutzung sogenannter Fitness-Apps für Smartphones bzw. die Übermittlung von Daten solcher Apps vorsehen.

Die Krankenkassen können ihren Versicherten zwar u.a. für regelmäßige Inanspruchnahme qualitätsgesicherter Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens einen Bonus gewähren. Sportliche Betätigungen zählen hierzu aber nur dann, wenn sie nachweisbar unter fachlicher Anleitung erfolgen. Fitness-Apps zeichnen demgegenüber lediglich Bewegung auf, ohne nachzuweisen, dass eine Teilnahme

an einem qualitätsgesicherten Angebot zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens tatsächlich stattfindet.

Da die von den Versicherten gesammelten Bewegungsdaten daher nicht für die Aufgabenerfüllung der Kasse geeignet sind, ist die Nutzung der Daten nicht erforderlich und daher auch datenschutzrechtlich unzulässig.

Hiervon zu unterscheiden ist die Frage, ob Krankenkassen Zuschüsse für Fitness-Tracker und ähnliche Geräte als eine Form der in ihrer Satzung geregelten Bonusleistungen gewähren können. Dies ist nach

## ANONYMISIERUNG VON SOZIALDATEN GEMÄSS § 67 ABS. 8 SGB X

Das Bundesversicherungsamt hat sich im Dialog mit bundesunmittelbaren Krankenkassen des Öfteren mit der Abgrenzung der Anonymisierung von Sozialdaten gemäß § 67 Abs. 8 SGB X von der Pseudonymisierung nach § 67 Abs. 8a SGB X befasst. Während nach einer Anonymisierung keine Sozialdaten im Sinne des § 67 Abs. 1 SGB X mehr vorliegen, finden dagegen bei einer Pseudonymisierung aufgrund der Zuordnungsfunktion und damit einher gehenden Bestimmbarkeit einer Person die Vorschriften zum Sozialdatenschutz Anwendung.



Ansicht des Bundesversicherungsamtes zulässig, denn den Versicherten könnte nach den gesetzlichen Grundlagen der Bonus auch ohne jede Zweckbindung in bar ausgezahlt werden. Ein Zuschuss zur Anschaffung eines Fitness-Trackers u. ä. ist dann ebenfalls (erst recht) zulässig. Zu betonen ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass der Versicherte lediglich den Zuschuss erhält. Das Gerät geht in das Eigentum des Versicherten über und wird von diesem privat genutzt. Eine weitergehende Übermittlung von Gesundheitsdaten an die Versicherung ist damit nicht verbunden und würde auch vom Bundesversicherungsamt nicht hingenommen.

Zu den Kriterien für die Bestimmbarkeit einer Person werden jedoch unterschiedliche Auffassungen vertreten. Während der relative Personenbezugsbegriff allein auf die Kenntnisse der datenverarbeitenden Stelle selbst und darauf abstellt, ob diese in der Lage ist, den Personenbezug herzustellen, genügt beim objektiven Personenbezugsbegriff aber bereits die theoretische Möglichkeit der Bestimmbarkeit auch unter Mitwirkung eines Dritten. Eine vermittelnde Ansicht berücksichtigt sowohl objektive als auch subjektive Kriterien, so dass zunächst auf die Mittel und Kenntnisse der verantwortlichen Stelle zwecks Herstellung des Personenbezugs abzustellen und sodann aber auch zu

prüfen ist, ob sie sich hierzu auch vernünftigerweise Zusatzwissen beschaffen würde, das objektiv und legal zur Verfügung steht.

Das Bundesversicherungsamt hat bislang der Prüfung der Bestimmbarkeit unter dem Gesichtspunkt eines wirksamen Schutzes des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung grundsätzlich den objektiven Personenbezugsbegriff zugrunde gelegt. Dies schließt aber nicht aus, dass in einem gut begründeten Einzelfall und unter bestimmten Fallkonstellationen eine vermittelnde Sichtweise nachvollziehbar sein kann. Für den objektiven Personenbezugsbegriff spricht jedenfalls im Grundsatz der Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 28. September 1987 (Az.: 1 BvR 1063/83) zur faktischen Anonymisierung von Daten. Basierend auf der Erkenntnis, dass selbst nach der Entfernung von Identifikatoren ggf. Möglichkeiten verbleiben, eine Reidentifizierung vorzunehmen, gelangt das BVerfG zu dem Ergebnis, dass das nach faktischer Anonymisierung verbleibende Reidentifizierungsrisiko verfassungsrechtlich unbedenklich sei. Diese faktische Anonymisierung könne jedoch allenfalls dann als gegeben angesehen werden, wenn Datenempfänger oder Dritte eine Angabe nur mit einem - im Verhältnis zum Wert der zu erlangenden Information nicht zu erwartenden - unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten, Arbeitskraft und sonstigen Ressourcen einer Person zuordnen können. Das BVerfG trägt damit der Tatsache Rechnung, dass es in der Praxis aufgrund des technischen Fortschrittes kaum absolut anonymisierte Daten, d.h. Daten, die unter keinen denkbaren Umständen deanonymisiert werden können, gibt.

Von aktueller Bedeutung sind in diesem Zusammenhang sowohl die EU-Datenschutzgrundverordnung als auch ein Vorabentscheidungsersuchen des Bundesgerichtshofes an den Europäischen Gerichtshof vom 28. Oktober 2014 (Az.: VI ZR 135/13). Im Streitfall des BGH ist die Frage, welcher Maßstab bei der Prüfung der Bestimmbarkeit zugrunde zu legen ist, entscheidungserheblich, so dass der BGH u.a. eine diesbezügliche Frage zur Auslegung des Unionsrechts vorgelegt hat. Die Entscheidung des EuGH bleibt abzuwarten.

## FRAGEBÖGEN ZUR HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE

Im Berichtszeitraum ist es zu vermehrten Beschwerden von Versicherten darüber gekommen, dass zum Teil ein besonderer Fragebogen zur Prüfung der Voraussetzungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege (z.B. Verabreichung von Insulinspritzen bei Diabetes) eingesetzt wurde.

Dieser Fragebogen diente der Ermittlung, ob die häusliche Krankenpflege tatsächlich erforderlich war oder ob nicht das „Umfeld“ des Versicherten die Maßnahmen durchführen konnte. Weitere Beschwerden betrafen pauschale Ablehnungen von Leistungen der häuslichen Krankenpflege wegen der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen.

Die dargestellten Probleme der Versicherten wurden auch in verschiedenen Medien aufgegriffen.

Die Krankenkasse ist zwar grundsätzlich zur Ermittlung verpflichtet, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für die Leistung von häuslicher Krankenpflege vorliegen und insoweit auf die Angaben der Versicherten angewiesen. Der genannte Fragebogen war aber missverständlich formuliert und erfragte Sachverhalte, die für die Genehmigungsentscheidung der Krankenkasse nicht erforderlich waren.

Aus den gesetzlichen Grundlagen wird deutlich, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur dann ausgeschlossen ist, wenn eine im Haushalt lebende Person den Kranken im erforderlichen Umfang pflegen kann. Diese Voraussetzung muss die Krankenkasse im Einzelnen feststellen, sie kann z. B. nicht allgemein beim sozialen „Umfeld“ des Versicherten unterstellt werden. Nach Beanstandung durch das Bundesversicherungsamt hat die Krankenkasse erklärt, dass der Fragebogen nicht mehr verwendet wird. Insoweit ist der Anlass der Beschwerden weggefallen.

Die Krankenkasse hat zudem bestätigt, dass sie die häusliche Krankenpflege nicht pauschal lediglich deshalb ablehnt, weil Leistungen der Pflegekasse bezogen werden. Letztere beziehen sich auf Grundpflege (z.B.

Körperpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Kochen, Reinigen der Wohnung), welche in keinem Zusammenhang mit der Behandlungspflege stehen.

## VERSORGUNG MIT HILFSMITTELN BEI INKONTINENZ

Im Berichtszeitraum hatte das Bundesversicherungsamt eine verstärkte Anzahl von Beschwerden zu verzeichnen, die die Versorgung mit Hilfsmitteln bei Inkontinenz zum Gegenstand hatten. Viele Versicherte haben sich sowohl über die aus ihrer Sicht unzureichende Menge als auch die Qualität der Versorgung beschwert. Die Thematik war ebenfalls Gegenstand zahlreicher Medienberichte.

Den Sachverhalt hat das Bundesversicherungsamt mit den betroffenen Krankenkassen zwischenzeitlich ausführlich erörtert und auch festgestellt, dass sich die zunächst deutlich erhöhten Eingabezahlen kontinuierlich reduziert haben.

Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit ist den Krankenkassen vom Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnet worden, Hilfsmittel im Wege der Ausschreibung für einen bestimmten Zeitraum zu beschaffen. Auch unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben (Sicherstellung der Qualität, notwendige Beratung, wohnortnahe Versorgung) kann die regelmäßig erforderlich werdende Umsteuerung der Versicherten auf die zuständigen Leistungserbringer u. U. zu organisatorischen Problemen vor allem zu Anfang der Versorgung führen.

Auf ihre Eingaben hin teilt das Bundesversicherungsamt den betroffenen Versicherten regelmäßig mit, dass die Krankenkasse die Verantwortung hat, sie mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend zu versorgen. In diesen Fällen sind – mit Ausnahme der vom Gesetz geregelten Zuzahlung – keine weiteren Kosten von den Versicherten zu übernehmen. Sofern sich die Versicherten allerdings für eine über das medizinisch Erforderliche hinausgehende Versorgung entscheiden, haben sie auch die Mehrkosten zu tragen (sog. Aufzahlung).

Dabei hat zunächst der Leistungserbringer bzw. die Krankenkasse die Aufgabe, die Versicherten zu beraten. Zudem kann der behandelnde Arzt die Verordnung konkretisieren. Bei Meinungsverschiedenheiten kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eingeschaltet werden, um objektive Aussagen zum Hilfsmittelbedarf zu erhalten.

Im Laufe der aufsichtsrechtlichen Prüfung der Eingaben hat sich herausgestellt, dass viele Beschwerdeverfahren unproblematisch zugunsten einer Änderung der Versorgung im Sinne der Versicherten abgeschlossen werden konnten.

Sofern die Versicherten jedoch selbst eine das Erforderliche übersteigende Versorgung gewählt und sich für eine Aufzahlung entschieden haben, können weder die Krankenkasse noch das Bundesversicherungsamt Einfluss auf diese privatrechtliche Vereinbarung nehmen.

Im Ergebnis ließ sich den Beschwerden im Übrigen nicht entnehmen, dass eine Versorgung der Versicherten mit von vorne herein untauglichen Hilfsmitteln erfolgt ist.

Allerdings erscheinen aus Sicht des Bundesversicherungsamtes verschiedene Aspekte im Zusammenwirken zwischen Krankenkasse, Leistungserbringer und Versicherten optimierungsbedürftig (z.B. die Information der Versicherten über die Vermeidung von Aufzahlungen). Entsprechende Maßnahmen werden vom Bundesversicherungsamt mit den betroffenen Krankenkassen erörtert und deren Umsetzung aufsichtsrechtlich begleitet.

## AUSLANDSREISEKRANKENVERSICHERUNG IST KEINE KASSENLEISTUNG

Gegenstand mehrerer Rechtsstreite ist die Frage, ob gesetzliche Krankenkassen für ihre Versicherten mit privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Vertrag über eine Auslandsreisekrankenversicherung abschließen dürfen. Das Bundesversicherungsamt hatte mehrere Krankenkassen aufsichtsrechtlich verpflichtet, ihre bisherige Zusammenarbeit mit privaten

Krankenversicherungsunternehmen zu beenden und die entsprechenden Verträge zu kündigen. Die hiergegen erhobenen Klagen blieben bislang erfolglos. Bereits mit Urteil vom 23. Oktober 2014 hatte das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen eine entsprechende Klage abgewiesen. Das Hessische Landessozialgericht wies zwei weitere Klagen anderer Krankenkassen mit Urteilen vom 23. April 2015 ab (Az.: L 1 KR 17/14 KL, L 1 KR 337/12 KL). Beide Gerichte schlossen sich der Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes an, dass es für die bisherige vertragliche Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den privaten Krankenversicherungsunternehmen keine gesetzliche Grundlage gebe. Nachdem das Bundessozialgericht die Revision gegen die drei Urteile im Nachhinein zugelassen hatte, hat es mit Urteil vom 31. Mai 2016 die Revision in einem Rechtsstreit zurückgewiesen (Az.: B 1 A 2/15). Auf Anregung des Bundessozialgerichts haben die beiden weiteren Krankenkassen daraufhin ihre Revisionen zurückgenommen (Az.: B 1 A 1/15, B 1 A 3/15), so dass die Entscheidungen nunmehr rechtskräftig sind.

#### IRISDIAGNOSTIK IST KEINE LEISTUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Bei einer der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterliegenden Krankenkasse wurde das Angebot der Irisdiagnostik als eine von mehreren naturheilkundlichen Leistungen im Rahmen eines Vertrages zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V a.F. aufgegriffen. Nach umfassender aufsichtsrechtlicher Prüfung ist das Bundesversicherungsamt zu dem Ergebnis gekommen, dass das Angebot der Irisdiagnostik als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung gegen geltendes Recht verstößt. So stellt die Irisdiagnostik weder eine Leistung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung dar, noch ist sie als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne des § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V zu klassifizieren, welche im Rahmen von Verträgen nach § 73c SGB V a.F. grundsätzlich als Versorgungsgegenstand vereinbart werden kann. Die Irisdiagnostik als rein diagnostische Leistung ist zwar als „Untersuchungsleistung“ nicht aber als „Behandlungsmethode“ anzusehen.

Nach aufsichtsrechtlicher Beratung und der darauf folgenden Verpflichtung der Krankenkasse, die Kostenübernahme für Leistungen der Irisdiagnostik unverzüglich zu unterlassen, konnte schließlich eine Bestätigung der Krankenkasse erzielt werden, wonach diese es fortan unterlässt, ihren Versicherten Kosten für eine erbrachte Irisdiagnostik zu erstatten bzw. die Leistung im Rahmen des Vertrages zu erbringen.

#### KINDERPFLEGEKRANKENGELD BEI HAUPTBERUFLICH SELBSTSTÄNDIGEN

Im Berichtsjahr 2015 befasste sich das Bundesversicherungsamt mit der Frage, ob hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige einen Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld bereits ab dem ersten Tag des Fernbleibens von der Arbeit oder erst ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit haben. Das Bundesversicherungsamt konnte im Rahmen dessen feststellen, dass die Krankenkassen hierbei unterschiedlich verfahren. Auf Veranlassung des Bundesversicherungsamtes haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder daher dieses Thema auf ihrer Aufsichtsbehörden tagung im November 2015 erörtert und sind zu der Auffassung gelangt, dass der Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld bereits mit dem ersten Tag des Fernbleibens von der Arbeit entsteht.

Die Voraussetzungen für das Kinderpflegekrankengeld ergeben sich aus § 45 SGB V. Eine Karenzzeit sieht die Regelung nicht vor. § 45 SGB V trifft insofern eine abschließende Sonderregelung. Im Übrigen nimmt § 45 SGB V auch nicht auf § 46 Satz 3 SGB V Bezug. Eine Karenzzeit würde mit dem Sinn und Zweck des Kinderpflegekrankengeldes auch nicht zu vereinbaren sein. Anders als beim Krankengeld, das für Versicherte einen Entgeltersatz für längere Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit (78 Wochen) sicherstellen soll, ist das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes eine relativ kurzfristige Leistung, die nach § 45 Abs.2 Satz 1 SGB V nur wenige Tage jährlich beansprucht werden kann. Die Leistung knüpft nicht an die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten aufgrund eigener Erkrankung an, sondern an die kurzfristige Verhinderung des Versicherten wegen der Betreuung eines erkrankten Kindes. Auch der familienbezogene Zweck der Norm spricht dafür, allein auf die Voraussetzungen des § 45

SGB V abzustellen. Das Kinderpflegekrankengeld soll den Lohn ersetzen, der wegen der Betreuung des Kindes dem Versicherten entgeht. Diesem Zweck würde es zuwiderlaufen, wenn man den Anspruch erst ab dem 43. Tage entstehen ließe, da dies dazu führen würde, dass der Anspruch faktisch nie, bzw. nur in seltenen Einzelfällen, bestünde und die Norm nahezu ins Leere liefe.

Das Bundesversicherungsamt hat in letzter Zeit vermehrt zur Kenntnis genommen, dass Krankenkassen und Verbände im Umgang mit der Gewährung von Kinderpflegekrankengeld im Hinblick auf den Anspruchsbeginn weiterhin uneinheitlich verfahren. Das

Für einige Mitgliedschaften, so für die freiwillige Versicherung oder die beitragsgünstige Krankenversicherung der Rentner, muss eine Vorversicherungszeit mit gesetzlichen Krankenversicherungszeiten nachgewiesen werden. Bei der Prüfung der Vorversicherungszeit sind nach den Regelungen der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 auch die in anderen EU-Staaten zurückgelegten gesetzlichen Krankenversicherungszeiten zu berücksichtigen. Diese werden von den ausländischen Krankenversicherungsträgern in dem dafür vorgesehenen europaweit einheitlichen Vordruck E 104 bzw. SED S040/S041 bestätigt.



Bundesversicherungsamt ist auch zukünftig bestrebt, eine einheitliche Praxis im Sinne der oben dargestellten Auffassung sicherzustellen.

#### KLÄRUNG VON IM EUROPÄISCHEN AUSLAND ZURÜCKGELEGTE VER SICHERUNGSZEITEN IST AUFGABE DER KRANKENKASSEN

Im Laufe ihres Lebens arbeiten und wohnen viele deutsche Staatsangehörige in anderen Staaten der Europäischen Union. Häufig kehren sie aufgrund einer beruflichen Tätigkeit oder im Rentenalter nach Deutschland zurück und möchten (wieder) einen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz erhalten.

Einige Krankenkassen forderten nun die Antragsteller auf, selbst den erforderlichen Vordruck E 104 bzw. SED S040/S041 vom ausländischen Krankenversicherungsträger zu besorgen. Diesen konnten viele Betroffene jedoch nicht erhalten, weil auf ihre Anfragen regelmäßig nicht reagiert oder die Ausstellung verweigert wurde. Denn nach der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 ist es Aufgabe der Krankenkasse, die Bescheinigung beim ausländischen Träger anzufordern. Das Bundesversicherungsamt hat die betreffenden Krankenkassen auf die geltende Rechtslage hingewiesen und diese angehalten, die vom Antragsteller in anderen EU-Staaten zurückgelegten Versicherungszeiten bei den dortigen Versicherungsträgern selbst

zu erfragen. Hierdurch lassen sich unnötige zeitliche Verzögerungen vermeiden und die Betroffenen, die die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft erfüllen, können so zeitnah krankenversichert werden.

## AUSNAHMEN BEIM NACHWEIS DES FOLGEKRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZES

Die gesetzliche Krankenversicherung von Personen, deren Pflichtmitgliedschaft oder Familienversicherung endet, wird seit dem 1. August 2013 automatisch als freiwillige Versicherung weitergeführt. Durch die Neuregelung des § 188 Abs. 4 SGB V besteht nicht mehr die Gefahr, dass ein Versicherter plötzlich nicht mehr versichert ist. Versicherte können ihre freiwillige Anschlussversicherung nur verhindern, wenn sie fristgerecht ihren Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären. Wirksam wird aber der Austritt nur dann, wenn der Versicherte eine anderweitige Absicherung für den Krankheitsfall nachweist, die sich lückenlos an die vorherige Versicherung anschließt. Ohne Nachweis über eine entsprechende Folgeversicherung wird nämlich die gesetzliche Krankenversicherung auch dann als freiwillige Mitgliedschaft weitergeführt, wenn der Austritt erklärt worden ist.

Einige Krankenkassen wollten nun auch bei Versicherten, die in einen anderen Staat der Europäischen Union umgezogen sind und dort eine Erwerbstätigkeit aufgenommen haben, einen wirksamen Austritt aus der automatischen deutschen Anschlussversicherung nur bei Nachweis einer ausländischen Folgekrankenversicherung anerkennen. Nicht beachtet haben die betroffenen Krankenkassen dabei, dass für diese Personen allein das Sozialversicherungsrecht des anderen Staates galt, daher das deutsche Recht und folglich § 188 Abs. 4 SGB V nicht mehr anzuwenden war. Dies gilt ebenfalls für Personen, die in einen anderen EU-Staat umziehen und keine Leistungen aus der deutschen Sozialversicherung beziehen. Auch in diesen Fällen müssen sich jedoch die deutschen Krankenkassen davon überzeugen, dass die deutschen Sozialversicherungsvorschriften keine Anwendung mehr finden. Hierzu können vom Versicherten geeignete Nachweise gefordert werden. Wurde ein entsprechender Nachweis eingereicht, haben die Krankenkassen dann auch

den Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt.

Die gleiche Problematik besteht für Versicherte, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V als Nichtversicherte Pflichtmitglied einer deutschen Krankenkasse geworden sind. Auch diese Versicherung kann grundsätzlich nur dann wirksam gekündigt werden, wenn der Krankenkasse bis zum Beendigungszeitpunkt der Mitgliedschaft ein Nachweis über einen Folgekrankenversicherungsschutz vorgelegt wird. Zieht die betroffene Person in das sog. vertragslose Ausland um oder geht sie in einen anderen EU-Staat und nimmt dort ggf. eine Beschäftigung auf, ist das deutsche Sozialversicherungsrecht nicht mehr anzuwenden. Die Pflichtversicherung ist dann auch ohne Nachweis eines Folgekrankenversicherungsschutzes zu beenden bzw. kann wirksam gekündigt werden. Dies gilt jedoch nicht, wenn der Versicherte eine Erwerbstätigkeit im Ausland aufnimmt, aber in Deutschland weiterhin wohnen bleibt. Dann muss für eine wirksame Kündigung der Mitgliedschaft eine Folgekrankenversicherung nachgewiesen werden.

## BEITRAGSRECHTLICHE HANDHABUNG MONATLICHER ABFINDUNGS- UND ÜBERGANGSZAHLUNGEN – AKTUELLE RECHTSPRECHUNG

Im Tätigkeitsbericht für das Jahr 2013 hatte das Bundesversicherungsamt über die Prüfung der beitragsrechtlichen Einstufung monatlicher Abfindungszahlungen und die sich hieraus ergebenden Dialoge mit Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband berichtet. Angesichts der damaligen Rechtslage bzw. Rechtsprechung konnte aus Sicht des Bundesversicherungsamtes, zu Gunsten einer Einzelfallprüfung anhand des individuellen Versorgungszwecks der jeweiligen Leistung, der Einstufung als Versorgungsbezug (im Gegensatz zum GKV-Spitzenverband) kein Vorrang eingeräumt werden.

Anknüpfend an die seinerzeit in Aussicht gestellte Beobachtung der weiteren Rechtsentwicklung, sei auf zwei aktuelle Urteile hingewiesen.

Das Bundessozialgericht hat für die beitragsrechtliche Behandlung besagter Zahlungen sowohl für Pflicht-

versicherte (Urteil vom 29. Juli 2015; B 12 KR 18/14 R) als auch für freiwillige Mitglieder (Urteil vom 29. Juli 2015; B 12 KR 4/14 R) eine klare nachvollziehbare Auffassung vertreten, die sich auch in praktischer Hinsicht als hilfreich erweisen dürfte.

Das BSG hat im Ergebnis (in Anknüpfung an die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts) eine klare Grenze zwischen Versorgungsbezug und einer sonstigen Einnahme anhand des Alters des Betroffenen zum Zeitpunkt des Abschlusses einer entsprechenden (Vorruhestands-) Vereinbarung mit dem Arbeitgeber gezogen. Eine Qualifizierung als Versorgungsbezug komme grundsätzlich nur in Betracht, soweit der Betroffene ein Alter erreicht habe, bei dem ein (theoretischer) Anspruch auf eine Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bestehen könnte. Nur dann könne von einem Versorgungsbezug ausgegangen werden, da diesem der Zweck der Versorgung im Alter zukommt. Andernfalls liege keine Absicherung des „Risikos“ der Altersversorgung vor und ein Versorgungsbezug könne nicht angenommen werden. Bei Unterschreiten der Mindestaltersgrenze für eine gesetzliche Rente wegen Alters liege – ohne dass ggf. weitere Aspekte zu prüfen sind – eine sonstige Einnahme vor (die bei Pflichtversicherten beitragsfrei ist und bei freiwilligen Mitgliedern ohne Krankengeldanspruch grundsätzlich mit dem ermäßigten Beitragssatz zu berücksichtigen ist).

Die Rechtsprechung des BSG ist aus Sicht des Bundesversicherungsamtes zu begrüßen, da sie für eine Vielzahl von Fällen künftig für die gewünschte Klarheit und einheitliche Handhabung sorgen dürfte.

## ÄNDERUNG DER MELDEVORDRUCKE BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Bereits im Berichtsjahr 2013 hat das Bundesversicherungsamt auf die für die Versicherten gravierenden Folgen im Bereich Krankengeld und Mitgliedschaft hingewiesen, die entstehen können, wenn Arbeitsunfähigkeit nicht lückenlos nachgewiesen wird.

So kann es in Fällen, in denen der Arzt dem Versicherten bis zu einem bestimmten Tag Arbeitsunfähigkeit

attestiert und der Versicherte sich nicht rechtzeitig um eine Folgebescheinigung bemüht, dazu kommen, dass das Krankengeld für einen Zeitraum nicht gezahlt wird oder gänzlich entfällt. Letzteres kann dann eintreten, wenn die Mitgliedschaft allein aufgrund der Gewährung des Krankengeldes fortgeführt wird (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V), die der Mitgliedschaft zugrundeliegende Versicherungspflicht jedoch zwischenzeitlich geendet hat (z.B. durch Ende des Beschäftigungsverhältnisses). Bei einer Unterbrechung des Krankengeldanspruchs endet dann auch die fortgeführte Mitgliedschaft. Ein sich anschließender Krankenversicherungsschutz in Form einer freiwilligen Versicherung oder einer Familienversicherung umfasst jedoch regelmäßig keinen Anspruch auf Krankengeld.

Das Bundesversicherungsamt hat sich in diesem Zusammenhang zum einen für eine verbesserte Information der Versicherten durch informativere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen eingesetzt. Konkret wurde ein Durchschlag des Muster 1 (AU-Bescheinigung) mit weitergehenden Erläuterungen für den Versicherten vorgeschlagen. Die Verhandlungen des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Parteien des Bundesmantelvertrages-Ärzte haben dann Mitte 2015 zu einer Änderung der Vordrucke ab dem 1. Januar 2016 geführt. Im Ergebnis werden die Muster 1 (AU-Bescheinigung) und Muster 17 (Auszahlungsschein) zusammengefasst und um einen Durchschlag für den Versicherten (Muster 1c) ergänzt. Das neue Muster 1c enthält zudem einen Hinweis auf die notwendige lückenlose Attestierung der Arbeitsunfähigkeit sowie eine Erläuterung, wann ggf. eine erneute Ausstellung einer AU-Bescheinigung notwendig ist. Die Vorschläge des Bundesversicherungsamtes wurden insoweit umgesetzt.

Zur besseren Information der Ärzte über die weitreichenden Folgen einer verspäteten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit hat das Bundesversicherungsamt ergänzend eine Verdeutlichung in den Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorgeschlagen. Ende des Berichtsjahres hat der G-BA einen entsprechenden Änderungsbeschluss gefasst, dessen Umsetzung allerdings noch aussteht. Aus Sicht der Versicherten hat sich die Problematik zusätzlich durch die in den Berichtszeitraum fallende

Änderung des § 46 SGB V durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) entspannt: Bisher musste der Versicherte bei fortgesetzter Arbeitsunfähigkeit seinen Arzt für einen lückenlosen Nachweis bereits vor dem im Attest festgestellten Ende der Arbeitsunfähigkeit aufsuchen, da nach der alten Regelung der Anspruch auf Krankengeld erst mit dem Tag entstand, der auf die ärztliche Feststellung folgte. Mit der angesprochenen Änderung des § 46 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 SGB V genügt es nun, wenn nach Ende der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit der Arzt am nächsten Werktag aufgesucht wird (Samstage gelten insoweit nicht als Werktag).

## GENEHMIGUNG DER VORSTANDSDIENSTVERTRÄGE

Gem. § 35a Abs. 6a SGB IV bedarf der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrages zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Das Bundesversicherungsamt prüft daher bei allen Neuabschlüssen, Verlängerungen und Änderungen von Vorstandsdienstverträgen bei Krankenkassen in seinem Aufsichtsbereich die Vereinbarkeit der getroffenen vertraglichen Regelungen mit dem Gesetz und erlässt formelle Bescheide. Nur mit formeller Zustimmung des Bundesversicherungsamtes können die Verträge zivilrechtlich wirksam werden. Da die gesetzlichen Vorgaben in § 35a Abs. 6a SGB IV zur Angemessenheit der Vergütung der Konkretisierung bedürfen, haben die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger des Bundes und der Länder gemeinsame Beurteilungskriterien in Form eines Arbeitspapiers entwickelt, um eine einheitliche Zustimmungspraxis sicherzustellen. Das Bundesversicherungsamt orientiert sich bei seinen Entscheidungen an den im Arbeitspapier niedergelegten Maßstäben.

Dem Arbeitspapier sind als Anlage ein Musterdienstvertrag und Trendliniendiagramme beigefügt. Der Mustervertrag dient als unverbindliche Formulierungshilfe für Vorstandsdienstverträge. Die Trendliniendiagramme bilden die tatsächlich von Krankenkassen gezahlten Vorstandsvergütungen (Grundvergütungen) ab, wie sie jährlich von den Krankenkassen gemäß § 35a Abs.

6 SGB IV im Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Im Rahmen der 86. Arbeitstagung vom 27. bis 28. Mai 2015 in Erfurt verständigten sich die Aufsichtsbehörden darauf, das Arbeitspapier „Vorstandsdienstverträge“ nebst Anlagen unter Federführung des Bundesversicherungsamtes regelmäßig auf Aktualisierungsbedarf zu überprüfen. Das Bundesversicherungsamt begann im Anschluss daran, Vorschläge für die Aktualisierung und Überarbeitung des Arbeitspapiers zu erarbeiten, um dieses an die Bedürfnisse der Praxis anzupassen. Bei der 87. Arbeitstagung vom 11. bis 12. November 2015 in Bonn berichtete das Bundesversicherungsamt über den Sachstand. Ende des Jahres 2015 konnte durch Bildung einer Arbeitsgruppe der Abstimmungsprozess mit den Aufsichtsbehörden über die Vorschläge des Bundesversicherungsamtes eingeleitet und zu Beginn des Jahres 2016 abgeschlossen werden.

Im Jahr 2015 gingen 51 Neuanträge auf Zustimmung des Bundesversicherungsamtes nach § 35a Abs. 6a SGB IV zum Abschluss, zur Änderung oder zur Verlängerung von Vorstandsdienstverträgen ein. 17 dieser Verfahren waren am 31. Dezember 2015 noch nicht abgeschlossen.

Insgesamt ergingen im Jahr 2015 47 zustimmende Bescheide nach § 35a Abs. 6a SGB IV, davon 17 zu Verfahren, die bereits im Jahr 2014 begonnen hatten, 30 zu Verfahren, die im Jahr 2015 begannen. Das Bundesversicherungsamt lehnte im Jahr 2015 in zwei Fällen die Zustimmung nach § 35a Abs. 6a SGB IV ab; dies betraf je ein Verfahren aus dem Jahr 2014 und eines aus dem Jahr 2015. Insgesamt endeten fünf Verfahren ohne formellen Bescheid.

Zum Stichtag 31. Dezember 2015 sind drei Verfahren bei Landessozialgerichten rechthängig, in denen Ablehnungsbescheide des Bundesversicherungsamtes zu § 35a Abs. 6a SGB IV beklagt werden. Zwei Gerichtsverfahren wurden im Jahr 2015 durch außergerichtlichen Vergleich abgeschlossen.

## ZULÄSSIGKEIT VON BESCHAFFUNGEN BEI TRÄGERUNTERNEHMEN DURCH BETRIEBSKRANKENKASSEN

Bis zur Einführung des Krankenkassenwahlrechts zum 1. Januar 1996 durften den Betriebskrankenkassen nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Trägerunter-

nehmens als Mitglieder angehören. Mit dem Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 erhielten die Betriebskrankenkassen die Möglichkeit, sich durch eine Satzungsänderung für andere Versicherungspflichtige und -berechtigte zu öffnen. Sie standen somit mit der Entscheidung über die Öffnung dem genannten Personenkreis offen. Das weitere Bestehen dieser besonderen Beziehung zum alten Trägerunternehmen kann sich aber bei Beschaffungen im Einzelfall als vergaberechtlich problematisch erweisen. Eine Betriebskrankenkasse ist nämlich wie jede andere gesetzliche Krankenkasse als Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 4 Abs. 1 SGB V) Teil der mittelbaren Staatsverwaltung und darf sich bei der Ausübung ihres Verwaltungshandelns nicht von Anweisungen privater Dritter, wie beispielsweise eines früheren Trägerunternehmens, leiten oder beeinflussen lassen oder diese Dritte bei Beschaffungsvorgängen bevorzugen. Denn es handelt sich um eine nach § 97 Abs. 2 Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) verbotene Diskriminierung, wenn potenzielle Bieter bei der Vergabe eines öffentlichen Auftrags von vornherein ausgeschlossen werden. In der aufsichtsbehördlichen Praxis werden die der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Krankenkassen auf diesen Umstand hingewiesen und zur strikten Einhaltung des Vergaberechts angehalten. Dabei wird von Betriebskrankenkassen in manchen Fällen auf eine angeblich einfache und u.U. kostengünstige Beschaffung über das frühere Trägerunternehmen verwiesen und keine Notwendigkeit gesehen, eigenständige Vergabeverfahren durchzuführen. Eine derartige nicht vergaberechtskonforme Beschaffung birgt aber nicht zuletzt das Risiko, dass entsprechende Verstöße gegen das Vergaberecht von drittbetroffenen Unternehmen in einem Nachprüfungsverfahren nach §§ 102ff. GWB (seit 18. April 2016: §§ 155 ff. GWB) geltend gemacht werden können. Hierdurch könnte für den öffentlichen Auftraggeber ein erheblicher wirtschaftlicher Schaden entstehen. Außerdem besteht bei einem solchen Fehlverhalten auch stets die Gefahr einer persönlichen Haftung der beteiligten Mitarbeiter bzw. des Vorstandes.

## GESPRÄCH MIT VERTRETERN DER EU-KOMMISSION ZUM VERGABERECHT

Im Mai 2015 haben Vertreter der Ministerialverwaltung, des Krankenhauswesens, der Kassenlandschaft sowie des Bundesversicherungsamtes ein Gespräch mit der Europäischen Kommission, Generaldirektion Binnenmarkt zum Thema „Beschaffung von Krankenhäusern und Krankenkassen“ geführt. Das Bundesversicherungsamt überwacht als mitgliedstaatliche Aufsichtsbehörde neben der Einhaltung des nationalen Rechts auch die Einhaltung des Unionsrechts. Die EU-Kommission überwacht in ihrer Rolle als „Hüterin der Verträge“ nach Art. 17 EUV ebenfalls die Anwendung des Unionsrechts. Die Generaldirektion Binnenmarkt der EU-Kommission hatte das Bundesversicherungsamt sowohl in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde über gesetzliche Krankenkassen als auch in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde über Krankenhäuser von bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern eingeladen.

Hintergrund des Gesprächs war die Überlegung der Generaldirektion Binnenmarkt, bei ihrer Überwachung der Einhaltung des EU-Kartellvergaberechts in der Europäischen Union künftig ein verschärftes Augenmerk auf die Beschaffung von Krankenhäusern und Krankenkassen zu legen. In der Vergangenheit hatte die Generaldirektion Binnenmarkt bei Beschaffungen durch Krankenhäuser und Krankenkassen gewisse Probleme und Unsicherheiten bei der Anwendung des Vergaberechts in der Europäischen Union festgestellt. Beispielsweise seien die Krankenhäuser und Krankenkassen in der Europäischen Union ihrer Pflicht zur Veröffentlichung von Beschaffungen im Supplement zum Amtsblatt der Europäischen Union häufig nicht nachgekommen.

In der Besprechung hat sich die Generaldirektion schwerpunktmäßig über die Beschaffungen durch Krankenhäuser und die Beschaffung von Hilfsmitteln und innovativen Produkten durch Krankenkassen in Deutschland informiert. Sie zeigte sich sehr interessiert daran, welche Erfahrungen das Bundesversiche-

rungsamt bei seiner aufsichtsbehördlichen Prüfung der Beschaffungen von Krankenkassen und Krankenhäusern gesammelt hat. Besonders beeindruckt zeigte sich die Generaldirektion Binnenmarkt von der aktiven Beratungspraxis des Bundesversicherungsamtes.

Dennoch hat die Generaldirektion Binnenmarkt insbesondere im Bereich der Beschaffungen durch Krankenhäuser noch ein gewisses Optimierungspotenzial in Deutschland erkannt. Sie äußerte zwar ein gewisses Verständnis für die von den Teilnehmern aufgezeigten praktischen Probleme und Schwierigkeiten, denen Krankenhäuser und Krankenkassen bei der Anwendung des Vergaberechts in der Praxis aktuell

## ÜBERARBEITUNG DER WETTBEWERBSGRUNDSÄTZE

Die Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung haben die „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GWbG) zum 1. Januar 2016 überarbeitet. Nachfolgend sollen hier einige der erfolgten Änderungen näher dargestellt werden.

Die GWbG in der geänderten Fassung tragen der Novellierung des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) sowie den Entscheidungen des EuGH und des BGH Rechnung, indem die Hinwei-



begegnen könnten; sie erklärte aber zugleich, dass das neue, durch den nationalen Gesetzgeber bis zum 18. April 2016 umzusetzende EU-Richtlinienpaket zum Vergaberecht zu einer größeren Flexibilisierung führe. Deshalb sei sie zuversichtlich, dass aktuell möglicherweise noch bestehende Probleme und Schwierigkeiten durch diese Umsetzung künftig wegfallen würden. Somit werde es künftig kaum noch eine überzeugende Erklärung dafür geben können, wenn Krankenhäuser und Krankenkassen von der Anwendung des EU-Kartellvergaberechts absehen wollten.

se zur Geltung des UWG ergänzt wurden, die sich bisher darin erschöpften, auf die Anwendbarkeit der §§ 1 und 3 UWG als allgemeinen Wertungsmaßstab hinzuweisen. Die GWbG werden insoweit geschärft, als ausdrücklich aufgenommen wurde, dass das UWG im Verhältnis der geschäftlich tätigen Krankenkassen zu ihren Versicherten unmittelbar zur Anwendung gelangt (Rz. 4a), einschließlich der Bestimmungen zum Schutz vor unverlangt auf elektronischem Weg zugesandter Werbung und vor unerbetenen telefonischen Anrufen (Rz. 4b). Im Zusammenhang damit wurden

einzelne, bisher häufig aufgefallene Werbemaßnahmen ausdrücklich aufgegriffen und etwa klargestellt, dass Rückhol- und Haltegespräche ohne vorherige Einwilligung der Angerufenen und Anrufe mit un-terdrückter Rufnummer (Rz. 12) ebenso unzulässig sind wie telefonische Werbung ohne die gesonderte ausdrückliche Einwilligung des Versicherten bzw. des potentiell an der Versicherung Interessierten (Rz. 25). Eine weitere Ergänzung betrifft das Erfordernis einer „Opt-in“ Erklärung auch im Falle der Werbung per E-Mail, SMS oder Fax.

Weitere Überarbeitungen betreffen den Bereich der Ausgaben für allgemeine Werbemaßnahmen. Auf Aufwandsentschädigungen wird ausdrücklich eingegangen und ausgeführt, dass sie bei der Berechnung des Ausgabenbudgets für Werbemaßnahmen zu berücksichtigen sind. Dies gilt nicht für Entschädigungen für externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte (Rz. 17). Darüber hinaus sind Regelungen zu Werbegeschenken enthalten (Rz. 18a). Sie müssen als Zuwendung der Krankenkasse erkennbar sein. Die Krankenkasse darf die Auslobung, Gewährung und Ausschüttung von Werbegeschenken nicht Dienstleistern überlassen, die zugleich mit der Mitgliederwerbung betraut sind. Wettbewerbswidrig ist es, wenn der privatwirtschaftliche Kooperationspartner einer Krankenkasse deren Versicherten kassenfremde Rabatte (ohne Gesundheitsbezug) einräumt und die Krankenkasse dieses Angebot bewirbt (Rz. 19). Soweit die Krankenkassen Sach- und Dienstleistungen zur Unterstützung ihrer Werbemaßnahmen erhalten, sind sie zu marktüblichen Preisen zu vergüten (Rz. 19a). Die Ausgaben sind beim Werbebudget zu berücksichtigen.

Dem Datenschutz/ Medieneinsatz wird ein eigener Abschnitt eingeräumt, da diesem Bereich im wettbewerblichen Verhalten der Krankenkassen wachsende Bedeutung zukommen wird. Derzeit wird darunter die Problematik in den Blick genommen, dass die Krankenkassen bei der Übertragung der Wahrnehmung von Aufgaben auf Dritte für die Auswahl eines zuverlässigen Dienstleisters sowie die (Organisations-) Kontrolle über diesen verantwortlich sind.

Der Bedeutung des Zusatzbeitragssatzes für die Positionierung der Krankenkassen im Wettbewerb und dem Anteil der darauf gerichteten Werbemaßnahmen tragen die Rz. 29-31 Rechnung. Sie betreffen Werbeaussagen über die Erhebung eines (bestimmten) Zusatzbeitrags (-satzes) und beinhalten genauere Hinweise zu zulässigen Inhalten der Werbung sowie zu Inhalt und Form der Information (-sschreiben) über Sonderkündigungs- und Wechselrechte. Ausdrücklich angesprochen wird die Werbung mit Aussagen über den Verzicht auf die Erhebung/Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes. Klargestellt wird insoweit, dass damit nur Werbung für das laufende oder - soweit absehbar - das darauffolgende Haushaltsjahr gemacht werden darf. Von erheblicher praktischer Bedeutung sind die Anforderungen an ein den Vorgaben des § 175 Abs. 4 SGB V genügendes „gesondertes“ Schreiben zur Information über Sonderkündigungs- und Wechselrechte. Der Hinweis darauf ist schriftlich an jedes einzelne Mitglied zu richten. Den Anforderungen genügt es nicht, eine individualisierte schriftliche Information etwa lediglich der Mitgliederzeitschrift beizulegen. Die Information muss eindeutig, vollständig und verständlich sowie klar erkennbar sein. Eine Verbindung mit Werbeaussagen soll nicht erfolgen.

Die Rz. 33 bis 45b befassen sich mit dem Verhalten der Krankenkassen im Rahmen der Mitgliederwerbung. Überwiegend betreffen die hier vorgenommenen Ergänzungen die Werbung unter Beteiligung Dritter. Für nicht hauptamtlich tätige kasseneigene Mitarbeiter wird klargestellt, dass die budgetierten Aufwandsentschädigungen als Höchstgrenzen anzusehen sind, so dass darüber hinausgehende zusätzliche „Verwaltungskostenpauschalen“ oder „Bestandspflegevergütungen“ etc. nicht in Betracht kommen. Die Stellung der Laienwerber wird präzisiert. Auch für Aufwandsentschädigungen gewerblich vermittelnd tätiger Dritter erfolgt eine Klarstellung, dass die den Krankenkassen insoweit zugestanden Grenzbeträge als Höchstbeträge anzusehen sind. Als Aufwandsentschädigung gilt auch der Vorteil, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die für eine Krankenkasse kostenlos Mitglieder werben, dadurch

erzielen, dass die Krankenkasse ihrerseits private Zusatzversicherungen für dieses PKV-Unternehmen vermitteln, ohne dass dies gesondert vergütet wird. Als extern gewerblich tätige Dritte, die mit der Vermittlung betraut werden dürfen, kommen ausschließlich Finanzdienstleister und gewerbliche Vermittler in Betracht, die über eine gewerberechtliche Erlaubnis zur Vermittlungstätigkeit verfügen. Klargestellt wurde, dass eine Zusammenarbeit der Krankenkassen mit Auftragnehmern, die zugleich Wechselprämien oder andere geldwerte Vorteile ausloben, ebenso wenig in Betracht kommt wie eine (teilweise) Weitergabe der Aufwandsentschädigung an die Neumitglieder in Form der geldwerten Vorteile. Schließlich wird bekräftigt, dass Zielgruppenvereinbarungen für die Werbung neuer Mitglieder unzulässig sind.

Mit der Kooperation der Krankenkassen mit PKV-Unternehmen befassen sich die Rz. 45c und 45d. Hervorgehoben wird, dass die Krankenkassen nur solche Zusatzversicherungen privater Versicherungsunternehmen vermitteln dürfen, die die Versorgung mit Gesundheitsleistungen der GKV ergänzen. Darüber hinaus sind die jeweiligen Verantwortungsbereiche der Kooperationspartner gegeneinander klar abzugrenzen. So dürfen Krankenkassen nicht den Eindruck erwecken, die Versorgung mit Leistungen der PKV sei eine Leistung der Krankenkasse. Die Zusatzversicherung darf daher auch nicht als eigene Leistung der Krankenkasse oder als gemeinsame Leistung oder gemeinsames Produkt von Krankenkasse und PKV beworben werden.

Schließlich haben die Aufsichtsbehörden sich selbst verpflichtet, eine einheitliche Aufsichtspraxis zu gewährleisten. Diesem Ziel dient es auch, einvernehmliche Beschlüsse der Aufsichtsbehörden zur Anwendungspraxis der Wettbewerbsgrundsätze sowie diese ergänzende Beschlüsse unmittelbar zum Bestandteil der Wettbewerbsgrundsätze werden zu lassen (Rz. 52).

## PORTOKOSTEN FÜR WERBEMASSNAHMEN

Im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfungen des Wettbewerbsverhaltens sind wiederholt Fallgestaltungen aufgetreten, bei denen Krankenkassen die

Kosten für gemeinsame Werbemaßnahmen von dem Kooperationspartner i.S.d. § 194 Abs. 1a SGB V haben finanzieren lassen. Die einseitige Kostentragung für solche gemeinsamen Werbeaktionen durch nur einen Kooperationspartner ist unzulässig. Daher hat das Bundesversicherungsamt die Krankenkassen aufgefordert, die Kosten anteilig zu übernehmen und in den Konten für Werbemaßnahmen zu buchen. Als gemeinsame Werbeaktionen haben die Krankenkassen u.a. auch sog. Mailings durchgeführt, bei denen den Versicherten Briefe mit werbendem Inhalt zugesendet wurden. Ein nicht zu vernachlässigender Kostenanteil dieser Mailings entfällt auf die Portokosten. Bei der Verbuchung dieser Kosten verfahren die Krankenkassen uneinheitlich. Einige vertraten die Auffassung, dass die Ausgaben dafür auf dem Konto Post- und Fernmeldegebühren als allgemeine Verwaltungskosten zu buchen seien; andere verbuchten sie – zutreffend – als Werbemaßnahmen. Die Ausgaben für allgemeine Werbemaßnahmen werden durch die „Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung“ begrenzt (Rz. 17), um dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Rechnung zu tragen. Daher führt eine unberechtigte Verbuchung solcher Portokosten als allgemeine Verwaltungskosten zu einem Vorteil für die Krankenkasse, denn ihr begrenztes Werbebudget wird dadurch entlastet. Portokosten im Rahmen der Werbung sind Sachkosten, die untrennbar mit der jeweiligen Werbeaktion verbunden sind. Sachkosten für Werbemaßnahmen sind daher nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes den Konten für Werbemaßnahmen zuzuordnen. Die Regelungen im Kontenrahmen für die Träger der GKV und für den Gesundheitsfonds ließen jedoch insoweit Interpretationen zu. Das Bundesversicherungsamt hat daher eine Klarstellung im Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung angeregt, um wieder einheitliche Wettbewerbsbedingungen unter den Krankenkassen herzustellen. Mit Erlass vom 14. Januar 2015 betreffend das Rechnungswesen und die Statistik der GKV zum Kontenrahmen der GKV hat das Bundesministerium für Gesundheit die Zuordnung von Portokosten für Werbemaßnahmen nunmehr abschließend festgelegt. Danach sind Portokosten für Werbemaßnahmen in die Konten für Werbemaßnahmen zu buchen.

## VERWALTUNG DES SONDERVERMÖGENS NACH DEM AUFWENDUNGSAusGLEICHSGESETZ

Das Bundesversicherungsamt hat sich im Berichtszeitraum intensiv mit Problemen bei der Verwaltung der Mittel zur Durchführung der Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) befasst. Diese Mittel werden von den Krankenkassen oder von den durch sie beauftragten anderen Krankenkassen oder Verbänden als Sondervermögen verwaltet (§ 8 AAG). Aufgebracht durch jeweils gesonderte Umlagen der beteiligten Arbeitgeber (§ 7 AAG), dienen die Mittel dem Ausgleich der Aufwendungen für Entgelt(fort)zahlungen und Zuschüsse nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz (U1) bzw. dem Mutterschutzgesetz (U2).

Das Bundesversicherungsamt hat sich im Berichtszeitraum mit einer Abfrage an diejenigen Träger gewendet, die eines oder beide der Verfahren selbst durchführen oder dazu beauftragt worden sind, ebenso wie an die auftragserteilenden Krankenkassen. Anlass dafür war das Bekanntwerden von Fällen, in denen es zu Unregelmäßigkeiten bei der Verwaltung bzw. der Durchführung der Verfahren gekommen war. Hier stand im Raum, dass einzelne (ehemalige) Mitarbeiter von Krankenkassen, welche das U1-Verfahren tragen, unter Vortäuschung oder Missbrauch von Arbeitgeberidentitäten Anträge auf Erstattung der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung gestellt haben, ohne dazu berechtigt gewesen zu sein; die gemeldeten Arbeitnehmer waren nicht erkrankt. Gleichzeitig bestand die Vermutung, dass einzelne Arbeitgeber, die als solche zu den Anspruchsberechtigten zählen, wahrheitswidrig vorgetäuscht haben, sie hätten Entgeltfortzahlung geleistet. Überdies wurde von Betrugsfällen auch im Bereich des U2-Verfahrens berichtet. Ziel der Erfassung durch das Bundesversicherungsamt war es zu ergründen, in welchem Umfang die bundesunmittelbaren Krankenkassen betroffen sind und was sie in konkreten Schadensfällen unternehmen, um Haftungs- und Erstattungsansprüche geltend zu machen und auf welche Schwierigkeiten sie dabei stoßen. Weiter sollte eruiert werden, welche Schritte unternommen werden, um Schädigungen des AAG-Sondervermögens zukünftig zu vermeiden.

Die Auswertung ergab ein differenziertes Bild. Gemessen an der Gesamtsumme des verwalteten Vermögens und der Zahl der jährlich gestellten Anträge gab es verhältnismäßig wenige Missbrauchsfälle, die insgesamt eher geringe Schäden verursacht haben. Gleichwohl fallen einzelne der Missbrauchsfälle durchaus ins Gewicht. Der überwiegende Anteil missbräuchlicher Antragstellungen betraf, auch monetär betrachtet, den U1 Bereich und hier im Besonderen – jedoch nicht nur – Fälle (nicht bescheinigter) Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeit. Rund ein Viertel der Fälle entfällt auf das U2-Verfahren. Ein Großteil aller Fälle konzentrierte sich regional und täterbezogen auf zwei größere Sachverhaltskomplexe. Ungeachtet dessen erweisen sich die Fallkonstellationen und der Täterkreis in Gänze als sehr unterschiedlich. 16 der Befragten haben angegeben, Strafantrag gestellt zu haben. In diesem Zusammenhang berichten die Befragten von erheblichen Schwierigkeiten bei der Sachverhaltsaufklärung. Dies betrifft auch die Sachverhaltsermittlung zur Durchsetzung von Rückforderungen bzw. zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen, die insgesamt in lediglich 5% der Fälle realisiert werden konnten. Schwierigkeiten bei der Durchsetzung von Rückforderungen waren oft auch auf die zwischenzeitlich eingetretene Insolvenz der Arbeitgeber bzw. auf die Vermögenslosigkeit der Schädiger zurückzuführen.

Gut die Hälfte der Befragten hat sich mit der Missbrauchsproblematik bereits intensiver befasst; etliche Ausgleichskassen bzw. Verbände tauschen hierzu ihre Erfahrungen aus. Vielfach wird die Thematik auch von den Beauftragten nach § 197a SGB V zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen begleitet. Bezogen auf die von den Ausgleichskassen bzw. zuständigen Einrichtungen vorgenommenen Prüfungen und Kontrollen der Erstattungen bzw. Erstattungsanträge ergab sich wiederum ein heterogenes Bild: Die Prüfungen sind zum Teil als ex ante-, zum Teil als ex post- Prüfungen angelegt. Das Kontrolldesign bzw. die Prüfroutinen variieren stark. Zum Teil sind die Prüfungen schwellenwertabhängig.

Das Bundesversicherungsamt hat den zuständigen Fachministerien Bericht erstattet. Er dient als Grundlage für den fachlichen Austausch und die Beurtei-

lung, ob, inwieweit und ggf. mit welchen Mitteln eine Optimierung der Missbrauchsbekämpfung angezeigt ist. Der insoweit eröffnete Prozess ist noch nicht abgeschlossen.

## 1.2 Satzung und Verträge

### AUSWIRKUNGEN DES GKV-VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZES AUF DIE SATZUNGEN

Durch das Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde für die Krankenkassen die Möglichkeit von zusätzlichen Satzungsleistungen im Bereich der ärztlichen Zweitmeinung von § 11 Abs. 6 SGB V auf § 27b Abs. 6 SGB V verlagert. § 11 Abs. 6 SGB V ist insoweit nicht mehr einschlägig, so dass eine Genehmigung von Zweitmeinungsverfahren auf der Grundlage von § 11 Abs. 6 SGB V seit dem Inkrafttreten des GKV-VSG am 22. Juli 2015 nicht mehr möglich ist.

Die nach § 27b Abs. 2 SGB V vorgesehene Bestimmung des Gemeinsamen Bundesauschusses (G-BA) zu den Indikationen, bei denen Versicherte einen Anspruch auf Zweitmeinung realisieren können, und den diesbezüglichen Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer steht noch aus. Dennoch hat sich das Bundesversicherungsamt im Jahr 2015 dazu entschlossen, den Krankenkassen zur Überbrückung der Zeit bis zur Bestimmung des G-BA weiterhin die Möglichkeit zu eröffnen, Zweitmeinungsverfahren neu in der Satzung zu implementieren. Dies geschieht insbesondere vor dem Hintergrund der Gleichbehandlung der Krankenkassen und des klaren Willens des Gesetzgebers, zusätzliche Zweitmeinungsverfahren als Satzungs-mehrleistung vorzusehen. Die Regelungen sind bis zur Bekanntmachung der Richtlinien des G-BA nach § 27b Abs. 2 SGB V zu befristen.

Ferner haben sich durch das GKV-VSG erneut wesentliche Änderungen für die Satzungsregelungen der Krankenkassen zu den Wahlтарifen für die besonderen Versorgungsformen ergeben. Auswirkungen hat hier insbesondere die Streichung des § 73c SGB V (Besondere ambulante ärztliche Versorgung) und die Zusammenfassung der Vertragskompetenzen (§ 73c SGB V

und §§ 140a ff. SGB V „alt“) in § 140a SGB V „neu“. Das Bundesversicherungsamt hatte sich daher mit der Frage zu beschäftigen, wie die gesetzlichen Vorgaben zu den besonderen Versorgungsformen satzungsrechtlich umzusetzen sind.

Im Sinne des Gesetzgebers können die diesbezüglichen Satzungsregelungen umfassend verschlankt werden. Einzelheiten zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V regelt nunmehr der Vertrag bzw. die Teilnahmeerklärung, nicht mehr die Satzung. Dies gilt auch für die neue besondere Versorgung nach § 140a SGB V n.F. Nach Wegfall des § 73c SGB V sind sämtliche Regelungen hierzu in den Satzungen zu streichen und ein entsprechender Wahlтарif nach § 53 Abs. 3 SGB V nicht mehr anzubieten.

Im Ergebnis sind die Krankenkassen weiterhin verpflichtet, per Satzung Wahlтарife für die besonderen Versorgungsformen anzubieten, sobald Verträge nach § 73b SGB V oder § 140a SGB V geschlossen wurden. Hierbei sind in der Satzung Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärung auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Abs. 4a SGB V zu treffen (§ 73b Abs. 3 Satz 8 SGB V und § 140a Abs. 4 Satz 6 SGB V n.F.).

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben wird das Bundesversicherungsamt auch im Jahr 2016 weiterhin beschäftigen.

### AUSWIRKUNGEN DES PRÄVENTIONSGESETZES AUF DIE SATZUNGEN

Seit dem 25. Juli 2015 ist das Präventionsgesetz in Kraft, mit dem das SGB V maßgeblich geändert wurde. Mit der Neufassung des § 65a Abs. 1 SGB V soll die Inanspruchnahme von Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V sowie von Schutzimpfungsleistungen und Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention verbindlicher gefördert werden. Hierzu wurde die bisherige Kann-Regelung durch eine Soll-Regelung ersetzt. Jede Krankenkasse ist damit in der Regel verpflichtet, in ihrer Satzung Boni als Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten vorzusehen.

Bereits nach bisheriger Rechtslage haben nahezu alle der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterliegenden Krankenkassen von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Regelungen für ein versichertenbezogenes Bonusprogramm in ihrer Satzung zu treffen. Um die Kontinuität der versichertenbezogenen Prävention zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber nicht nur die Regelung des § 65a Abs. 1 SGB V erweitert, sondern fördert ausdrücklich auch weiterhin die Inanspruchnahme von praxisbewährten gesundheitsförderlichen Angeboten (wie zum Beispiel qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in einem Sportverein). Wesentliche Änderungen in ihren Bonusprogrammen haben die Krankenkassen insoweit nicht umzusetzen. Ein weiteres Ziel des Präventionsgesetzes ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung. Hierzu wurden die gesetzlichen Grundlagen in den §§ 20 und 20b SGB V geändert, um insbesondere mehr kleinere und mittelständische Unternehmen mit Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in Betrieben zu erreichen.

Die Krankenkassen haben durch die Rechtsänderung nunmehr verpflichtend den Anspruch auf Leistungen zur primären gesundheitlichen Prävention und zur Gesundheitsförderung in der Satzung zu regeln. Zudem hat der Gesetzgeber ab dem Jahr 2016 einen Richtwert für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung festgelegt (im Jahr 2016 zwei Euro für jeden Versicherten), der von den Krankenkassen anzustreben ist und insbesondere auch überschritten werden darf.

Um Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V wirksamer zu fördern, hat der Gesetzgeber auch beim Bonus nach § 65a Abs. 2 SGB V die bisherige Kann-Regelung durch eine Soll-Regelung ersetzt. Jede Krankenkasse ist damit in der Regel verpflichtet, in ihrer Satzung Boni als Anreize für Unternehmen und ihre Beschäftigten vorzusehen. Hierbei sollen nach § 65a Abs. 2 SGB V Arbeitgeber und teilnehmende Versicherte für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung belohnt werden. Es soll insbesondere auch für den Arbeitgeber ein Anreiz geschaffen werden, sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu engagieren.

Der festgelegte Richtwert für die betriebliche Gesundheitsförderung selbst bleibt von den Ausgaben für den

Bonus unberührt, d.h. die Ausgaben für den Bonus für betriebliche Gesundheitsförderung werden von den Krankenkassen zusätzlich erbracht.

Circa die Hälfte der unter Aufsicht des Bundesversicherungsamtes stehenden Krankenkassen hat bisher Regelungen für ein Bonusprogramm für betriebliche Gesundheitsförderung in ihrer Satzung getroffen. Das Ziel ist es entsprechend dem Willen des Gesetzgebers zu erreichen, dass künftig alle Krankenkassen einen Bonus für betriebliche Gesundheitsförderung in ihrer Satzung vorsehen.

## REGIONALE ZUSTÄNDIGKEIT VON KRANKENKASSEN/ KASSENBEREICH

Ein Rechtsstreit vor dem Bundessozialgericht betraf die Frage, ob die klagende IKK als landes- oder als bundesunmittelbarer Sozialversicherungsträger einzustufen ist, sowie die daran anknüpfende Frage der aufsichtsbehördlichen Zuständigkeit. Das Bundesversicherungsamt und das Land Schleswig-Holstein haben einvernehmlich die Rechtsauffassung vertreten, dass der in der Satzung genannte Erstreckungsbereich nicht im Zeitpunkt der Öffnung der IKK für die Zukunft konstitutiv, festgeschrieben wird (statischer Erstreckungsbereich), sondern der aktuelle tatsächliche Bestand von Innungsbetrieben einschließlich ihrer unselbstständigen Betriebsteile in den einzelnen Bundesländern ausschlaggebend für den territorialen Zuständigkeitsbereich einer geöffneten IKK ist (dynamischer Erstreckungsbereich). Soweit also in mehr als drei Bundesländern Innungsbetriebe mit ihren unselbstständigen Betriebsteilen aus einer zur IKK gehörenden Trägerinnung bestehen, ist gemäß Artikel 87 Abs. 2 Grundgesetz, § 90 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 sowie § 90a Abs. 2 SGB IV in Verbindung mit § 173 Abs. 2 Satz 2 SGB V von der Bundesunmittelbarkeit dieses Sozialversicherungsträgers und damit von der Aufsichtszuständigkeit des Bundesversicherungsamtes auszugehen. Die jeweils aktuellen innungsbetrieblichen Verhältnisse wirken konstitutiv für den Erstreckungsbereich kraft Gesetzes. Der Satzung kommt insoweit deklaratorische Wirkung zu. Diese Rechtsauffassung wurde vom Bundessozialgericht (Urteil vom 10. März 2015, Az. B 1 A 10/13 R) bestätigt. Bei der

IKK handelt es sich mithin um eine bundesunmittelbare Krankenkasse.

Zum Thema Kassenbereich und Klärung der aufsichtsbehördlichen Zuständigkeit hat auch eine BKK Klage vor dem hessischen Landessozialgericht erhoben.

Hintergrund für diesen Rechtsstreit ist, dass sich die maßgebliche aktuelle Situation der Trägerbetriebe bei der BKK derart geändert hat, dass sich die Kasse nur noch über zwei Bundesländer erstreckt und dort wählbar ist. Dies hat zur Abgabe der Aufsicht an das Regierungspräsidium Darmstadt in Hessen geführt, da es sich bei der BKK qua Gesetz nunmehr um eine landesunmittelbare Krankenkasse i.S.d. § 90 Abs. 3 SGB IV handelt.

Daraufhin wurde von der BKK beim Landessozialgericht Hessen Klage eingereicht.

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes gilt die dynamische Betrachtungsweise (siehe oben) nicht nur im Fall der Ausdehnung eines Kassenbereichs, sondern auch umgekehrt für dessen Reduzierung, etwa im Falle der Schließung von Trägerbetrieben. Die maßgeblichen gesetzlichen Regelungen (§ 90, § 90a SGB IV und § 173 Abs. 2 Satz 2 SGB V) sind bei BKK'en und IKK'en identisch. Die Ausführungen des BSG im Urteil vom 10. März 2015 zum Fall der IKK sind daher auf den vorliegenden Rechtsstreit übertragbar.

Das Hessische Landessozialgericht ist der Auffassung des Bundesversicherungsamtes unter Verweis auf das BSG gefolgt und hat mit Urteil vom 8. Oktober 2015 (Az.: L 1 KR 150/15 KL) die Klage der BKK abgewiesen und die Revision nicht zugelassen.

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision wurde vom BSG mit Beschluss vom 29. April 2016 (Az.: B 1 A 3/15 B) zurückgewiesen; somit ist das Urteil des Hessischen Landessozialgerichtes rechtskräftig.

## BONUSZAHLUNG BEI GEKÜNDIGTER MITGLIEDSCHAFT

Im Berichtszeitraum erreichte das Bundesversicherungsamt eine größere Zahl von Beschwerden von Versicherten, denen die Bonuszahlungen von ihrer Krankenkasse verweigert wurden, weil sie zum Zeit-

punkt der Auszahlung des Bonus die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bereits gekündigt hatten.

Gemäß § 65 a Abs. 1 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V genannten abgesenkten Belastungsgrenze gewährt werden kann.

Von dieser Möglichkeit haben zahlreiche Krankenkassen Gebrauch gemacht. Einige gesetzliche Krankenkassen zahlen einen solchen Bonus nur unter der Voraussetzung, dass zum Zeitpunkt der Auszahlung des Bonus eine ungekündigte Mitgliedschaft bestehen muss.

Da sich zum Jahreswechsel die Zahl der Krankenkassenwechsler tendenziell erhöht und die Auszahlung der Boni beinahe zeitgleich zu Beginn des Folgejahres beantragt werden kann, haben die Krankenkassen mit entsprechenden Satzungsregelungen in einer größeren Zahl von Fällen die Zahlung der Boni für das vergangene Jahr dann rechtmäßig abgelehnt, wenn die Versicherten zum in der Satzung festgelegten Zeitpunkt ihre Mitgliedschaft bereits gekündigt hatten.

Begründet wird dies von den Krankenkassen mit entsprechender Satzungsregelung u.a. damit, dass die Kassen gesetzlich verpflichtet sind, ihre Bonusprogramme kassenbezogen zu evaluieren und diese nur fortsetzen dürfen, wenn sich die Bonuszahlungen dauerhaft über Kosteneinsparungen refinanzieren. In eine solche kassenbezogene Evaluation können – so die Begründung – sinnvollerweise nur solche Mitglieder einbezogen werden, die zumindest zum Zeitpunkt der Auszahlung noch die Absicht haben, Mitglied zu bleiben und deren Präventionsmaßnahmen deshalb noch Einspareffekte generieren können.

Eine gesetzliche Verpflichtung, aber auch ein Verbot, die ungekündigte Mitgliedschaft in der Satzung als Auszahlungsvoraussetzung festzulegen, existiert nicht.

## NEUE GESTALTUNGSRÄUME FÜR SELEKTIVVERTRÄGE

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sind die Vorschriften über den Abschluss von Selektivverträgen deutlich verschlankt und im neu gefassten § 140a SGB V zusammengeführt worden. Die bisherigen Modelle „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ und „Integrierte Versorgung“ können den Versicherten als eine „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V angeboten werden. Die Krankenkassen erhalten darüber hinaus weitere Gestaltungsspielräume.

So wurde etwa die Möglichkeit eröffnet, dass die Verträge auch von den leistungsrechtlichen Vorschriften des 3. Kapitels des SGB V abweichen können. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die Qualitätsstandards der Regelversorgung nicht unterschritten werden und die abweichenden Regelungen dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entsprechen müssen. Als zusätzliche Leistungen kommen auch Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V in Betracht, wie etwa nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V grundsätzlich vom Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind. Praktische Relevanz hat diese Änderung für die Aufsichtspraxis des Bundesversicherungsamtes allerdings nicht, weil das Bundesversicherungsamt auch bisher ein Überschreiten des Leistungsrahmens der Regelversorgung zugelassen hat, so lange deren Qualitätsstandards eingehalten werden.

Kassenärztliche Vereinigungen können nun Vertragspartner eines integrierten Versorgungsmodells sein. Auch können jetzt Krankenhäuser Partner von besonderen ambulanten Versorgungsmodellen sein. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein vertragsärztlicher Leistungserbringer an einer solchen Versorgung beteiligt ist. Das Teilnahmeverfahren ist für alle Vertragstypen einheitlich gestaltet.

Sowohl die Versicherten, als auch die Leistungserbringer müssen sich durch eine Teilnahmeerklärung an das Versorgungsmodell binden. Die Krankenkassen müssen die Versicherten über die Folgen von Pflichtverstößen in den Teilnahmeerklärungen umfassend aufklären.

## NEUE AUFSICHTSMITTEL IM BEREICH DER SELEKTIVVERTRÄGE

Im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes hat der Gesetzgeber im Bereich der Selektivverträge die Befugnisse der Aufsichtsbehörden neu geordnet. Einerseits hat er die seit dem 1. Januar 2012 nach § 71 Abs. 4 SGB V a.F. bestehende Vorlagepflicht für die Selektivverträge und das damit einhergehende Beanstandungsrecht der Aufsichtsbehörden abgeschafft. Gleichzeitig sieht er jedoch den Bereich der Selektivverträge als so wettbewerbsrelevant an, dass er im Rahmen des neu geschaffenen § 71 Abs. 6 SGB V die Eingriffsbefugnisse und die Effektivität der Aufsicht erhöht hat.

Die Aufsichtsbehörde kann auf die in § 71 Abs. 6 SGB V vorgesehenen Maßnahmen zurückgreifen, wenn erhebliche Rechtsverletzungen vorliegen. Diese erheblichen Rechtsverletzungen können insbesondere dann vorliegen, wenn sie sich nachhaltig beeinträchtigend auf die Belange der Versicherten oder Leistungserbringer auswirken (z.B. Diskriminierung durch sachwidrige Teilnahmebedingungen), zwingende gesetzliche Vorgaben oder Richtlinienbestimmungen über die Leistungserbringung ignoriert werden oder Beitragsmittel durch zweckwidrigen oder unwirtschaftlichen Einsatz in erheblichem Umfang verschwendet werden.

Bei Feststellung einer erheblichen Rechtsverletzung kann die Aufsichtsbehörde dann alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung geeignet und erforderlich sind. Denkbar ist an dieser Stelle insbesondere die Anordnung, den Vertrag zu kündigen, keine weiteren Versicherten in die Verträge einzuschreiben, rechtswidrig ausgeschlossene Versicherungstruppen in die vertragliche Versorgung einzubeziehen oder ggf. auch den Vertrag zu ändern. Möglich ist auch, dass die Aufsichtsbehörde bei Gefahr eines schweren nicht wiedergutzumachenden Schadens einstweilige Maßnahmen anordnen kann. Schließlich wurde die Möglichkeit geschaffen, ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 Mio. Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 SGB V festzusetzen.

## 1.3 Der Prüfdienst Krankenversicherung

Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung (PDK) hat 2015 in 142 Prüfverfahren örtliche Erhebungen durchgeführt und diese Prüfverfahren auch abgeschlossen.

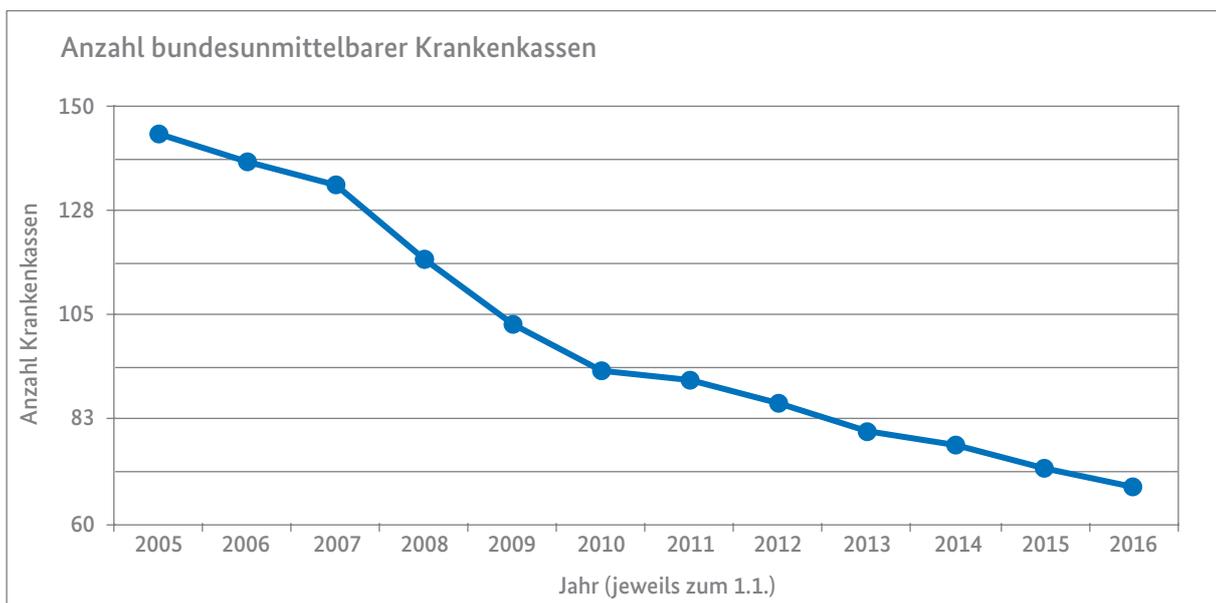
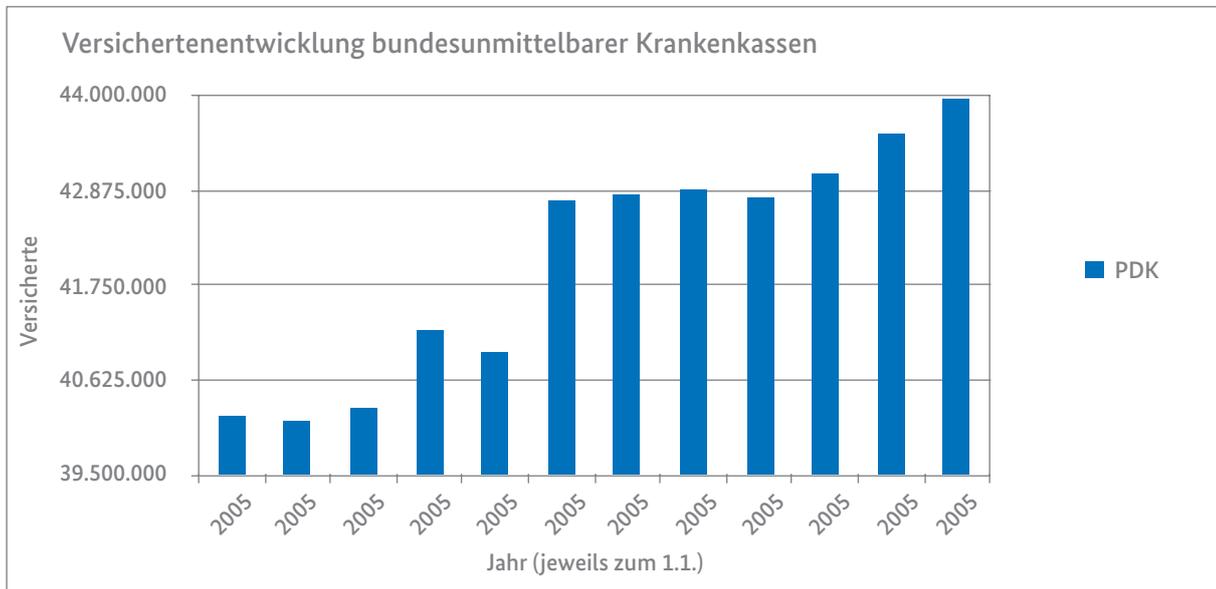
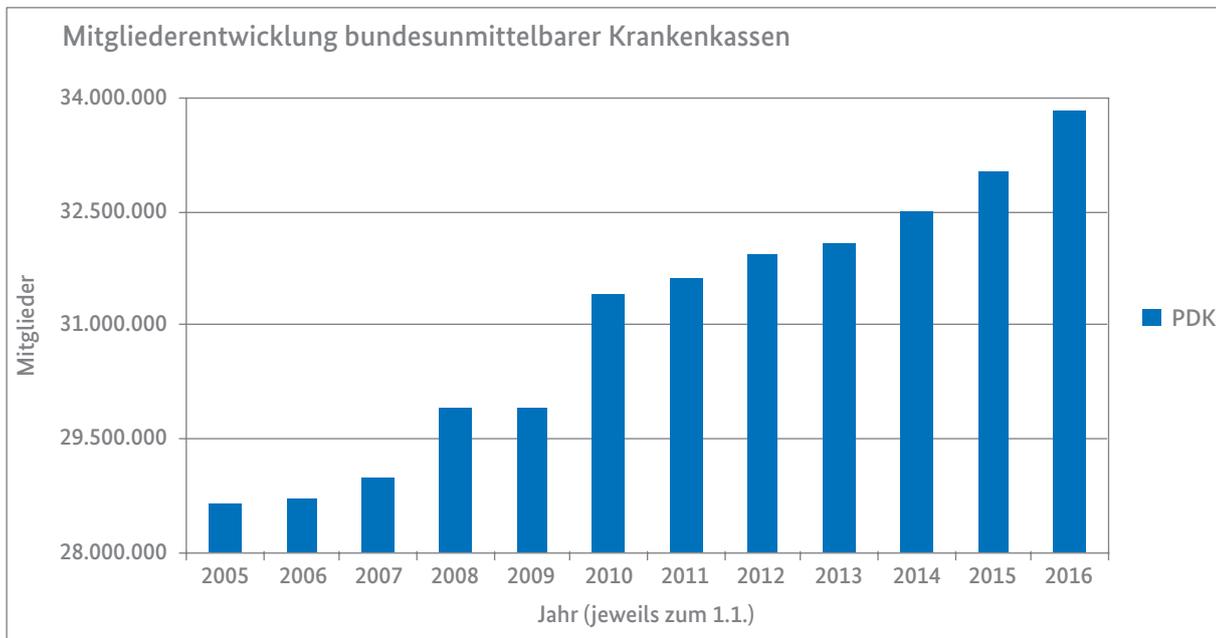
Tabelle: In 2015 durchgeführte und abgeschlossene Prüfverfahren

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte u. abgeschlossene Prüfverfahren 2015	Durchgeführte u. abgeschlossene Prüfverfahren 2014
Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI		
Standardprüfungen	53	81
Allgemeine Verwaltung	10	14
Finanzen / Kassensicherheit	7	16
Mitgliedschaft / Beiträge (mit Anteil Prüfungen § 252)	5	12
Leistungen Krankenversicherung	10	8
Leistungen Pflegeversicherung	13	16
DRG	4	5
Eigenbetriebe	3	1
EDV / Informationstechnik	1	7
Prüfungen / Beratungen der Spitzenverbände	1	2
Nachprüfungen	4	5
Allgemeine Verwaltung	1	2
Leistungen Pflegeversicherung	1	2
DRG	0	1
Leistungen Krankenversicherung	1	0

EDV / Informationstechnik	1	0
Prüfungen nach § 252 SGB V		
Standardprüfungen	4	8
Sonderprüfungen	0	13
Prüfungen nach § 42 RSAV		
Standardprüfungen	81	0
Versichertenzeiten / DMP	81	0
Standard-/ Sonderprüfungen	0	5
Morbi RSA	0	5
<b>Summe Prüfungen</b>	<b>142</b>	<b>112</b>

Wie schon in den Vorjahren ist die Anzahl der bundesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen 2015 erneut leicht gesunken. Aus dem Rückgang der Kassenanzahl ergibt sich aber nicht zwangsläufig eine entsprechende Prüfentlastung für den PDK. Dies hat seinen Grund darin, dass die Gesamtzahl der Mitglieder in den vom PDK zu prüfenden Krankenkassen um ca. 800.000 gestiegen ist. Auch die Zahl der Versicherten insgesamt hat sich im Vergleich zum Vorjahr nochmals um 300.000 erhöht (vgl. nachfolgende Abbildungen). Damit setzte sich der Trend der vergangenen Jahre fort.

Ein wichtiger Bereich des Prüfprozesses ist die sichere Übertragung und Annahme der von den Krankenkassen erstellten und für die Prüfung benötigten elektronischen Daten. Seit Juli 2015 steht dem PDK ein dafür eingerichteter sog. FTP-Server zur Verfügung, über den der Datenaustausch zwischen Krankenkassen und Prüfdienst aber auch zwischen den Prüfdiensten (der Länder und des Bundesversicherungsamtes) abgewickelt wird.



### 1.3.1 ALLGEMEINE VERWALTUNG

#### Internes Kontrollsystem

Viele Krankenkassen verfügen über kein schriftlich fixiertes Internes Kontrollsystem (IKS). Wenngleich der PDK keine Hinweise für eine Gefährdung der Kassensicherheit vorfand, empfahl er den von ihm geprüften Krankenkassen, alle Aktivitäten, Maßnahmen und Einrichtungen zur unternehmensinternen Kontrolle und deren Beziehung zueinander offiziell schriftlich zu fixieren. Darin sollten insbesondere folgende Punkte festgehalten werden:

- bauliche, softwaretechnische Zugriffskontrollen,
- schriftliche Anweisungen zur Sicherheit, zur Geheimhaltung von Betriebsgeheimnissen, zur Kommunikation mit der Öffentlichkeit und der Presse,
- Maßnahmen zum Schutz der materiellen und immateriellen Vermögenswerte der Krankenkasse,
- Maßnahmen zur Abwehr von illegalen Vorgängen im Bereich der Wirtschaftskriminalität (Vier-Augen-Prinzip) und
- eine Auflistung der vorhandenen Prüfmechanismen und deren Einsatzgebiet (z. B.: IR, Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a SGB V).

#### Meldungen an die Finanzbehörden

Nach § 2 i.V. mit § 7 Abs. 2 Satz 1 1. Alt. der Verordnung über Mitteilungen an die Finanzbehörden sind die Krankenkassen als Behörden i.S. des § 6 Abs. 1 Abgabenordnung verpflichtet, Zahlungen unabhängig von der Steuerpflicht oder der Steuerfreiheit bei Überschreiten der Bagatellgrenze von 1.500 Euro oder unabhängig von der Bagatellpflicht bei sogenannten wiederkehrenden Bezügen den Finanzbehörden zu melden. Dazu gehören auch Zahlungen aus ehrenamtlichen Tätigkeiten. Der PDK beanstandete bei einer Krankenkasse, dass Zahlungen an zwei Verwaltungsratsvorsitzende, die den Bagatellbetrag um ein Mehrfaches überschritten, den Finanzbehörden nicht mitgeteilt wurden. Darüber hinaus ist die Krankenkasse nach den §§ 11f. der Verordnung über Mitteilungen an die Finanzbehörden verpflichtet, den jeweils Betrof-

fenen über die Verpflichtung zur Mitteilung und den Inhalt der übermittelten Daten zu informieren. Außerdem muss der Betroffene in allgemeiner Form auf seine Aufzeichnungs- und Erklärungspflichten hingewiesen werden. Die Krankenkasse erfüllte nach entsprechender Beratung des Prüfdienstes ihre Mitteilungspflichten.

#### Prüfung der elektronischen Kommunikation

Insbesondere durch das Gesetz zur Förderung der elektronischen Verwaltung (EGovG) soll die elektronische Kommunikation der (Bundes-)Verwaltung forciert und perspektivisch ein deutlich verstärkter elektronischer Datentransfer und eine entsprechende Datenbearbeitung bis hin zur elektronischen Aktenführung erreicht werden.

Die veränderten rechtlichen Anforderungen zusammen mit den Bestrebungen der Kranken- und Pflegekassen, zunehmend Verfahren der elektronischen Kommunikation aufzubauen, erfordern eine verstärkte Beratungstätigkeit des Prüfdienstes, der diese Tätigkeit nach 2014 im Rahmen eines Handlungsschwerpunktes auch in 2015 wahrnahm.

Im Rahmen von Beratungsgesprächen beim Aufbau von Online-Geschäftsstellen wurden Anforderungen und Empfehlungen an Systementwickler und Krankenkassen verschiedener „Kassensysteme“ übermittelt, um dem Datenschutz und der Datensicherheit entsprechende und wirtschaftliche Lösungen zu erreichen.

Bereits entwickelte Systeme wurden daneben – auch im Hinblick auf die Anerkennungsfähigkeit von Belegen/Informationen, die über solche Online-Geschäftsstellen der Krankenkasse übermittelt werden, im Rahmen von Prüfungen nach § 42 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – geprüft. Dabei standen die folgenden Themen im Vordergrund:

- Authentifizierungsverfahren
- Sichere Übermittlung
- Identität/Integrität der Daten
- Prüfbarkeit/Beweisfunktion/Speicherung
- Form/Vollständigkeit der Informationen
- Infrastruktur/Funktionalität der Kassensysteme

Der PDK setzt weiterhin darauf, den Krankenkassen frühzeitig die Anforderungen an eine rechtssichere elektronische Kommunikation zu übermitteln, damit bereits im Entwicklungsstadium von Projekten die fachlichen Anforderungen Berücksichtigung finden und die Umsetzung der Anforderungen mit den Krankenkassen erörtert werden kann. So werden die Krankenkassen beispielsweise auch im Rahmen von Vorträgen über die allgemeinen Empfehlungen der Prüfdienste informiert.

Um eine einheitliche Beratungstätigkeit der Prüfdienste des Bundes und der Länder zu gewährleisten, stimmen die Prüfdienste ihre Anforderungen ab. Dabei wurde u.a. der Leitfaden der Prüfdienste des Bundes und der Länder zur elektronischen Speicherung und Archivierung, der zuletzt im Hinblick auf zunehmende Bedeutung der elektronischen Kommunikation in 2014 weitgehend überarbeitet wurde,<sup>2</sup> in 2015 erneut aktualisiert.

Die neue Version des Leitfadens wurde im April 2016 veröffentlicht.

Neben den weiter zu verfolgenden Themen der Online-Geschäftsstellen und der Langzeitspeicherung/Löschung von Daten durch die Krankenkassen hat der PDK weiterhin folgende inhaltliche Schwerpunkte in Abstimmung mit den zuständigen Stellen der Aufsicht im Bundesversicherungsamt im Fokus:

- Bereitstellung und Nutzung von Softwareprogrammen, die speziell für die Nutzung auf mobilen Endgeräten konzipiert sind (sog. Apps), durch die Krankenkassen/Dienstleister
- Anforderungen an Systeme zu Scanvorgängen und automatisierter Texterkennung
- Anforderungen an Systeme zu teilweiser bzw. vollständig automatisiert durchgeführter Sachbearbeitung (sog. Dunkelverarbeitung)
- Anforderungen an Authentifizierungslösungen der Krankenkassen für Online-Geschäftsstellen und andere elektronische Kommunikationswege.

<sup>2</sup> Als „Leitfaden Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten“ auf der Internet-Website des BVA aufgeführt: [http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/PDK/Leitfaden\\_Elektronische\\_Kommunikation\\_und\\_Langzeitspeicherung\\_V4.0\\_2014-10-09.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/PDK/Leitfaden_Elektronische_Kommunikation_und_Langzeitspeicherung_V4.0_2014-10-09.pdf).

## Softwareprüfung zur Erstellung von Satzarten

Die Prüfdienste des Bundes und der Länder haben unter der Federführung des PDK im Bundesversicherungsamt im Herbst 2015 damit begonnen, bei allen Kassenarten eine Prüfung der Softwareentwicklung im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 SGB V durchzuführen. Die dritte Prüfung nach 2008/2009 und 2011 findet als Schwerpunktprüfung bei allen Entwicklungsgesellschaften bzw. Krankenkassen statt und umfasst die Verfahrensweise bei der Softwareentwicklung und dem Testverfahren für die Erstellung der an die RSA-Stelle des Bundesversicherungsamtes zu liefernden Satzarten, den sog. Morbi-RSA Satzarten 100, 110, 400, 500, 600 und 700.

Bei einer Prüfung wurde festgestellt, dass für die geprüfte Software bei den Meldungen zur Satzart 500 entgegen § 267 Abs. 7 Satz 1 und 2 SGB V und der dazu ergangenen Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes sowie § 30 Abs. 1 Satz 2 RSAV teilweise Änderungen gegenüber den Angaben aus den Entlassungsmeldungen (301-DTA) vorgenommen wurden. In Fällen mit nachgehendem Leistungsanspruch oder beim Kassenwechsel wurde statt des Monats aus der sog. 301-DTA-Meldung der letzte Monat des Mitgliedschafts- oder Familienversicherungsverhältnisses gemeldet. Der PDK hat dahingehend beraten, eine Korrektur der RSA-Datenmeldung vorzunehmen und den gemeldeten sog. 301-Datensatz unverändert in die Meldung der SA 500 zu übernehmen.

### 1.3.3 LEISTUNGEN DER KRANKENVERSICHERUNG

#### Versorgung mit Hilfsmitteln

Häufig verfügen gerade kleine Krankenkassen weder über ein Controlling in der Hilfsmittelversorgung, noch führen sie eingehende Analysen der eigenen Hilfsmittelausgaben durch. Beides erschwert eine Transparenz in diesem Ausgabensegment. Erfahrungsgemäß stammen etwa 50 % der gesamten Hilfsmittelausgaben aus fünf von 33 Hilfsmittelproduktgruppen (PG). Diese PG sind die PG 08 Einlagen, PG 13 Hörhilfen, PG 14 Inhalations-

und Atemtherapiegeräte, PG 23 Orthesen/Schienen sowie PG 03 Applikationshilfen.

Es ist deshalb empfehlenswert, ein besonderes Augenmerk auf diese fünf Produktgruppen zu legen, um messbare Erfolge bei der Kontrolle und Steuerung der Hilfsmittelausgaben erreichen zu können. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 stiegen die Anforderungen an ein zielgerichtetes Vertragsmanagement. Angesichts der Produkt- und Anbietervielfalt im Hilfsmittelbereich kommt es nicht nur darauf an, günstige Preise und Konditionen auszuhandeln, sondern das Versorgungsgeschehen effizient zu steuern. Dafür ist es wichtig, umfassende Analysen bzw. Einflussfaktoren von vornherein zu berücksichtigen, um entsprechende Schwerpunkte setzen zu können. Hierzu zählen insbesondere Analysen der Vertrags- und Versicherungssituation, der Ausgabenentwicklung (Kostentreiber) sowie der Produktpalette. Jede Krankenkasse sollte wissen, welche PG die meisten Ausgaben verursachen und welche Verträge in den jeweiligen PG für sie gelten, um die Erforderlichkeit von Vertragsabschlüssen überprüfen und geschlossene Verträge regelmäßig aktualisieren zu können. Der PDK empfahl daher regelmäßig, ein Controlling in Form geeigneter Mess- und Steuerungsinstrumente in der Hilfsmittelversorgung zu etablieren.

### **Abschlag bei Nichteinhaltung des Datenträgeraustauschs**

Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, ihre Leistungen den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern anzugeben (§ 302 Abs.1 SGB V).

Der PDK stellte bei seinen Prüfungen fest, dass ein nicht unerheblicher Anteil der o.g. Leistungserbringer seine Rechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern erstellte. Außerdem nahmen mehrere Abrechnungsdienstleister generell keine Rechnerkürzungen vor, wenn die Meldungen nicht ordnungsgemäß erfolgten. Als Grund wurde angegeben, die Verträge der Krankenkassen mit den Abrechnungsdienstleistern

sähen keine entsprechende Vorgehensweise vor. Der Gesetzgeber hat die Leistungserbringer nicht nur verpflichtet, ihre Leistungen elektronisch oder maschinell verwertbar abzurechnen, sondern auch in § 303 Abs. 3 SGB V festgelegt, dass die Krankenkassen die Daten nachzuerfassen haben, soweit diese ihnen als Papierabrechnungen übermittelt werden. Erfolgt die nicht elektronisch verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Krankenkassen eine pauschale Rechnerkürzung in Höhe von bis zu 5 % des Rechnungsbetrages für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten vorzunehmen. Der PDK empfahl daher erneut mit Nachdruck, auf eine Umsetzung der seit 1993 bestehenden Regelungen zur einheitlichen Abrechnungsweise im Bereich der sonstigen Leistungserbringer hinzuwirken und künftig Rechnerkürzungen bei Nichteinhaltung der Vorschriften zur Abrechnung vorzunehmen.

### **Doppelabrechnung der postoperativen Überwachung nach ambulanten Operationen**

Dem PDK fiel bei seinen Prüfungen auf, dass es im Bereich der postoperativen Überwachung nach ambulanten Operationen (§ 115b SGB V) vielfach zu Doppelabrechnungen kam.

Nach ambulanten Eingriffen unter Beteiligung eines Anästhesisten sind die Patientinnen und Patienten über das Ende der Operation hinaus in der postoperativen Phase zu überwachen. Diese postoperative Überwachung ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) unter den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 abgebildet. Zu den Leistungsinhalten gehören mindestens die Kontrolle von Atmung, Kreislauf und Vigilanz sowie die Durchführung einer Abschlussuntersuchung. Die Vergütung staffelt sich je nach Überwachungsumfang von 14,92 Euro bis zu 206,53 Euro.

Haben an der Erbringung der ambulanten operativen Leistungen mehrere Ärzte mitgewirkt, zum Beispiel neben dem operierenden Arzt ein Anästhesist, darf jedoch nur einer der beteiligten Ärzte die postoperative Überwachung abrechnen. Bei Abrechnung der postoperativen Überwachung ist daher der Quartal-

sabrechnung eine Erklärung beizufügen, dass kein weiterer Arzt die postoperative Überwachung berechnet hat bzw. berechnen wird.

Im Rahmen unserer Prüfungen stellte sich heraus, dass Krankenkassen auf die Erklärungen vertrauten und keine Überprüfungen vornahmen. So blieben zahlreiche Doppelabrechnungen unerkannt. Gründe für eine Doppelabrechnung können vielfältig sein. So kommen beispielsweise mangelhafte Absprachen zwischen den beteiligten Ärzten, aber auch betrügerische Absichten in Betracht.

Den geprüften Krankenkassen wurde deshalb empfohlen, den Datenbestand auf Doppelabrechnungen zu prüfen und Überzahlungen aus Doppelabrechnungen unter Beachtung der gesetzlichen Verjährungsfristen bei den jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen geltend zu machen. Sollten sich Anhaltspunkte für eine betrügerische Abrechnung ergeben, ist auch die Einschaltung der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen angezeigt. Diese kann ggfs. kassenübergreifende Betrugstatbestände ermitteln und zur Anzeige bringen.

Zusätzlich informierte der Prüfdienst alle bundesunmittelbaren Krankenkassen, die Prüfdienste der Länder und die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen über seine Prüfergebnisse, damit Doppelabrechnungen zukünftig möglichst vermieden werden.

### **Krankenhausabrechnungen (DRG)**

Im Jahr 2015 hat der PDK vier Prüfungen im Bereich Krankenhausabrechnungen über diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) durchgeführt. Neben den bereits in den Vorjahren geprüften Themen griff der PDK auch neue Ansätze auf. Die aufgezeigten möglichen Einsparungen und Rechnerkürzungen betrugen insgesamt 4.415.577,37 Euro.

#### **Bauchaortenaneurysma**

Erstmals im Jahr 2015 selektierte der PDK Fälle, in denen der ICD I71 (Aortenaneurysma und -dissektion) in Verbindung mit einem speziellen OPS verschlüsselt wurde und legte seinen Schwerpunkt darauf, ob die Krankenkasse die Einhaltung der Kriterien zur

Erfüllung der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL) seitens der Krankenhäuser geprüft hatte. Nur Krankenhäuser, die die in der QBAA-RL genannten Kriterien erfüllen, dürfen entsprechende Leistungen erbringen und abrechnen. Nicht in allen Fällen konnte ein Nachweis über die Erfüllung dieser Strukturvoraussetzungen erbracht werden, so dass die jeweiligen Krankenhausrechnungen nicht zu zahlen waren.

#### **Stationäre Varizenoperationen in einer Gefäßklinik**

Ein weiteres neues PrüftHEMA für den PDK waren die stationären Varizenoperationen. Obwohl es sich bei Varizenoperationen grundsätzlich um Behandlungen der Kat. 1 des AOP-Kataloges nach § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V handelt, die in der Regel ambulant zu erbringen sind, bestand mit einem Krankenhaus eine Vereinbarung, die Abrechnung einer stationären Krankenhausbehandlung für einen Belegungstag in dieser Klinik zu akzeptieren. Die Anerkennung erfolgte dabei unabhängig von der tatsächlichen Notwendigkeit einer stationären Behandlung, da die Klinik keine Ermächtigung zur Abrechnung ambulanter Operationen besaß. Der PDK führte aus, dass dies dem Sinn des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V widerspräche. Die fehlende Ermächtigung einer Klinik sei keine Begründung, die Abrechnung einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu akzeptieren. Ein Anspruch auf vollstationäre Behandlung bestehe nur, wenn das Behandlungsziel nicht durch teil-, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden könne. Da die Krankenkasse ihre Verfahrensweise nicht ändern wollte, gab der PDK die Angelegenheit an das zuständige Aufsichtsreferat ab. Dieses stellte ergänzend fest, dass jeweils im konkreten Einzelfall der behandelnde Arzt zu beurteilen hat, ob eine ambulante Behandlung indiziert oder eine stationäre Behandlung erforderlich ist. Da es sich um eine Abwägung im Einzelfall handelt, ist weder die Vereinbarung der ausschließlich ambulanten noch der ausschließlich stationären Behandlung zulässig. Somit ist der Vertrag in der Weise anzupassen, dass die Vergütungsvereinbarung sich ausschließlich auf notwendige stationäre Leistungen bezieht. Sofern das Krankenhaus die im AOP-Katalog aufgeführten Leistungen vergütet haben möchte, für die kein stationärer Aufenthalt notwendig ist, ist eine Bereiterklärung nach

§ 115b Abs. 2 SGB V zwingend erforderlich.  
Das aufsichtsrechtliche Verfahren ist noch nicht abgeschlossen.

### Haupt-/ Belegabteilung

Der PDK selektierte Fälle mit einer Abrechnung der Fallkosten auf Grundlage der Bewertungsrelation der Hauptabteilung, obwohl in Referenzdaten für die jeweiligen Fachbereiche der Krankenhäuser nur eine Belegabteilung gemeldet war. Darüber hinaus überprüfte er die Fälle anhand der unter „<http://krankenhauseinweisung.de>“ gespeicherten Informationen aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sowie den Informationen auf den jeweiligen Internetseiten der Krankenhäuser.

In mehreren Fällen rechneten Krankenhäuser Aufenthalte mit der Bewertungsrelation für eine Hauptabteilung ab, obwohl dafür keine Berechtigung vorlag. Laut Fallpauschalenkatalog sind im Regelfall die Bewertungsrelationen für die Abrechnung in einer Belegabteilung niedriger als in einer Hauptabteilung, so dass der Krankenkasse ein Schaden entstanden ist. Soweit das Krankenhaus fälschlicherweise die Abrechnung einer Bewertungsrelation für eine Hauptabteilung vorgenommen hatte, konnten die Krankenkassen den Differenzbetrag von den Krankenhäusern zurückfordern. Außerdem wies der PDK darauf hin, dass Krankenhäuser, die einen Honorarvertrag nach § 18 Abs. 3 KHEntgG mit einem Belegarzt geschlossen haben, nur 80% der DRG für die Hauptabteilung abrechnen dürfen. Auch in diesem Bereich konnten den Krankenkassen Einsparmöglichkeiten aufgezeigt werden.

### Knie-Totalendoprothesen

Bereits 2006 fasste der Gemeinsame Bundesausschuss den Beschluss, dass nur Krankenhäuser mit voraussichtlich mindestens 50 Implantationen von Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) im Jahr diese Leistungen gegenüber der GKV abrechnen dürfen. Diese Regelung war zeitweise ausgesetzt und trat erneut zum 1. Januar 2015 in Kraft.

Der PDK selektierte abgerechnete DRG-Fallpauschalen mit dem OPS 5-822 (Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk) und prüfte die ordnungsgemäße

Abrechnung. Hierbei konnten Krankenkassen wiederholt nicht den Nachweis erbringen, dass die betroffenen Krankenhäuser die Mindestmenge erfüllt hatten.

### Strukturelle Mindestvoraussetzungen in Krankenhäusern

Für die rechtmäßige Abrechnung erlösrelevanter OPS sind zunehmend strukturelle Mindestvoraussetzungen von den Krankenhäusern zu erfüllen.

In diesem Zusammenhang legte der PDK sein Augenmerk auf den OPS 8-984 (Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus), OPS 8-918 (Multimodale Schmerztherapie) und OPS 8-980 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung). Dabei stellte der PDK fest, dass wiederholt die strukturellen Mindestmerkmale (z. B. beim OPS 8-984 ein Multimodales Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung) nicht erfüllt waren.

Der PDK empfahl, künftig in ähnlich gelagerten Sachverhalten das Vorliegen der Strukturvoraussetzungen in jedem Fall konsequent vor Zahlung der Rechnung zu prüfen. Darüber hinaus regte er weitere Prüfmöglichkeiten an, wie z.B. ob die zur Kodierung des OPS erforderlichen Behandlungen tatsächlich durchgeführt wurden, die Mindestbehandlungsdauer (für OPS 8-984) und die erforderlichen Aufwandspunkte (OPS 8-980) erreicht wurden. Zur Klärung dieser Fragen kann die Krankenkasse ggf. den MDK einschalten.

### Einbeziehung der Innenrevision

Bei den Krankenkassen besteht noch Verbesserungspotential in der eigenen Prüfung. Dies wäre z.B. im Rahmen der Innenrevision möglich. Die Innenrevision der Krankenkasse ist eine vom Tagesgeschäft unabhängige, objektive Prüfungs- und Beratungsstelle. Sie hat die Aufgabe, die Krankenkasse bei der Erreichung ihrer Ziele durch eine Bewertung und Verbesserung der Effektivität des Risikomanagements, des internen Kontrollumfeldes und der Unternehmensführung zu unterstützen. Ihr Zweck besteht in der kontinuierlichen Verbesserung der Geschäftsprozesse und der Schaffung von Mehrwert für die Krankenkasse. Im Rahmen dieser umfangreichen Aufgabe hat die Innenrevision zu prüfen, ob die Krankenkasse zeitgemäße Techniken und Arbeitsmethoden effizient und sinnvoll einsetzt,

ob Vorgänge rechtmäßig und ordnungsgemäß erledigt wurden, ob manipuliert wurde, ob die Sicherheit des Geschäftsbetriebes und die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen gewährleistet ist. Der PDK stellte bei seinen Prüfungen wiederholt fest, dass Innenrevisionen der Krankenkassen den wichtigen Bereich Krankenhausabrechnungen/DRG mit den größten Ausgaben bisher noch nicht geprüft hatten. Der PDK empfahl daher, zumindest die Themen „Prüfsoftware-Prüfregeln“ und „Controlling der Abrechnungsprüfung“ in den Revisionsplan der Krankenkasse aufzunehmen.

### 1.3.4 FINANZEN UND KASSENSICHERHEIT

#### **Auswertungen des Überweisungsdatenbestandes**

Der PDK wertete den Zahldatenbestand einer Krankenkasse auf etwaige Doppelzahlungen hin aus. Datengrundlage waren alle im kasseneigenen IT-System erfassten Zahlungen im Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 30. Dezember 2014. Die Auswertung ergab 386 „Doppelzahlungen“ (772 Datensätze).

Bei der anschließend durchgeführten Prüfung einer Stichprobe im Umfang von 25 Fällen (50 Datensätze) wurde in acht Vorgängen (16 Datensätze) nachweislich eine Doppelzahlung festgestellt. Die Hälfte der ermittelten Doppelzahlungen entstand im Bereich „Erstattungen von Zuzahlungen“.

Aufgrund der festgestellten Häufung von Doppelzahlungen in diesem Bereich wurde ergänzend eine weitere Auswertung vorgenommen. Die Ergebnismenge umfasste insgesamt 39 Fälle (78 Datensätze). Eine weitere Prüfung dieser Fälle ergab, dass in 28 Fällen tatsächlich Doppelzahlungen vorlagen. Bei der Suche nach der Fehlerursache stellte der PDK ausweislich der Dokumentation fest, dass das Vier-Augen-Prinzip zwar bei allen Auszahlungen eingehalten wurde. Allerdings waren in einigen Fällen sowohl bei der Erstausszahlung als auch bei der erneuten Auszahlung Bearbeiter und Prüfer jeweils identisch, zudem waren die Doppelzahlungen oft in kurzem zeitlichen Abstand zur Erstausszahlung (drei bis fünf Tage) erfolgt. Die Ursachen für die Doppelzahlungen konnten häufig weder von der Krankenkasse noch vom PDK abschließend

geklärt werden. Der zuständige Fachbereich vermutete, dass während einer Rückstandssituation und der daraus resultierenden telefonischen Nachfragen oder Beschwerden Beträge irrtümlich doppelt angewiesen wurden. Der PDK riet deshalb, die Ursachen der Doppelzahlungen zu ergründen und ggf. vorliegende Schwachstellen in den Prozessen kurzfristig zu beseitigen. Hierbei sollte die Krankenkasse auch überprüfen, ob das eingesetzte Personal ausreichend qualifiziert ist. Zudem sollte die Krankenkasse eruieren, ob eine ordnungsgemäße Entwertung der Belege erfolgt, damit eine nochmalige Verwendung der Rechnungsbelege ausgeschlossen ist.

Die Krankenkasse sagte bereits während der örtlichen Erhebungen zu, in den Fällen, in denen eine Rücküberweisung des überzahlten Betrages noch nicht erfolgt sei, die zu Unrecht erhaltene Leistung vom Zahlungsempfänger zurückzufordern.

#### **Fingierte Leistungszahlungen**

Bei einer Krankenkasse stellte der PDK Zahlungen fest, die hinsichtlich ihrer Höhe und Häufigkeit auffällig waren. Konkret handelte es sich um neun Zahlungen im Gesamtvolumen von 14.800,24 Euro, die zwischen dem 5. November 2013 und dem 1. Dezember 2014 an eine Versicherte gezahlt wurden.

Es stellte sich heraus, dass hier Leistungen (überwiegend Erstattungen von Zuzahlungen wegen Überschreitens der Belastungsgrenze) fingiert wurden und über ein Versicherungskonto eines Angehörigen des Schädigers zur Auszahlung kamen. Der PDK nimmt an, dass das technisch erforderliche Vier-Augen-Prinzip einerseits durch die Vorlage von präparierten Leistungsfällen und andererseits durch eine Sachbearbeitung „auf Zuruf“ unterlaufen wurde. Die Krankenkasse stellte inzwischen Strafanzeige.

#### **Liquiditätsvorteil durch verspätete Weiterleitung von Zuweisungen an den Arbeitgeber**

Geschlossene Betriebskrankenkassen, bei denen der Arbeitgeber die Personalkosten trägt, haben nach § 147 Abs. 2a Satz 1 SGB V 85 % ihrer Zuweisungen für

standardisierte Verwaltungsausgaben aus dem Gesundheitsfonds an den Arbeitgeber weiterzuleiten. Der weiterzuleitende Betrag ist auf die tatsächliche Höhe der Kosten, die der Arbeitgeber trägt, begrenzt. Durch diese Regelung sollen die Wettbewerbsbedingungen gegenüber den geöffneten Krankenkassen angeglichen werden, die die Personalkosten selbst tragen. Bei einer geschlossenen Krankenkasse fiel im Rahmen der örtlichen Erhebungen auf, dass die Betriebskrankenkasse für mehrere Monate keine Zuweisungen an den Arbeitgeber weitergeleitet hatte. Die Krankenkasse verschaffte sich dadurch einen deutlichen Liquiditätsvorteil. Der Arbeitgeber fungierte in dieser Konstellation quasi als verdeckter Kreditgeber. Ohne diese verdeckte Kreditvergabe hätte die Krankenkasse sogar ihre Zahlungsverpflichtungen mittels ihrer Betriebsmittel zumindest tageweise nicht erfüllen können. Der PDK hat die betroffene Krankenkasse auf die Beachtung der gesetzlichen Vorschrift hingewiesen.

### 1.3.5 PRÜFUNGEN NACH § 252 ABS. 5 SGB V

Der PDK konnte von 2013 bis 2015 insgesamt 24 Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V i.V.m. der Prüfverordnung sonstige Beiträge abschließen. Die Prüfungen bedurften einer umfassenden Vorbereitung und waren aufgrund des erforderlichen Fachwissens und der vielen zu klärenden Fachfragen besonders zeitaufwändig. Insgesamt hat der PDK gut 20% seiner Personalkapazitäten für diese Prüfung eingesetzt. Bis zum 29.02.2016 konnte der Prüfdienst bei den bundesunmittelbaren Trägern insgesamt Beitrags- und Schadensersatzansprüche in Höhe von 1,7 Mio. Euro ermitteln. Dieser Betrag unterteilte sich in einen Schadensbetrag aus der versichertenbezogenen Stichprobenprüfung auf den Gebieten

- Mitgliedschaft,
- Beitragseinstufung,
- Sollstellung,
- Beitragseinzug und
- Rückstandssachbearbeitung mit Veränderungen von Ansprüchen

in Höhe von 721.788,25 Euro zuzüglich eines Zinsschadens in Höhe von 36.420,68 Euro. Aus dem Bereich der kontenbezogenen Prüfung wurde ein

Schadensbetrag in Höhe von 495.800,27 Euro zuzüglich eines Zinsschadens in Höhe von 437.586,14 Euro errechnet. Hier wurde untersucht, ob die Krankenkasse ihren Pflichten als Einzugsstelle der Beiträge nach § 252 Abs. 2 Satz SGB V im Hinblick auf den Beitragseinzug und die ordnungsgemäße Weiterleitung der Beiträge und deren Abrechnung mit dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds nachgekommen ist. Zu erwähnen ist, dass die während der örtlichen Erhebungen ermittelten Beträge nach der Erstsichtung ca. 40% höher lagen. Da die Träger aber in vielen Fällen noch Unterlagen nachliefern oder Beiträge nacherheben und an den Gesundheitsfonds weiterleiten konnten, reduzierten sich diese Beträge. Erst im Anschluss daran und nach einem Abschlussgespräch wurden die Prüfberichte erstellt und an den Gesundheitsfonds geleitet.

### Verspätete Ausstellung von Kündigungsbestätigungen

Aktuell liegen dem PDK Hinweise vor, dass es in der Praxis vielfach zu Problemen mit einer zeitnahen Ausstellung von Kündigungsbestätigungen kommt. So fiel z.B. im Rahmen einer gezielten Überprüfung der beendeten Mitgliedschaften aufgrund eines Kassenwechsels bei einer Krankenkasse eine hohe Anzahl von Fällen auf, in denen die Krankenkasse die Kündigungsbestätigungen nicht innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung ausgestellt hatte. Die Ursache bestand darin, dass die Krankenkasse eingehende Kündigungsschreiben zur Durchführung von Haltegesprächen zunächst intern an den Vertrieb weiter geleitet hatte. Erst im Anschluss daran kam es zur Ausstellung der Kündigungsbestätigungen, teilweise mit erheblichem Verzug. Der PDK wies daher ausdrücklich auf die Gesetzeslage hin, nach der die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen hat (§ 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Ein rechtswirksamer Krankenkassenwechsel kommt nur zustande, wenn der aufnehmenden Krankenkasse eine Kündigungsbestätigung der abgebenden Krankenkasse vorliegt. Dies wurde durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. November 2011 (Az. B 12 KR 3/10 R) klargestellt.



## 2. Pflegeversicherung

### 2.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

#### PFLEGEBERATUNG DER PFLEGEKASSEN IN DEN PFLEGESTÜTZPUNKTEN (AUSWERTUNG DES FRAGENKATALOGS AN DIE BUNDESUNMITTELBAREN PFLEGEKASSEN)

Die Kranken- und Pflegekassen sind nach § 92c SGB XI verpflichtet, zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten Pflegestützpunkte einzurichten, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Der Gesetzgeber wollte dadurch u.a. den Pflegebedürftigen ein zwischen allen in Betracht kommenden Leistungsträgern optimal vernetztes Versorgungsangebot (Sozialleistungen, gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative oder sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfen) im Sinne eines Care-Managements bieten. Dadurch sollten Fehl-, Unter- und Überversorgung sowie doppelte Verwaltungsstrukturen vermieden werden.

Um festzustellen, wie und auf welche Art dieser gesetzliche Auftrag von den bundesunmittelbaren

Krankenkassen umgesetzt wurde, hat das Bundesversicherungsamt eine umfassende Abfrage hierzu durchgeführt. Die Krankenkassen haben mit Unterstützung ihrer Bundesverbände sowie des GKV-Spitzenverbandes zum größten Teil sehr engagiert, umfassend und zeitnah hierzu Stellung genommen.

In 14 Bundesländern wurden zwischenzeitlich Pflegestützpunkte eingerichtet, in zwei Bundesländern (Sachsen und Sachsen-Anhalt) wird eine sog. vernetzte Pflegeberatung angeboten. Insbesondere kleinere Pflegekassen, sind nicht in allen Pflegestützpunkten mit eigenen Mitarbeiter/innen vertreten, sondern werden zum Teil durch Mitarbeiter/innen anderer federführender Krankenkassen oder kasseneigene Verbände vertreten. Dabei handelt es sich um qualifizierte Pflegeberater/innen. Wie weit die Pflegekassen oder ihre Verbände in den einzelnen Pflegestützpunkten konkret vertreten sind, hängt auch von der personellen Ausstattung ab, die in den Bundesländern unterschiedlich geregelt ist. Teilweise ist nur eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter in einem Pflegestützpunkt tätig (personelle Mindestausstattung der entsprechenden Rahmenvereinbarung).

Einige Pflegestützpunkte (z.B. in Hessen und Nordrhein-Westfalen) wurden in von den jeweiligen Pflegekassen zur Verfügung gestellten Räumen eingerichtet. Auch in solchen Fällen ist – wie allgemein – gewährleistet, dass der Pflegestützpunkt eindeutig räumlich von der Krankenkasse getrennt ist und über ein neutrales „Logo“ verfügt. In Telefonaten und Schriftwechsel wird diese Neutralität ausnahmslos eingehalten. Die Beratung selbst erfolgt ebenfalls neutral, Empfehlungen bestimmter Pflegekassen oder gar Leistungserbringer sind nicht zulässig (§ 92c Abs. 2 Nr. 1 SGB XI und § 4 der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 92c Abs. 9 Satz 3 SGB XI über die Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten, Stand 3. August 2009).

Die Vernetzung und Kooperation der Kosten- und Leistungsträger mit dem Ziel, den Ratsuchenden umfassende wohnortnahe Hilfs- und Unterstützungsangebote unterbreiten zu können, hat in allen Bundesländern hohe Priorität in den Pflegestützpunkten. Schon die entsprechenden Rahmenverträge bzw. Rahmenvereinbarungen enthalten entsprechende Regelungen. Die Vernetzung und Koordinierung ist außerdem in den einzelnen Pflegestützpunktverträgen nochmals explizit aufgegriffen worden.

Zur Qualitätssicherung der Arbeit der Pflegestützpunkte sind z.B. Qualitätszirkel, Feedbackgespräche, Koordinationstreffen, anonymisierte Auswertungen und einheitliche Qualitätsstandards implementiert worden.

Die Pflegestützpunkte dokumentieren ihre Arbeit, auch die Art der Beratung, Beratungsschwerpunkte sowie den Datenschutzvorgaben entsprechende, anonymisierte Angaben zu den Ratsuchenden, durch eine Software oder Erfassungsbögen. Vielfach veröffentlichen die Pflegestützpunkte auch Tätigkeitsberichte bzw. Jahresberichte. Schwerpunkte bei den Beratungsthemen sind insbesondere die verschiedenen Leistungsarten, die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), der Umgang mit bestimmten Erkrankungen, wie z.B. Demenz oder Morbus Parkinson, die Hilfsmittel, die Angebote verschiedener Sozialleistungsträger und die Entlastung der pflegenden Angehörigen. Sofern eine

besondere Beratung durch die jeweilige Pflegekasse oder einen anderen Sozialversicherungsträger wegen des besonderen Einzelfalls erforderlich ist, wird dies durch den Pflegestützpunkt vermittelt.

Zu der „Vernetzten Pflegeberatung“ in Sachsen und Sachsen-Anhalt konnten die Pflegekassen, die hiermit Erfahrungen haben, berichten, dass sich diese bewährt habe. Auch in dieser Konstellation sei eine gute Koordinierung, Vernetzung und Qualitätssicherung gewährleistet.

## REGELMÄSSIGE ÜBERPRÜFUNG DER RENTENVERSICHERUNGSPFLICHT ALLER PFLEGEPERSONEN

Eingaben und auch Prüfungen bei den bundesunmittelbaren Pflegekassen bestätigen immer wieder, dass zu niedrige, zu hohe oder gar keine Beiträge zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 Abs. 1 SGB XI abgeführt werden. Wenn zu niedrige oder hohe Beiträge abgeführt werden, bedeutet dies, zum einen Nachteile für die Pflegepersonen, zum anderen können den Pflegekassen dadurch bei Einzugsstellenprüfungen der Rentenversicherungsträger nach § 28q Abs. 1 SGB IV erhebliche Säumniszuschläge nach § 28r Abs. 1 SGB IV entstehen. Dadurch und ebenso bei der Abführung zu hoher Beiträge verstoßen die Pflegekassen gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Mittelverwendung gemäß § 69 Abs. 2 SGB IV bzw. § 4 Abs. 3 SGB XI.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Pflegepersonen zwar im Rahmen ihrer Mitwirkungspflichten gemäß § 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I (s. auch Ziffer II 1.1 des Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund und des Verbandes der Privaten Pflegeversicherung e.V. zur Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen vom 9. Januar 2013) verpflichtet sind, wesentliche Änderungen der Verhältnisse gegenüber der Pflegekasse anzugeben, dies jedoch erfahrungsgemäß nicht immer tun. In solchen Fällen kann, wenn keine Begutachtung des/der Pflegebedürftigen und auch keine sonstige Information erfolgt, eine derartige Änderung (wie Wohnortwechsel, Aufnahme einer Tätigkeit mit über 30 Wochenstunden, Pflegeleistungen unter 14

Stunden) nur durch Überprüfung bei den Pflegepersonen (z.B. mit Hilfe des Fragebogens) ermittelt werden.

Daher sollten alle Pflegekassen eine derartige regelmäßige Überprüfung der Rentenversicherungspflicht aller Pflegepersonen etwa alle zwei Jahre vornehmen. Die überwiegende Anzahl der Pflegekassen hat dem Bundesversicherungsamt eine solche Verfahrensweise auch bestätigt und einen Weg gefunden, diese Überprüfung ressourcenschonend mit Hilfe von entsprechend angepasster Software durchzuführen. Das Bundesversicherungsamt wird eine entsprechende einheitliche Verfahrensweise bei den bundesunmittelbaren Pflegekassen weiterhin anregen. Dabei basiert der Zwei-Jahres-Rhythmus auf Erfahrungen, wonach sich innerhalb dieses Zeitraums oft Änderungen bei den Pflegepersonen und/oder den Pflegebedürftigen ergeben, die so wesentlich sind, dass sie Auswirkungen auf die Rentenversicherungspflicht haben.

## LEISTUNGSGEWÄHRUNG DER PFLEGEKASSEN

Das Bundesversicherungsamt hat die Aufsichtsprüfungen zu folgenden Themen bei den Pflegekassen fortgesetzt:

- Pflegesachleistung, § 36 SGB XI
- Pflegegeld, § 37 SGB XI
- Kombinationsleistung, § 38 SGB XI
- Zuschuss zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, § 40 Abs. 3 SGB XI
- Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, § 45b SGB XI

Der Gesetzgeber hat in § 18 Abs. 3b SGB XI festgelegt, dass die Pflegekasse von Amts wegen eine „Strafzahlung“ an den Versicherten zu leisten hat, wenn sie den schriftlichen Bescheid über den Antrag auf Feststellung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nicht innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist erteilt. Ist nach diesem schriftlichen Bescheid Pflegebedürftigkeit gegeben, stehen dem Versicherten die entsprechenden ambulanten oder stationären Leistungen seiner Pflegestufe zu. Grundsätzlich wurden die maßgebenden Fristen eingehalten, es ist weitestgehend eine rechtskonforme und damit der Gesetzes-

intention entsprechend zeitnahe Bearbeitung erfolgt. Durch die Einführung des Ersten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) wurden u.a. die Leistungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige erweitert. Beispielsweise wurde der Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen von 2.557,- Euro auf 4.000,- Euro angehoben. Die leistungsrechtlichen Änderungen wurden nach Erkenntnissen des Bundesversicherungsamtes zum 1. Januar 2015 korrekt umgesetzt.

Des Weiteren haben nach dieser Gesetzesänderung gemäß § 45b Abs. 1a SGB XI auch Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a SGB XI (Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer) erfüllen, Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen bis zu einem monatlichen Betrag in Höhe von 104,- Euro, bzw. 208,-Euro (erhöhter Betrag). Die Kosten für diese zweckgebundenen Leistungen werden auf Antrag erstattet, § 45b Abs. 2 SGB XI. Zu dieser Thematik haben sich zahlreiche grundsätzliche Fragestellungen ergeben. Zur Klärung und einheitlichen Handhabung hat das Bundesversicherungsamt zwischenzeitlich ein Rundschreiben auf seiner Homepage veröffentlicht.

Die Prüfungen werden im Jahr 2016 fortgesetzt.

## 2.2 Der Prüfdienst Pflegeversicherung

### EINGLIEDERUNGSHILFE UND AMBULANTE PFLEGELEISTUNGEN

Pflegekassen bewilligten Leistungen der Verhinderungspflege und zusätzliche Betreuungsleistungen nach §§ 39 und 45b SGB XI für Pflegebedürftige, die sog. Ferienfreizeiten in Einrichtungen ohne zugelassenen Vertrag verbrachten und prüften dabei nicht, ob tatsächlich eine Pflegeperson an der Pflege gehindert oder die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b SGB XI gegeben waren bzw. ob lediglich die Voraussetzungen für die Gewährung der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII vorlagen.

Der PDK wies darauf hin, dass sogenannte Ferienfreizeiten, die konkret auf die Bedürfnisse behinderter Kinder ausgerichtet sind und daher auch immer mit Pflegeaufwendungen verbunden sind, von der Leistung der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII i. V. m. § 55 SGB VII umfasst werden. Sofern einzig die Ferienmaßnahme und damit die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Vordergrund steht, begründet das keinen Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung. Erst wenn parallel auch die Tatbestandsvoraussetzungen nach den § 39 und/oder § 45b SGB XI erfüllt sind, kommt eine Kostenübernahme für die Pflegeaufwendungen durch die Pflegekasse in Frage.

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN ZUGUNSTEN DER PFLEGEKASSE

Mehrere Pflegekassen informierten Antragsteller, die eine Pflegeleistung beantragt hatten, per Textbaustein darüber, dass sie mit der Unterschrift einwilligen, der Pflegekasse bzw. dem MDK vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung zu stellen und diese auch Auskünfte bei Ärzten und Pflegepersonen auf der Grundlage des § 18 Abs. 4 SGB XI einholen können. Der PDK wies darauf hin, dass der mit der Einverständniserklärung verbundene Hinweis zur Einsichtnahme der Pflegekasse in ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen nicht in Einklang mit § 18 Abs. 4 SGB XI steht und die Pflegekasse nicht zu den Berechtigten zählt. Nach § 18 Abs. 4 SGB XI soll nur der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter, soweit der Versicherte einwilligt, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfsbedürftigkeit einholen. Die Pflegekassen sagten eine Änderung der Schreiben zu.

## ANHÖRUNG VOR VERWALTUNGSAKTEN, DIE IN DIE RECHTE BETEILIGTER EINGREIFEN

Einige Pflegekassen verzichteten vor Erlass von Bescheiden, die in die Rechte eines Beteiligten eingreifen, grundsätzlich auf eine Anhörung. Als Begrün-

dung für dieses Vorgehen führten die Pflegekassen aus, die Anhörung könne spätestens im sozialgerichtlichen Verfahren nachgeholt werden und dieses Vorgehen würde den Verwaltungsablauf erleichtern. Diese Argumentation ließ der PDK nicht gelten. Nach § 24 Abs. 1 SGB X ist, bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, dem Beteiligten Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern. Ausnahmen von der Anhörungspflicht sind abschließend in § 24 Abs. 2 SGB X festgelegt. Die Erleichterung des Verwaltungsablaufes stellt keinen Ausnahmetatbestand dar.

Nach § 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X ist eine Verletzung der Anhörungspflicht zwar unbeachtlich, wenn die Anhörung nachgeholt wird. Die Nachholung bleibt bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozial- oder verwaltungsgerichtlichen Verfahrens möglich (§ 41 Abs. 2 SGB X), jedoch wird hiermit nur eine Heilungsmöglichkeit eröffnet. Die Anhörungspflicht an sich wird nicht aufgegeben. Kraft Gesetzes muss eine Anhörung durchgeführt werden. Die Pflegekassen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts an das Gesetz gebunden. Außerdem ist eine Anhörung im sozialgerichtlichen Verfahren an die gleichen Kriterien wie im Verwaltungsverfahren gebunden. Deshalb kann auch das Argument der Erleichterung des Verwaltungsablaufes nicht überzeugen. Im Zweifel generiert die Pflegekasse mit dem absichtlichen Unterlassen der Anhörung sogar vermehrt Widerspruchs- und Klageverfahren, was einer Verwaltungsvereinfachung entgegensteht. Ein Beteiligter, der sich vorab mit den den Bescheid stützenden Tatsachen befassen konnte, wird einen Bescheid eher nachvollziehen und gegebenenfalls widerspruchslos hinnehmen können. Die betroffenen Pflegekassen wurden dahingehend beraten, künftig vor Erlass eines Verwaltungsaktes, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, den Beteiligten nach § 24 SGB X anzuhören.



## 3. Rentenversicherung

### 3.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

#### BEFREIUNG SOG. SYNDIKUSANWÄLTE VON DER RENTENVERSICHERUNGSPFLICHT

Die Problematik der Befreiung von Syndikusanwälten von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bildete auch im Berichtsjahr 2015 einen Schwerpunkt der beim Bundesversicherungsamt eingegangenen Eingaben. Gegenstand der Eingaben waren sowohl im Einzelfall als auch grundsätzlich zu klärende Fragen, die sich insbesondere im Zusammenhang mit der Verfahrensweise der Deutschen Rentenversicherung Bund in Anwendung der von ihr im Dezember 2014 veröffentlichten „Information zur Umsetzung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 3.04.2014 zum Befreiungsrecht von Syndikusanwälten und dem einzuräumenden Vertrauensschutz“ stellten.

In allen vom Bundesversicherungsamt geprüften Fällen waren die von den Beschwerdeführern monierten Entscheidungen der Deutschen Rentenversicherung

Bund aufsichtsrechtlich nicht zu beanstanden. Das Bundesversicherungsamt konnte den Beschwerdeführern daher lediglich die Rechtslage und Verfahrensweise der Deutschen Rentenversicherung Bund näher erläutern und im Übrigen auf den sich seinerzeit noch im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Rechts der Syndikusanwälte verweisen.

Inzwischen ist das Gesetz zur Neuordnung des Rechts der Syndikusanwälte und zur Änderung der Finanzgerichtsordnung vom 21. Dezember 2015 am 30. Dezember 2015 im Bundesgesetzblatt bekannt gegeben worden. Das Gesetz trat am 1. Januar 2016 in Kraft.

Kern des Gesetzes ist die Schaffung des Syndikusrechtsanwalts. Volljuristen, die anwaltlich bei einem nichtanwaltlichen Arbeitgeber arbeiten, können die Zulassung als Syndikusrechtsanwalt beantragen. Mit der Zulassung zum Syndikusanwalt besteht, bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen, nunmehr wieder die Möglichkeit, sich gegebenenfalls auch rückwirkend von der Rentenversicherungspflicht befreien zu lassen.

## EINGABEN ZUR MÜTTERRENTE

Das Bundesversicherungsamt erhielt auch im Jahr 2015 eine Reihe von Eingaben, die eine Ablehnung der erweiterten Anrechnung von Kindererziehungszeiten für vor dem 1. Januar 1992 geborene Kinder zum Gegenstand hatten.

Das zum 1. Juli 2014 in Kraft getretene Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) vom 23. Juni 2014 regelt unter anderem, dass Kindererziehungszeiten für vor 1992 geborene Kinder bei einem Rentenbeginn ab dem 1. Juli 2014 nach den §§ 56 und 249 SGB VI um zwölf Kalendermonate verlängert werden. Bei Versicherten, die bereits am 30. Juni 2014 einen Anspruch auf Rente hatten, kann ein Zuschlag an persönlichen Entgeltpunkten für Kindererziehung nach § 307d SGB VI berücksichtigt werden, wenn für den 12. Kalendermonat nach Ablauf des Monats der Geburt eines vor dem 1. Januar 1992 geborenen Kindes bereits eine Kindererziehungszeit angerechnet wurde.

### Adoption eines Kindes

Eine Eingabe betraf Adoptiveltern, die das Kind jedoch erst nach dem 12. Kalendermonat nach Ablauf des Monats der Geburt in den Haushalt aufgenommen und das Kind adoptiert hatten. Daher hatte der Rentenversicherungsträger die Anerkennung eines Zuschlages an persönlichen Entgeltpunkten für Kindererziehung nach § 307d SGB VI abgelehnt. Aus den vorliegenden Unterlagen war unter einer Gesamtschau der damaligen Verhältnisse jedoch erkennbar, dass die Aufnahme in den Haushalt mit der Absicht einer Adoption bereits im 12. Lebensmonat des Kindes wahrscheinlich war und eine Adoptionspflege bzw. mindestens ein Pflegekindschaftsverhältnis vorgelegen hatte. Auf dieser Grundlage konnte der Rentenversicherungsträger veranlasst werden, bereits für den 12. Kalendermonat nach Ablauf des Monats der Geburt eine Kindererziehungszeit anzuerkennen. Infolgedessen konnte dann auch ein Zuschlag an persönlichen Entgeltpunkten für Kindererziehung nach § 307d SGB VI anerkannt werden.

## Auswirkungen auf Mindestentgeltpunkte

In einer anderen Eingabe wurde beanstandet, dass sich durch die zusätzliche Anerkennung von Kindererziehungszeiten nach den §§ 56 und 249 SGB VI die früher errechneten Rentenanwartschaften verringert haben. Die Feststellungen des Bundesversicherungsamtes ergaben, dass der Rentenanwartschaftsberechnung im vorliegenden Fall ursprünglich Mindestentgeltpunkte bei geringem Arbeitsentgelt gemäß § 262 SGB VI zugrunde lagen, wodurch sich zusätzliche Entgeltpunkte ergeben hatten. Die Regelung des § 262 SGB VI hat zum Ziel, einen sozialen Ausgleich zu schaffen, indem der Wert der Pflichtbeiträge vor 1992 angehoben wird, wenn der Durchschnitt aller vollwertigen Pflichtbeiträge trotz eines langen Arbeitslebens infolge relativ geringer Verdienste niedriger ist als 75 % des Durchschnittsverdienstes aller Versicherten.

Da sich vorliegend nach Inkrafttreten des RV-Leistungsverbesserungsgesetzes zum 1. Juli 2014 nunmehr aufgrund der zusätzlichen Kindererziehungszeiten der Durchschnittswert an Entgeltpunkten für vollwertige Pflichtbeiträge erhöhte, ergaben sich keine Mindestentgeltpunkte mehr, sodass sich die Rentenanwartschaften im Ergebnis verringert haben. Da der Verzicht auf einzelne Berechnungselemente der Rente nicht zulässig ist und der Gesetzgeber für die vorliegende Fallgestaltung keine Sonderregelung getroffen hat, war ein aufsichtsrechtliches Tätigwerden zugunsten der Beschwerdeführerin nicht möglich.

### Zuordnung von Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten

Ein Ehepaar beanstandete, dass nach der Rechtsänderung durch das RV-Leistungsverbesserungsgesetz weder für die Ehefrau, noch für den Ehemann zwölf zusätzliche Kalendermonate mit Kindererziehungszeiten für den gemeinsamen Sohn im Versicherungskonto berücksichtigt wurden.

Aufgrund einer im Jahre 1991 abgegebenen übereinstimmenden Erklärung bei gemeinsamer Erziehung für den im Dezember 1971 geborenen Sohn ordnete die Deutsche Rentenversicherung Bund die

Kindererziehungszeit im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 1972 dem Vater zu und führte in seinem Versicherungskonto eine entsprechende Vormerkung dieser Pflichtbeitragszeit durch. Im Jahr 2013 gaben die Eheleute eine weitere Erklärung ab, wonach der Sohn in der Zeit vom 1. Januar 1973 bis 31. Dezember 1981 überwiegend durch die Ehefrau erzogen wurde. Dieser Zeitraum wurde dementsprechend als Berücksichtigungszeit wegen Kindererziehung der Ehefrau zugeordnet.

Der Ehemann bezieht seit 1. Mai 2015 eine Altersrente, bei deren Berechnung die Pflichtbeitragszeit wegen Kindererziehung für den Sohn im zeitlichen Umfang von zwölf Kalendermonaten für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1972 nach Maßgabe der §§ 56 und 249 SGB VI berücksichtigt wurde. Die Kindererziehungszeit für den 13. bis 24. Kalendermonat konnte ihm dagegen nicht angerechnet werden, weil der Sohn gemäß der Erklärung aus dem Jahr 2013 vom 1. Januar 1973 bis 31. Dezember 1981 überwiegend durch die Ehefrau erzogen wurde.

Die Ehefrau bezieht seit 1. Mai 2014 also vor Inkrafttreten der Gesetzesreform eine Versichertenrente mit der Folge, dass bei ihr nicht die §§ 56 und 249 SGB VI anzuwenden sind, sondern § 307d SGB VI. Nach dieser Vorschrift wird ein Zuschlag an persönlichen Entgeltpunkten für Kindererziehung berücksichtigt, wenn am 30. Juni 2014 Anspruch auf eine Rente bestand und in der Rente eine Kindererziehungszeit für den 12. Kalendermonat nach Ablauf des Monats der Geburt eines vor dem 1. Januar 1992 geborenen Kindes angerechnet wurde. Da der zwölfte Kalendermonat aber bei der Rente des Ehemannes berücksichtigt wurde, bestand für die Ehefrau kein Anspruch auf den Zuschlag nach § 307d SGB VI.

Angesichts des eindeutigen Gesetzeswortlautes konnte das Bundesversicherungsamt die getroffenen Entscheidungen nicht beanstanden.

### **Kindererziehung im Ausland**

Viele Mütter, die ihre Kinder im Ausland erzogen haben, wandten sich an das Bundesversicherungsamt. Sie konnten insbesondere nicht verstehen, dass ihnen

aufgrund der im Ausland erfolgten Kindererziehung kein Zuschlag an persönlichen Entgeltpunkten (sog. Mütterrente) bewilligt wurde.

Die Prüfung des Bundesversicherungsamtes ergab, dass in der ganz überwiegenden Zahl der Eingaben die besonderen gesetzlichen Voraussetzungen für die Berücksichtigung einer im Ausland erfolgten Zeit der Kindererziehung nicht erfüllt waren und daher die Kindererziehungszeit sowie die Mütterrente vom Rentenversicherungsträger zu Recht abgelehnt wurden. Zeiten der Kindererziehung werden regelmäßig in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung als Pflichtbeiträge nur anerkannt und entschädigt, wenn die Erziehung in Deutschland stattfindet. Denn die Erziehungszeiten sollen dafür entschädigen, dass der Erziehende sich der Erziehung seines Kindes gewidmet hat und keiner versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit in Deutschland nachgegangen ist. Nur unter bestimmten Voraussetzungen bezieht das Gesetz eine Erziehung im Ausland ein und stellt diese der in Deutschland erfolgten gleich. Hierfür ist erforderlich, dass die erziehende Person oder der sie begleitende Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner auch während der Auslandserziehung eine enge Beziehung zur deutschen Arbeits- und Erwerbswelt hat. Diese enge Beziehung liegt vor, wenn unmittelbar vor der Geburt oder während der Erziehung Beiträge zur deutschen Rentenversicherung wegen einer Beschäftigung im Ausland (z.B. bei einer Entsendung ins Ausland durch einen deutschen Arbeitgeber) gezahlt wurden. Gleiches gilt, wenn vom Ehegatten oder Lebenspartner für die Auslandsbeschäftigung nur deshalb keine deutschen Pflichtbeiträge gezahlt wurden, weil er versicherungsfrei (z.B. als Beamter) oder von der deutschen Versicherungspflicht befreit war. Bei einer Erziehung in einem anderen Staat der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes oder der Schweiz sieht das Europarecht (Verordnungen [EG] Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009) weitere Möglichkeiten zur Anrechnung von Erziehungszeiten vor. Hiernach wird die Erziehungszeit im anderen EU-Staat dann angerechnet, wenn die erziehende Person unmittelbar vor dem Beginn oder während der Erziehung eine Erwerbstätigkeit in Deutschland ausgeübt hat und folglich das deutsche Sozialversicherungs-

recht galt. Wird im anderen EU-Staat allerdings eine Beschäftigung oder Tätigkeit aufgenommen, enden zu diesem Zeitpunkt auch die deutschen Kindererziehungszeiten. Darüber hinaus wird bei Eintritt des Leistungsfalles die Erziehung in einem anderen EU-Staat ebenfalls in der deutschen Rentenversicherung angerechnet, wenn vor und nach der Erziehung des Kindes Pflichtbeiträge zur deutschen Rentenversicherung vorliegen und ausschließlich in Deutschland Versicherungszeiten erworben wurden. Diese Anrechnungsmöglichkeit ist Folge des Urteils des Europäischen Gerichtshofs vom 19. Juli 2012 (Rechtssache C522/10, Reichel-Albert).

Das Bundesversicherungsamt konnte in den Fällen weiterhelfen, in denen sich nachträglich herausstellte, dass die Voraussetzungen für die Anrechnung der Kindererziehung im Ausland und damit auch für die Mütterrente erfüllt waren. So, wenn der Ehegatte des Erziehenden während der Erziehung für seinen deutschen Arbeitgeber seine Auslandsbeschäftigung ausgeübt hat und daher dafür deutsche Pflichtbeiträge entrichtet hat. Ebenso, wenn die erziehende Person vor und nach der Erziehung in einem anderen EU-Staat ausschließlich in Deutschland Pflichtbeiträge und nur in Deutschland anrechenbare Versicherungszeiten hat. Für die betroffenen Erziehungspersonen konnte das Bundesversicherungsamt dann auch erreichen, dass höhere monatliche Renten und Nachzahlungen für die letzten vier vergangenen Kalenderjahre geleistet wurden.

### **Besteuerung der Mütterrente**

Mit dem zum 1. Juli 2014 in Kraft getretenen Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung vom 23. Juni 2014 wurde u.a. eine verbesserte rentenrechtliche Bewertung der Erziehung von vor dem 1. Januar 1992 geborenen Kindern umgesetzt. Zu am 30. Juni 2014 bereits bezogenen Renten wurde ab dem Monat Juli 2014 ein Zuschlag von einem Entgeltpunkt für jedes vor dem 1. Januar 1992 geborene Kind gewährt und die Rente unter Berücksichtigung dieses Entgeltpunktezuschlages neu berechnet. Fraglich war, inwieweit die sich aus dem Entgeltpunktezuschlag ergebende Rentenerhöhung steuerpflichtig ist.

Der Besteuerung unterliegt nur der den sog. Rentenfreibetrag überschreitende Rentenbetrag. Der Rentenfreibetrag wird in Abhängigkeit vom Jahr des Rentenbeginns ermittelt und in Euro dauerhaft festgeschrieben. Er gilt grundsätzlich für die gesamte Laufzeit des Rentenbezugs. Ändert sich der Jahresbetrag der Rente und handelt es sich hierbei um eine regelmäßige Anpassung (wie bspw. die jährliche Rentenerhöhung), bleibt der Rentenfreibetrag unverändert. Änderungen des Jahresbetrages der Rente, die nicht auf einer regelmäßigen Anpassung beruhen, führen hingegen zur Neuberechnung des Rentenfreibetrages.

Bei der Erhöhung der Rente um den Zuschlag aus der sog. Mütterrente handelt es sich um eine nicht regelmäßige Anpassung der Rente, so dass der Rentenfreibetrag neu zu bestimmen war.

Unterschiedliche Auffassungen bestanden zu der Frage, inwieweit die aus der sog. Mütterrente resultierende Rentenerhöhung im Monat Juli 2014 regelmäßige Rentenanpassungsbeträge enthielt, die als solche vollumfänglich der Rentenbesteuerung unterlagen.

Die Rentenversicherungsträger ermittelten die in dem Zuschlag aus der sog. Mütterrente enthaltenen regelmäßigen Rentenanpassungsbeträge unter Rückbeziehung auf den ursprünglichen Rentenbeginn. Sie fingierten also, dass die sog. Mütterrente bereits von Anfang an gezahlt worden ist.

Dies führte einerseits dazu, dass sich der neu ermittelte Rentenfreibetrag nach dem ursprünglichen Jahr des Rentenbeginns richtete. Diese, für den Steuerpflichtigen günstige, Verfahrensweise führte andererseits aber auch dazu, dass sich der neu ermittelte Rentenfreibetrag nicht auf die im Jahr 2014 ausgezahlte sog. Mütterrente bezog, sondern auf die im Jahr des Rentenbeginns bzw. im Folgejahr (fiktiv) zustehende sog. Mütterrente. Da bei dieser Betrachtungsweise auch im Zuschlag aus der sog. Mütterrente – wie in der bisherigen Rente – Beträge aus regelmäßigen Rentenanpassungen enthalten sind, wurde die sog. Mütterrente höher besteuert, als von vielen Rentnern zunächst angenommen.

Zwei Beschwerdeführer stellten diese Verfahrensweise der Rentenversicherungsträger in Frage. Nach Auffassung der Beschwerdeführer hätte eine Rückbeziehung auf den ursprünglichen Rentenbeginn nicht erfolgen dürfen. Da die sog. Mütterrente tatsächlich nicht rückwirkend (für Zeiträume vor dem 1. Juli 2014) gewährt wurde, müsse der steuerfreie Anteil bezogen auf die im Jahr 2014 ausgezahlte sog. Mütterrente (allerdings unter Berücksichtigung des im Jahr des Rentenbeginns geltenden prozentualen Besteuerungsanteils) ermittelt werden. Demgemäß enthalte die aus der sog. Mütterrente resultierende Rentenerhöhung keine regelmäßigen Rentenanpassungsbeträge.

Auch wenn es sich hierbei um Fragen des Steuerrechts handelt und die verbindliche Auslegung der steuerrechtlichen Vorschriften sowie auch die gegenüber den Rentnern rechtsverbindliche Festsetzung der Höhe der zu versteuernden Rente (und damit letztlich auch der Höhe des steuerfreien Teils der Rente und des Rentenanpassungsbetrages) in den Zuständigkeitsbereich der Finanzverwaltung fällt, bat das Bundesversicherungsamt den von den Eingaben betroffenen Rentenversicherungsträger um Stellungnahme.

Nach Auswertung der Stellungnahme des Rentenversicherungsträgers gelangte das Bundesversicherungsamt zu der Einschätzung, dass die Verfahrensweise des Rentenversicherungsträgers sowohl mit den maßgeblichen Regelungen des Einkommensteuergesetzes als auch mit den hierzu veröffentlichten Auslegungsvorschriften der Finanzverwaltung im Einklang stand. In diesem Sinne antwortete das Bundesversicherungsamt den Beschwerdeführern. Inzwischen hat das Bundesministerium der Finanzen eine klarstellende Information zur Besteuerung der sog. Mütterrente veröffentlicht, die die Verfahrensweise der Rentenversicherungsträger bestätigt.

### RÜCKWIRKENDER VERZICHT AUF EINE KÜRZUNG DES ZUSCHUSSES ZUR KRANKENVERSICHERUNG

Eine Petentin, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt war, hatte den Zuschuss zur Krankenversicherung nach § 106 SGB VI von dem Rentenversicherungsträger begrenzen lassen, weil

ein darüber hinausgehender Betrag beihilfeschädlich gewesen wäre. Ab 26. Juli 2014 haben sich die beihilferechtlichen Voraussetzungen dahingehend geändert, dass eine Begrenzung des Zuschusses zur Krankenversicherung nicht mehr nötig ist. Im Juni 2015 ist die Petentin an den Rentenversicherungsträger herangetreten und beehrte die rückwirkende Auszahlung des vollen Zuschusses zur Krankenversicherung. Da ein Verzicht gemäß § 46 Abs. 1 Satz 1 SGB I jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann, hatte der Träger den Zuschuss zur Krankenversicherung erst ab dem Folgemonat des Widerrufs in voller Höhe gewährt. Nach Feststellung des Bundesversicherungsamtes hatte der Rentenversicherungsträger die Versicherte jedoch nicht darüber informiert, dass es sich bei der Begrenzung um einen Verzicht handelt, der nur mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann, und hatte auch keinen entsprechenden förmlichen Bescheid erlassen. Der Zuschuss zur Krankenversicherung war daher im Rahmen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches rückwirkend zum 1. August 2014 in voller Höhe zu gewähren.

### ZUSÄTZLICHE BELOHNUNG FÜR BESCHÄFTIGTE IM BERGBAU DER EHEMALIGEN DDR

In der ehemaligen DDR erhielten die Werktätigen unter bestimmten Voraussetzungen verschiedene zusätzliche Prämien als Bestandteil ihres Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts, die im Rahmen der Feststellung von Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatzversorgungssystem nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) zu berücksichtigen sind und zu einer Erhöhung der Rente führen können. Der tatsächliche Bezug solcher Prämien kann von den Betroffenen jedoch oftmals nicht nachgewiesen werden, weil hierüber in vielen Fällen keine Unterlagen mehr vorliegen. Daher stellt sich in diesen Fällen die Frage, unter welchen Voraussetzungen eine Glaubhaftmachung möglich ist.

Im Gegensatz zur Jahresendprämie, bei der es sich um eine sog. Erfüllungsprämie handelte, deren Gewährung an die Erfüllung vorher festgelegter Leistungskriterien gebunden war und deren Höhe jährlich auf Betriebsebene bestimmt wurde, bestand

auf die zusätzliche Belohnung für Beschäftigte im Bergbau bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen ein Rechtsanspruch in einer durch Verordnung festgelegten Höhe. Daher kommt hier bei Scheitern eines Nachweises in bestimmten Fällen grundsätzlich eine Glaubhaftmachung durch eine nachträgliche Berechnung der zusätzlichen Belohnung in Betracht. Bei der aufsichtsrechtlichen Prüfung von Einzelfällen stellte das Bundesversicherungsamt fest, dass der Träger an die Glaubhaftmachung der zusätzlichen Belohnung im Wege der nachträglichen Berechnung aus aufsichtsrechtlicher Sicht zu hohe Anforderungen stellte. Inzwischen verfährt der Träger entsprechend der Auffassung des Bundesversicherungsamtes.

### BERUFSWÜNSCHE BEI BERUFLICHER REHABILITATION NICHT IMMER ERFÜLLBAR

In zahlreichen Eingaben und Petitionen beanstanden Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung gefährdet oder gemindert ist, dass die Rentenversicherungsträger im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Umschulung in den jeweiligen Wunschberuf des Betroffenen ablehnen. Zwar ist bei der Auswahl der Leistungen berechtigten Wünschen der Versicherten zu entsprechen, letztlich kommt es jedoch neben Eignung, Neigung, bisheriger Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt häufig auch entscheidend darauf an, ob die begehrte Maßnahme geeignet ist, den Betroffenen vor dem Hintergrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen auf Dauer wieder einzugliedern. Die Rentenversicherungsträger achten daher insbesondere darauf, dass die zu erbringenden beruflichen Rehabilitationsleistungen geeignet sind, die Teilhabe des Versicherten am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Für das Bundesversicherungsamt ist im Rahmen seiner aufsichtsrechtlichen Prüfung wichtig, dass die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers im Einzelfall auf der Grundlage von schlüssigen und nachvollziehbaren sozialmedizinischen und berufskundlichen Leistungsbeurteilungen getroffen wurde. Eine aufsichtsrechtliche Beurteilung der sozialmedizinischen Wertungsfragen kann jedoch im Ergebnis nur auf Plausibilität und Widerspruchsfreiheit hin erfol-

gen. In Zweifelsfällen kommt es aus Sicht des Bundesversicherungsamtes darauf an, dass bestehende Unstimmigkeiten in einem dem Einzelfall angemessenen Umfang, ggf. gutachterlich, benannt und geklärt werden. Weiterhin ist es gerade in solchen Fällen, in denen den Wünschen der Versicherten nicht entsprochen werden kann, aus aufsichtsrechtlicher Sicht entscheidend, dass dem Betroffenen jeweils zeitnah Alternativen aufgezeigt und so mit ihm gemeinsam die aussichtsreichsten Leistungen gefunden werden.

### WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG BEI ANTRÄGEN AUF KRAFTFAHRZEUGHILFE

Aufgrund einer Eingabe hat das Bundesversicherungsamt gegenüber einem Beschwerdeführer klargestellt, dass die Rentenversicherungsträger bei der Prüfung von Anträgen auf Leistungen nach der Kraftfahrzeughilfverordnung (KfzHV) in Ausnahmefällen zu Recht prüfen, ob die Übernahme von Beförderungskosten anstelle von Zuschüssen zur Anschaffung eines Kraftfahrzeugs wirtschaftlicher ist. Das Vorliegen von derartigen Ausnahmefällen sehen die Rentenversicherungsträger insbesondere in beschäftigungsbedingten Fallgestaltungen, also in Fällen von Versicherten mit befristeten oder Zeitarbeitsverhältnissen oder solchen, die in absehbarer Zeit Altersrentenbezieher werden können sowie Teilzeitbeschäftigten mit einer auf weniger als fünf Wochentagen verteilten Arbeitszeit. Damit kann ein Zuschuss für die Beförderung durch Beförderungsdienste durch die Rentenversicherungsträger nicht nur geleistet werden, wenn ein Versicherter ein Kraftfahrzeug nicht selbst führen kann, sondern auch wenn dies anstelle eines Zuschusses zur Anschaffung eines Kraftfahrzeugs inklusive ggf. notwendiger behinderungsbedingter Zusatzausstattung wirtschaftlicher und für den Betroffenen zumutbar ist. Diese Verfahrensweise steht insbesondere in Einklang mit dem ohnehin von den Rentenversicherungsträgern zu beachtenden Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit.

## GRUNDSATZ- UND QUERSCHNITTAUFGABEN

Neben ihren Aufgaben als Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nimmt die Deutsche Rentenversicherung Bund nach § 138 SGB VI Grundsatz- und Querschnittsaufgaben für die gesamte Rentenversicherung wahr. Das Bundesversicherungsamt befasst sich im Rahmen der ihm im Jahre 2005 vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung übertragenen Aufsicht schwerpunktmäßig mit den für alle Rentenversicherungsträger verbindlich getroffenen Entscheidungen und den Beschlüssen der Fachausschüsse.

Im Jahr 2015 hat die Deutsche Rentenversicherung Bund lediglich sechs verbindliche Entscheidungen getroffen, die alle zur Klärung von grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung ergingen. Die Prüfung des Bundesversicherungsamtes hat ergeben, dass hinsichtlich der verbindlichen Entscheidungen keine rechtlichen Bedenken bestehen. Die Erörterungen zu einer verbindlichen Entscheidung aus dem Jahr 2014, die im zwischenstaatlichen Bereich getroffen worden war, konnten inzwischen ebenfalls abgeschlossen werden.

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt vor allem die Niederschriften der Sitzungen des Fachausschusses für Versicherung und Rente und seiner Arbeitsgruppe intensiv betrachtet. Ein Anlass, in Erörterungen mit der Deutschen Rentenversicherung Bund einzutreten, hat sich hieraus nicht ergeben.

## KÜNSTLERSOZIALVERSICHERUNG

Mit dem Inkrafttreten des Künstlersozialversicherungsgesetzes im Jahr 1983 wurden selbstständige Künstler und Publizisten in die gesetzliche Sozialversicherung integriert. Thematisch geht es in den an das Bundesversicherungsamt gerichteten Eingaben und den von der Künstlersozialkasse vorgelegten Widerspruchsfällen meist um die Feststellung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz. Unternehmen wehren sich häufig dagegen, dass sie

von der Künstlersozialkasse als sog. Kunstverwerter erfasst und damit verpflichtet werden, Künstlersozialabgabe zu zahlen.

Mit der Genehmigung von Ausgleichsvereinigungen nach § 32 KSVG stimmt das Bundesversicherungsamt Verträgen der Künstlersozialkasse mit abgabepflichtigen Unternehmen zu, in denen die Ermittlung der Entgelte auf der Grundlage einer vom Gesetz abweichenden Bemessungsgrundlage vereinbart wird. Der Schwerpunkt der Tätigkeit lag 2015 in der Zustimmung zu Folgevereinbarungen zu Verträgen von bereits bestehenden Ausgleichsvereinigungen. So hat das Bundesversicherungsamt allein dreizehn Folgevereinbarungen geprüft. Dabei hat es insbesondere darauf geachtet, dass über die Ausgleichsvereinigungen die gesetzlich vorgesehene Künstlersozialabgabe abgeführt wird, die mit der Künstlersozialkasse abgestimmten Anforderungen eingehalten und der vereinbarte Mustervertrag verwandt wurde. Zudem hat das Bundesversicherungsamt geprüft, ob die gesetzlichen Änderungen, die durch das Künstlersozialabgabestabilisierungsgesetz vom 30. Juni 2014 zum 1. Januar 2015 eingeführt wurden, in den einzelnen Verträgen berücksichtigt werden.

### 3.2 Satzung

## SATZUNG DER SEEMANNSKASSE

Das Bundesversicherungsamt hat sich intensiv mit von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vorgelegten Änderungen der Satzung der Seemannskasse befasst.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hat zum einen eine Satzungsregelung zur Vorprüfung vorgelegt, durch die eine neue Leistung eingeführt werden soll, und zwar ein besonderes Überbrückungsgeld vor Erreichen der Regelaltersgrenze für Versicherte, die eine vorzeitige ungeminderte Altersrente beziehen. Zum anderen bat die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, um die Genehmigung von Besitzstandsregelungen für beste-

hende Versicherungsverhältnisse von Seeleuten bei öffentlichen Arbeitgebern und für zukünftig von diesen beschäftigte Seeleute. Denn seit dem 22. April 2015 ist aufgrund der Änderungen durch das Fünfte Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 15. April 2015 für deren Versicherungspflicht nach § 137b Abs. 2b SGB VI ein Antrag des öffentlichen Arbeitgebers erforderlich. Das Bundesversicherungsamt hat die Satzungsentwürfe ausführlich mit der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erörtert. Obwohl die Gründe für die vorgeschlagenen Regelungen nachvollziehbar waren, konnte das Bundesversicherungsamt die entsprechenden Änderungen nicht genehmigen. Es fehlt an den erforderlichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlagen für diese Satzungsregelungen.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist daher an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales herantreten und hat entsprechende gesetzliche Grundlagen angeregt. Inzwischen liegt der Entwurf eines Sechsten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vor, der die vom Bundesversicherungsamt geforderten Ermächtigungsgrundlagen für die vorgeschlagenen Satzungsänderungen enthält. Sollten die vorgesehene Gesetzesregelungen unverändert in Kraft treten, wird das Bundesversicherungsamt die Satzungsänderungen genehmigen.

### 3.3 Prüfung

#### VERTRÄGE DER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER MIT REHABILITATIONSKLINIKEN

Bereits im Jahr 2014 hat das Bundesversicherungsamt im Rahmen einer Aufsichtsprüfung festgestellt, dass ein Großteil der Verträge der Rentenversicherungsträger mit Rehabilitationskliniken nicht den Anforderungen des § 21 SGB IX entsprach und dafür gesorgt, dass diese Verträge neu gestaltet wurden. Nähere Ausführungen können dem Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes aus dem Jahr 2014 entnommen werden. Die Rentenversicherungsträger hatten zum

Ende des Jahres 2014, mit Ausnahme zweier noch laufender Vertragsverhandlungen, alle Verträge nach dem vom Fachausschuss für Rehabilitation beschlossenen Muster-Basisvertrag umgestellt, der den Kriterien des § 21 SGB IX entspricht.

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2015 dafür gesorgt, dass auch die noch bestehenden kleineren Mängel in den Verträgen der Deutschen Rentenversicherung Bund beseitigt wurden. Ursächlich für diese noch bestehenden kleineren Mängel war, dass die Verträge mit den Rehabilitationskliniken zu unterschiedlichen Zeitpunkten geschlossen wurden und dabei die jeweils zum Zeitpunkt der Vertragsschließung mit der Klinik geltende Fassung des Muster-Basisvertrages zugrunde gelegt wurde. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat aber im Rahmen ihrer Grundsatz- und Querschnittsfunktion gemäß § 138 SGB VI ihre in der Sitzung des Fachausschusses für Rehabilitation 3/2005 beschlossenen Kriterien für Verträge mit stationären und ambulanten Einrichtungen im Laufe der Jahre an die neuen gesetzlichen Bestimmungen angepasst und weiterentwickelt.

Durch das zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz ist der § 21 Abs. 1 SGB IX beispielsweise um eine Nummer 7 dahingehend ergänzt worden, dass die Verträge mit den Rehabilitationseinrichtungen auch das Angebot der Beratung durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung enthalten müssen. Auch ist im Jahr 2013 der Muster-Basisvertrag um eine Antikorruptionsklausel ergänzt worden. Daher waren alle Verträge mit Rehabilitationskliniken, die zwar schon auf der Grundlage eines dem § 21 SGB IX entsprechenden Muster-Basisvertrages abgeschlossen waren auch dahingehend zu prüfen, ob sie an die seit dem Jahr 2005 weiterentwickelten Kriterien angepasst werden müssen. Das Bundesversicherungsamt hat dafür gesorgt, dass durch die Ergänzung von Antikorruptionsklauseln in 187 Verträgen und die Ergänzung der Regelungen des § 21 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX in 67 Verträgen nunmehr auch alle Verträge der Deutschen Rentenversicherung Bund mit stationären und ambulanten Rehabilitationskliniken dem Muster-Basisvertrag in seiner derzeit aktuellen Fassung entsprechen.



## AUSLANDSRENTEN – LEISTUNGEN AN BERECHTIGTE IM AUSLAND

Das Bundesversicherungsamt hat das Thema „Auslandsrenten - Renten an Berechtigte im Ausland“ bei zwei Rentenversicherungsträgern geprüft. Die Prüfung erstreckte sich schwerpunktmäßig auf die Umsetzung der zum 1. Oktober 2013 in Kraft getretenen Neuregelung in Bezug auf Rentenzahlungen in das Ausland.

Danach ist eine Rentenzahlung ins Ausland in voller Höhe auch an die Berechtigten möglich, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind. Hierbei ist zu beachten, dass von der Neuregelung nicht nur die vom 1. Oktober 2013 an neu bewilligten Renten betroffen sind, sondern auch Bestandsrenten von Amts wegen umgewandelt werden mussten.

Um die Umsetzung der Gesetzesänderung zu prüfen, erfolgte in den Jahren 2014 und 2015 bei zwei Rentenversicherungsträgern eine Schwerpunktprüfung. Die Prüfungen konnten inzwischen abgeschlossen werden.

Das Bundesversicherungsamt hat bei einem Rentenversicherungsträger u.a. festgestellt, dass in einigen Fällen auf Grund einer Ende 2007 rückwirkend zum

5. Mai 2005 in Kraft getretenen Gesetzesänderung ein noch früherer Neufeststellungsbeginn der Renten möglich gewesen wäre. Dies betraf Hinterbliebene von deutschen Staatsangehörigen, die keinen Bezug zu anderen EU-Staaten hatten und daher nicht vom überstaatlichen Recht erfasst waren. Teils hatte der Rentenversicherungsträger in den Jahren 2005, 2006 und 2007 noch Rentenbescheide unter Berücksichtigung der 70 %-Absenkung erteilt.

Aufgrund der Ende 2007 rückwirkend in Kraft getretenen Rechtsänderung entfiel in diesen Fällen jedoch die Absenkung im Nachhinein, ohne dass die Bescheide geändert wurden.

Als Konsequenz stellte der Rentenversicherungsträger die vom Bundesversicherungsamt geprüften und beanstandeten Fälle neu fest. Darüber hinaus hat er jedoch auch die in Frage kommenden Fälle außerhalb der Prüfstichprobe mit einem Rentenbeginn ab 5. Mai 2005 in Eigenregie zeitnah überprüft und rückwirkend neu festgestellt.

Zudem kam es in Einzelfällen u.a. zu Feststellungen in Bezug auf das Sozialverwaltungsverfahren, das Rentenzahlverfahren, die fehlerhafte (Nicht-) Anerkennung rentenrechtlicher Zeiten und die fehlerhafte (Nicht-)Anwendung des über- und zwischenstaatlichen Rechts.

Bei dem anderen Rentenversicherungsträger ergaben sich infolge der Prüfung Nachzahlungen an die Rentnerinnen und Rentner von mehr als 41.000 Euro. Der monatliche Rentenzahlbetrag erhöhte sich in einem Einzelfall um gut 200 Euro; insgesamt beliefen sich die Erhöhungen der Renten auf Grund der durchzuführenden Neufeststellungen auf knapp über 800 Euro.

Die wesentlichen Fehlerschwerpunkte bezogen sich auf Einzelfälle, bei denen u.a. das über- und zwischenstaatliche Recht fehlerhaft nicht angewendet wurde, die Ermittlungen zur Staatsangehörigkeit nur unzureichend erfolgten, die Berücksichtigung von (Berufs-) Ausbildungszeiten fehlerhaft war bzw. fehlte, rentenrechtliche Zeiten nicht in vollem Umfang anerkannt wurden und die Verzinsung der Ansprüche auf Geldleistungen fehlte.

Durch die u.a. fehlerhafte (Nicht-)Anwendung des über- und zwischenstaatlichen Rechts kam es beispielsweise in einem Fall zu einer Nachzahlung für die Rentenbezieherin in Höhe von über 10.000 Euro (einschließlich Zinsen). Dieser Nachzahlungsbetrag ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2015 die Rente ab 1. Oktober 2013 nach den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und 987/2009 bzw. letztlich ab 1. Januar 2011 unter Berücksichtigung der in Tschechien zurückgelegten Versicherungszeiten sowie des Neufeststellungsrechts nach europäischem Koordinierungsrecht und der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes vom 18. Dezember 2007 in den verbundenen Rechtssachen C396/05 (Habelt), C419/05 (Möser) und C450/05 (Wachter) neu festzustellen war.

In einem weiteren Einzelfall erfolgte nunmehr unter Anwendung des Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Türkei über Soziale Sicherheit und somit der Personengleichstellung eine Rentenneufeststellung ab 1. Januar 2011, die zu einer Rentennachzahlung für eine Witwe in Höhe von etwas über 6.000 Euro (inklusive Zinsen) geführt hat.

Bei einem Prüffall führte der Rentenversicherungsträger weitere Ermittlungen hinsichtlich der tatsächlichen Staatsangehörigkeit der Rentnerin durch. Nach-

dem die deutsche Staatsangehörigkeit festgestellt werden konnte, stellte der Träger die große Witwenrente ab 1. Januar 2011 auch unter Berücksichtigung des Zuschlages an persönlichen Entgeltpunkten für Kindererziehung nach § 307d SGB VI ab 1. Juli 2015 neu fest. Die sich daraus ergebende Rentennachzahlung betrug über 5.000 Euro.

## KINDERZUSCHLAG BEI WITWEN- UND WITWERRENTEN

Das Bundesversicherungsamt hatte im Jahr 2010 die seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträger angewiesen, alle Fälle zu ermitteln, in denen der Kinderzuschlag bei Witwen- und Witwerrenten möglicherweise fehlerhaft nicht berücksichtigt wurde. Dieser Zuschlag soll einen Ausgleich für Witwen und Witwer schaffen, die Kinder erzogen haben und von der Absenkung des Versorgungssatzes von 60 % auf 55 % betroffen sind.

Im Jahr 2014 bat das Bundesversicherungsamt die Rentenversicherungsträger, erneut eine identische Überprüfung des Rentenbestandes durchzuführen, um zu überprüfen, ob die seinerzeit dringend angemahnten Maßnahmen zur Optimierung des Verfahrens für die Ermittlung des Kinderzuschlags umgesetzt wurden und vorrangig ob diese auch greifen.

Ein Rentenversicherungsträger hat aufgrund dieses erneuten Suchlaufs 1.505 Fälle im Jahr 2015 überprüft und im Ergebnis in rund 8 % der Fälle Neuberechnungen veranlasst. Die daraus resultierenden Nachzahlungen belaufen sich insgesamt auf mehr als 71.000 Euro.

Zur weiteren Verbesserung der Qualität im Verfahren der Prüfung und Ermittlung des Zuschlags nach § 78a SGB VI wurde das Thema von der Innenrevision dieses Rentenversicherungsträgers als Schwerpunktprüfung in die Jahresprüfplanung 2015 aufgenommen.

Bei einem anderen Rentenversicherungsträger ergab die Nachschau eine Fehlerquote von unter einem Prozent. In lediglich zwei der insgesamt 294 vom Bundesversicherungsamt überprüften Fälle wurden Nachzahlungen in Höhe von insgesamt 1.615,83 Euro aufgrund des nachträglich berücksichtigten Zuschlags errechnet.

Die Neuberechnungsquote hat sich damit gegenüber den vorangegangenen Prüfungen verringert. Die Rentenversicherungsträger haben verschiedene Maßnahmen zur Optimierung des Verfahrens für die Ermittlung des Kinderzuschlags umgesetzt (zum Beispiel Hinweistext für die Sachbearbeitung im Rentenkontospiegel und Verwendung von Prüfvordrucken). Weitere Verfahrensoptimierungen (Erweiterung der Plausibilitätsprüfung, Funktionserweiterungen im Hinblick auf die Antragserfassung und Optimierung des maschinellen Informationsaustausches) sollen nach Umsetzung eines einheitlichen Programmsystems zum Einsatz kommen.

### ERSTATTUNG ZU UNRECHT ENTRICHTETER BEITRÄGE, ZWISCHENERGEBNISSE

Das Bundesversicherungsamt hat seine Prüfungen zur Beanstandung und Erstattung von zu Unrecht gezahlten Beiträgen fortgesetzt. Geprüft hat es nunmehr auch den zweiten seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträger. Gegenstand dieser Prüfungen sind im Wesentlichen die im § 26 Abs. 2 und 3 SGB IV getroffenen Regelungen zur Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge. Die Prüfungen decken ein breites Themenspektrum ab. Erfasst sind insbesondere die Pflichtbeiträge von Beschäftigten und Selbstständigen sowie freiwillige Beiträge. Geprüft wurden bisher insgesamt 130 Einzelfälle. Dabei hat das Bundesversicherungsamt beispielsweise folgende Feststellungen getroffen:

Das Bundesversicherungsamt hat in einem Fall bemängelt, dass der Rentenversicherungsträger bei der Prüfung der Beanstandungsfähigkeit der Beiträge den Vertrauensschutz des Versicherten aufgrund des in der Vergangenheit erteilten Feststellungsbescheids nach § 149 Abs. 5 SGB VI übersehen hat. Der Träger hat der Prüfanmerkung zugestimmt und erklärt, dass bei korrekter Bearbeitung der Berechtigte zu befragen gewesen wäre, ob er auf an den Feststellungsbescheid geknüpften Vertrauensschutz verzichtet und somit die Möglichkeit der Beanstandung eröffnet.

In einem anderen Fall waren freiwillige Beiträge für zehn Monate nicht in die anschließende Berechnung der Erwerbsminderungsrente eingeflossen, obwohl sie

rechtzeitig gezahlt worden waren. Der Rentenversicherungsträger hat dies anerkannt und auf die Prüffeststellung hin die Rente unter Berücksichtigung der freiwilligen Beiträge neu berechnet.

In einem weiteren Fall wurden freiwillige Beiträge beanstandet, da Pflichtbeiträge aufgrund abhängiger Beschäftigung für diese Zeit in das Versichertenkonto bereits gemeldet wurden. Im Bescheid wurde der Berechtigte darauf hingewiesen, dass ein Antrag auf Beitragserstattung innerhalb der nächsten vier Kalenderjahre zu stellen ist. Da die Notwendigkeit der Antragstellung für die Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge aus dem Wortlaut der §§ 26, 27 SGB IV nicht abgeleitet werden kann, hat das Bundesversicherungsamt den Rentenversicherungsträger um Überprüfung seiner Auffassung gebeten. Das Bundesversicherungsamt empfahl dem Träger, seine diesbezüglichen Geschäftsprozessbeschreibungen und Bescheidtexte zu überprüfen und dabei insbesondere die ihm bekannte Bankverbindung aus dem Abbuchungsverfahren als vorgesehene Konto für die Überweisung des Erstattungsbetrages zu verwenden. Auf diese Prüffeststellung hin hat der Träger seine bisherige Verfahrensweise für den Personenkreis der freiwillig Versicherten geändert. Er wird die Arbeitsmaterialien für seine Sachbearbeitung daran anpassen.

### LEISTUNGEN ZUR TEILHABE, ZWISCHENERGEBNISSE

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr schwerpunktmäßig Turnusprüfungen bei zwei bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern zum Thema „Leistungen zur Teilhabe“ mit jeweils mehr als 300 Vorgängen pro Rentenversicherungsträger durchgeführt.

Hierbei wurden (bei einem Rentenversicherungsträger erneut) insbesondere die Themengebiete „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“, „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ sowie „Kraftfahrzeughilfe“ nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (jeweils mit ca. 100 Vorgängen) geprüft. Dabei wurde einerseits der Schwerpunkt auf die Themen vollumfängliche medizinische Sachverhaltsermittlungen im Erstverfahren, Bewilligungen im Widerspruchsverfahren ohne

nachvollziehbare weitere medizinische Sachverhalts-ermittlungen, Bearbeitungsdauer, Datenschutz und statistische Erhebungen gelegt, andererseits aber auch die ggf. erforderliche Ermittlung von Fahrkosten-, Zahlungs-, Übergangsgeld- sowie (Teil)Verpflegungsgeldbeträgen besonders überprüft. Auch den Inhalten und der Gestaltung der Bescheide galt besonderes Augenmerk.

Die Erörterungen mit den Rentenversicherungsträgern zu einigen Prüffeststellungen dauern zwar noch an, allerdings können vorab schon aus den Prüfverfahren „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gem. § 15 SGB VI bzw. Präventionsleistungen gem. § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI“ Zwischenergebnisse berichtet werden:

Ein Fehlerschwerpunkt betraf insbesondere bei einem Rentenversicherungsträger die unzutreffende Erfassung von Antragsdaten. Dies führte dazu, dass den Versicherten in den Bewilligungsbescheiden über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein fehlerhaftes Datum ihres Leistungsantrags benannt wurde. Außerdem kann die korrekte Bestimmung des Antragsdatums für eine spätere Rente relevant sein. Denn der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gilt als Antrag auf Rente, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind und die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht erfolgreich waren, § 116 Abs. 2 SGB VI. Ein fehlerhaftes Antragsdatum kann dann einen verspäteten Rentenbeginn zur Folge haben, § 99 Abs. 1 SGB VI. Die unzutreffende Erfassung von Antragsdaten beeinflusst zudem die Antrags- und Erledigungsstatistik.

Die Erörterungen dieses Themas mit dem Rentenversicherungsträger dauern noch an. Erfreulicherweise haben sich zu diesem Fehlerschwerpunkt bei einem anderen Rentenversicherungsträger im Vergleich zu den Ergebnissen einer vor einigen Jahren durchgeführten Aufsichtsprüfung deutliche Verbesserungen feststellen lassen.

Bei diesem Rentenversicherungsträger ist außerdem eine deutlich positive Tendenz im Hinblick auf die vor einigen Jahren festgestellten Bearbeitungsverzö-

gerungen bei der Erstellung von sozialmedizinischen Stellungnahmen bzw. Gutachten zu verzeichnen.

Die in den Prüfverfahren eingesehenen Ablehnungsbescheide im Bereich „Medizinische Rehabilitationsleistungen“ beinhalteten bei einem der Rentenversicherungsträger nur allgemeine Aussagen zu den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die in der Regel mit der Feststellung endeten: „Diese Voraussetzungen sind bei Ihnen nicht erfüllt.“ Den Versicherten wurden in den ablehnenden Bescheiden keine der Entscheidung zugrunde liegenden Diagnosen mitgeteilt, so dass für die Versicherten nicht ersichtlich war, ob alle im Antragsverfahren vorgebrachten Gesundheitseinschränkungen bei der sozialmedizinischen Entscheidung tatsächlich berücksichtigt wurden. Gem. § 35 Abs. 1 SGB X sind jedoch Verwaltungsakte mit einer Begründung zu versehen, aus der sich alle wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe ergeben, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben.

Der betroffene Rentenversicherungsträger wurde daher aufgefordert, künftig sämtliche der Entscheidungsfindung zugrunde liegenden Diagnosen in den Bescheiden aufzuführen. Dies hat der Rentenversicherungsträger für die Zukunft zugesagt. Ebenso enthielten die eingesehenen Ablehnungsbescheide oftmals nur die allgemeine Aussage: „Wir halten eine Krankenbehandlung im Rahmen der Krankenversicherung für ausreichend.“, ohne die konkreten vom sozialmedizinischen Dienst für ausreichend erachteten Therapien zu benennen. Damit war es den Versicherten nicht möglich, hierzu entsprechende aufklärende Angaben etwa dahingehend, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen bereits ausgeschöpft wurden zu machen.

Auch diesbezüglich hat der betroffene Rentenversicherungsträger zugesagt, künftig konkrete Aussagen in den Bescheiden vorzunehmen.



## 4. Unfallversicherung

### 4.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

#### ERRICHTUNG DER BERUFGENOSSENSCHAFT VERKEHRSWIRTSCHAFT POST-LOGISTIK TELEKOMMUNIKATION (BG VERKEHR)

Einer der Tätigkeitsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015 war die Errichtung der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation. Durch Artikel 1 Abschnitt 1 § 1 des Gesetzes zur Neuorganisation der bundesunmittelbaren Unfallkassen, zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und zur Änderung anderer Gesetze (BUK-Neuorganisationsgesetz - BUK-NOG) vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) wurde zum 1. Januar 2016 die Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation errichtet. Die Unfallkasse Post und Telekom und die Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft wurden zum gleichen Zeitpunkt in die neue Berufsgenossenschaft eingegliedert und selbst aufgelöst (Artikel 2 Abschnitt 1 § 2 Abs. 1 und 3 BUK-NOG). Die Besonderheit war, dass nach dem Willen des Gesetzgebers aus einem Träger der öffentlichen Hand und ei-

ner gewerblichen Berufsgenossenschaft eine neue gewerbliche Berufsgenossenschaft errichtet wurde. Da § 118 SGB VII, welcher die (freiwillige) Vereinigung von Berufsgenossenschaften durch Beschluss ihrer Vertreterversammlungen regelt, keine direkte Anwendung findet, hat der Gesetzgeber durch Artikel 2 Abschnitt 4 § 13 BUK-NOG „Abhilfe“ geschaffen. Demnach ist § 118 SGB VII in Teilen - konkret Abs. 1 Satz 4 und 6, Abs. 4 Satz 1 - entsprechend anwendbar. Von großer Bedeutung ist dies für den Abschluss einer Vereinbarung über die Gefahrtarif- und Beitragsgestaltung, welche damit möglich war. Die Abschlusskompetenz lag bei der früheren Unfallkasse Post und Telekom sowie der früheren Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft. Die Laufzeit ist gesetzlich auf höchstens zwölf Jahre begrenzt. Im Hinblick auf ihre Auflösung haben die Träger rechtzeitig vor dem 31. Dezember 2015 die von ihren Vertreterversammlungen geschlossene wortgleiche Vereinbarung dem Bundesversicherungsamt zur Genehmigung vorgelegt. Inhaltlich kann eine solche Vereinbarung Aussagen treffen zu den Berechnungsgrundlagen für die Beiträge oder zu unterschiedlichen Beiträgen, getrennte Umlagen für die bisherigen Zuständigkeitsbereiche vorsehen sowie Renten- und Rehabilitationslasten

samt anteiliger Verwaltungs- und Verfahrenskosten, die nach § 178 Abs. 1 bis 3 SGB VII von der neuen Berufsgenossenschaft zu tragen sind, auf die bisherigen Zuständigkeitsbereiche verteilen (Artikel 2 Abschnitt 4 § 13 BUK-NOG i.V.m. § 118 Abs. 1 Satz 4, Abs. 4 Satz 1 SGB VII). Bereits bestehende Vereinbarungen über die Gefahrarif- und Beitragsgestaltung aus früheren Vereinigungen, z.B. auf Seiten der ehemaligen Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft, welche aus der Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen und der See-Berufsgenossenschaft entstanden war, sind dabei zu beachten. Zudem soll nach dem Willen des Gesetzgebers in dem zwölfjährigen Übergangszeitraum eine Angleichung der unterschiedlichen Beiträge oder Beitragsgrundlagen stattfinden.

Daher war für die Errichtung der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation die Regelung zur Weitergeltung bestehender und Aufstellung neuer Gefahrarife nach § 157 SGB VII sorgfältig zu formulieren. Es existierte mit unterschiedlicher Höchstgeltungsdauer jeweils ein Gefahrarif für die frühere Unfallkasse Post und Telekom sowie die frühere Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft, aber nur im Zuständigkeitsbereich der ehemaligen Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen. Für den Bereich der ehemaligen See-Berufsgenossenschaft gelten Sonderregelungen. Spätestens nach Ablauf der zwölfjährigen Höchstlaufzeit muss der neue Träger einen gemeinsamen Gefahrarif für seine Zuständigkeitsbereiche aufstellen.

Infolge der professionellen Vorbereitung auf Seiten der Träger konnten Rückfragen bereits in einem Vorprüfungsverfahren geklärt und die Rechtshinweise des Bundesversicherungsamtes umgesetzt werden. Auf dieser Grundlage war ein zügiges Genehmigungsverfahren möglich.

Im Unterschied zur Vereinbarung über die Gefahrarif- und Beitragsgestaltung war die Satzung der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation von deren Vertreterversammlung nach der Errichtung zum 1. Januar 2016 zu beschließen und nicht - wie nach § 118 Abs. 1 Satz 3 SGB VII üblich - von den Vertreterversammlungen der frühe-

ren Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft sowie der früheren Unfallkasse Post und Telekom bis zum 31. Dezember 2015. Dafür fehlte ein entsprechender Verweis in Artikel 2 Abschnitt 4 § 13 BUK-NOG. Besondere Bedeutung kam daher dem Vorprüfungsverfahren zu. Da die Satzung dem Unfallversicherungsträger dazu dient, seine Angelegenheiten (u.a. Recht der Selbstverwaltung, Versicherungspflicht kraft Satzung, Einzelheiten der Beitragsberechnung, Leistungsumfang) unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben selbst zu regeln, handelt es sich um ein umfangreiches Regelwerk. Im Berichtsjahr bestand daher ein intensiver Austausch und Kontakt zu den Trägern verbunden mit einer eingehenden Beratung durch das Bundesversicherungsamt.

Aufgrund der umfassenden und schnellen Vorbereitung der Träger konnte noch Ende 2015 ein finaler Satzungsentwurf abgestimmt werden. Dieser wurde sodann am 12. Januar 2016 von der Vertreterversammlung der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation auch beschlossen und konnte daher zügig genehmigt werden.

## ERRICHTUNG DER UNFALLVERSICHERUNG BUND UND BAHN

Mit Artikel 1 des Gesetzes zur Neuordnung der bundesunmittelbaren Unfallkassen, zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und zur Änderung anderer Gesetze vom 19. Oktober 2013 wurde die Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB) als Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand zum 1. Januar 2015 errichtet. Gleichzeitig wurden die Unfallkasse des Bundes (UK Bund) und die Eisenbahn-Unfallkasse (EUK) in die UVB eingegliedert. Hiermit wurde eine Zielsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung, die Trägerzahl im Bereich der bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand zu reduzieren, umgesetzt.

Das Bundesversicherungsamt hat die Errichtung der UVB sowie die Gestaltung der Satzung aufsichtsrechtlich begleitet. Hierzu wurden mit Vertretern der ehemaligen UK Bund und EUK u.a. mehrere Gespräche auf Fachebene geführt.

Im Ergebnis konnte die von der UVB am 25. März 2015 beschlossene Satzung nach Herstellung des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium der Finanzen mit Bescheid vom 23. Juni 2015 genehmigt werden. Als Sitz der UVB wurde Frankfurt am Main bestimmt.

Seit der Fusion wurden drei von der Vertreterversammlung beschlossene Satzungsanträge nach Herstellung des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium der Finanzen genehmigt. Die Verpflichtungen aus dem Genehmigungsbescheid wurden insbesondere mit dem zweiten Nachtrag zur Satzung umgesetzt.

## PERSONAL- UND ORGANISATIONSKONZEPT DER UNFALLVERSICHERUNG BUND UND BAHN

Mit dem Gesetz zur Errichtung der Unfallversicherung Bund und Bahn (UVBBerG) hatte der Gesetzgeber festgelegt, dass die beiden bisherigen Träger dem Bundesversicherungsamt bis zum 31. Juli 2014 ein Konzept zur Organisations- und Personalstruktur der zukünftigen Unfallversicherung Bund und Bahn vorzulegen hatten, aus dem sich die geplanten Maßnahmen zur Realisierung von Synergieeffekten und zur Optimierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten ergeben.

Im November des Jahres 2015 wurde eine Konzeptfassung vorgelegt, die Anfang des Jahres 2016 vom Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Finanzen und dem Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur genehmigt werden konnte.

## AUFSICHT ÜBER DIE DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E.V. (DGUV)

Dem Bundesversicherungsamt obliegt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger nach § 87 Abs. 1 und 2, § 90 Abs. 1 SGB IV.

Darüber hinaus nimmt das Bundesversicherungsamt aufgrund des entsprechenden Erlasses des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ab 1. November 2009 ebenfalls die Rechtsaufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) für die in § 87 Abs. 3 Satz 1 SGB IV genannten Aufgaben wahr. Ausführlich wurde hierzu vor allem im Tätigkeitsbericht 2009 auf Seite 42 f. berichtet.

Gegenstand der aufsichtsrechtlichen Tätigkeit war im Berichtsjahr 2015 insbesondere die Aufnahme des Psychotherapeutenverfahrens in den Vertrag gemäß § 34 Abs. 3 Satz 1 SGB VII über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) zum 1. Oktober 2015. Vertragspartner sind die DGUV und die SVLFG auf Seite der gesetzlichen Unfallversicherung sowie auf Seite der Leistungserbringer die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Hintergrund der Erweiterung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger um das Psychotherapeutenverfahren war, dass auch die Berufsgruppe der (ärztlichen und psychologischen) Psychotherapeuten von der KBV vertreten wird. Zudem sollten die bei den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern beschäftigten Durchgangsärzte (D-Ärzte) die Möglichkeit erhalten, zertifizierte Psychotherapeuten hinzuzuziehen. Die ausdrückliche Ergänzung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger war zulässig. Zwar handelt es sich bei der Berufsgruppe der (ärztlichen und psychologischen) Psychotherapeuten nicht um Ärzte, allerdings sind diese Psychotherapeuten seit 1999 aufgrund des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) in Durchbrechung des alten Ärztemonopols gleichberechtigt neben den Ärzten tätig, beschränkt nur durch die Reichweite ihrer Fachkunde (vgl. u.a. § 1 Abs. 3 PsychThG). Psychologische Psychotherapeuten üben sozialrechtlich einen heilkundlichen Beruf und nicht mehr einen Heilhilfsberuf aus (vgl. § 1 PsychThG) (Pawlita, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 95 SGB V Rn. 20). Im Rahmen der Änderung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger haben die Vertragspartner vom Bundesversicherungsamt in früheren Prüfverfahren gemachte Anmerkungen zusagegemäß aufgegriffen

und im Vertrag umgesetzt. Die von den Vertragspartnern vorgenommenen Modifikationen ergaben keinen Grund zur Beanstandung.

Ein weiteres Aufsichtsthema war die Änderung der Vergütung für ärztliche Leistungen. Modifiziert wurde die Vergütung für die Erstattung von Gutachten. Die Vergütung richtet sich nach dem Leistungs- und Gebührenverzeichnis (UV-GOÄ), welches nach § 51 Abs. 1 des o.g. Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger Anlage zu diesem Vertrag ist. Ferner beschäftigte sich das Bundesversicherungsamt mit einer Gebührenerhöhung im Bereich der zahnärztlichen Versorgung. Diese wird im Abkommen gemäß § 34 Abs. 3 Satz 1 SGB VII zwischen der DGUV und der SVLFG sowie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten sowie in dessen Anlage 4 vereinbart. In beiden Fällen konnte die DGUV die Änderungen nachvollziehbar begründen.

## TAG DES VERSICHERUNGSFALLES BEI BERUFSKRANKHEITEN

Bereits im Tätigkeitsbericht 2008 (Seite 72 f.) hatte sich ein Beitrag mit der Problematik des Zeitpunktes beschäftigt, ab dem eine Berufskrankheit vorliegt. Auch im Berichtsjahr zeigte sich, dass vereinzelt noch unterschiedliche Auffassungen bestehen. Zur Verdeutlichung soll folgender Beispielsfall dienen:

Eine Berufsgenossenschaft hatte Feststellungen zur Berufskrankheit Nr. 4105 (durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Perikards) zu treffen.

Der Versicherungsfall Berufskrankheit tritt ein, wenn sämtliche Tatbestandsmerkmale in Verbindung mit den in der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung genannten Listennummern vorliegen. Eines der Tatbestandsmerkmale ist das der Erkrankung. Diese ist in der Unfallversicherung als regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein muss. Allerdings kann der hierfür erforderliche Vollbeweis nicht dazu führen, dass ein Versicherungs-

fall grundsätzlich erst zu dem Zeitpunkt angenommen wird, zu dem ein tatsächlicher Nachweis der Erkrankung besteht (z.B. durch histologische Sicherung des malignen Gewebes). Es ist - in Kenntnis dieses Nachweises - vielmehr auch zu prüfen, ob nicht bereits vor diesem Zeitpunkt keine vernünftigen Zweifel am Vorliegen des Tatbestandsmerkmals Erkrankung bestanden. Ohne diese Prüfung wäre die Anerkennung einer Berufskrankheit von der Zufälligkeit einer Bearbeitung des Nachweises abhängig. Eine solche Einschätzung entspricht auch § 9 Abs. 5 SGB VII, wonach, soweit Leistungen auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalles abstellen, bei Berufskrankheiten auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Behandlungsbedürftigkeit oder, wenn dies für den Versicherten günstiger ist, auf den Beginn der rentenberechtigenden Minderung der Erwerbsfähigkeit abzustellen ist.

Die Berufsgenossenschaft hat als Tag des Versicherungsfalles den Tag festgelegt, an dem das Pleuramesotheliom durch feingewebliche Untersuchung nachgewiesen wurde, obwohl der Versicherte wegen dieser Erkrankung bereits drei Wochen zuvor ärztlich behandelt worden war. Da zwischen dem ersten Arztbesuch und der nachfolgenden stationären Aufnahme wegen akuter Verdachtsmomente und dem Nachweis der Erkrankung nur wenige Wochen ohne Behandlungspause lagen, war die Erkrankung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch bereits zum Zeitpunkt des ersten Arztbesuches wegen der erkrankungsrelevanten Beschwerden vorhanden.

Die Berufsgenossenschaft hat eine Neufeststellung der Versichertenrente vorgenommen und den resultierenden Unterschiedsbetrag nachgezahlt.

## 4.2 Satzung

### GEFAHRTARIFANGELEGENHEITEN

Nach § 157 Abs. 1 Satz 1 SGB VII setzt ein Unfallversicherungsträger als autonomes Recht einen Gefahrtarif fest. In diesem sind zur Abstufung der Beiträge nach Gefährdungsrisiken Gefahrklassen festzustellen (§ 157

Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Eine vergleichbare Vorschrift existiert im übrigen Sozialversicherungsrecht nicht. Der Gefahrarif und jede Änderung bedürfen gemäß § 158 Abs. 1 SGB VII i.V.m. § 33 Abs. 1 SGB IV der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

Im Berichtsjahr stellte ein Unfallversicherungsträger einen Antrag zunächst auf Vorprüfung und sodann Genehmigung einer Gefahrarifänderung, welche vom Bundesversicherungsamt auch erteilt wurde. Eine Änderung ist als Nachtrag zum geltenden Gefahrarif wie dieser von der Vertreterversammlung zu beschließen (vgl. Tätigkeitsbericht 2012, Seite 51). Im vom Bundesversicherungsamt zu prüfenden Fall waren Inhalt des Nachtrags textliche Änderungen des geltenden Gefahrarifs. Der Träger legte nachvollziehbar dar, dass es sich bei den beschlossenen Änderungen lediglich um textliche Klarstellungen handle, um in der Vergangenheit aufgetretene Missverständnisse zukünftig auszuräumen. Auswirkungen insbesondere auf die maßgeblichen Berechnungsgrundlagen für die Gefahrklasse resultierten nach den Erläuterungen des Trägers daraus nicht.

Bei der Aufstellung eines Gefahrarifs hat die Selbstverwaltung der Unfallversicherungsträger nach ständiger Rechtsprechung des BSG einen weiten Gestaltungsspielraum. Diese Grundsätze sind entsprechend für eine von der Selbstverwaltung für erforderlich gehaltene Anpassung des Gefahrarifs im Laufe der Tarifperiode heranzuziehen. Sie muss mit der Klarstellung nicht bis zur Aufstellung des nächsten Gefahrarifs warten, da eine frühestmögliche Klarstellung der Rechtssicherheit dient. Auf die Änderungen durch einen Nachtrag soll, ggf. in einer Fußnote des Gefahrarifs, hingewiesen werden.

#### **SATZUNGSÄNDERUNGEN DER BERUFS- GENOSSENSCHAFTEN UND ÄNDERUNG DER MUSTERSATZUNG DER DGUV ZUR MINDESTBEITRAGSREGELUNG**

Die Unfallversicherungsträger können in ihrer Satzung bestimmen, dass ein einheitlicher Mindestbeitrag erhoben wird (§ 161 Sozialgesetzbuch VII (SGB VII)).

Diejenigen Unfallversicherungsträger, die diesen durch den Gesetzgeber damit eingeräumten Regelungsspielraum wahrgenommen hatten, hatten in der Vergangenheit die Festlegung der Höhe des Mindestbeitrages regelmäßig auf den Vorstand übertragen.

In seinen Entscheidungen vom 4. Dezember 2014 (B 2 U 16/13 R und B 2 U 11/13 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) ausgeführt, dass die Übertragung der Festlegung der Höhe des Mindestbeitrages durch Satzungsregelungen auf den Vorstand nicht mit § 161 SGB VII vereinbar sei. Die Formulierung dieser Vorschrift bedeute nach allgemeinem Sprachverständnis, dass die Höhe des Mindestbeitrages durch die Satzung selbst zu regeln sei (BSG vom 4. 12.2014 – B 2 U 11/13 R, Rdnr. 23 und – B 2 U 16/13 R, Rdnr. 21). Das BSG folgte aus der Unvereinbarkeit der Satzungsbestimmungen mit höherrangigem Recht deren Nichtigkeit und damit deren Unanwendbarkeit. Deshalb fehlte es den betroffenen Unfallversicherungsträgern an einer Rechtsgrundlage für die Festsetzung des Mindestbeitrages.

Um jedoch zukünftig weiterhin einen Mindestbeitrag erheben zu können, haben die betroffenen Unfallversicherungsträger unverzüglich ihre Satzungen entsprechend angepasst, jeweils die konkrete Höhe des Mindestbeitrages bestimmt und dem Bundesversicherungsamt zur Genehmigung vorgelegt. Die Änderungen waren insgesamt zu genehmigen.

Auch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) hat ihr Muster einer Satzung für ihre Mitglieder dieser aktuellen Rechtsprechung des BSG in Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt entsprechend zum 1. Januar 2016 geändert und darüber hinaus noch an einigen Stellen an Gesetzesänderungen des Fünften Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (5. SGB IV – ÄndG) und des Gesetzes zur Neuorganisation der bundesunmittelbaren Unfallkassen, zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und zur Änderung anderer Gesetze (BUK-Neuorganisationsgesetz – BUK-NOG (BUK-NOG) angepasst.



## 5. Landwirtschaftliche Sozialversicherung

Mit der Vereinigung zur Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) zum 1. Januar 2013 fusionierten erstmals die einzelnen den vier verschiedenen Sozialversicherungszweigen zugeordneten landes- und bundesunmittelbaren landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger und der LSV-Spitzenverband zu einem bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger.

Die Fusion verfolgt den Zweck, die landwirtschaftliche Sozialversicherung insgesamt effizienter und kostensparender aufzustellen, strukturierte Prozesse zu etablieren und damit als eigenständiges System zukunftsfähig zu erhalten. Dementsprechend sind mit der Fusion hohe Erwartungen des Gesetzgebers an Synergieeffekte in sämtlichen Bereichen der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung verknüpft.

Die gesetzlich vorgegebene Reduzierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten bei gleichzeitigem Erhalt der Funktionsfähigkeit stellt eine erhebliche Herausforderung für die SVLFG in sämtlichen Bereichen ihrer Organisation dar.

### HAUSHALTSGENEHMIGUNG DER SOZIALVERSICHERUNG FÜR LANDWIRTSCHAFT, FORSTEN UND GARTENBAU

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

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

aufzustellen.

Das Bundesversicherungsamt hat die SVLFG in 2015 bei der Haushaltsplanung 2016 und der Haushaltsbewirtschaftung 2015 beratend begleitet. Dabei mussten insbesondere die bis spätestens zum 31. Dezember

2016 umzusetzenden gesetzlichen Einsparvorgaben für die Verwaltungs- und Verfahrenskosten berücksichtigt werden. Die SVLFG hat demnach bis spätestens Ende 2016 sicherzustellen, dass die Verwaltungskosten der landwirtschaftlichen Unfallversicherung die Höhe von 95 Mio. Euro, in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung 91 Mio. Euro und in der Alterssicherung der Landwirte 66 Mio. Euro nicht überschreiten. Bei der Ermittlung dieser Obergrenzen bleiben Ausgaben für die Versorgung sowie Zuführungen zu den Altersrückstellungsvermögen unberücksichtigt.

Der vom Vorstand der SVLFG aufgestellte Haushaltsplan 2016 mit einem Gesamtvolumen von rd. 6,9 Mrd. Euro (-33 Mio. Euro gegenüber 2015) wurde fristgerecht vorgelegt und seitens des Bundesversicherungsamtes am 21. Dezember 2015 genehmigt. Mehrere Ansätze des Haushaltsplans wurden mit Auflagen genehmigt. In der Haushaltsplanung konnten die Verwaltungskosten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben in allen Versicherungszweigen auf die gesetzlich vorgeschriebenen Höhen gesenkt werden. Für den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung wurde dies durch Etatisierung einer globalen Minderausgabe in Höhe von 4,81 Mio. Euro erreicht.

Die SVLFG hat gemäß § 71 d Abs. 2 SGB IV sicherzustellen, dass Kosten, die für die Erfüllung von Aufgaben mehrerer oder aller Versicherungszweige entstehen, durch geeignete Verfahren sachgerecht auf die Versicherungszweige aufgeteilt werden. Die Kostenverteilung ist ebenfalls durch das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft zu genehmigen. In 2015 haben die Genehmigungsbehörden zusammen mit der SVLFG an einer Weiterentwicklung des Kostenverteilungsverfahrens gearbeitet, die erstmals für das Haushaltsjahr 2017 zur Anwendung kommen soll.

## BUDGETIERUNG

Der Gesetzgeber hatte aufgrund des öffentlichen Interesses an einer Reduzierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung im LSV-NOG festgelegt, dass der Bun-

desträger die im Gesetz betragsmäßig ausgewiesenen Einsparziele bis zum Jahr 2016 zu erreichen hat.

Die SVLFG hat im Jahr 2015 mit Unterstützung des Bundesversicherungsamtes das ausführliche Feinkonzept zur Budgetierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten in der mittlerweile vierten Fassung vorgelegt. Darin werden sämtliche Aufgabenbereiche des Trägers umfassend im Hinblick auf mögliche Einsparpotentiale untersucht, was im Rahmen der zukünftigen Haushaltsgenehmigungsverfahren eine Überprüfung der Realisierbarkeit gesetzlicher Zielvorgaben ermöglicht. Ein Abschlussbericht zur Umsetzung des Feinkonzepts wird demnächst erfolgen. In der Folge wird die SVLFG das Konzept in eigener Verantwortung als nunmehr etabliertes „Monitoring“-Instrument fortführen und die eingeleiteten Einsparmaßnahmen schrittweise in die Linienorganisation überführen.

Die Maßnahmen haben dazu geführt, dass die SVLFG im Jahr 2015 – mit Zustimmung des Bundesversicherungsamtes und des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft – vorerst davon absehen konnte, den begonnenen Personalabbau weiter zu forcieren, um die weitere Arbeitsfähigkeit zu gewährleisten. Bei dieser Entscheidung war auch zu beachten, dass seit dem Jahr 2013 ca. 920 Beschäftigte der SVLFG ausgeschieden sind, was einem Anteil von 18 % der zum Zeitpunkt der Fusion im Jahr 2013 vorhandenen Belegschaft entspricht.

Als weiteres personalwirtschaftliches Instrument zur Erbringung der Einsparungen hat das Bundesversicherungsamt der SVLFG bei Genehmigung des Haushaltsplanes 2015 bezogen auf die dort ausgebrachten Stellen aufgegeben, die begonnene Organisationsuntersuchung und Personalbedarfsermittlung gemäß § 69 Abs. 6 SGB IV fortzuführen. Insgesamt wurden auf diese Weise im Jahr 2015 bereits ca. 75% der Gesamtorganisation der SVLFG einer umfassenden Untersuchung unterzogen. Zielvorgabe ist, diese bis Ende 2016 für sämtliche Arbeitsbereiche abzuschließen, woran auch die SVLFG festhält. Erst zu diesem Zeitpunkt lässt sich der Personalbedarf über den gesamten Träger hinweg abschließend feststellen.

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung der Beschäftigtenstruktur und zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit darf die SVLFG zur Bedarfsdeckung altersbedingt frei werdender Stellen durch Übernahme der Studierenden und Auszubildenden nach deren Abschluss besetzen. Auf diese Weise können nicht nur den Beschäftigten neue Entwicklungsperspektiven ermöglicht und wichtige Motivationsanreize gesetzt werden, sondern es wird auch eine ausgewogene und zukunftsfähige Altersstruktur in der Belegschaft der SVLFG gewährleistet.

### DER EINSATZ AGILER METHODEN BEI DER WEITERENTWICKLUNG DER INFORMATIONSTECHNIK

Das Bundesversicherungsamt begleitet gemäß § 94 Abs. 3 SGB IV die SVLFG bei der Weiterentwicklung der Informationstechnik (IT). Seit einigen Jahren steht die Konsolidierung der Anwendungssysteme im Zentrum der Weiterentwicklung. Die alten großrechnerbasierten Anwendungen werden sukzessive durch SAP-basierte Anwendungssysteme abgelöst. Aktuell entwickelt die SVLFG die Systeme für ihre gesamte Kranken- und Pflegeversicherung, sowohl für das Leistungs- als auch für das Beitragswesen. Dieses Etappenziel soll im Jahr 2018 erreicht werden. Aus aktueller Sicht erkennt das Bundesversicherungsamt keine Anzeichen dafür, dass dieses Ziel nicht erreicht werden könnte. Und dies ist nicht zuletzt auf eine Methodenänderung zurückzuführen, die im Folgenden kurz mit dem Ziel skizzieren wird, Anregungen für andere Entwicklungsprojekte im Bereich der Sozialversicherungsträger zu liefern.

Standardmäßig kam bei der SVLFG ein an die jeweilige Projektsituation angepasstes, inkrementelles, d.h. ein schrittweises, aufeinander aufbauendes Entwicklungsmodell zum Einsatz, das an das V-Modell XT des Bundes angelehnt war. Aus Sicht der Wirtschaftsinformatik wird dies als monumentales Modell bezeichnet. Damit soll zum Ausdruck kommen, dass die organisatorischen und planerischen Vorgaben oftmals sehr umfassend sind und wenig Raum für Flexibilität bieten – dafür aber einen weitestgehend vorhersehbaren Prozess mit formalen Kommunika-

tions- und Koordinationswegen gewährleisten. Gerade bei Großprojekten mit einer Teamgröße von über 50 Projektmitarbeitern werden monumentale Prozessmodelle grundsätzlich als vorteilhafter angesehen (vgl. H. Balzert, Softwaremanagement, Heidelberg 2008, S. 619). Dem gegenüber stehen die agilen Basismodelle, die eher teamorientiert ausgerichtet sind und durch informelle Kommunikation und Selbstabstimmungen zu mehr Flexibilität, verantwortungsvolleren und motivierten Mitarbeitern sowie kürzeren Entwicklungszyklen führen (vgl. ebd., S. 683). Im Kern beruhen agile Ansätze auf der Annahme, dass es nicht den einen Prozess gibt, der für alle Projektsituationen gleichermaßen vorteilhaft ist.

Die SVLFG hat nun auf Basis ihrer langjährigen Entwicklungserfahrungen partiell mehr Agilität zugelassen, ohne aber die Gesamtsteuerungsfunktion zu vernachlässigen. Die Vermischung beider Ansätze zu einem hybriden Modell und die damit verbundenen Effekte sind in der Literatur gut beschrieben (vgl. z. B. Boehm/Turner, Management Challenges to Implementing Agile Processes in Traditional Development Organizations, IEEE Software, 2005). Als Einstieg werden oftmals die Freiräume, die monumentale Modelle bei der eigentlichen Entwicklungsarbeit bieten, durch agile Methoden ausgefüllt. Im Folgenden werden die wesentlichen Effekte zusammengefasst, die im Rahmen der Begleitung durch das Bundesversicherungsamt auch in den Entwicklungsteams vor Ort beobachtet werden konnten.

Im Zentrum des neuen Entwicklungsmodells stehen kleine Teams, in denen Fachanalysten und Entwickler gemeinsam Arbeitspakete realisieren, die vom Umfang her überschaubar sind. Die enge Zusammenarbeit in kleinen Teams, der direkte crossfunktionale Austausch der Experten, die weitgehende Selbstabstimmung auf Teamebene sowie die Fokussierung und Konzentration auf kleine Arbeitspakete in kurze Realisierungszyklen sind dabei wesentliche Faktoren, die sich insgesamt positiv auswirken. Nicht zu unterschätzen sind hierbei die soziologischen Effekte, die sich in einer besseren Teamkultur und einer höheren Motivation jedes Einzelnen widerspiegeln. Die Bedeutung und Relevanz eingeschworener Teams ist in diesem Kontext in der

Literatur gut belegt (vgl. Erden/vonKrogh/Nonaka, The quality of group tacit knowledge, Journal of Strategic Information Systems, Vol. 17, 2008, S. 4-18 oder erneut Balzert 2008, S. 80 ff.).

Zudem ist die frühe Rückkopplung mit der Anwenderseite ein wesentlicher Erfolgsfaktor in agilen Vorgehensmodellen, der auch von der SVLFG in dem hybriden Ansatz integriert worden ist. Ziel ist es, ein Feedback der Anwenderseite über die entwickelten Lösungen früh und kontinuierlich einzuholen, damit Anregungen in den weiteren Entwicklungsprozess einfließen können. Dies erhöht nicht nur die Qualität, sondern beeinflusst auch die Akzeptanz der Lösung positiv. Eine besondere Herausforderung in diesem Kontext ist es, die (noch) regionalen Besonderheiten in dieses Feedback einzubeziehen.

Eine Hürde stellt die Harmonisierung zwischen den eher kurzen Entwicklungszyklen und der systembezogenen Releaseplanung dar. Mittels Release werden alle Änderungen an einem System (also auch Fehlerbehebungen oder Wartungsaufträge) in die Produktion übergeben. Diese Übergaben passen nicht zu dem zeitlichen Turnus eines agilen Entwicklungsansatzes. Um trotzdem ein frühes Feedback der Praxis in die weitere Entwicklung einfließen lassen zu können, müssen diese Prozessschritte von der Releaseplanung entkoppelt und anhand des Testsystems simuliert werden.

Nicht zuletzt wird eine große Herausforderung darin liegen, die Entwicklungsteams möglichst für die gesamte Entwicklungsdauer zusammenzuhalten. Aus der allgemeinen Lernkurvensystematik lässt sich ableiten, dass Mitarbeiter tendenziell am Ende eines Projektes am produktivsten sind und es daher auch nicht vorzeitig verlassen sollten (vgl. erneut Balzert 2008, S. 234). Vor dem Hintergrund der Verwaltungskostenbudgetierung und mit den Mitteln des öffentlichen Dienstes wird es nicht einfach, den Projektmitgliedern, die für den Erfolg der neuen Methoden zweifellos den bedeutendsten Beitrag liefern, gute Rahmenbedingungen und eine interessante Perspektive zu bieten.



## 6. Übergreifende Aufsichtsthemen

### AUFSICHTSPRÜFUNG DER GELDANLAGEN DER BUNDESUNMITTELBAREN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Seit 2009 erfolgt eine jährliche Abfrage des Bundesversicherungsamtes zu den Geldanlagen aller bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger. Die bei der Aufsichtsprüfung ausgewerteten Daten geben einen Überblick über das Anlagevolumen bzw. -verhalten der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger. Geprüft wird hierbei, ob die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger die Vorgaben der §§ 80, 83 SGB IV bei der Anlage und Verwaltung ihrer Geldanlagen beachten.

In der letzten Abfrage zum Stichtag 31. Dezember 2014 wurde insbesondere die Einhaltung der Einlagensicherungsgrenzen geprüft. Im Falle einer Insolvenz eines Kreditinstituts können die damit einhergehenden Zahlungsverzögerungen nicht nur die Sicherheit der Geldanlagen, sondern auch die Liquidität eines Trägers beeinträchtigen. Dies gilt auch bei Vorliegen einer einseitigen Vermögensanlage (sog. Klumpenrisiko). Dieses Risiko lässt sich vor allem durch Streuung der Anlagebeträge auf mehrere Kreditinstitute reduzieren. Deshalb wurde ergänzend

geprüft, ob die Träger auch eine ausreichende Risikostreuung vorgenommen haben.

Aus der durchgeführten Erhebung lassen sich folgende Erkenntnisse ableiten:

Die Einlagensicherungsgrenze einzelner Kreditinstitute beim Bundesverband deutscher Banken wurde am 31. Dezember 2014 von allen Trägern eingehalten. Bei der Prüfung war zu berücksichtigen, dass diese Sicherungsgrenzen ab dem 1. Januar 2015 schrittweise abgesenkt werden. Dies musste bereits zum Stichtag 31. Dezember 2014 beachtet werden, da die Absenkung schon für alle Einlagen, die nach dem 31. Dezember 2011 begründet oder verlängert wurden und eine Laufzeit über den 1. Januar 2015 hinaus haben, gelten (vgl. § 6 Nr. 1 des Statuts der freiwilligen Sicherungseinrichtung des Bankenverbands).

Die Vermögensanlage und -verwaltung von zwölf Sozialversicherungsträgern wies Klumpenrisiken auf (2012: 21; 2013: 15). Bei zehn dieser Träger wurden bereits in den Vorjahren Klumpenrisiken festgestellt. Zwei Träger wurden in dieser Prüfung erstmals auffällig. Vier Träger legten ihr Anlagevermögen im Jahr

2014 breiter an und reduzierten somit das Klumpenrisiko aus dem Vorjahr bzw. den Vorjahren. Seit dem Stichtag 31. Dezember 2012 reduzierten insgesamt 13 Träger ihre Klumpenrisiken. Die Träger, deren Vermögensanlage und -verwaltung zum Stichtag 31. Dezember 2014 Klumpenrisiken aufwies, befinden sich hierzu im Stellungnahmeverfahren mit dem Bundesversicherungsamt.

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten hat zudem Folgendes ergeben: Die geprüften Sozialversicherungsträger verfügten Ende 2014 über ein liquides Anlagevermögen in Höhe von rd. 64,1 Mrd. Euro. Im Unterschied zu den Krankenversicherungsträgern konnten die Unfallversicherungsträger (+ 12,4 %) und Rentenversicherungsträger (+ 10,0 %) einen Anstieg der liquiden Mittel verzeichnen. Die liquiden Mittel der Krankenversicherungsträger reduzierten sich

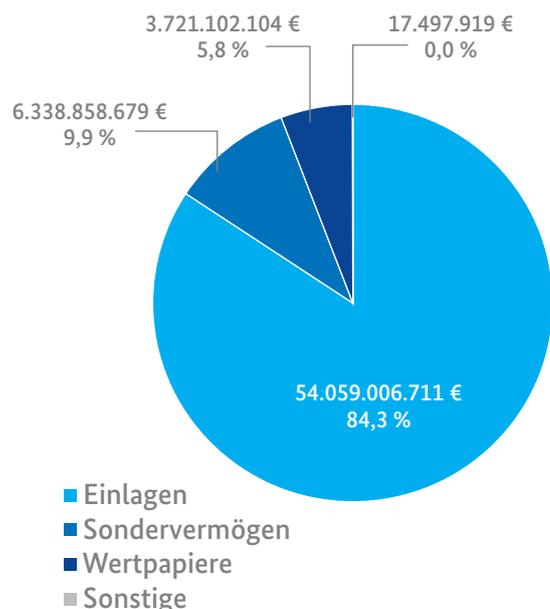
um 8,8 %. Die Entwicklung der Geldanlagebestände aller bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger (STV) seit 2011 ist der nachfolgenden Abbildung 1 zu entnehmen.

Die Anlagestruktur stellte sich zum 31. Dezember 2014 wie folgt dar: Rd. 84,3 % der Anlagen wurden in Einlagen getätigt, d.h. als Sicht- und Termineinlagen oder als Schuldscheindarlehen nach § 83 Abs. 1 Nr. 4 SGB IV (Ende 2013: 83,1 %; Ende 2012: 84,6 %). Der Anteil der Investmentvermögen am gesamten Anlagevermögen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr von 8,2 % auf 9,9 % (2012: 7,8 %). Der in einzelne Wertpapiere investierte Anteil reduzierte sich von 8,7 % auf 5,8 % (2012: 7,4 %). In dieser Anlagekategorie sind Staatsanleihen, Pfandbriefe und andere Schuldverschreibungen zusammengefasst.

Abbildung 1: Entwicklung der Geldanlagenbestände aller bundesunmittelbaren SVT 2011 bis 2014



Abbildung 2: Geldanlagen der bundesunmittelbaren SVT zum 31.12.2014 nach Anlagekategorien



Entsprechend den Spezialvorschriften des SGB VI haben die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See die Nachhaltigkeitsrücklage zu fast 100 % in Einlagen angelegt. Auch bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen stellen die Sicht- und Termingelder mit 78,3 % der liquiden Mittel die dominierende Anlageform dar, der Anteil am Gesamtvermögen in der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich gegenüber dem Vorjahr sogar um 4,3 %-Punkte (2013: 74 %) erhöht. Der Anteil der Mittel, die von den Krankenkassen längerfristig in Investmentvermögen gemäß § 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB IV investiert wurde, stieg gegenüber dem Vorjahr von 8,6 % auf 9,3 %. Im Unterschied hierzu hat sich die Anlagestruktur der bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger im Jahr 2013 entwickelt. Rund 63,0 % der liquiden Mittel wurden in Einlagen angelegt. Dies entspricht einer Reduzierung gegenüber dem Vorjahr um 8,0 %-Punkte. Das längerfristige Investmentvermögen gemäß § 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB IV stieg im gleichen Zeitraum von 25,0 % auf 33,0 %.

#### GENEHMIGUNG UND ANZEIGEN VON VERMÖGENSANLAGEN, INSBESONDERE IMMOBILIENMANAGEMENT

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

Mit den sog. „Grundsätzen 85“ hat das Bundesversicherungsamt den Sozialversicherungsträgern einen Leitfaden als Handlungsanweisung für die Genehmigungs- und Anzeigeverfahren im Immobilienbereich zur Verfügung gestellt, der auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes unter der Rubrik „Finanzen und Vermögen“ abrufbar ist. Dieser umfasst neben den Ausführungen zu den verfahrenstechnischen

Fragen und der Erläuterung der für die Prüfung vorzulegenden Unterlagen insbesondere Hinweise zu den Themenkomplexen Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen, Vergaberecht, Vertragsgestaltung von Grunderwerben und Erbbaurechten sowie zu der Bemessung von Büroraumflächen.

Im Jahr 2015 wurde für gemeinnützige Darlehen und Immobilienmaßnahmen ein Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 147,4 Mio. Euro genehmigt bzw. angezeigt:

Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger nach § 85 SGB IV			
Anlagegegenstand	Anlagevolumen in Millionen Euro		
	2013	2014	2015
<b>Genehmigungen</b>			
Darlehen	14,6	35,3	24,4
Grunderwerbe	25,1	29,3	1,1
Baumaßnahmen	121,3	32,8	88,3
<b>Anzeigen</b>			
Zuschüsse	27,5	12,6	28,3
Baumaßnahmen	79,0	52,6	5,3
<b>Summe</b>	<b>267,5</b>	<b>162,6</b>	<b>147,4</b>

In den einzelnen Maßnahmenbereichen wurden 2015 insgesamt 153 Vorgänge bearbeitet (2014: 204 Vorgänge; 2013: 204 Vorgänge):

Maßnahmenbereich	2014	2015
Genehmigungen von Darlehen	109	75
Genehmigungen von Grunderwerben	5	1
Genehmigungen von Baumaßnahmen	12	7
Anzeigen von Zuschüssen	62	68
Anzeigen von Baumaßnahmen	16	2

Im Jahr 2015 hat das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über insgesamt 66 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von 791,5 Mio. Euro geführt (2014: 63 laufende Projekte mit 765,5 Mio. Euro Volumen; 2013: 63 laufende Projekte mit 856,0 Mio. Euro Volumen). Bei zwei Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt 3,9 Mio. Euro hat das Bundesversicherungsamt die Abschlussberichte geprüft (2014: 12 Projekte mit 75,2 Mio. Euro Volumen; 2013: 8 Projekte mit 44,8 Mio. Euro Volumen).

### VORGABEN ZUR FINANZIERUNG DER BETRIEBLICHEN ALTERSVERSORGUNG

Ein weiteres wichtiges Themenfeld ist die Beratung der Sozialversicherungsträger hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben zur Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung. In der Kranken- und Unfallversicherung sollen Kapitalstöcke aufgebaut werden, damit sich künftige Pensionslasten nicht in ohnehin demografisch herausfordernden Zeiten zusätzlich beitragsbelastend auswirken. Ende 2015 haben die bundesunmittelbaren Krankenkassen und Unfallversicherungsträger Deckungskapital zur Finanzierung ihrer betrieblichen Altersversorgung in Höhe von rd. 5 Mrd. Euro gebildet. Aufgrund der andauernden Niedrigzinsphase und damit des deutlich geringer ausfallenden Zinseszinses werden sich die finanziellen Belastungen für die Sozialversicherungsträger in den nächsten Jahren sukzessive erhöhen.



## 2. Teil

Verwaltungsaufgaben für die  
gesamte Sozialversicherung

# 1. Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich

## 1.1 Gesundheitsfonds

### 1.1.1 VERWALTUNG DER EINNAHMEN DURCH DEN GESUNDHEITSFONDS

Das Bundesversicherungsamt verwaltet die Beitragseinnahmen aus dem bundesweit einheitlichen allgemeinen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung als Sondervermögen, dem Gesundheitsfonds. Die Krankenkassen sind zuständig für den Einzug der Beiträge und leiten die eingezogenen Krankenversicherungsbeiträge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. Zur Finanzierung ihrer Ausgaben erhalten sie Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Aufgabe des Gesundheitsfonds ist die Verwaltung von Beiträgen für die gesetzliche Krankenversicherung. Neben den von den Krankenkassen eingezogenen, paritätisch finanzierten Beiträgen aus dem einheitlichen Beitragssatz umfasst dies weitergeleitete Beiträge, wie z.B. Beiträge von Selbstzahlern, Rehabilitanden und aus Versorgungsbezügen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Krankenversicherungsbeiträge für Rentner und die Minijob-Zentrale Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ab. Weitere Direktzahler sind die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassen kommunalen Träger für die Beiträge aus Arbeitslosengeld I und II, die Künstlersozialkasse sowie das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr. Schließlich leistet der Bund den Bundeszuschuss nach § 221 SGB V an den Gesundheitsfonds.

Der Gesundheitsfonds stellt den Krankenkassen zur Finanzierung ihrer Aufgaben die Beitragseinnahmen in Form von Zuweisungen zur Verfügung. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen

- Zuweisungen zur Deckung von Pflichtleistungen (standardisierte Leistungsausgaben) einer Krankenkasse,
- Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen,
- Zuweisungen für Aufwendungen zur Entwicklung und Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme und
- Zuweisungen zur Deckung von Verwaltungsausgaben.

Die Gesamthöhe der Zuweisungen an die Krankenkassen legt das Bundesversicherungsamt im Herbst des Vorjahres verbindlich fest. Grundlage hierfür ist gemäß § 220 Abs. 2 SGB die Schätzung des beim Bundesversicherungsamt gebildeten Schätzerkreises. Mit Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21.7.2014 wurde ab dem 1.1.2015 der Allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von 15,5 % auf 14,6 % abgesenkt. Die Zuweisungen sind in der Summe auf die Höhe der geschätzten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds zu begrenzen, die bedingt durch die Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes geringer ausfallen. Die dadurch entstandene Deckungslücke haben die Krankenkassen durch Erhebung eines kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrages zu schließen.

### 1.1.2 EINKOMMENAUSGLEICH

Damit die unterschiedliche Einkommensstruktur der Mitglieder der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen für einzelne Krankenkassen führt, wurde mit § 270a SGB V ab 2015 ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt. Jede Krankenkasse erhält durch diesen Ausgleich die Einnahmen aus dem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, die sie erzie-

len würde, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder dem Durchschnitt in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprächen.

Das Bundesversicherungsamt hat die Aufgabe erhalten, den Einkommensausgleich durchzuführen und den Krankenkassen die entsprechenden Mittel zuzuweisen.

Die Krankenkassen führen die durch sie erhobenen Zusatzbeiträge ebenso wie die sog. Direktzahler (Deutsche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Optionskommunen, Künstlersozialkasse etc.) unmittelbar an den Gesundheitsfonds ab. Der eigentliche Einkommensausgleich wird wie folgt durchgeführt: Die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V erheben, erhalten vom Bundesversicherungsamt aus dem Gesundheitsfonds die Beträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder in der Höhe, wie er sich auf Basis des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes sowie der voraussichtlichen durchschnittlichen

Das Verfahren ist – entsprechend dem Verfahren des Risikostrukturausgleichs - als monatliches Abschlagsverfahren mit drei Strukturanpassungen und einem abschließenden Jahresausgleich ausgestaltet. Für das Jahr 2015 hatte das Bundesministerium für Gesundheit den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auf 0,9 % sowie die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied auf 1.951,38 Euro auf der Grundlage der Ergebnisse des Schätzerkreises vom 14./15. Oktober 2014 festgelegt. Für das Jahr 2016 betragen der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz 1,1 % und die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied 1.959,68 Euro, Grundlage sind die Ergebnisse der Schätzung vom 13./14. Oktober 2015.

### 1.1.3 SCHÄTZERKREIS

Dem Schätzerkreis gehören Experten des Bundesministeriums für Gesundheit, des GKV-Spitzenverbandes und des Bundesversicherungsamtes an. Er hat u.a. die



beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ermittelt. Durch diesen Einkommensausgleich erhalten Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen einen höheren Betrag vom Gesundheitsfonds als sie abgeführt haben und umgekehrt.

Aufgabe, bis zum 15. Oktober eines Jahres die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen des Folgejahres zu schätzen. Auf der Basis der amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung bewertet er die Entwicklung der

Einnahmen, der Ausgaben sowie der Zahl der Versicherten und Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung des laufenden Jahres und trifft auf dieser Grundlage eine Prognose über die Entwicklung im jeweiligen Folgejahr. Gemäß § 220 Abs. 2 SGB V dient die Schätzung als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V, für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V.

Mit Beginn des Jahres 2015 wurde der einheitliche, allein von den Mitgliedern zu tragende Beitragssatzanteil von 0,9 % abgeschafft und der allgemeine Beitragssatz auf 14,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder abgesenkt. Gleichzeitig wurde der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz eingeführt: Soweit der Finanzbedarf einer der Krankenkassen durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge zu erheben.

Der Zusatzbeitrag ist einkommensabhängig und wird als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen, dem sogenannten kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz, erhoben. Dieser kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz wird in den Satzungen der Krankenkassen festgelegt, eine wichtige Rolle spielt aber auch der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz, der vom Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage der Ergebnisse des Schätzerkreises festgelegt wird. Die Prognosen des Schätzerkreises dienen nicht nur als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes sondern insbesondere für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Darüber hinaus haben sie eine Funktion als wichtige Rahmendaten für die Haushaltsplanung der Krankenkassen. Im Oktober 2015 hat der Schätzerkreis die für 2015 erwarteten Ergebnisse nochmals geschätzt. Dabei stellte sich heraus, dass die Annahmen aus 2014 im Wesentlichen eingetroffen waren. Auf dieser Basis wurde auch die Schätzung für 2016 abgegeben.

Für das Jahr 2016 erwartet der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 206,2 Mrd.

Euro. Aktuelle Konjunkturprognosen wurden bei dieser Schätzung ebenso wie der Bundeszuschuss in Höhe von 14 Mrd. Euro berücksichtigt. Die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen betragen laut Schätzerkreis 220,6 Mrd. Euro.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2016 auf 1,1 % festgesetzt. Bei dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz handelt es sich um eine rechnerische Größe für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt. Die Entwicklung der einzelnen Zusatzbeiträge hängt demgegenüber auch von kassenindividuellen Faktoren ab wie z. B. der Ertragslage und der Höhe der vorhandenen Rücklagen.

Ausführliche Informationen über den Schätzerkreis stellt das Bundesversicherungsamt unter <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/schaetzerkreis.html> zur Verfügung.

#### 1.1.4 FINANZERGEBNISSE DES GESUNDHEITSFONDS

Der Gesundheitsfonds hat das Jahr 2015 mit einem Überschuss der Ausgaben in Höhe von rd. -2,46 Mrd. Euro abgeschlossen, davon entfallen rd. 96,7 Mio. Euro auf den Saldo des Einkommensausgleich. Den Einnahmen in Höhe von rd. 206,17 Mrd. Euro stehen Ausgaben in Höhe von rd. 208,63 Mrd. Euro gegenüber. Von den Einnahmen entfallen rd. 194,79 Mrd. Euro auf Beitragseinnahmen (inklusive Zusatzbeiträge) und rd. 11,38 Mrd. Euro auf sonstige Einnahmen (Bundeszuschuss und Zinsen). Von den Ausgaben entfallen rd. 208,58 Mrd. Euro auf Zahlungen an die Krankenkassen (RSA-Zuweisungen und Zahlungen aus dem Einkommensausgleich) und rd. 51,8 Mio. Euro auf die Netto-Verwaltungskosten. Hierin sind neben der Einzugskosten-Vergütung der Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rd. 36 Mio. Euro auch Kosten für Beitragsprüfungen von 5,8 Mio. Euro, sonstige Vergütungen an andere von rd. 0,7 Mio. Euro sowie DMP-Vorhaltekosten von 1,6 Mio. Euro enthalten. Die originären Verwaltungskosten des Bundesversicherungsamtes belaufen sich auf rd. 7,6 Mio. Euro.

## Rechnungsergebnis 2015 des Gesundheitsfonds in Euro (lt. KJ 1)

Beitragseinnahmen	194.787.166.300
<i>davon aus Zusatzbeiträge:</i>	<i>10.215.295.180</i>
Sonstige Einnahmen (z.B. Bundeszuschuss, Zinsen)	11.380.000.394
<b>Einnahmen gesamt</b>	<b>206.167.166.694</b>
Zahlungen an Krankenkassen	208.578.239.674
<i>davon für Einkommens-</i> <i>ausgleich:</i>	<i>10.303.326.814</i>
Verwaltungskosten	51.752.507
<b>Ausgaben gesamt</b>	<b>208.629.992.181</b>

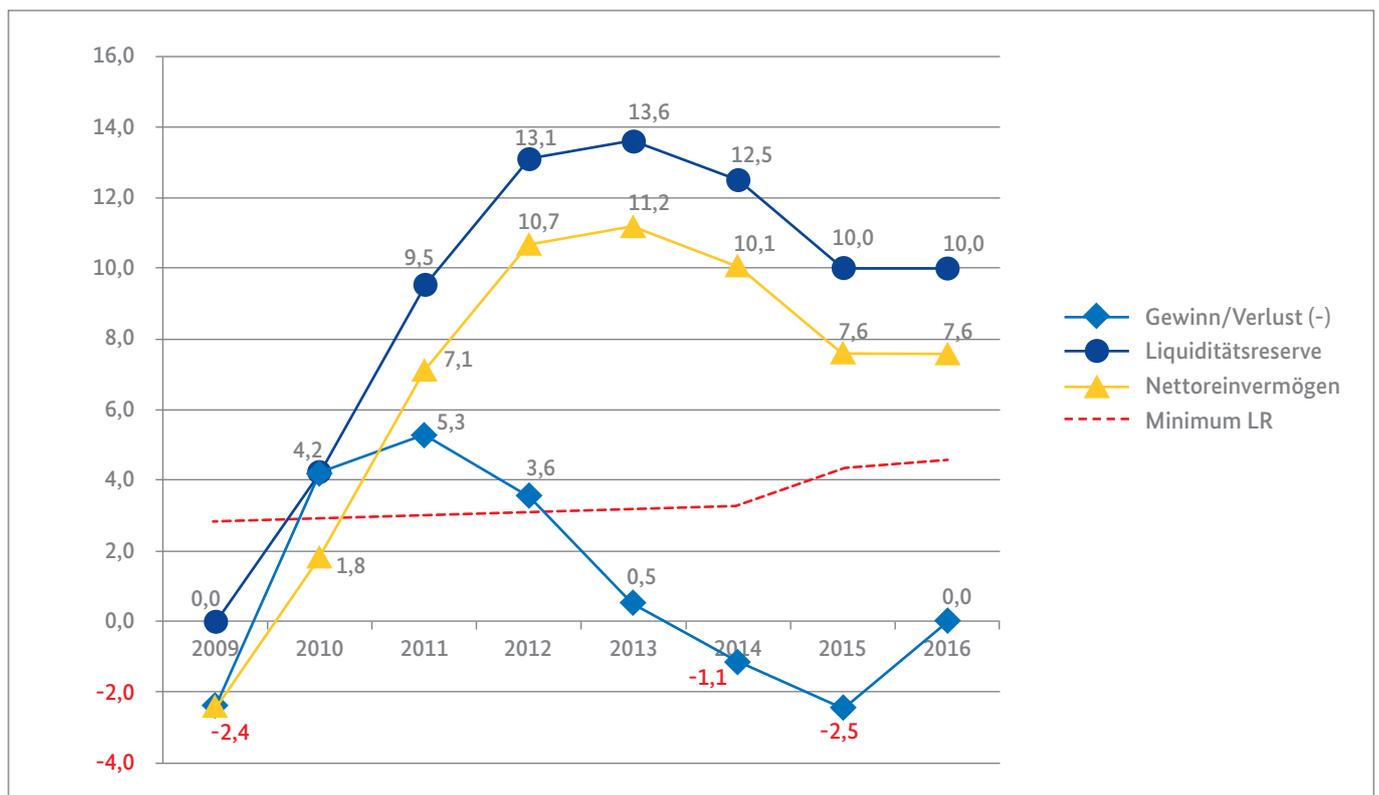
**Überschuss der Einnahmen** -2.462.825.487

Der Ausgabenüberschuss des Jahres 2015 führt zu einem weiteren Abbau des Vermögens des Gesundheitsfonds. Der buchmäßige Wert der Liquiditätsreserve beläuft sich zum 31. Dezember 2015 auf rd. 10,0 Mrd. Euro. Die Liquiditätsreserve stellt auf die liquiden

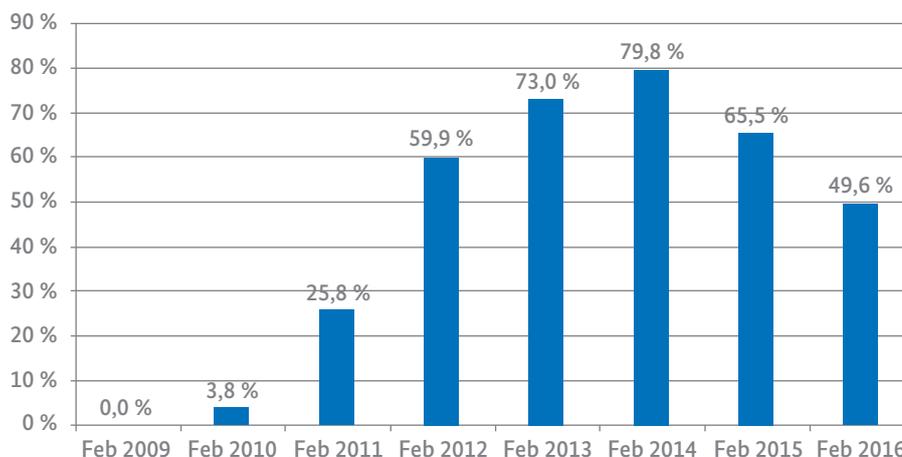
Mittel zu einem bestimmten Stichtag ab und lässt daher das Defizit des Jahres 2009 in Höhe von 2,4 Mrd. außer Acht.

Für das Jahr 2016 erwartet der GKV-Schätzerkreis ein ausgeglichenes Ergebnis.

Die rückläufige Vermögensentwicklung schlägt sich auch im Auszahlungsverfahren des Gesundheitsfonds nieder: Die monatlichen Zahlungen an die Krankenkassen erfolgen regelmäßig im Zeitraum vom 16. des Ausgleichsmonats bis zum 15. des darauf folgenden Monats (= monatsübergreifende Zahlungsperiode), so dass der monatliche Zuweisungsanspruch einer Krankenkasse spätestens zum 15. des Folgemonats erfüllt wird. Innerhalb eines Auszahlungsmonats zahlt der Gesundheitsfonds Teilbeträge auf den monatlich festgestellten Zuweisungsbetrag einer Krankenkasse aus. Dazu schüttet der Gesundheitsfonds arbeitstäglich seine Einnahmen an die Krankenkassen aus. Die konkrete Höhe der täglichen Zuweisungen hängt von der Höhe der täglichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und somit von den Fälligkeitsterminen der verschiedenen Beitragsarten und des Bundeszuschusses ab. Der Gesundheitsfonds verwendet am ersten Tag eines



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



Auszahlungsmonats seine sämtlichen liquiden Mittel zur Auszahlung von Zuweisungen, so dass sich dieser Tag aufgrund des hohen Vermögens des Gesundheitsfonds seit einigen Jahren als der auszahlungsstärkste Tag innerhalb eines Auszahlungsmonats etabliert hat.

Aus der obigen Abbildung wird deutlich, dass aufgrund des Vermögensabbaus des Gesundheitsfonds die Krankenkassen am 1. Tag des Auszahlungsmonats Februar 2016 „nur“ noch 49,6 Prozent ihrer monatlichen Zuweisungssumme erhielten, während dieser Anteil im Februar 2014 noch bei 79,8 % lag. Jedoch kann der Gesundheitsfonds auch weiterhin die zugesagten Zuweisungen deutlich vor Ablauf eines Zuweisungsmonats vollständig auszahlen.

### 1.1.5 SICHERSTELLUNG DER EINNAHMEN DES GESUNDHEITSFONDS

#### Entwicklung der Beitragseinnahmen und Beitragsrückstände

Das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds überwacht die Entwicklung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und bildet seit dem Jahr 2010 die Entwicklung der Beitragsrückstände in der Sozialversicherung für den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (GSV-Beitrag) gegenüber den beteiligten Stellen und dem Bundesrechnungshof nach einheitlich abgestimmten

Kriterien ab. Seit dem 1. Januar 2011 werden zusätzlich die sogenannten Sonstigen Krankenversicherungsbeiträge (bspw. Freiwillige Versicherung, Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr.13 SGB V und Versorgungsbezüge) ausgewiesen. Seit dem 1. Januar 2014 werden die entsprechenden Werte zusätzlich auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes veröffentlicht (<http://www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds/beitragsaufkommen-und-rueckstaende.html>).

Beitragsrückstände sind einheitlich definiert als die Summe aus den laufenden Rückständen (monatlicher Fehlbetrag) und Listenrückständen (im Wesentlichen Bestandswerte). Festzustellen ist, dass sich die Beitragsrückstände im Bereich GSV-Beitrag unauffällig und weitgehend stabil entwickeln. So wurden auch 2015 im Bereich des GSV-Beitrags erneut mehr als 99,6 % aller Beitragsforderungen umgehend realisiert (Soll-Ist-Quote). Im Bereich der sonstigen Krankenversicherungsbeiträge ergibt sich ein differenzierteres Bild, was auf die unterschiedlichen Beitragsarten zurückzuführen ist, die durchschnittliche Soll-Ist-Quote beträgt hier 96 %.

#### Prüfung der Einzugsstellen nach § 28q Abs. 1a SGB IV

Zur dauerhaften Sicherstellung der Beitragseinnahmen wird die Innendienstprüfung des Bundesversicherungsamtes seit dem Jahr 2011 u.a. ergänzt

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

Die entsprechenden Vor-Ort-Prüfungen wurden im Jahr 2015 flächendeckend bei rund 200 geprüften Stellen durchgeführt. Durch die kontinuierliche und auch anlassbezogene Überwachung wird gewährleistet, dass der Sozialversicherung keine vermeidbaren Beitragsverluste entstehen.

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

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds ist u.a. die Berechtigung zur Prüfung der Beitragszahlung für die Bezieher von Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II auf das Bundesversicherungsamt übergegangen.

Im Auftrag des Bundesversicherungsamtes führten auch im Jahr 2015 Prüfteams dreier Krankenkassen und eines Landesverbandes die örtlichen Erhebungen in den Prüfinstitutionen durch.

Insgesamt wurden 38 Jobcenter, davon neun zugelassene kommunale Träger sowie vier Agenturen für Arbeit hinsichtlich der rechtzeitigen und vollständigen Beitragszahlung zur Kranken- und Pflegeversicherung geprüft. Prüfgegenstand waren insbesondere die korrekte Anrechnung beitragspflichtiger Einnahmen sowie die von den Institutionen verwirklichten Erstattungen.

Aus den Prüfungen resultieren ca. 10 Mio. Euro an Beitragsnachforderungen und Säumniszuschlägen. Der auf die Pflegeversicherung entfallene Anteil wird an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung weitergeleitet.

#### **Prüfung der Beiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 SGB V**

Mit Erlass der Prüfverordnung gemäß § 252 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Prüfung der Beiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 SGB V (Prüfverordnung sonstige Beiträge) wurde die Grundlage zur Prüfung der sonstigen Beiträge mit einem Beitragsvolumen von etwa 39 Mrd. Euro im Jahr durch den Gesundheitsfonds und die Prüfdienste der Krankenversicherung geschaffen. Die Prüfungen werden durch den jeweils zuständigen Prüfdienst wahrgenommen. Prüfungsgegenstand sind insbesondere die Beitragsbemessung, -einziehung und -weiterleitung. Neben der Prüfung von Einzelfällen und der Weiterleitungsprüfung können die Prüfdienste auch systematische Fehler feststellen. Aktuell hat das Bundesversicherungsamt in Abstimmung mit den Prüfdiensten den Prüfungsschwerpunkt auf der Feststellung von Einzelfallfehlern und Fehlern in der Beitragsweiterleitung gelegt.

Die Ergebnisse der Prüfungen werden an den Gesundheitsfonds übermittelt, der gegenüber den Krankenkassen nach erfolgter Anhörung die Bescheide erteilt und die festgestellten Schäden und den Schadenersatz geltend macht.

Im Jahr 2015 wurden dem Gesundheitsfonds von den Prüfdiensten der Krankenversicherung insgesamt 50 Prüfberichte zugeleitet. Bei allen Prüfberichten hat der Gesundheitsfonds das Verwaltungsverfahren eingeleitet und ggf. die entsprechenden Bescheide erlassen.

## **1.2 Risikostrukturausgleich**

### **1.2.1 GRUNDLAGEN**

Neben der Gesamthöhe der Zuweisungen muss auch festgelegt werden, welchen Anteil die einzelnen Krankenkassen an den Zuweisungen erhalten. Um dabei dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung zu tragen, führt das Bundesversicherungsamt einen Risikostrukturausgleich (RSA) durch, an dem alle gesetzlichen

Krankenversicherungsträger mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen teilnehmen.

Der Grundgedanke des RSA ist, die finanziellen Folgen der Ungleichverteilung der Morbiditätsrisiken und der Familienlasten zwischen den Krankenkassen auszugleichen. Bei Einführung des RSA im Jahr 1994 waren allein Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus als Morbiditätsrisiken zu berücksichtigen. Seit dem Jahr 2009 wird der RSA um Morbiditätszuschläge für 80 Krankheiten ergänzt. Die Morbidität der Versicherten wird dabei auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen erfasst.

Jede Krankenkasse erhält für jeden ihrer Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen erwarteten Ausgaben je Versicherten. Diese Grundpauschale wird durch ein System alters-, geschlechts- und risikoadjustierter Zu- und Abschläge an den individuellen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse angepasst. Konkret sind dies

- alters- und geschlechtsadjustierte Zu- und Abschläge für 40 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG),
- risikoadjustierte Zuschläge für sechs Erwerbsminderungsgruppen (EMG),
- risikoadjustierte Zuschläge für 192 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) (im Jahr 2015),
- Krankengeldzuschläge differenziert nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentenstatus sowie
- gesonderte Regelungen zur Ermittlung der Zuschläge für Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben, und Zuschläge für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland.

Das Bundesversicherungsamt berechnet die Höhe der Zuweisungen und führt den Zahlungsverkehr durch (§ 39 Abs. 1 RSAV). Das Verfahren ist als monatliches Abschlagsverfahren mit drei Strukturanpassungen und einem abschließenden Jahresausgleich ausgestaltet. Die Berechnung der individuellen Zuweisungen je Krankenkasse fußt gem. § 266 Abs. 6 SGB V auf kasseneinheitlichen Werten, die jährlich vom Bundesversicherungsamt ermittelt und bekannt gegeben

werden. Dies sind insbesondere die Grundpauschale, die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge, die standardisierten Verwaltungsausgaben je Versicherten und die standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen.

## 1.2.2 MONATLICHES ABSCHLAGSVERFAHREN 2015

### Bekanntgabe der Berechnungswerte

Die Berechnungswerte für 2015 hatte das Bundesversicherungsamt bereits mit der „Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2015“ am 14. November 2014 veröffentlicht. Die Grundpauschale je Versicherten wurde für 2015 mit monatlich rund 233 Euro ermittelt.

### Monatliche Zuweisungen

Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als monatliche Abschlagszahlungen. Dabei findet jeden Monat eine Anpassung an veränderte Versichertenzahlen statt. Die Auszahlungen aus dem Gesundheitsfonds beginnen jeweils zum 16. des entsprechenden Monats und werden spätestens bis zum 15. des Folgemonats vollständig erfüllt.

### Strukturanpassungen

Im Zeitverlauf ändern sich nicht nur die Versichertenzahlen der Krankenkassen, sondern auch die jeweiligen Versichertenstrukturen. Diese Veränderungen werden im Rahmen der Strukturanpassungen berücksichtigt. Dabei wird nicht nur die Höhe der zukünftigen Zuweisungen angepasst, sondern rückwirkend werden auch die bislang geleisteten Zuweisungen neu ermittelt. Die Strukturanpassungen erfolgen jeweils im März und September des Ausgleichsjahres und im März des Folgejahres.

Die folgende Tabelle zeigt die Zuweisungen 2015 nach der zweiten Strukturanpassung. Die Zuweisungen für das Ausgleichsjahr 2015 werden nochmals im Rahmen der dritten Strukturanpassung im März 2016 und endgültig im Rahmen des Jahresausgleichs im November 2016 angepasst.

### Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2015 (einschließlich 1. und 2. Strukturanpassung)

Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 40 RSAV	Gesamt
AOK	75,4 Mrd. €	3,8 Mrd. €	0,341 Mrd. €	0,403 Mrd. €	-3,9 Mrd. €	76,1 Mrd. €
BKK	29,4 Mrd. €	1,6 Mrd. €	0,162 Mrd. €	0,123 Mrd. €	-1,8 Mrd. €	29,5 Mrd. €
VdEK	72,4 Mrd. €	3,9 Mrd. €	0,370 Mrd. €	0,308 Mrd. €	-4,3 Mrd. €	72,6 Mrd. €
IKK	13,4 Mrd. €	0,8 Mrd. €	0,075 Mrd. €	0,059 Mrd. €	-0,9 Mrd. €	13,5 Mrd. €
KBS	6,7 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,024 Mrd. €	0,040 Mrd. €	-0,3 Mrd. €	6,7 Mrd. €
<b>GKV</b>	<b>197,2 Mrd. €</b>	<b>10,3 Mrd. €</b>	<b>0,972 Mrd. €</b>	<b>0,933 Mrd. €</b>	<b>-11,2 Mrd. €</b>	<b>198,3 Mrd. €</b>

Zum 1. Januar 2015 wurde der Allgemeine Beitragsatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von 15,5 % auf 14,6% abgesenkt. Aufgrund der dadurch bedingten geringeren Einnahmen des Gesundheitsfonds waren die Zuweisungen in der Summe auf die Höhe der Einnahmen des Gesundheitsfonds zu begrenzen. Dies wurde mittels der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen in Form einer Kürzung bereits im monatlichen Abschlagsverfahren vollzogen. Die entstandene Deckungslücke haben die Kranken-

kassen durch Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages zu schließen.

#### 1.2.3 JAHRESAUSGLEICH 2014

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2014 der Krankenkassen wurden im November 2015 die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (RSA) im Jahresausgleich 2014 endgültig festgestellt und der Ausgleichsbetrag für Zuweisungen 2014 unter

### Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2014

Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen – Pandemie	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 41 RSAV	Gesamt
AOK	72,2 Mrd. €	3,6 Mrd. €	0,348 Mrd. €	0,394 Mrd. €	-0,283 Mrd. €	76,4 Mrd. €
BKK	28,0 Mrd. €	1,6 Mrd. €	0,165 Mrd. €	0,116 Mrd. €	-0,131 Mrd. €	29,7 Mrd. €
VdEK	69,1 Mrd. €	3,7 Mrd. €	0,376 Mrd. €	0,290 Mrd. €	-0,311 Mrd. €	73,1 Mrd. €
IKK	12,9 Mrd. €	0,7 Mrd. €	0,078 Mrd. €	0,056 Mrd. €	-0,062 Mrd. €	13,7 Mrd. €
KBS	6,5 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,025 Mrd. €	0,039 Mrd. €	-0,022 Mrd. €	6,8 Mrd. €
<b>GKV</b>	<b>188,6 Mrd. €</b>	<b>9,9 Mrd. €</b>	<b>0,991 Mrd. €</b>	<b>0,894 Mrd. €</b>	<b>-0,810 Mrd. €</b>	<b>199,6 Mrd. €</b>

Anrechnung der im monatlichen Verfahren ausbezahlten Abschlagszahlungen festgesetzt. Insgesamt wurden den Krankenkassen rund 199,6 Mrd. Euro zugewiesen. Die endgültige Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten ist der folgenden Übersicht zu entnehmen.

Dem zugesagten Zuweisungsvolumen für 2014 in Höhe von rund 199,6 Mrd. Euro standen tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von mehr als 200,4 Mrd. Euro gegenüber. Im Gegensatz zum Jahresausgleich 2013, bei dem in der Summe 2,4 Mrd. Euro mehr als die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen ausgeschüttet wurde, ergab sich im Jahresausgleich 2014 eine Unterdeckung. In der Summe über alle Krankenkassen deckte das zugesagte Zuweisungsvolumen 99,6 % der Ausgaben. Daher kam es zu einer mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen in Form einer Kürzung in Höhe von rund 0,8 Mrd. Euro insgesamt bzw. 15,43 Euro je Mitglied.

Wie vom Gesetzgeber vorgegeben, hat das Bundesversicherungsamt zeitgleich mit dem Jahresausgleich 2014 auch eine Korrektur des Vorjahres durchgeführt. Hierbei erfolgte eine Neuberechnung von Zuweisungen auf Grundlage der Korrekturmeldungen der Krankenkassen von Versichertentagen und –status für das Jahr 2013. In diesem Bereich können sich aus verschiedenen Gründen auch nachträglich noch Änderungen ergeben. Das Verfahren ermöglicht daher eine einmalige Korrektur dieser Daten.

#### 1.2.4 WEITERENTWICKLUNG

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

- die Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten,
- die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen,

- das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und
- das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge.

Bei diesen Fragen wird das Bundesversicherungsamt vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beraten. Im Jahr 2015 wurden die Beiratsmitglieder vom Bundesministerium für Gesundheit neu berufen. Dem Beirat gehören Prof. Dr. Saskia Drösler, Prof. Dr. Edeltraut Garbe, Prof. Dr. Joerg Hasford, Dr. Ingrid Schubert, Prof. Dr. Volker Ulrich, Prof. Dr. Jürgen Wasem (Vorsitzender) und Prof. Dr. Eberhard Wille an.

Dem Wissenschaftlichen Beirat obliegt die jährliche Überprüfung der Auswahl der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten. Das Ergebnis dieser Überprüfung stellt eine Empfehlung dar, auf dessen Grundlage das Bundesversicherungsamt die entsprechenden Festlegungen nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes zu treffen hat.

Basierend auf den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats für die im Ausgleichsjahr 2016 zu berücksichtigenden Krankheiten wurde am 30. Januar 2015 der erarbeitete Festlegungsentwurf in das vorgesehene Anhörungsverfahren gegeben. Nach Auswertung der Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes und weiterer Verbände und Institutionen hat das Bundesversicherungsamt am 15. April 2015 die nach § 31 Absatz 1 Satz 2 RSAV zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016 festgelegt und bekannt gegeben.

Schaubild: Von der Diagnose zum Risikozuschlag



Weiter werden nach den Grundsätzen des § 29 RSAV mit dem vom Bundesversicherungsamt festzulegenden Versichertenklassifikationsmodell Risikozuschläge auf der Grundlage von Diagnosen und verordneten Arzneimitteln bzw. deren Arzneimittelwirkstoffen ermittelt. Der Wissenschaftliche Beirat hat in seiner Sitzung am 22. Juni 2015 einen Vorschlag für die Anpassung des vom Bundesversicherungsamt ausgewählten Modells beraten und beschlossen. Der auf Grundlage der Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats erarbeitete Entwurf zur Anpassung des Klassifikationsmodells für 2016 wurde am 10. Juli 2015 durch das Bundesversicherungsamt veröffentlicht und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes am 30. September 2015 als Festlegung für das Ausgleichsjahr 2016 bekannt gegeben.

Weitergehende Informationen zum RSA werden im Internet unter [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) > Risikostrukturausgleich zur Verfügung gestellt.

### 1.2.5 GUTACHTEN ZU AUSLANDSVERSICHERTEN/ KRANKENGELD

In seinem im Jahr 2011 veröffentlichten Evaluationsbericht hatte der beim Bundesversicherungsamt angesiedelte „Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“ auf Verbesserungspotenziale bei den Zuweisungen für die Krankengeldausgaben der Krankenkassen sowie bei den Zuweisungen für Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland („Auslandsversicherte“) hingewiesen.

Für die Ermittlung der Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, greift das Bundesversicherungsamt auf die Diagnosen und Arzneimittelverordnungen, die für die einzelnen Versicherten gestellt werden, zurück. Bei den „Auslandsversicherten“ liegen diese Daten allerdings nicht (bzw. nur unvollständig) vor. Daher haben die Krankenkassen für Versicherte im Ausland in der Vergangenheit

Zuweisungen erhalten, die sich an der Höhe der Ausgaben der „Inlandsversicherten“ gleichen Alters bzw. Geschlechts orientieren. Der Wissenschaftliche Beirat hatte allerdings darauf hingewiesen, dass dieses Verfahren zu einer (z.T. deutlichen) Überdeckung der Auslandsversicherten führt und aus diesem Grund vorgeschlagen, die Höhe der Zuweisungen für diese Personen auf die Höhe der von den Krankenkassen GKV-weit gebuchten Gesamtaufwendungen für Leistungen im Ausland zu begrenzen. Zudem, so der Beirat, müsse die Transparenz im Bereich der Rechnungslegung und der Datenerhebung für die Auslandsversicherten deutlich verbessert werden, da dies die Voraussetzung für Regelungen sei, die zu zielgenaueren Zuweisungen führen könnten.

Auch im Bereich der Zuweisungen für das Krankengeld hatte der Beirat weiteren Anpassungs- und Forschungsbedarf angemahnt. Verglichen mit den Zuweisungen für andere Ausgabenbereiche (etwa für die Leistungsausgaben im Bereich der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheken) erreicht die bisherige Systematik eine deutlich niedrigere Zielgenauigkeit. In Anbetracht der Ergebnisse für die analysierten Modellalternativen war der Beirat jedoch zu dem Ergebnis gekommen, dass ein Abweichen vom bisherigen Verfahren nicht angezeigt sei, sondern noch erheblicher Forschungsbedarf bezüglich der Möglichkeiten zur Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten beziehungsweise der damit verbundenen Ausgaben bestünde.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) haben Gesetz- und Verordnungsgeber zwischenzeitlich auf die Erkenntnisse des Gremiums reagiert und durch eine am 1. August 2014 in Kraft getretenen Änderung des § 269 Abs. 3 SGB V (sowie die zeitgleich vollzogene Anpassung des § 33 Abs. 3 RSAV) das Bundesversicherungsamt mit der Vergabe zweier „explorativer“ Gutachten beauftragt, die sich näher mit den vom Wissenschaftlichen Beirat aufgeworfenen Fragestellungen auseinandersetzen sollten. Die Gutachten ergänzen die Sonderregelungen zur Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte nach § 269 Absatz 1 und 2 SGB V. Mit Hilfe

dieser Gutachten sollen Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen in diesen Bereichen geschaffen werden. Die Auftragserteilung erfolgte nach Abschluss eines Verfahrens zur freihändigen Vergabe mit öffentlichem Teilnahmewettbewerb im Januar 2015 für beide Gutachten an den Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen.

Zwischenzeitlich liegen beide Gutachten vor und sind auf der Internetseite des Bundesversicherungsamts abrufbar.

Die Ergebnisse der beiden Expertisen sollen die Grundlage für nachfolgende Gutachten zur Prüfung konkreter Modelle zur Verbesserung der Zuweisungssystematik schaffen.

#### 1.2.6 GERICHTSVERFAHREN ZUM RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

Die zur sog. Verstorbenenproblematik ab September 2012 entstandene Klagewelle (konkret ging es um die Frage der Behandlung der Kosten für unterjährig Verstorbene im Regressions- und Berechnungsverfahren für die Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds) kann nunmehr als weitestgehend erledigt betrachtet werden. Die streitigen Rechtsfragen waren vom Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen und vom Bundessozialgericht 2013 bzw. 2014 durch mehrere Urteile entschieden worden. Vor allem in Folge der 2015 fortgesetzten Abwicklung von Rechtsstreiten zum Risikostrukturausgleich ist der Bestand an entsprechenden Rechtsstreiten von 61 zu Beginn des Jahres auf 14 Verfahren am Ende des Jahres zurückgegangen.

Bereits zum Ende des Jahres 2014 waren Bescheide des Bundesversicherungsamtes zum Jahresausgleich 2013 von einzelnen Krankenkassen beklagt worden. Die Klagen richten sich gegen die Umsetzung der Neuregelung des GKV-FQWG zur Berechnung der Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld durch das Bundesversicherungsamt. Entsprechende

Klagen gegen die Bescheide zum Jahresausgleich 2014 folgten Ende des Jahres 2015. Die Neuregelungen des GKV-FQWG waren mit Wirkung vom 1. August 2014 in Kraft getreten. Das Bundesversicherungsamt hatte zur Umsetzung dieser Neuregelungen in den Jahresausgleichen für die Jahr 2013 und 2014 die für jedes Ausgleichsjahr vorab vorzunehmenden Festlegungen (§ 31 Abs. 4 RSAV) jeweils unterjährig an die geänderte Rechtslage angepasst. Mit Urteil vom 29. Oktober 2015 hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen der Klage einer Ortskrankenkasse betreffend den Zuweisungen für Auslandsversicherte im Jahresausgleich 2013 erstinstanzlich stattgegeben. Aufgrund der durch das Bundesversicherungsamt eingelegten Revision beim Bundessozialgericht ist das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen jedoch nicht rechtskräftig geworden.

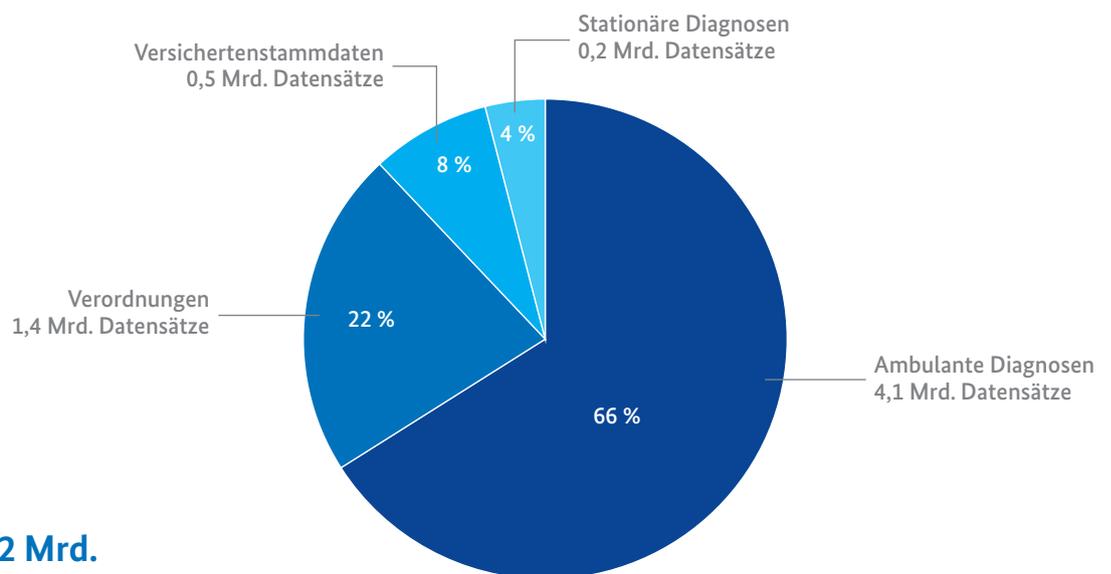
## 1.2.7 SICHERUNG DER DATENGRUNDLAGEN FÜR DEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

Grundlage für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind umfängliche Datenmeldungen der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt, die sämtliche abgerechneten ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen umfassen. Insgesamt wurden im Jahr 2015 über sechs Mrd. Datensätze angenommen und verarbeitet.

### Prüfung der Datenmeldung nach § 273

Im Rahmen des § 273 SGB V überprüft das Bundesversicherungsamt die Zulässigkeit dieser Morbiditätsdaten. Das dreistufige Verfahren, das die Verwendung manipulierter Daten im RSA verhindern soll, setzt sich

Schaubild: Datenlieferung 2015



Datensätze gesamt: **6,2 Mrd.**

aus Auffälligkeitsprüfungen, Einzelfallprüfungen sowie ggf. der Erhebung eines Korrekturbetrages zusammen.

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2015 die Daten des Berichtsjahres 2010 gemäß § 273 Abs. 1 Satz 1 SGB V auf Auffälligkeiten überprüft und auf dem Wege von Einzelfallprüfungen nach § 273 Abs. 3 Satz 1 SGB V ab September 2015 bei insgesamt 50 Kassen die Aufklärung der festgestellten Auffälligkeiten begonnen. Die Bewertung der einzelnen Sachverhalte dauert noch an. Ein weiterer Fokus der Prüftätigkeit im Jahr 2015 lag auf selektivvertraglichen Vergütungsregelungen, die gezielt „Kodieranreize“ bei Leistungserbrin-

sen dem Gesundheitsfonds zu und wurden im Herbst 2015 im Rahmen des Jahresausgleichs 2014 an die GKV ausgeschüttet.

#### **Prüfung der Datenmeldungen nach § 42 RSAV**

Die Regelung nach § 42 RSAV, die seit 2013 stufenweise umgesetzt wird, gibt eine zweigliedrige Prüfung der RSA-Datenmeldungen in den Bereichen „Versicherungszeiten“ (§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV) und „Morbiditätsdaten“ (§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV) vor. Im jährlichen Wechsel werden diese Bereiche von den Prüfdiensten des Bundes und der Länder anhand von



gern setzen und so indirekt auf die Dokumentation von Diagnosen Einfluss nehmen. Um sicherzustellen, dass die Ausgestaltung der Selektivverträge nicht dem Ziel dient, Einfluss auf die Datenmeldungen im RSA zu nehmen, hat das Bundesversicherungsamt, auch unter aufsichtsrechtlichen Gesichtspunkten, diese Thematik weiterhin im Blick und setzt sich für eine einheitliche Bewertung entsprechender Verträge durch Bund- und Landesaufsichten ein.

Das Bundesversicherungsamt hat Anfang des Jahres 2015 in sechs Fällen Korrekturbescheide aufgrund von Verfahren nach § 273 SGB V erlassen. Damit wurden Einzelfallprüfungen abgeschlossen, die in den Jahren 2013 und 2014 eingeleitet worden waren. Die daraus erzielten Einnahmen in Höhe von rund 17 Mio. € flos-

Stichproben überprüft. Liegen die Fehlerquoten für eine Krankenkasse in der ersten Stufe über den festgelegten Schwellenwerten, wird eine weitere Stichprobe gezogen und abermals vor Ort überprüft, um das Prüfergebnis zu validieren (sog. Stufe 2). Liegen die gefundenen Fehler weiterhin oberhalb der Schwellenwerte, wird aus dem Prüfergebnis für die Gesamtstichprobe ein Korrekturbetrag hochgerechnet. Für die Durchführung von Stichproben- und Hochrechnungsverfahren ist das Bundesversicherungsamt für alle bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen zentral zuständig.

Im ersten Halbjahr 2015 gingen beim Bundesversicherungsamt nach und nach die Rückmeldungen der Prüfdienste aus der ersten Vor-Ort-Prüfung im

Bereich Versichertenzeiten für das Ausgleichsjahr 2010 ein. Nach Auswertung dieser sog. „Rückmeldesatzarten“ konnte das Bundesversicherungsamt im August 2015 nach vorheriger Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und der Prüfdienste das für die Stufe 1 bereits spezifizierte Stichproben- und Hochrechnungsverfahren auch für die Stufe 2 und damit vollständig ausgestalten. Im Dezember 2015 teilte das Bundesversicherungsamt den Krankenkassen flächendeckend die Prüfergebnisse der Stufe 1 mit (zwei Krankenkassen, deren Rückmeldesatzarten Ende 2015 noch ausstanden, wurden hiervon ausgenommen): Für 129 Krankenkassen konnte die Prüfung in Stufe 1 beendet werden, weil die geltenden Fehlerquoten nicht überschritten wurden. Nur bei zwei Krankenkassen wurden die Schwellenwerte überschritten, so dass sich eine Prüfung in Stufe 2 anschließt. Die bereits aus den Prüfungen nach § 15a RSAV für den Alt-RSA bescheinigte hohe Datenvalidität im Bereich Versichertenzeiten wird damit auch für den Morbi-RSA bestätigt. Mit einer weiteren Stichprobenziehung im November 2015 hat das Bundesversicherungsamt bereits den zweiten Prüfturnus im Bereich Versichertenzeiten eingeleitet, diesmal für das Ausgleichsjahr 2011.

Demgegenüber dauert der erste Prüfturnus im Bereich Morbiditätsdaten, der sich ebenfalls auf das Ausgleichsjahr 2010 richtet und Ende des Jahres 2014 vom Bundesversicherungsamt eingeleitet wurde, nach wie vor an. Im Dezember 2015 lagen dem Bundesversicherungsamt noch keine Rückmeldesatzarten seitens der Prüfdienste vor. Das Bundesversicherungsamt hat daraufhin die Aufbewahrungsfristen für die der Prüfung zugrunde liegenden Daten des Berichtsjahrs 2009 über die regulären sechs Jahre hinaus verlängert. Die seitens der Prüfdienste festgestellten Prüfergebnisse sind in der Zwischenzeit fast vollständig beim Bundesversicherungsamt eingegangen. Aus den Vorerfahrungen der im Jahr 2014 durchgeführten Pilotprüfungen erwartet das Bundesversicherungsamt auch bei den Morbiditätsdaten insgesamt geringe Fehlerquoten und eine hohe Validität der Daten.

### **Nacherfassung von Diagnosedaten/ „Kodierberatungen“**

Bereits im Tätigkeitsbericht für das Jahr 2014 (S. 120 ff.) hat das Bundesversicherungsamt ausführlich über Aktivitäten einzelner Krankenkassen berichtet, bei denen es darum ging, unter Berufung auf Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen im Nachhinein zusätzliche Diagnosedaten zu erfassen. Hierbei waren entsprechend der Morbiditätsorientierung des RSA in erheblichem Umfang Daten betroffen, denen Einfluss auf die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zukommt. In einigen Fällen sind die hier angesprochenen Strategien zur „Diagnoseprüfung“ und -korrektur bzw. -ergänzung seitens der Krankenkassen zusammen mit oder auf Initiative von Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelt bzw. durchgeführt worden.

Im Unterschied zum Tätigwerden als RSA-Durchführungsbehörde, die sich kraft der Befugnis nach § 273 SGB V mit der Sicherung der Datengrundlagen für die Durchführung des RSA befasst, geht es dem Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Krankenkassen darum, sicherzustellen, dass geltendes Recht beachtet wird. Die zu diesem Zwecke v.a. im Hinblick auf den Umgang mit Leistungsdaten (§§ 295 ff. SGB V) eingeleiteten Verfahren konnten im Jahr 2015 überwiegend abgeschlossen werden. Bis auf einen Versicherungsträger haben sämtliche Krankenkassen, denen gegenüber ein aufsichtsrechtliches Verfahren eingeleitet wurde, schriftlich versichert, keine auf eine Nacherfassung hin ausgerichteten Diagnoseprüfungen mehr vorzunehmen. In dem verbliebenen Fall hat das Bundesversicherungsamt die Krankenkasse aufsichtsrechtlich beraten und schließlich einen Verpflichtungsbescheid erlassen. In einem weiteren Fall wurde das Verfahren an die für die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde abgegeben, da konkrete Anhaltspunkte für ein Handeln der Krankenkasse selbst nicht eindeutig ermittelt werden konnten.

Darüber hinaus hatte sich die Aufsichtsbehörde mit Fällen von „Kodierberatungen“ für Ärzte durch Mitarbeiter von Krankenkassen bzw. von deren Dienstleistern zu befassen. So erreichte das Bundesversicherungsamt eine Beschwerde über das Angebot eines spezifischen Vor-Ort-Beratungskonzepts, das gekennzeichnet war von einer auffälligen Konzentration auf „HMG-fähige“ Diagnosen (HMG = Hierarchisierte Morbiditätsgruppen im RSA); es beinhaltete Falllistenbesprechungen und eine Veränderungsdokumentation. Auf Nachfrage des Bundesversicherungsamtes stellte sich jedoch heraus, dass die Krankenkassen, die ein solches Angebot erhalten hatten, nicht darauf eingegangen waren, so dass sich eine Prüfung im Einzelnen erübrigte. In einem davon deutlich zu unterscheidenden Fall wurde eine Beratung von Ärzten nach Umstellung auf vollständig anonyme Datenbeispiele und unter Ausschluss einer Veränderung bereits dokumentierter Diagnosen nicht beanstandet.

Insgesamt ist eine Tendenz zu erkennen, der zufolge korrigierende „Interventionen“ im Hinblick auf bereits übermittelte Leistungsdaten eher zurückgehen, wohingegen „Beratungskonzepte“ oder auch selektivvertragliche Abrechnungsbestimmungen in Anknüpfung an die Diagnosedokumentation in den Vordergrund zu rücken scheinen. Hier ist nach bisheriger Erfahrung eine genaue Betrachtung des jeweiligen Sachverhalts angezeigt, die zu einer differenzierenden Bewertung führen kann. Das Bundesversicherungsamt wird sich mit der Thematik auch weiterhin befassen.



## 2. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

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

### 2.1. Zulassungsstand

Derzeit sind insgesamt 9.966 Programmzulassungen mit über 7,7 Mio. eingeschriebenen Versicherten – von denen 1,1 Mio. an mehr als einem DMP teilnehmen – erteilt (Ende 2014: 9.917 Programme mit über 7,5 Mio. Versicherten; Ende 2013: 10.501 Programme<sup>3</sup> mit über 7,3 Mio. Versicherten). Bei allen Indikationen steigen weiterhin die Teilnehmerzahlen an – mit Ausnahme von Brustkrebs, bei der die Teilnahmen stagnieren. Bei der teilnehmerstärksten Indikation Diabetes mellitus Typ 2 wurde im Mai 2015 erstmals die Grenze von 4 Mio. eingeschriebenen Versicherten überschritten.

<sup>3</sup> Der Rückgang der „zugelassenen Programme“ resultiert aus der zurückgehenden Zahl der Krankenkassen aufgrund von Fusionen.

Indikation	Zulassungen	Teilnahmen an DMP
Asthma bronchiale	1.684	884.109
Brustkrebs	1.620	111.315
COPD	1.695	712.709
Diabetes mellitus Typ 1	1.565	183.173
Diabetes mellitus Typ 2	1.723	4.042.844
KHK	1.679	1.788.605
<b>Insgesamt</b>	<b>9.966</b>	<b>7.722.755</b>

Stand: 31. Dezember 2015

Vor dem Hintergrund des zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) – das die unbefristete Zulassung der Behandlungsprogramme eingeführt hat – sind im Jahr 2015 weitere strukturierte Behandlungsprogramme auf Antrag entfristet worden. Damit sind fast alle (99,95 %) der ca. 10.000 Programme entfristet.

## 2.2 Auswirkungen rechtlicher Entwicklungen

### VERTRAGSANPASSUNGEN

Zum 1. Juli 2014 ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft getreten, mit der die bisherigen Regelungen zu den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1) und Koronare Herzkrankheit (KHK) aus den Anlagen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) in die G-BA-Richtlinien überführt wurden. Insoweit mussten die Krankenkassen im Rahmen der einjährigen Anpassungsfrist gemäß § 137g Abs. 2 Satz 1 SGB V bis zum 30. Juni 2015 ihre Verträge an die Rechtsänderungen anpassen. Auch für die übrigen Indikationen ergab sich aufgrund der Änderungen der

Regelungen zur Evaluation und zu den Qualitätsberichten Anpassungsbedarf bei den von den Krankenkassen geschlossenen Verträgen. Das Bundesversicherungsamt als Zulassungsbehörde hatte damit die Aufgabe zu überprüfen, ob die Anpassungen an die neuen Regelungen innerhalb der Umsetzungsfristen rechtskonform vorgenommen wurden. Im Rahmen der Rechtsanpassung legten die Krankenkassen für alle Regionen fristgerecht ihre überarbeiteten Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Datenstellen vor. Insgesamt konnte das Bundesversicherungsamt bei der Prüfung eine fristgerechte und rechtskonforme Rechtsanpassung der betroffenen Verträge feststellen.

### STANDARDISIERTE QUALITÄTSBERICHTE

Zum 1. Oktober 2015 mussten die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt erstmals standardisierte Berichte zur Qualitätssicherung in den Behandlungsprogrammen vorlegen, und zwar für die beiden Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Koronare Herzerkrankungen (DM 1: 1.556; KHK: 1.674 Zulassungen). Die Vorlage der Qualitätsberichte ist eine Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der jeweiligen Programmzulassung. Das Bundesversicherungsamt hat vorab mit den Krankenkassen Musterberichte abgestimmt. Jede Krankenkasse hat für jede ihrer Zulassungen in jeder Region einen Bericht vorgelegt, wobei diese Berichte allerdings nach Kassenarten bzw. dienstleisterweise gebündelt wurden. Das Bundesversicherungsamt prüfte, ob alle Krankenkassen einen Bericht vorgelegt hatten und die gemäß der vom G-BA erlassenen DMP-Anforderungen-Richtlinie geforderten Inhalte abgebildet waren. Eine qualitative Bewertung („Wie gut wurden die vereinbarten Qualitätsziele erreicht?“) sieht die Richtlinie ausdrücklich nicht vor. Es soll den Krankenkassen selbst überlassen bleiben, aus der Auswertung ihrer Qualitätsberichte notwendige Konsequenzen zu ziehen.

## DMP – PERSPEKTIVEN

Schon länger wird diskutiert, die bestehenden sechs DMP-Indikationen zu ergänzen. Durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) wurde eine Regelung in § 137f Abs. 1 SGB V eingeführt, nach der der G-BA bis zum 31. Dezember 2016 neue geeignete Krankheiten im Rahmen der DMP festlegen soll. Insbesondere sollen für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen entsprechende Richtlinien erlassen werden. Infolgedessen hat der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiG) beauftragt, Leitlinienrecherchen zu den möglichen neuen Indikationen Herzinsuffizienz, rheumatoide Arthritis, Osteoporose, chronischer Rückenschmerz und Depression durchzuführen. Inzwischen hat der G-BA mit den Beratungen zu Herzinsuffizienz und chronischem Rückenschmerz begonnen.

### 2.3 DMP-Eingaben in 2015

Die Eingaben im Bereich DMP bezogen sich 2015 weitestgehend auf Beschwerden von Versicherten bezüglich der vorzeitigen bzw. zeitweiligen Beendigung ihrer Teilnahme am jeweiligen DMP durch die Krankenkasse. Weiterhin wandte sich eine Eingabe gegen die Weitergabe von medizinischen Daten an die für das Reminding engagierten Dienstleister. Die Ermittlungen des Bundesversicherungsamtes ergaben, dass die Vorgehensweise der Krankenkassen in keinem der überprüften Fälle zu beanstanden war. Die Krankenkassen waren - unabhängig von der Ursache der fehlenden Dokumentationen - aufgrund der geltenden Rechtslage verpflichtet, die gesetzlichen Vorgaben zur Teilnahmebeendigung einzuhalten (§ 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV). Bezüglich der Weitergabe von medizinischen Daten ergaben die Ermittlungen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Einschreibung die Einwilligungserklärung zur Verarbeitung und Nutzung der im Programm erhobenen Daten unterschrieben hatte. Nach Beendigung seiner DMP-Teilnahme wurden die Daten vertragsgemäß gelöscht.



## 3. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung

### 3.1 Finanzentwicklung

Das Bundesversicherungsamt ist als Verwaltungsbehörde in vielfältiger Weise in die Finanzierung aller Pflegekassen, bzw. in die Förderung von Weiterentwicklungen im Bereich der Pflegekassen eingebunden. Das Bundesversicherungsamt überwacht die finanzielle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung und berichtet monatlich die Zahlen an das Bundesministerium für Gesundheit. Es führt den monatlichen Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen durch.

Die folgenden Tabellen 1 und 2 zeigen die Gesamteinnahmen und die Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung für das Jahr 2015 und die Veränderung gegenüber den jeweiligen Vorjahreswerten:

Tabelle 1: Soziale Pflegeversicherung, Jahresergebnis 2015

EINNAHMEN		Beträge in Mio. €
Beitragseinnahmen		rd. 30.609
Summe der sonstigen Einnahmen		rd. 83
<b>Einnahmen insgesamt</b>		<b>rd. 30.692</b>
AUSGABEN		Beträge in Mio. €
Leistungsausgaben		rd. 26.637
Verwaltungskosten		rd. 894
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes		rd. 373
Zuführung zum Vorsorgefonds		1.100
Sonstigen Ausgaben		rd. 0,005
<b>Ausgaben insgesamt</b>		<b>rd. 29.009</b>
<b>Jahresüberschuss</b>		<b>rd. 1.683</b>

**Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung  
Vergleich 2015 zu 2014**

EINNAHMEN	Veränderungen in %
Beitragseinnahmen	+ 18,50
Summe der sonstigen Einnahmen	- 3,49
<b>Einnahmen insgesamt</b>	<b>+ 18,43</b>
AUSGABEN	Veränderungen in %
Leistungsausgaben	+ 9,89
Verwaltungskosten	+ 6,05
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	+ 0,27
Zuführung zum Vorsorgefonds entfällt	(Vorjahr = 0)
Sonstigen Ausgaben	+ 44,02
<b>Ausgaben insgesamt</b>	<b>+ 13,95</b>

Quelle: Statistiken PVM und PS

Die Steigerungsraten auf der Einnahmen- als auch der Ausgabenseite sind im Wesentlichen bedingt durch die verschiedenen Reformen der Pflegeversicherung in den zurückliegenden Jahren, die sowohl eine zweimalige Erhöhung der Beitragssätze als auch umfangreiche Ausweitungen sowie Anhebungen von Leistungssätzen mit sich brachten (s. Tätigkeitsbericht 2014). Insbesondere der in 2015 bei der Bundesbank neu eingerichtete „Pflegevorsorgefonds“, der regelmäßige monatliche Zuführungen seitens des Ausgleichsfonds erhält (in 2015 100 Mio. Euro pro Monat), die zunächst durch die Pflegekassen an den Ausgleichsfonds gezahlt und anschließend vom Ausgleichsfonds als sonstiges Ausgaben an die Bundesbank weiter zuleiten sind, begründet die hohe Veränderungsrate zum Vorjahr.

Die Gesamtausgaben (Leistungsausgaben, Verwaltungskosten, Kosten des Medizinischen Dienstes und sonstige Ausgaben) der sozialen Pflegeversicherung betragen rd. 29,011 Mrd. Euro, was einem Anstieg von 13,95 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Hiervon entfallen auf die Leistungsausgaben rd. 26,637 Mrd.

Euro, was eine Veränderung von + 9,89 % gegenüber dem Vorjahr bedeutet.

Diesen Gesamtausgaben standen Gesamteinnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von rd. 30,692 Mrd. Euro gegenüber, die um rd. 18,43 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen sind. Die Gesamteinnahmen umfassen neben den Beitragseinnahmen der Pflegekassen auch die Beiträge, die unmittelbar an den Ausgleichsfonds gezahlt werden (z.B. die vom Gesundheitsfonds weitergeleiteten Pflegeversicherungsbeiträge aus Arbeitslosengeld I und II und der Künstlersozialkasse sowie die Pflegeversicherungsbeiträge der Rentner und die Beiträge der sonstigen versicherungspflichtigen Personen nach § 21 Nr.1-5 SGB XI), sowie Zinseinnahmen und sonstige Einnahmen.

Die Gesamtbeitragseinnahmen haben sich gegenüber dem Vorjahr um rd. 18,50 % auf rd. 30,609 Mrd. Euro erhöht. Die Beitragseinnahmen der Pflegekassen stiegen um rd. 19,19 % (rd. 23,959 Mrd. Euro), die des Ausgleichsfonds stiegen um rd. 16,87 % (rd. 6,650 Mrd. Euro).

Im Ergebnis des Jahres 2015 ergab sich in der sozialen Pflegeversicherung ein Überschuss in Höhe von rd. 1,681 Mrd. Euro, während im Jahr 2014 ein Überschuss in Höhe von rd. 457 Mio. Euro angefallen war.

## 3.2 Finanzausgleich

Das Bundesversicherungsamt führt den Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Pflegekassen durch. Der Zweck des Finanzausgleiches nach den §§ 66 ff. SGB XI besteht darin, bei den Pflegekassen, deren monatliche Leistungsausgaben und sonstige Ausgaben die Beitragseinnahmen und sonstige Einnahmen übersteigen, die Betriebsmittel und gegebenenfalls die Rücklage aufzufüllen. Der Ausgleichsfonds zahlte zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand insgesamt rd. 10,412 Mrd. Euro an diese Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rd. 0,868 Mrd. Euro. Die jährlichen Werte des Transfervolumens seit 1996 können der nachstehenden Tabelle 3 entnommen werden:

**Tabelle 3: Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung**

Jährliche Transfersumme an die Pflegekassen in Mio. €

1996	4.720
1997	5.834
1998	6.692
1999	6.813
2000	7.153
2001	7.242
2002	7.574
2003	7.866
2004	8.091
2005	7.859
2006	7.474
2007	8.171
2008	8.214
2009	9.032
2010	9.504
2011	9.401
2012	9.672
2013	9.966
2014	10.148
2015	10.412

Quelle: Statistiken PVM und PS

Gegenüber dem Jahr 1997, in dem erstmalig für das ganze Jahr stationäre Pflegeleistungen gezahlt wurden, ist das Transfervolumen um rund 120,59 % gestiegen. Die Ursachen sind Preissteigerungen in den Bereichen, in denen es keine betragsmäßig fixierten Geld- oder Sachleistungen gibt, Leistungsmehrausgaben durch die wachsende Anzahl pflegebedürftiger Versicherter sowie Leistungsmehrausgaben durch die Ausweitung der Pflegeleistungen nach den verschiedenen Reformen.

### 3.3 Entwicklung des Mittelbestandes

Das Bundesversicherungsamt verwaltet den Ausgleichsfonds als Sondervermögen. Die Liquiditätsreserve – oder auch Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung –, die sich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds und der Pflegekassen zusammensetzt, betrug zum Jahresbeginn rd. 6,495 Mrd. Euro. Innerhalb des Jahres 2015 erhöhte sich die Liquiditätsreserve bis zum Jahresende auf rd. 8,172 Mrd. Euro (s. Tabelle 4 und Diagramm).

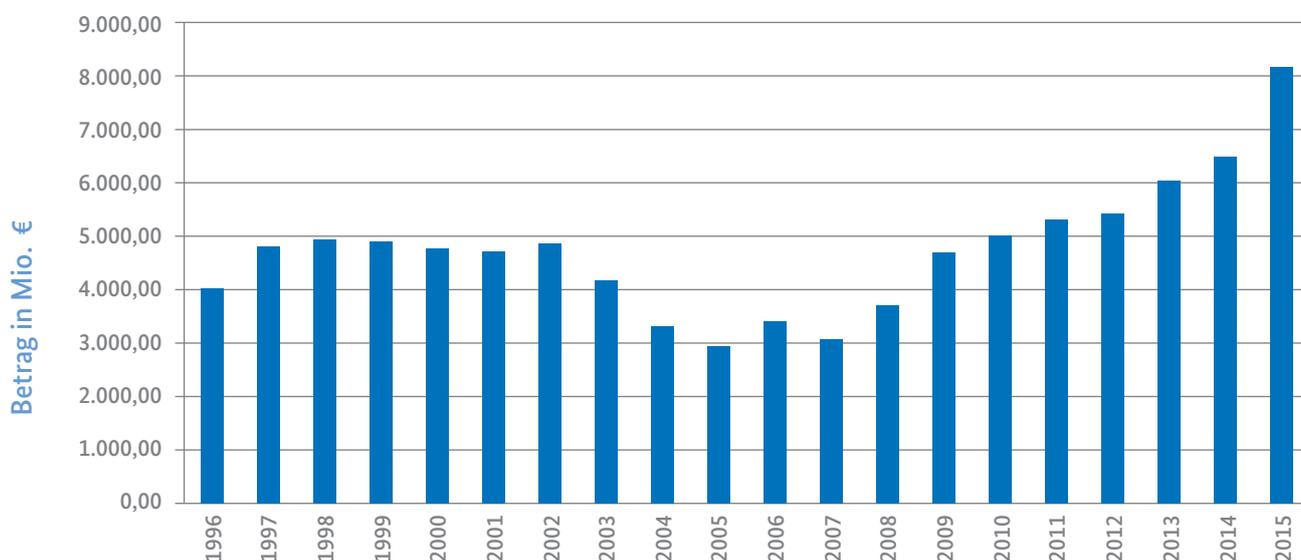
**Tabelle 4: Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung in Mio. €**

1996	4.017
1997	4.804
1998	4.928
1999	4.889
2000	4.769
2001	4.702
2002	4.864
2003	4.171
2004	3.311
2005	2.945
2006	3.396
2007	3.077
2008	3.703
2009	4.691
2010	5.019
2011	5.309
2012	5.418
2013	6.040
2014	6.495
2015	8.172

Quelle: Statistiken PVM und PS

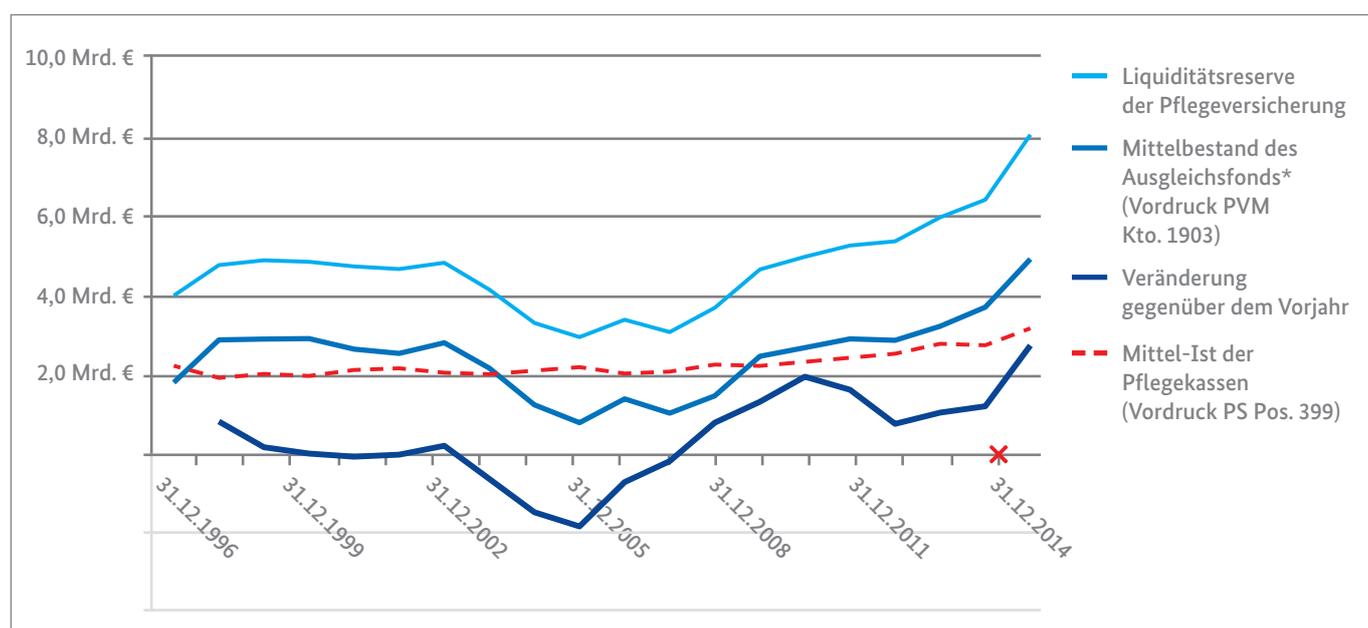
Stichtag: jeweils 31. Dezember des Jahres

### Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung jeweils am 31. Dezember



Die Einstufung eines Kreditinstituts in eine bestimmte Ratingklasse durch eine oder mehrere anerkannte Ratingagenturen stellt ein wichtiges Entscheidungskriterium im Rahmen von Anlageentscheidungen des Ausgleichsfonds dar. Um eine möglichst breite Entscheidungsbasis insbes. auch zur Risikoeinschätzung von Geldanlagen bei bestimmten Kreditinstituten zu

erhalten, lädt das Bundesversicherungsamt grundsätzlich einmal pro Jahr alle Kreditinstitute, mit denen der Ausgleichsfonds Geschäftsbeziehungen unterhält (außer Bundesbank und Finanzagentur), zu Informationsgesprächen ein, in denen insbesondere die aktuellen Geschäftszahlen, die perspektivische Entwicklung der Kapitalmärkte sowie sonstige aktuelle Wirtschafts-



und Finanzfragen besprochen werden. Schwerpunkte in 2015 waren u.a. Zahlungsverkehr, Negativzinsen, Guthabenentgelte, Wertpapieranlagen, aktuelle Ratingveränderungen, Folgerungen aus den Ergebnissen der Banken-Stresstests in 2014.

Die Grafik (vorherige Seite, unten) zeigt die Entwicklung der Liquiditätsreserve – das Vermögen der sozialen Pflegeversicherung – seit 1996, die sich aus dem Mittelbestand des Ausgleichsfonds und dem Mittel-Ist der Pflegekassen zusammensetzt. Offensichtlich ist, dass der Mittelbestand des Ausgleichsfonds und der Liquiditätsreserve sich parallel entwickelten, während das Mittel-Ist der Pflegekassen annähernd gleichbleibend war und nur durch die jeweiligen Beitragssatzanhebungen der letzten Jahre auf ein höheres Niveau gehoben wurde. Diese Entwicklung ist beabsichtigt, denn der Zweck des Ausgleichsfonds besteht darin, durch den monatlichen Liquiditätsausgleich stets für ein ausgeglichenes Ergebnis bei den Pflegekassen zu sorgen.

Folgende markante Entwicklungen lassen sich aus der o.a. Grafik ablesen:

- 2002 Rückzahlung des Investitionshilfedarlehens durch den Bund
- 2005 Vorverlagerung der Fälligkeit des GSV-Beitrages
- 2005 Erhebung des Kinderlosenzuschlages in Höhe von 0,25 %
- 2008 Beitragssatzanhebung von 1,70 % auf 1,95 %
- 2013 Beitragssatzanhebung von 1,95 % auf 2,05 %
- 2015 Beitragssatzanhebung von 2,05 % auf 2,35 %

### 3.4 Fördergelder

Als besondere Aufgabe obliegt dem Ausgleichsfonds die Auszahlung der Fördergelder der sozialen Pflegeversicherung nach den folgenden gesetzlichen Regelungen:

- § 8 Abs. 3 SGB XI (Modellvorhaben des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung),
- §§ 45c und d Abs. 1 SGB XI (niedrigschwellige Betreuungsangebote, Angebote des Ehrenamts in der Pflege einschließlich Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen),
- § 45d Abs. 2 SGB XI (Angebote der Selbsthilfe in der Pflege einschließlich Modellvorhaben),
- § 45f SGB XI (Weiterentwicklung neuer Wohnformen),
- § 92c SGB XI (Anschubfinanzierung für Pflegestützpunkte) und
- § 125 SGB XI (Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen zur häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste).

Weiterhin überwacht das Bundesversicherungsamt gemäß § 45e SGB XI den Mittelabfluss bezüglich der von den Pflegekassen im Rahmen der Anschubfinanzierung zur Förderung ambulant betreuter Wohngruppen auszahlenden Fördergelder.

Die folgenden Tabellen 5 und 6 geben hinsichtlich der Förderung von Projekten nach §§ 45c und d Abs. 1 SGB XI sowie nach § 45d Abs. 2 SGB XI einen Überblick über die im Jahr 2015 geleisteten Auszahlungen:

### 3.4.1 ANGEBOTE NACH §§ 45C UND D ABS. 1 SGB XI (EINSCHL. MODELLVORHABEN)

Tabelle 5: Niedrigschwellige Betreuungsangebote, Angebote des Ehrenamts und Modellvorhaben		
Bundesland <sup>4</sup>	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	790	3.144
Bayern	228	977
Berlin	370	1.230
Brandenburg	104	813
Bremen	0	0
Hamburg	23	477
Hessen	206	1.957
Mecklenburg-Vorpommern	12	98
Niedersachsen	179	1.936
Nordrhein-Westfalen	151	4.227
Rheinland-Pfalz	97	263
Saarland	55	311
Sachsen	24	141
Sachsen-Anhalt	39	386
Schleswig-Holstein	96	328
Thüringen	85	301
<b>Summe</b>	<b>2.459</b>	<b>16.589</b>

<sup>4</sup> Die Mittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung werden zum Zwecke der gerechten Verteilung auf die einzelnen Bundesländer gemäß § 45c Abs. 5 S. 1 SGB XI nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Grundsätzlich beträgt das bundesweit insgesamt für Betreuungsangebote und Modellvorhaben gemäß den §§ 45c und d Abs. 1 SGB XI zur Verfügung stehende Fördervolumen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung aktuell 25 Mio. Euro zuzüglich eventueller Übertragungsanteile aus dem zurückliegenden Förderzeitraum. Im Jahr 2015 wurde für den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ein Gesamtbetrag in Höhe von rd. 732 Tausend Euro an Rückzahlungen für vergangene Jahre vereinnahmt.

### 3.4.2 ANGEBOTE NACH § 45D ABS. 2 SGB XI (EINSCHL. MODELLVORHABEN)

Tabelle 6: Angebote der Selbsthilfe einschließlich Modellvorhaben		
Bundesland <sup>5</sup>	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	4	7
Bayern	13	18
Berlin	72	385
Brandenburg	24	155
Bremen	3	74
Hamburg	2	40
Hessen	2	1
Mecklenburg-Vorpommern	7	5
Niedersachsen	35	153
Nordrhein-Westfalen	0	0
Rheinland-Pfalz	0	0
Saarland	1	10
Sachsen	1	1
Sachsen-Anhalt	0	0
Schleswig-Holstein	0	0
Thüringen	5	25
<b>Summe</b>	<b>169</b>	<b>874</b>

<sup>5</sup> Für Angebote der Selbsthilfe gemäß § 45d Abs. 2 SGB XI stand im Jahr 2015 ein Budget von bundesweit insgesamt 8,013 Mio. Euro zuzüglich eventueller Übertragungsanteile aus dem zurückliegenden Förderzeitraum zur Verfügung. Die Verteilung der aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung aufzubringenden Mittel auf die einzelnen Bundesländer erfolgt ebenfalls grundsätzlich nach dem Königsteiner Schlüssel. Im Jahr 2015 wurde für den Ausgleichsfonds ein Gesamtbetrag in Höhe von rd. 54 Tausend Euro an Rückzahlungen für vergangene Jahre vereinnahmt.

### 3.4.3 MODELLVORHABEN ZUR WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG (§ 8 ABS. 3 SGB XI)

Gem. § 8 Abs. 3 SGB XI zahlt das Bundesversicherungsamt aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung Fördergelder aus für den Zweck der Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige.

Im Jahr 2015 wurden 26 Anträge des GKV-Spitzenverbandes bearbeitet.

Das Auszahlungsvolumen betrug für das Jahr 2015 insgesamt rd. 2.308 Tsd. Euro.

Es wurden 2 Rückzahlungen in einer Gesamthöhe von rd. 16 Tsd. Euro vereinnahmt.

### 3.4.4 WEITERENTWICKLUNG NEUER WOHNFORMEN (§ 45F SGB XI)

Nach § 45f SGB XI werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds Fördermittel zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen gewährt.

Im Jahr 2015 wurden 153 Beträge in Höhe von insgesamt rd. 2.670 Tsd. Euro ausgezahlt.

### 3.4.5 MODELLVORHABEN ZUR ERPROBUNG VON LEISTUNGEN DER HÄUSLICHEN BETREUUNG DURCH BETREUUNGSDIENSTE (§ 125 ABS. 1 SGB XI)

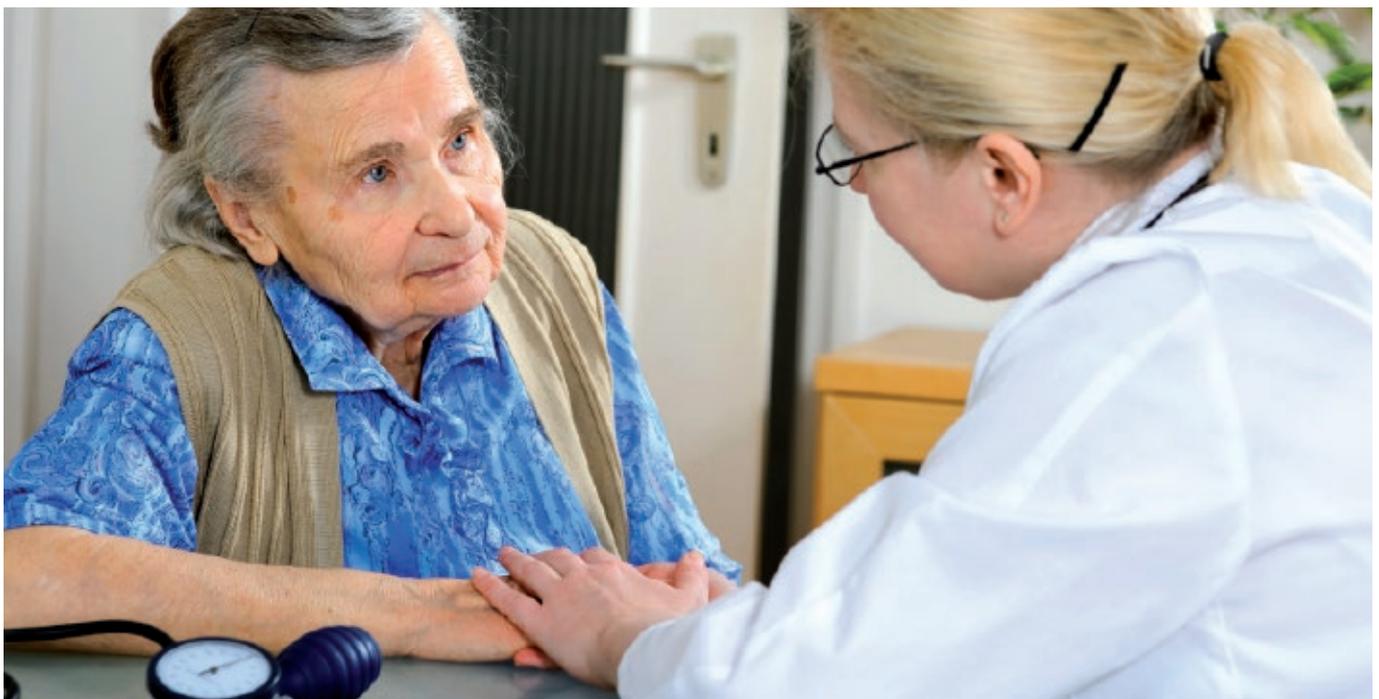
Gemäß § 125 Abs. 1 SGB XI zahlt das Bundesversicherungsamt Fördergelder zugunsten von Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste aus.

Es wurden im Jahr 2015 neunundfünfzig Beträge in Höhe von insgesamt rd. 571 Tsd. Euro gewährt.

### 3.4.6 ANSCHUBFINANZIERUNGEN PFLEGESTÜTZPUNKTE (§ 92C ABS. 5 SGB XI)

Gemäß § 92c Abs. 5 SGB XI hat das Bundesversicherungsamt die Anschubfinanzierung zum Zwecke des Aufbaus der in gemeinsamer Trägerschaft von Pflege- und Krankenkassen sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen stehenden Pflegestützpunkte aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung auszuführen.

Es erfolgten 2 Rückzahlungen an den Ausgleichsfonds in einer Gesamthöhe von rd. 5 Tsd. Euro.



### 3.4.7 ANSCHUBFINANZIERUNG ZUR GRÜNDUNG AMBULANT BETREUTER WOHNGRUPPEN (§ 45E SGB XI)

Im Jahr 2015 wurden hinsichtlich der von den Pflegekassen gemäß § 45e SGB XI auszahlenden und vom Bundesversicherungsamt zu überwachenden Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen Fördermittel in Höhe von rd. 433 Tsd. Euro gewährt.

Insgesamt belaufen sich die seit Beginn der Förderung bis zum Ende des Jahres 2015 abgerufenen Beträge auf ein Gesamtvolumen von rd. 1.053 Tsd. Euro.

## 3.5 Verwaltungskosten der sozialen Pflegeversicherung

Gemäß § 2 Abs. 2 der Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 46 Abs. 3 SGB XI über die Verteilung der Verwaltungskostenerstattung der sozialen Pflegeversicherung hat das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der in der Sozialdatenbank des Bundesministeriums für Gesundheit enthaltenen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben aller Pflegekassen (Statistik PV 45, viertes Quartal eines Jahres, Schlüsselnummern 2999 und 5999) und den Beitragseinnahmen des Ausgleichsfonds (Statistik PVM, zwölf eines Jahres, Schlüsselnummer 2999) die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI, welche die Pflegekassen den Krankenkassen für das abgelaufene Haushaltsjahr zu erstatten haben, berechnet.

Da die Berechnung jeweils nur rückwirkend durchgeführt werden kann, wurden 2015 die Verwaltungskosten für das abgelaufene Haushaltsjahr 2014 ermittelt. Dabei ergab sich nachstehendes Bild:

- Die von den Pflegekassen an die Krankenkassen gezahlte Verwaltungskostenpauschale betrug insgesamt 830.242.162,17 Euro.
- Die Verwaltungskostenschlusszahlung ergab eine zu leistende Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 835.758.046,25 Euro.
- Somit war eine Nachzahlung der Pflegekassen an die Krankenkassen in Höhe von 5.515.884,08 Euro

erforderlich, was im Ergebnis einer Nachzahlung von 0,66 % entspricht.

Die Entwicklung des Faktors zur Berechnung der Verwaltungskostenschlusszahlung und des vorläufigen Faktors zur Berechnung der monatlichen Abschlagzahlungen zur Verwaltungskostenpauschale kann der nachstehenden Tabelle 7 entnommen werden:

**Tabelle 7: Entwicklung des Faktors nach § 46 Abs. 3 SGB XI über die Verteilung der Verwaltungskostenerstattung der Sozialen Pflegeversicherung (Pflege-Verwaltungskostenbestimmung)**

Jahr	vorläufiger Faktor	Verwaltungskostenschlussfaktor	Differenz
1995	0,041011	0,043258	-0,002247
1996	0,037614	0,038271	-0,000657
1997	0,037982	0,037758	0,000224
1998	0,038083	0,037360	0,000723
1999	0,037149	0,037248	-0,000099
2000	0,037178	0,037189	-0,000011
2001	0,037115	0,037231	-0,000116
2002	0,037081	0,037280	-0,000199
2003	0,037280	0,037207	0,000073
2004	0,037252	0,037190	0,000062
2005	0,037070	0,037396	-0,000326
2006	0,037256	0,037699	-0,000443
2007	0,037235	0,037354	-0,000119
2008	0,037653	0,037793	-0,000140
2009	0,037858	0,038616	-0,000758
2010	0,038403	0,038259	0,000144
2011	0,038083	0,038144	-0,000061
2012	0,037898	0,037976	-0,000078
2013	0,037952	0,038162	-0,000210
2014	0,037925	0,038060	-0,000135
2015	0,036855		

## 3.6 Sonstiges

Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 ist das Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften („Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I“, BGBl I 2014, S. 2222 ff.) in Kraft getreten. Es sieht u.a. umfangreiche Ausweitungen der Leistungen der Pflegeversicherung, eine Anpassung der Sach- und Geldleistungen sowie eine Erhöhung des Beitragssatzes um 0,3 Beitragssatzpunkte vor. Darüber hinaus wird bei der Bundesbank ein sog. „Pflegevorsorgefonds“ eingerichtet, mit Hilfe dessen die Finanzierung demografiebedingt in den nächsten Jahren und Jahrzehnten stark steigender Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen verteilt werden soll. Das vorgenannte PSG I bringt mit zahlreichen Neuregelungen erhebliche Auswirkungen für den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung mit sich:

- In § 8 Abs. 3 SGB XI - vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen geförderte und vom Bundesversicherungsamt auszahlende Modellvorhaben – wird der Anwendungsbereich der Norm maßgeblich erweitert.
- In § 45c SGB i.V.m. § 45b SGB XI werden in Zukunft neben den sog. niedrighschwelligem Betreuungsangeboten auch sog. Entlastungsangebote durch den Ausgleichsfonds im Zusammenwirken mit den Ländern gefördert.
- Die in § 45 e Abs. 2 SGB XI ursprünglich vorgesehene Befristung der Geltung dieser Norm zum 31.12. 2015 wird gestrichen mit der Folge, dass die hierin enthaltene Überwachungspflicht des Bundesversicherungsamtes gleichfalls nicht zu diesem Datum endet. Die Förderung gilt bis zu einer Gesamthöhe von 30 Mio. Euro, das Bundesversicherungsamt hat das Erreichen dieser Gesamthöhe zu melden.
- Die vom Bundesversicherungsamt jährlich durchzuführende Berechnung der Verwaltungskostenerstattung gem. § 46 SGB XI (s.o. 6.) wird infolge der Neuregelung des Pflegevorsorgefonds neugefasst (vgl. § 46 Abs. 3 SGB XI, S. 2).
- In SGB XI wird ein vierzehntes Kapitel (§§ 135 ff.) eingefügt, das die Regelungen über die Einrichtung eines von der Bundesbank zu verwaltenden

Sondervermögens (sog. „Pflegevorsorgefonds“) enthält. Dieses Sondervermögen ist ab 2015 bis Ende 2033 aufzubauen und ab dem Jahr 2035 über einen Zeitraum von höchstens 10 Jahren wieder abzubauen. Die insoweit langfristig anzulegenden Mittel erhält die Bundesbank vom Ausgleichsfonds in Gestalt monatlicher Zuführungen in Höhe von einem Zwölftel von 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres (in 2015 vorläufig 100 Mio. € p.m.). Besonders erwähnenswert ist die in diesem Zusammenhang ausdrücklich eingeräumte Möglichkeit, das anzusammelnde Sondervermögen analog der Bestimmungen über den Versorgungsfonds des Bundes in Höhe von 10 % auch in Aktien bzw. Aktienfonds anzulegen.



## 4. Meldestelle/Ordnungswidrigkeiten-behörde für die privaten Versicherungsunternehmen

### 4.1 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen

Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, sind nach § 23 SGB XI verpflichtet, zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Um sicherzustellen, dass diese Personen auch tatsächlich dauerhaft ihre Pflicht zur Absicherung des Pflegefallrisikos erfüllen, sind den privaten Versicherungsunternehmen Kontroll- und Meldepflichten auferlegt. So sind nach § 51 SGB XI Personen an das Bundesversicherungsamt zu melden, die ihrer Pflicht zum Abschluss oder zur Aufrechterhaltung eines Versicherungsvertrages nicht nachkommen oder mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien in Verzug geraten sind.

Im Berichtsjahr wurden an das Bundesversicherungsamt ca. 143.795 Meldungen erstattet. Die Anzahl der Meldungen ist damit im Vergleich zum Vorjahr wieder angestiegen. Weit überwiegend handelt es sich dabei um Meldungen aufgrund eines Prämienverzuges der Versicherungsnehmer.

Die dem Bundesversicherungsamt erstatteten Meldungen werden zur weiteren Verfolgung bzw. Ahndung einer Ordnungswidrigkeit (§ 121 SGB XI) an die nach Landesrecht bestimmten Bußgeldstellen weitergeleitet. Diese entscheiden in eigener Zuständigkeit über die Verhängung einer Geldbuße.

## 4.2 Implementierung eines neuen elektronischen Meldeverfahrens

Im Berichtsjahr wurden die Meldungen immer noch überwiegend in Papierform abgegeben. Um diesen Verwaltungsaufwand zu begrenzen und das Meldeverfahren für alle Beteiligten zu vereinfachen, wird derzeit ein neues, dem Stand der Technik entsprechendes elektronisches Meldeverfahren erarbeitet.

In einem ersten Schritt wurde zur Weitergabe der Meldungen an die Bußgeldstellen ein FTP-Server beim Bundesversicherungsamt bereitgestellt. Auf diesem werden die Meldungen für jede Bußgeldstelle gesondert verschlüsselt hinterlegt und können von der jeweiligen Bußgeldstelle abgerufen werden.

Nach einer Testphase hat sich die Teilnahme der Bußgeldstellen an dem elektronischen Meldeverfahren merklich verstärkt, so dass die Aussicht besteht, das elektronische Verfahren möglichst zeitnah bei allen Bußgeldstellen einzusetzen.

Dieses Verfahren soll dann in einer Arbeitsgruppe unter Federführung des Bundesversicherungsamtes mit Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherungsunternehmen und repräsentativer Mitgliedsunternehmen auch für den Bereich der privaten Versicherungsunternehmen eingeführt werden.

Dabei soll das Meldeverfahren so ausgestaltet werden, dass weniger manuelle Eingriffe erforderlich sind und damit Rückfragen und fehlerhafte Eingaben vermieden werden.

## 4.3 Verfahren für die von privaten Versicherungsunternehmen begangenen Ordnungswidrigkeiten nach § 121 Abs. 1 Nr. 7 SGB XI

Das Bundesversicherungsamt wurde durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) zum 1. Januar 2014 mit der Rechtsaufsicht über die Zentrale Zulagenstelle für die private Pflegevorsorge (ZfP) bei der DRV Bund betraut (§ 128 Abs. 5 Satz 5 SGB XI), worüber in den Tätigkeitsberichten der Jahre 2013 und 2014 berichtet

wurde. Weiterhin wurde das Bundesversicherungsamt sachlich zuständige Verwaltungsbehörde für die von privaten Versicherungsunternehmen begangenen Ordnungswidrigkeiten (§ 121 Abs. 3 SGB XI, § 36 Abs. 1 Ordnungswidrigkeitengesetz (OWiG)).

Das private Versicherungsunternehmen handelt ordnungswidrig, wenn es vorsätzlich oder leichtfertig seinen Übermittlungspflichten gemäß § 128 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 bis 7 SGB XI zu einem zulageberechtigten Pflegevorsorgevertrag

- nicht,
- nicht richtig,
- nicht vollständig oder
- nicht rechtzeitig nachkommt.

Nach § 35 OWiG ist die Verwaltungsbehörde für die Ahndung und Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten zuständig, soweit hierzu keine andere Stelle berufen ist. Die Entscheidung darüber, ob ein privates Versicherungsunternehmen ordnungswidrig gemäß § 121 Abs. 1 Nr. 7 SGB XI gehandelt hat, ist nach pflichtgemäßem Ermessen im Einzelfall zu treffen. Sowohl bei der Ahndung als auch bei der Höhe des Bußgeldes gilt der Opportunitätsgrundsatz gemäß § 47 Abs. 1 Satz 1 OWiG. Nach § 121 Abs. 2 SGB XI kann eine Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis zu 2.500 Euro geahndet werden.

Der Datenaustausch zwischen den jeweiligen privaten Versicherungsunternehmen und der ZfP erfolgt maschinell. Folglich war IT-technisch auch eine Schnittstelle (Server) zwischen Bundesversicherungsamt und ZfP einzurichten. Aus den übermittelten Datensätzen der ZfP ist selektiv zu entscheiden, ob möglicherweise bußgeldbewährte Tatbestände erfüllt sind.

Erste Bußgeldverfahren hat das Bundesversicherungsamt im Jahr 2015 gegenüber privaten Versicherungsunternehmen eingeleitet: Dazu erfolgt zunächst eine Anhörung des betroffenen privaten Versicherungsunternehmens zum jeweiligen Einzelfall. Nach deren rechtlicher Würdigung ist durch das Bundesversicherungsamt zu entscheiden, ob eine Ordnungswidrigkeit zu verfolgen ist oder ob das Bußgeldverfahren eingestellt werden kann.



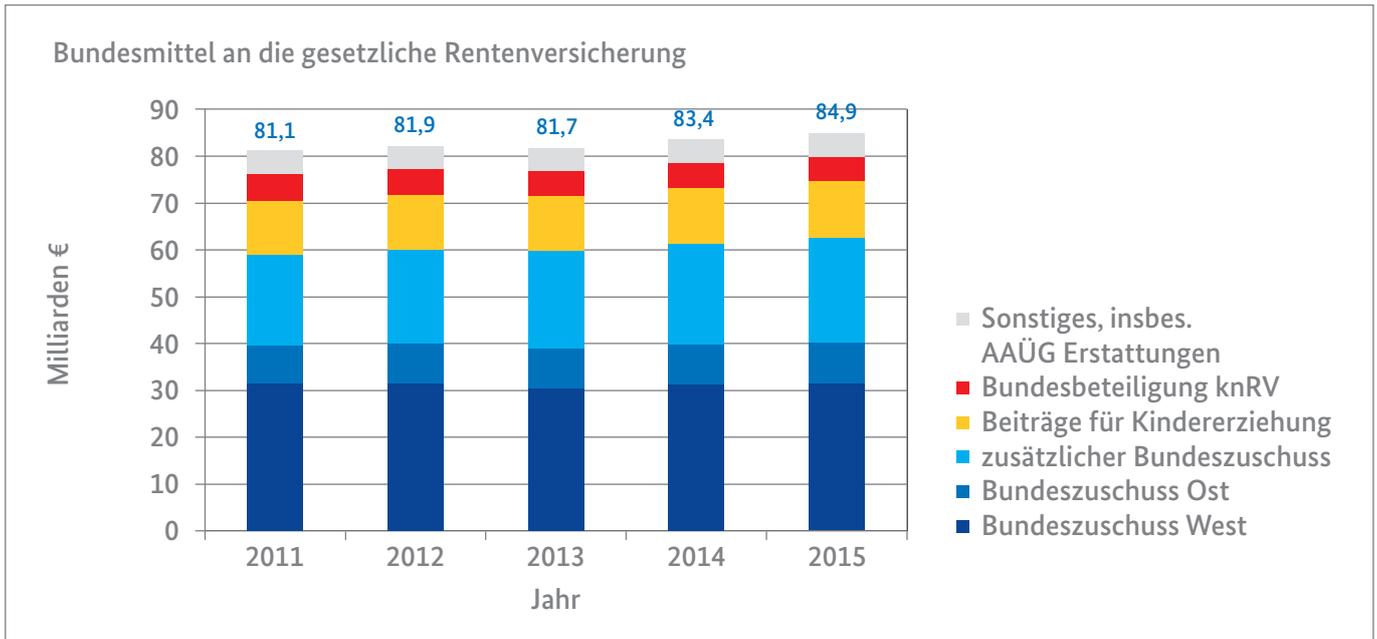
## 5. Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung

Der Bund trägt mit seinen Zahlungen (Zuschüsse, Beiträge, Erstattungen) in erheblichem Maße zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei. Das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet die Bundeszahlungen, die sich im Jahr 2015 auf insgesamt rund 83,4 Mrd. Euro beliefen. Davon betragen die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung rund 62,4 Mrd. Euro und die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten (KEZ) knapp 12,1 Mrd. Euro. Die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) betragen 2015 noch rund 4,5 Mrd. Euro.

Ein Teil der Zahlungen nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2015: 2,6 Mrd. Euro).

Die Bundesbeteiligung an der knappschaftlichen Rentenversicherung macht weitere rund 5,3 Mrd. Euro aus.

Auf die Bundeszahlungen zahlt das Bundesversicherungsamt monatliche Vorschüsse in Höhe von ca. 7,0 Mrd. Euro aus, die im Folgejahr abgerechnet werden. Die Entwicklung der Abrechnungsbeträge der letzten fünf Jahre ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

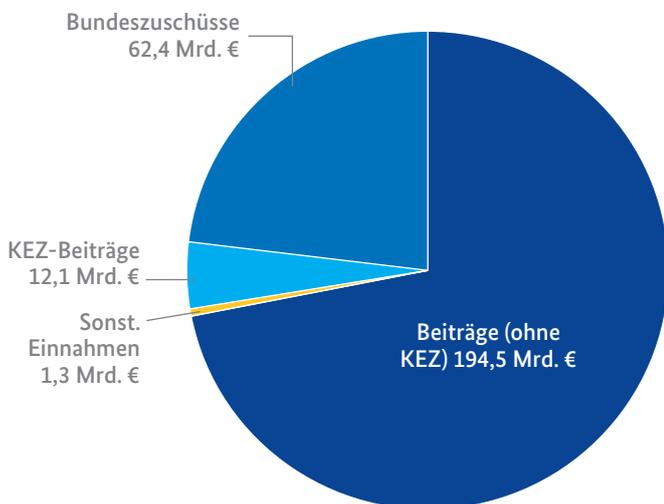


Die allgemeine Rentenversicherung (ARV) verfügte im Jahr 2015 über Einnahmen in Höhe von ca. 271 Mrd. Euro. Die Bundeszuschüsse machen damit 23,1 % der Gesamteinnahmen der ARV aus. Zusammen mit den Beiträgen für Kindererziehungszeiten und sonstigen Erstattungen finanzierte der Bund in 2015 29,5 % der Gesamteinnahmen der ARV.

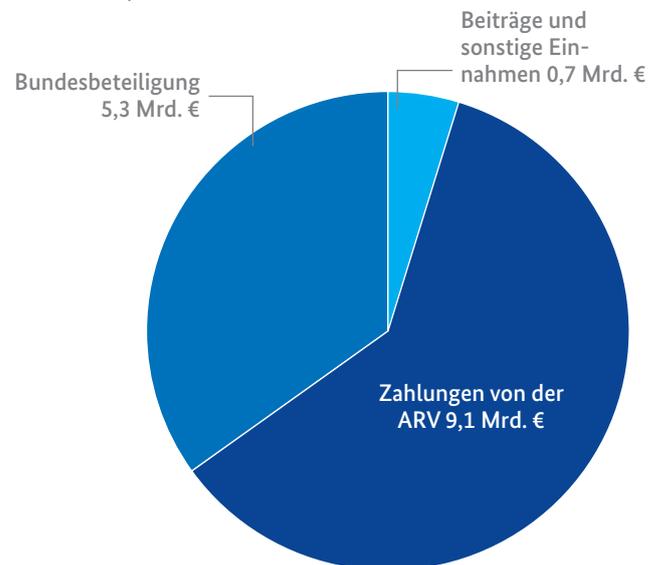
In der knappschaftlichen Rentenversicherung (KnRV) zahlt der Bund keinen festen Zuschuss zu den Ausgaben. Der Bund übernimmt nach § 215 SGB VI vielmehr

eine Defizitdeckung, indem er den Unterschiedsbetrag zwischen den Einnahmen und den Ausgaben eines Kalenderjahres trägt. Der vom Bundesversicherungsamt ausgezahlten Bundesbeteiligung in der KnRV im Jahr 2015 von 5,3 Mrd. Euro standen lediglich rd. 0,7 Mrd. Euro an Beitragseinnahmen gegenüber. Darüber hinaus erhielt die KnRV Zahlungen der ARV in Höhe von rund 9,1 Mrd. Euro, insbesondere zur Deckung des Anteils der Leistungen an ihre Versicherten, der auf Versicherungszeiten der ARV entfällt.

Einnahmen der ARV 2015  
Gesamt: 270,4 Mrd. €



Einnahmen der KnRV 2015  
Gesamt: 15,1 Mrd. €





## 6. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung

### LASTENVERTEILUNG ZWISCHEN DEN GEWERBLICHEN BERUFGENOSSENSCHAFTEN

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

2014 wird die Lastenverteilung vollständig zu 100 % berücksichtigt (2013: 90 %, 2012: 75 %, 2011: 60 %, 2010: 45 %, 2009: 30 %; 2008: 15 %); der alte Lastenausgleich entfiel ab dem Ausgleichsjahr 2014 (2013: 10 %, 2012: 25 %, 2011: 40 %, 2010: 55 %, 2009: 70 %; 2008: 85 %).

Jede Berufsgenossenschaft trägt im Rahmen der Lastenverteilung - unter Beibehaltung des Branchenprinzips und der primären Verantwortlichkeit der einzelnen Gewerbebezüge für die von Ihnen verursachten

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten - eigene Rentenlasten entsprechend ihrer aktuellen Wirtschaftsstruktur. Alte Lasten (sog. Überaltlast), die hierzu nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis stehen, werden von allen Berufsgenossenschaften gemeinsam getragen. Für das Ausgleichsjahr 2015 hat das Bundesversicherungsamt im März 2016 die Lastenverteilung berechnet. Insgesamt wurden rd. 737 Mio. Euro von fünf ausgleichspflichtigen Berufsgenossenschaften auf vier ausgleichsberechtigte Berufsgenossenschaften umverteilt (Ausgleichsjahr 2014: 754 Mio. Euro, Ausgleichsjahr 2013: 693 Mio. Euro). Die Ergebnisse sind im Einzelnen in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Lastenverteilung 2015	
Berufsgenossenschaft	Ausgleichsbeträge *
Rohstoffe und chemische Industrie	411.144.862,94 €
Holz und Metall	9.094.290,87 €
Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	- 97.060.014,06 €
Nahrungsmittel und Gastgewerbe	6.042.707,29 €
Bauwirtschaft	310.819.088,28 €
Handel und Warenlogistik	- 149.672.004,15 €
Verwaltung	- 379.729.720,13 €
Transport und Verkehrswirtschaft	- 25.619.989,23 €
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	- 85.019.221,81 €

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



### **3. Teil** Sonderaufgaben

# 1. Zuständige Stelle nach dem Berufsausbildungsgesetz

## 1.1 Überwachung der Berufsausbildung

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

Im Jahr 2015 betreute das Bundesversicherungsamt rd. 3.500 Auszubildende in den Berufen Sozialversicherungsfachangestellte/ r, Verwaltungsfachangestellte/ r, Fachangestellte/ r für Bürokommunikation, Kaufmann/ -frau für Büromanagement und Kaufmann/ -frau im Gesundheitswesen sowie Fachinformatiker/ in der Fachrichtungen Anwendungsbetreuung und Systemintegration.

Als Prüfungsamt hat das Bundesversicherungsamt rd. 2.700 Aus- und Fortzubildende in 33 Zwischen-, Abschluss- und Fortbildungsprüfungen geprüft. Dafür waren 170 Prüfungsausschüsse im Einsatz, besetzt mit drei oder fünf Prüfern und Prüferinnen.

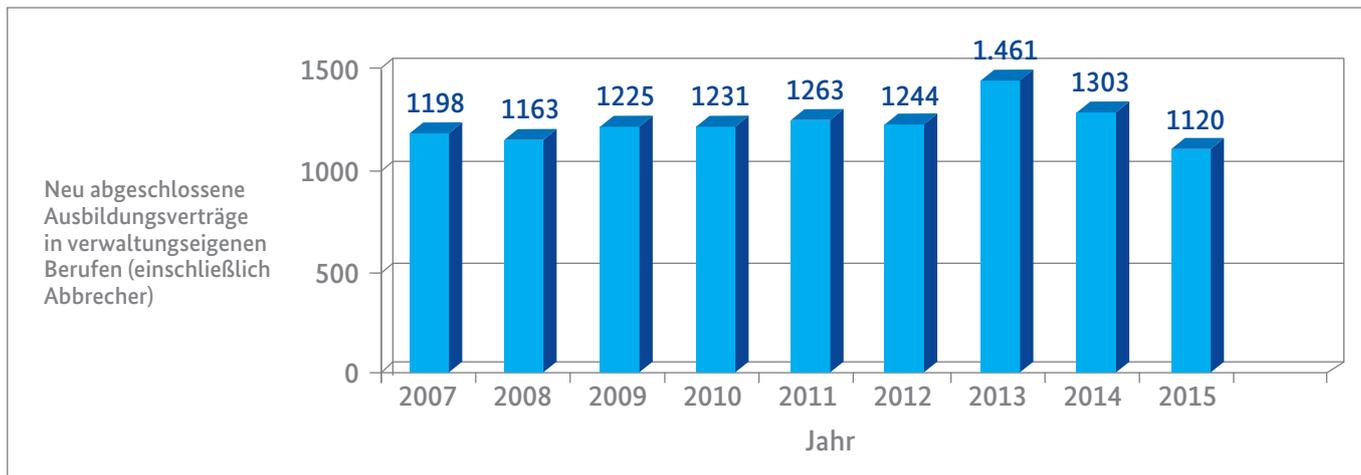
Zur Sicherung eines Qualitätsstandards in der Ausbildung, der dem Berufsbildungsgesetz und der Ausbildungsordnung entspricht, prüft das Bundesversicherungsamt nicht nur die Ausbildungskonzeptionen und Einsatzpläne und steht mit seinen Beratern unterstützend zur Seite, sondern macht sich regelmäßig auch ein Bild vor Ort von der Ausbildungsstätte, den

Auszubildenden und den Ausbildungsbedingungen. Dazu führte es bundesweit 243 Informations- und Beratungsveranstaltungen durch.

## 1.2 Ausbildungsplatzsituation

Am Stichtag 31. Dezember 2015 betreute das Bundesversicherungsamt insgesamt 3.505 Ausbildungsverhältnisse (um die abgebrochenen Ausbildungsverhältnisse bereinigte Anzahl) der Einstellungsjahrgänge 2013 bis 2015 in den verwaltungseigenen Berufen. Davon 3.481 Ausbildungsverhältnisse zu Sozialversicherungsfachangestellten (SFA), 2 zu Verwaltungsfachangestellten (VFA), 1 zu Fachangestellten für Bürokommunikation (FAB) und 15 zu Kaufleuten im Büromanagement (KAB). Beim Bundesversicherungsamt selbst waren zudem 6 Ausbildungsverhältnisse zu Verwaltungsfachangestellten zu betreuen.

Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge bei den Sozialversicherungsträgern in den verwaltungseigenen Berufen ist mit 1.120 deutlich geringer als im Vorjahr (1.303). Hiervon entfielen 1.116 auf SFA und 4 auf KAB. Damit ist im Berichtsjahr die Einstellungszahl erneut gesunken (rd. 14 % im Vergleich zum Vorjahr).



Außer der Deutschen Rentenversicherung Bund, die mit 130 Ausbildungsverträgen 2 Verträge mehr abgeschlossen hat als im Vorjahr, ist bei allen Trägern ein deutlicher Rückgang der Ausbildungszahlen zu verzeichnen: Im Bereich der Krankenversicherung minus 15 %, bei der Knappschaft-Bahn-See minus 17 % und bei der Unfallversicherung minus 11 %. Nachdem die Landwirtschaftliche Sozialversicherung durch

die Errichtung des neuen Bundesträgers der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau 2013 einen enormen Zuwachs verzeichnen konnte, ist die Einstellungszahl im Berichtsjahr erneut um 52,4 % gesunken. Mit 10 Ausbildungsverträgen ist die Ausbildungszahl nahezu wieder auf dem gleichen Stand wie vor der Errichtung des neuen Bundesträgers.

Einstellungsjahr	KV		
	SFA	VFA	FAB/KAB
2012	912	0	0
2013	1.035	0	0
2014	904	0	9
2015	774	0	4

Einstellungsjahr	LSV		
	SFA	VFA	FAB/KAB
2012	7	0	0
2013	28	0	0
2014	21	0	9
2015	10	0	4

Einstellungsjahr	RV		
	SFA	VFA	FAB/KAB
2012	77	0	0
2013	129	0	0
2014	128	0	0
2015	130	0	0

Einstellungsjahr	UV		
	SFA	VFA	FAB/KAB
2012	123	2	2
2013	123	2	1
2014	101	0	5
2015	90	0	0

Einstellungsjahr	KV		
	SFA	VFA	FAB/KAB
2012	121	0	0
2013	143	0	0
2014	135	0	0
2015	112	0	0

#### Ausbildungsplatzsituation 2015

Im Einstellungsjahrgang 2015 verfügten rd. 79,10 % der Auszubildenden über einen Hoch- oder Fachhochschulabschluss, 20,42 % über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss, 0,48 % über einen Hauptschulabschluss.

Neben den bei den Sozialversicherungsträgern abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen in verwaltungseigenen Berufen, für die allein das Bundesversicherungsamt zuständige Stelle ist, wurden von den Sozialversicherungsträgern im Berichtsjahr auch zahlreiche Ausbildungsverträge in den Berufen Kaufmann/ Kauffrau im Gesundheitswesen und Kaufmann/ Kauffrau im Dialogmarketing abgeschlossen. Die Anzahl der Ausbildungsverhältnisse zu Kaufleuten im Gesundheitswesen steigt dabei von Jahr zu Jahr und hat sich – betrachtet man die letzten fünf Jahre – mehr als verdoppelt. Damit übernimmt dieser Ausbildungsberuf eine zunehmend tragende Rolle, insbesondere bei den Ersatzkassen, und verdrängt dabei in einigen Bereichen bereits erfolgreich den Sozialversicherungsfachangestellten. Für diese eigentlich rein kaufmännischen Ausbildungsberufe hat das Bundesversicherungsamt

jedoch nicht die alleinige Zuständigkeit, sondern teilt sie sich mit den Industrie- und Handelskammern (IHK). Das Bundesversicherungsamt ist zuständige Stelle für die Überwachung der Ausbildung einschließlich Ausbildungsberatung sowie Feststellung der Eignung von Ausbildungsstätten und Ausbildern, bei den IHK erfolgt die Eintragung der Ausbildungsverhältnisse und die Prüfungsabnahme.

### 1.3 Überwachung und Beratung

Das Bundesversicherungsamt als zuständige Stelle hat im Berichtszeitraum bundesweit in 216 Veranstaltungen 3.275 zukünftige SFA, Kaufleute im Gesundheitswesen, Fachinformatiker und FAB beraten. Hierzu besuchten die Ausbildungsberater die Auszubildenden in Lehrgängen und Geschäftsstellen. Die meisten Veranstaltungen fanden – wie auch schon in den vergangenen Jahren – bei den angehenden SFA statt, von denen mehr als zwei Drittel bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung ausgebildet werden.

Anzahl der beratenen Auszubildenden

	in Lehrgängen	in Geschäftsstellen	Gesamt	in %
KV	2345	212	2557	78,08
RV	163	13	176	5,37
UV	236	19	255	7,79
LSV	53	6	59	1,80
KBS	225	3	228	6,96
<b>Summe:</b>	<b>3022</b>	<b>253</b>	<b>3275</b>	<b>100,00</b>

Ob im persönlichen Gespräch am Rande der Ausbildungsberatungen, in Lehrgängen oder Geschäftsstellen, am Telefon oder im E-Mail-Austausch: Die Auszubildenden aller vier Fachrichtungen hatten erneut wieder großen Informations- und Beratungsbedarf zu allen Themen rund um die Ausbildung. Im Vordergrund standen dabei die anstehenden Prüfungen, etwaige Versetzungen, Lernprobleme, organisatorische Probleme am Arbeitsplatz und Fragen zur individuellen Ausbildungssituation. Oftmals konnten die Ausbildungsberater durch Information, Moderation und Anregungen helfen, manchmal scheiterte die Hilfe an übertriebenen Leistungserwartungen der Ausbilder oder auch an betriebsinternen Notwendigkeiten.

Bei der Überwachung standen besonders die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Fokus. Denn anders als die übrigen Träger der Sozialversicherung war die gesetzliche Krankenversicherung erneut geprägt von Wandel, Umstrukturierung und Rationalisierung.

Insbesondere die großen Ersatzkassen machten wieder durch nachhaltige Veränderungen auf sich aufmerksam. Dabei wurden die Trends der letzten Jahre fortgesetzt: Konzentration der Arbeit in spezialisierten Fachzentren, Reduzierung der Zahl der Geschäftsstellen, Personalabbau, mehr Kundenkommunikation per Telefon oder E-Mail und eine allgemeine Verdichtung der Arbeitsleistung.

All diese Organisationsreformen haben auch Auswirkungen auf die Ausbildung. Das Bundesversicherungsamt hat die ausbildungsrelevanten Prozesse durch zahlreiche Gespräche mit den Ausbildungsverantwortlichen der Träger begleitet und gegebenenfalls Akzente gesetzt.

Diese waren z.B. notwendig, wenn es um die Prüfung der Ausbildungskonzeptionen ging. Manche Träger neigen dazu, bei der Berücksichtigung ihrer Bedarfe die Vorgaben der Ausbildungsordnung, besonders was die Praxisausbildung betrifft, aus den Augen zu verlieren. Trotz detaillierter Vorgaben des Ausbildungsrahmenplans für eine umfassende praktische Ausbildung in allen beiden Kernbereichen werden die Auszubil-

denden häufig auf nur einen Bereich oder sogar nur auf einzelne Gebiete davon spezialisiert. Nachdem im letzten Jahr nach entsprechen Beanstandungen des Bundesversicherungsamtes die Ausbildungskonzeptionen im Hinblick auf eine umfassende Praxisausbildung überarbeitet worden sind, ging es in diesem Jahr um die Begleitung der Umsetzung.

Das Bundesversicherungsamt hat Ausbildungsstandorte in Hauptgeschäftsstellen, Beitragszentren und Fachzentren besucht, mit Auszubildenden und Ausbildern gesprochen, die Einsatz- und Versetzungspläne eingesehen und Verbesserungsvorschläge gemacht, wo dies erforderlich war.

Vielmehr Spielraum als bei den SFA bleibt den Trägern bei der Umsetzung der Ausbildungsordnung für Kaufleute im Gesundheitswesen. Das ist sicherlich auch einer der Gründe, warum bei einigen Krankenkassen in den letzten Jahren bevorzugt Kaufleute im Gesundheitswesen ausgebildet werden. Aber auch bei diesem Beruf mit einem überwiegend kaufmännischen und dienstleistungsorientierten Profil müssen die im Ausbildungsrahmenplan vorgesehenen Inhalte durch praktisches Üben und Trainieren vermittelt werden, um den Auszubildenden eine breite berufliche Handlungsfähigkeit zu sichern. Eine Spezialisierung toleriert das Bundesversicherungsamt nur bezogen auf die sozialversicherungsrechtlichen Randbereiche, da diese nicht zu den Kern- bzw. Fachqualifikationen des Ausbildungsberufs gehören. Das machen sich die Krankenkassen gerne zu Nutze, denn bei ihnen ist das Sozialversicherungsrecht von großer Relevanz. Hier gilt es, darauf zu achten, dass die eigentlichen Kernbereiche des Ausbildungsberufs nicht zu kurz kommen und auch in der Praxis umfassend vermittelt werden. Das hat das Bundesversicherungsamt in zahlreichen Gesprächen mit Ausbildungsverantwortlichen immer wieder kommuniziert. Eine im Berichtsjahr vorgelegte Ausbildungskonzeption für Kaufleute im Gesundheitswesen greift nun die Anregungen des Bundesversicherungsamtes auf und will allen Auszubildenden eine umfassende Vermittlung der vorgeschriebenen Inhalte in der Praxis sichern. Sofern Ausbildungsthemen nicht oder nur unzureichend in der Ausbildungsstätte vermittelt werden können, sollen die Auszubildenden in anderen Bereichen der Krankenkasse eingesetzt

werden, auswärtige Praktika z.B. in Krankenhäusern, Kur-/ Rehakliniken, Pflegeheimen, Ärztehäusern absolvieren, in Projekten oder mithilfe von Planspielen praxisbezogen geschult werden. Das Bundesversicherungsamt wird die Umsetzung in den kommenden Jahren überwachen und mit seinen Ausbildungsberatern unterstützend zur Seite stehen.

Nicht nur für die großen Ersatzkassen mit ihren Fachzentren ist es schwierig, bei einer auf Sanierung und Kostenersparnis ausgerichteten Kassenpolitik eine Ausgewogenheit zwischen Ausbildung und beginnender Sachbearbeitung als allmähliche Heranführung an das Arbeitsleben herzustellen.

Bei den großen Krankenkassen wurden Auszubildende teilweise viel zu früh zur Sachbearbeitung oder zu monatelangem Personaleinsatz angehalten. Dabei wurden sie auch als festes Personal betrachtet und bei der Berechnung des Personalschlüssels als Arbeitskräfte einbezogen. So forderte eine Betriebskrankenkasse ihre Auszubildenden auf, mit Ende des zweiten Ausbildungsjahres zu 50 % zur eigenständigen Sachbearbeitung zur Verfügung zu stehen – wenige Monate später zu 100 %.

Das wird das mit einer gründlichen Einarbeitung in den zukünftigen Aufgabenbereich begründet. Tatsächlich aber werden die Auszubildenden oft als Personalerersatz und preiswerte Arbeitskräfte eingesetzt. Währenddessen wird die Ausbildung vernachlässigt und nur ein Teil der ausbildungsrelevanten Inhalte vermittelt. So entstehen große Lücken in der praktischen Schulung der Fähigkeiten und Fertigkeiten und nicht zuletzt wird auch die Prüfungsvorbereitung beeinträchtigt.

Das Bundesversicherungsamt hat an die Verpflichtungen der Ausbildungsordnung erinnert und darauf hingewiesen, dass trotz veränderter Rahmenbedingungen möglichst alle Ausbildungsinhalte vermittelt werden müssen. Ausbildung ist im Wesentlichen mit Theorie- und Praxisschulungen sowie der Vorbereitung auf die Klausuren und Prüfungen zu bestreiten.

Erneut haben auch die Nachwirkungen von Fusionen die Ausbildung belastet. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Ausbildung bei fusionsbedingten Umstrukturierungen oft nicht höchste Priorität besitzt. Während große Bereiche schon harmonisiert sind, werden in der Ausbildung alte Strukturen der Fusionspartner fortgesetzt.

Das führte zu Problemen, insbesondere im süddeutschen Raum, wie Auszubildende einer großen Krankenkasse berichteten: Unterschiede in der Ausbildungsstruktur, fehlende Ansprechpartner vor Ort, unzureichende und unterschiedliche Umsetzung des Rahmenlehrplans, mangelhafte Organisation der Einsätze und fehlende Koordination zwischen den Regionaldirektionen machten es Auszubildenden und Ausbildern schwer.

Das Bundesversicherungsamt hat dieses Problem schon mehrfach mit Verantwortlichen des Trägers erörtert. Im Berichtszeitraum wurden mehrere Regionalgeschäftsstellen besucht, mit Auszubildenden, Ausbildern und Ausbildungsverantwortlichen gesprochen und die Ausbildungskonzepte analysiert. Im Ergebnis stellte sich heraus, dass vornehmlich die beiden älteren Ausbildungsjahrgänge von den Unregelmäßigkeiten betroffen waren und dass seit Anfang des Jahres ein bundesweit einheitliches Ausbildungskonzept vorliegt, welches deutlich mehr Substanz und „Gleichklang“ in die Ausbildung bringt.

Das Bundesversicherungsamt begrüßt diese Initiative. Besonders positiv ist, dass es nunmehr in jeder Regionaldirektion Ausbildungsleiter gibt, die die Umsetzung detaillierter Pläne mit allen Inhalten überwachen und als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Das Bundesversicherungsamt wird diesen Prozess weiterhin konstruktiv begleiten.

## 1.4 Prüfungen

Im Jahr 2015 hat das Bundesversicherungsamt 2.696 Prüflinge und damit fast 200 mehr als im Vorjahr geprüft.

An 11 Zwischenprüfungen nahmen 1.302 Auszubildende zu SFA, drei angehende VFA und ein Auszubildender zum FAB teil. Dabei wurden 72 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 13 Abschlussprüfungen, bei denen 83 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 1.172 Prüflinge teil, darunter 26 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf SFA entfielen 1.162 Prüflinge, 6 auf den Ausbildungsberuf VFA und 4 auf den Ausbildungsberuf FAB. 1.147 Prüflinge bestanden die Prüfung (97,9 %). Unter den 1.162 Prüflingen für den Beruf SFA waren 46, die nach § 45 Absatz 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Von diesen kam einer von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, zwei von einer Innungskrankenkasse und alle anderen von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin / zum Krankenkassenfachwirt nahmen insgesamt 119 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen und erstmals auch von der BARMER GEK teil. 14 davon kamen von landesunmittelbaren Krankenkassen und wurden vom Bundesversicherungsamt in Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die noch keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Sechs Prüfungsausschüsse waren im Einsatz. Alle 119 Prüflinge bestanden die Prüfung. Bei der Organisation wurde das Bundesversicherungsamt von der BKK Akademie, der IKK Akademie und der BARMER GEK unterstützt.

Zudem hat das Bundesversicherungsamt acht Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 99 Ausbilderinnen und Ausbilder - und damit etwas mehr als im Vorjahr - teilnahmen. 45 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei Krankenkassen, 21 bei Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, 25 bei der

Deutschen Rentenversicherung Bund und acht bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Alle Prüfungsteilnehmer und -teilnehmerinnen bestanden die Prüfung.

Um die zum 1. Oktober 2014 für die Abschlussprüfungen zur/zum SFA neu berufenen Prüfer in die Lage zu versetzen, die Prüfung ordnungsgemäß abzunehmen, sie zu motivieren und nicht zuletzt, um ihnen die Zuversicht zu vermitteln, diese Aufgabe bewältigen zu können, hat das Bundesversicherungsamt im Frühjahr Prüferschulungen durchgeführt. In sechs zweitägigen Veranstaltungen wurden 104 Prüfer und Prüferinnen der Fachrichtungen allgemeine Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung und gesetzliche Unfallversicherung geschult. Mit den Schulungen sollen die Prüfer befähigt werden, die erbrachten schriftlichen und mündlichen Leistungen korrekt und nachvollziehbar zu bewerten und die mündliche Prüfung methodisch zweckgerecht und psychologisch geschickt durchzuführen. Viele positive Rückmeldungen von den Teilnehmern und nicht zuletzt eine regelmäßig geringe Widerspruchsquote zeugen vom Erfolg dieser Veranstaltungen.

Für den neuen Ausbildungsberuf Kaufmann/ Kauffrau für Büromanagement, der seit 1. August 2014 u.a. den FAB ablöst, hat das Bundesversicherungsamt eine Prüfungsordnung erlassen. Besonderheit dieses Ausbildungsberufs ist die sogenannte gestreckte Abschlussprüfung, d.h., statt einer Zwischenprüfung in der Mitte des zweiten Ausbildungsjahres wird bereits der erste Teil der Abschlussprüfung durchgeführt. Zu diesem Zweck hat das Bundesversicherungsamt einen Abschlussprüfungsausschuss berufen, der aus je einem Beauftragten der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie einem Berufsschullehrer und deren Stellvertretern besteht. Da der überwiegende Teil der Auszubildenden aus dem norddeutschen Raum kommt, wurde der Ausschusssitz in Hamburg angesiedelt.

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



## 2. Mutterschaftsgeldstelle

Seit 36 Jahren werden beim Bundesversicherungsamt Anträge auf Zahlung des Mutterschaftsgeldes nach § 13 Abs. 2 und 3 Mutterschutzgesetz (MuSchG) in Höhe von maximal 210 Euro bearbeitet. Zuständig ist das Bundesversicherungsamt für Frauen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und zu Beginn ihrer Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG in einem Arbeitsverhältnis stehen. Frauen, welche die Anspruchsvoraussetzungen für das Mutterschaftsgeld erfüllen, erhalten zudem den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 2 und 3 MuSchG vom Bundesversicherungsamt, wenn das Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach § 6 Abs. 1 MuSchG mit Zustimmung der jeweiligen Behörde einseitig durch Kündigung des Arbeitgebers beendet wurde oder der Arbeitgeber wegen eines Insolvenzereignisses i.S.v. § 183 Abs. 1 Satz 1 SGB III zahlungsunfähig ist.

2015 gingen rd. 21.000 Anträge ein. Davon waren rd. 75 % erfolgreich. Rund zwei Drittel aller Frauen, die Mutterschaftsgeld erhalten haben, waren geringfügig beschäftigt. Die Ausgaben für Leistungen nach dem MuSchG beliefen sich auf rd. 3,2 Mio. Euro. Darin ent-

halten sind rd. 30.000 Euro Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 347 Nr. 8 SGB III für Frauen, die vor Beginn der Schutzfrist sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren, sowie Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 2 und 3 MuSchG in Höhe von rd. 8.000 Euro.

Über die BVA-Beratungshotline wurden rd. 13.400 Beratungsgespräche mit potentiellen Antragstellerinnen und mit Arbeitgebern, Steuerberatern, Beschäftigten von Beratungsstellen usw. geführt, die Fragen zur Durchführung des Mutterschutzgesetzes hatten. Zudem wurden rd. 1.400 entsprechende schriftliche Anfragen beantwortet.

# Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt 69)

## BETRIEBSKRANKENKASSEN (57)

- actimonda BKK
- atlas BKK ahlmann
- Audi BKK
- BAHN-BKK
- Bertelsmann BKK
- Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG
- Betriebskrankenkasse Braun-Gillette
- Betriebskrankenkasse der BMW AG
- Betriebskrankenkasse der Deutsche Bank Aktiengesellschaft
- Betriebskrankenkasse der MTU Friedrichshafen GmbH
- Betriebskrankenkasse der SIEMAG
- Betriebskrankenkasse exklusiv
- Betriebskrankenkasse firmus
- Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg
- Betriebskrankenkasse Linde
- Betriebskrankenkasse Miele
- Betriebskrankenkasse Mobil Oil
- Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers
- Betriebskrankenkasse RWE
- Betriebskrankenkasse Technoform
- Betriebskrankenkasse WMF Württembergische Metallwarenfabrik AG
- BKK advita
- 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 BKK
- Deutsche Betriebskrankenkasse
- E.ON Betriebskrankenkasse
- energie-Betriebskrankenkasse
- Ernst & Young BKK
- Gemeinsame Betriebskrankenkasse der Wieland-Werke AG
- Heimat BKK
- mhplus Betriebskrankenkasse
- Novitas BKK
- pronova BKK
- R+V Betriebskrankenkasse
- Salus BKK
- Schwenninger Betriebskrankenkasse
- SECURVITA BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
- SKD BKK
- Südzucker-Betriebskrankenkasse
- TUI BKK
- VICATIV BKK

## INNUNGSKRANKENKASSEN (4)

- BundesInnungskrankenkasse Gesundheit (BIG direkt gesund)
- IKK classic
- IKK gesund plus
- Innungskrankenkasse Nord

## ERSATZKASSEN (6)

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

## KNAPPSCHAFT

SOZIALVERSICHERUNG FÜR LANDWIRTSCHAFT, FORSTEN UND GARTENBAU (SVLFG)

# Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (insgesamt 3)

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (inklusive Seemannskasse)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

# Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

## Gewerbliche Berufsgenossenschaft (insgesamt 11)

- Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft
- Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
- Berufsgenossenschaft Holz und Metall
- Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie
- Berufsgenossenschaft für Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
- Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik
- Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- Verwaltungs-Berufsgenossenschaft
- Unfallkasse: Unfallversicherung Bund und Bahn
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

## Arbeitsgemeinschaften (insgesamt 30)

- „argab – Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrug“
- Arbeitsgemeinschaft „Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V.“(IKK e.V.)
- ARGE GSV plus GmbH
- ARGE CasusQuo e.V.- Arbeitsgemeinschaft für stationäres Fall- und Kostenmanagement e.V. (bis 20.12.2006 ARGE KRANKENHAUS)
- BG Phoenix GmbH
- BITMARCK Beratung GmbH (bis 13.08.2008 GSKV GmbH Gemeinschaft Servicezentrum Krankenversicherung)
- BITMARCK Holding GmbH
- BITMARCK Service GmbH
- BITMARCK Software GmbH (bis 4/2008 ARGE Informationssysteme in der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH)
- BITMARCK Technik GmbH
- BITMARCK Vertriebs- und Projekt GmbH
- Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
- BKK Kompetenzzentrum OWL
- BKK IT-Arbeitsgemeinschaft OWL
- BKK-Mittelstands-Offensive
- EVdK Einkaufsverbund der Krankenkassen
- GWQ ServicePlus AG
- HDP Gesellschaft für ganzheitliche Datenverarbeitung mbH
- ISC Münster eG (bis 2012 IKK ISC eG)
- Kooperation BKK vor Ort und BKK Achenbach Buschhütten
- KV Service Plus GmbH
- MedicalContact AG
- Mobil ISC GmbH
- Servicebüro für Krankenkassen (Unterstützungsleistungen zur DMP-Evaluation)
- spectrumK GmbH
- Verband der Ersatzkassen e.V.
- Sozialversicherungsträger IT-Servicegesellschaft bürgerlichen Rechts
- IT.UV Software GmbH
- UV RZ
- BG-Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH

## Sonstige (insgesamt 5)

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



Bildnachweise:

Archiv Bundesversicherungsamt · Viktor Gladkov/Shutterstock.com · Monica Butnaru/Shutterstock.com  
bogdanhoda/Shutterstock.com · Octavus/Shutterstock.com · Alexander Raths/Shutterstock.com  
Monkey Business Images/Shutterstock.com · Syda Productions/Shutterstock.com · McIek/Shutterstock.com  
aerogondo2/Shutterstock.com · CryKitten/Shutterstock.com · Marian Weyo/Shutterstock.com · StockLite/Shutterstock.com  
Halfpoint/Shutterstock.com · View Apart/Shutterstock.com · Ocskay Bence/Shutterstock.com · SFIO CRACHO/Shutterstock.com  
Mila Supinskaya Glashchenko/Shutterstock.com · Pressmaster/Shutterstock.com · FM2/fotolia · artjazz/fotolia · highwaystarz/fotolia



Bundesversicherungsamt



## Herausgeber:

Bundesversicherungsamt  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn  
Tel. (0228) 619 -0  
[www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de)

Verantwortlich für den Inhalt:  
Frank Plate, Präsident

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

Druck:  
XPrint Medienproduktion, Aachen

Print  kompensiert  
Id-Nr. 1657018  
[www.bvdm-online.de](http://www.bvdm-online.de)



MIX  
Papier aus verantwor-  
tungsvollen Quellen  
FSC® C113004