



Bundesversicherungsamt

Tätigkeitsbericht 2018



17.850.000

17,85 Mio. EURO

BEITRAGSFORDERUNGEN UND SÄUMNISZUSCHLÄGE FÜR
DEN GESUNDHEITSFONDS

237 Mrd. EURO

AN DIE GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

237.000.000.000

253.000.000

253 Mio. EURO

FÖRDERMITTEL AUS DEM KRANKENHAUS-
STRUKTURFONDS AUSGEZAHLT

101 Mio. EURO

FÖRDERMITTEL AUS DEM INNOVATIONSFONDS
AUSGEZAHLT

101.000.000

15,2 Mrd. EURO

TRANSFERVOLUMEN IN DER PFLEGEVERSICHERUNG

15.200.000.000

19.200.000

19,2 Mio. EURO

FÖRDERGELDER IM PFLEGEBEREICH
AUSGEZAHLT

11.000.000

11 Mio. EURO

KORREKTURBEITRÄGE IM RSA ERHOBEN

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

in diesem Tätigkeitsbericht blicken wir auf das Arbeitsjahr 2018 zurück. Wie immer gab es in unserem Aufsichtsgeschäft viel Bewegung. Aber auch die Verwaltungsaufgaben erfordern stets unsere sorgfältige Aufmerksamkeit.

Die Digitalisierung und der Umgang mit ihr hat in allen Sozialversicherungszweigen Einzug gehalten und wird nicht nur mit unserem erfolgreichen Digitalausschuss zukunftsgerichtet und mit Weitblick begleitet. Ob Digitale Service- und Versorgungsprodukte, Online-Kommunikation oder auch der Schutz und die Sicherheit persönlicher Gesundheitsdaten: wir suchen gemeinsam mit allen Beteiligten Lösungen, um technische Entwicklungen für die Träger in der gesetzlichen Sozialversicherung und für die Bürgerinnen und Bürger langfristig gesetzeskonform nutzbar zu machen.



Ich lade Sie ein, sich in diesem Bericht mit Themen der Kranken-, Renten-, Pflege- und Unfallversicherung zu befassen oder sich mit den Finanzergebnissen des Gesundheitsfonds sowie den Grundlagen des Risikostrukturausgleichs zu beschäftigen. Natürlich berichten wir über zahlreiche weitere Bereiche unseres Wirkens wie den Ergebnissen des Prüfdienstes, der Finanzierung der Sozialen Pflege, den Innovations- und Krankenhausstrukturfonds oder über die Disease-Management-Programme. Sie finden dies wie immer ausführlich im zweiten Teil des Tätigkeitsberichtes, oder in kurzer Form in unseren Schlaglichtern.

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche und anregende Lektüre.



Frank Plate
Präsident des
Bundesversicherungsamtes

Inhalt

Überblick Aufgaben	9
--------------------------	---

Schlaglichter 2018	10
--------------------------	----

1. Teil

Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

1. Krankenversicherung	21
1.1 Krankenversicherungen in Zahlen	21
1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht	22
Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung	22
Überlassung von Mitarbeitern einer Kassenärztlichen Vereinigung an eine Krankenkasse zur Überprüfung von ärztlichen Diagnosen	23
Anderweitige Absicherung im Krankheitsfall	24
Aufwandsentschädigung für Werber der gesetzlichen Krankenkassen (Laienwerber)	25
Wann werden neue Behandlungsmethoden von den Krankenkassen finanziert (Fall der Liposuktion)?	25
Blutzuckermessung mittels Scan-Verfahren FreeStyle Libre	26
Sondereinbarungen zur pauschalen Kürzung von Krankenhausabrechnungen	27
Einsatz einer Software in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgemeinschaft zur Erhebung von Daten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich	28
Weiterentwicklung des Aufsichtsmaßstabes für die Vergütung der Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen	29
Bestandsaufnahme zur Wirtschaftlichkeit der Bildungsstätten der gesetzlichen Krankenkassen	30
Beachtung der Repräsentations- und Bewirtungsleitlinien der Aufsichtsbehörden durch Arbeitsgemeinschaften	31
1.3 Satzung und Verträge	32
Unzulässige Kopplung zusätzlicher Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V an eine ungekündigte Mitgliedschaft	32
Digitale Versorgungsprodukte als Satzungsleistung	32
Aktualität der zusätzlichen Satzungsleistungen der Krankenkassen	34
Weitere Schwerpunktthemen bei den Satzungsleistungen in 2018	34
Vertragsschlüsse zur Gesamtvergütung in der Kritik	35
Ende kassenindividueller Rabatte für Zytostatika	35
Datenschutz im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V	36
Outsourcing von Aufgaben des Krankengeld- fallmanagements nach § 44 Abs. 4 SGB V auf Dienstleister	36
1.4 Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung	37
1.4.1 Prüfungen nach § 274 Abs. 1 Satz 2 SGB V	38
1.4.2 Allgemeine Verwaltung	39
1.4.3 IT-Prüfungen	40
1.4.4 Leistungen der Krankenkassen	43
1.4.5 Finanzen und Kassensicherheit	44
1.4.6 Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V	46
1.4.7 Sonderprüfungen	47

2. Pflegeversicherung	49
2.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht	49
Umsetzung der Pflegeberatung	49
Steigendes Angebot von Pflegekursen nach § 45 SGB XI	50
2.2 Feststellungen des Prüfdienstes Pflegeversicherung	51
Abrechnung ambulanter Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI	52
Abrechnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V	53
3. Rentenversicherung	55
3.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht	55
RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz	55
Umsetzung des Flexirentengesetzes	56
Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes	57
Längere Bearbeitungszeiten bei Leistungen zur Teilhabe	58
Waisenrentenzahlung aufgrund einer Behinderung der Waise	58
Befreiung von der Krankenversicherung der Rentner	58
Verrechnung von Unterhaltsvorschussleistungen durch den Rentenversicherungsträger	59
Prüfung von privaten Haushalten wegen der dort Beschäftigten durch die Träger der Rentenversicherung	61
Ausgleichsvereinigungen	63
3.2 Internationales Sozialversicherungsrecht	63
Verfahren bei Rentenansprüchen in mehreren Staaten	63
Internationale Kontakte/Konferenzen	64
3.3 Prüfung	64
Prüfverfahren „Fremdrentenrecht“	64
Prüfverfahren „Pflichtversicherung von Pflegepersonen“	65
Prüfverfahren „Pflichtversicherung von Selbständigen“	65
Prüfverfahren „Zwischenstaatliche Rentenberechnung“	66
Ausblick: Kommende Prüfungsschwerpunkte in der Rentenversicherung	67
4. Unfallversicherung	68
4.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht	68
Berufskrankheiten infolge Kälteeinwirkungen	68
Aufsichtsrechtliche Begleitung von Fusionen der gewerblichen Berufsgenossenschaften	69
Internationales Engagement im Bereich der Prävention	69
4.2 Satzung	71
Gefahrtarifangelegenheiten	71
5. Landwirtschaftliche Sozialversicherung	73
5.1 Finanzen	73
Haushaltsgenehmigung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	73
5.2 Alterssicherung der Landwirte	74
Abschaffung der Hofabgabepflicht	74
6. Übergreifende Aufsichtsthemen	75
6.1 Finanzen	75
Aufsichtsprüfung der Geldanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger	75
Genehmigung und Anzeigen von Immobilienmaßnahmen nach § 85 SGB IV	78
6.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht	79
Änderung der Gemeinsamen Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungs- organe in der Sozialversicherung gemäß § 41 SGB IV zum 1. Januar 2019	79

Neufassung der gemeinsamen Grundsätze zur Abgrenzung der Aufsichtszuständigkeit bei Arbeitsgemeinschaften nach § 94 SGB X.....	79
Einrichtung des besonderen Behördenpostfachs bei den Sozialversicherungsträgern	81
Erfahrungen aus der Umsetzung der DSGVO im Aufsichtsbereich.....	81
6.3 Digitalisierung in der Sozialversicherung	82
Apps und Online-Funktionen im Rahmen von Geschäftsprozessen, Aufklärung und Beratung sowie eigene digitale Leistungsangebote der Krankenkassen.....	82
Technische Gestaltung der digitalen Prozesse	82
Finanzierung persönlicher elektronischer Gesundheitsakten.....	83
Datenschutz- und Sicherheitsprobleme beim Einsatz persönlicher elektronischer Gesundheitsakten	83
Erweiterung der Funktionalität der persönlichen elektronischen Gesundheitsakten um weitere digitale Angebote.....	83
Sozialdatenschutzrechtliche Besonderheiten beim Einsatz von Cloud-Lösungen	84
6.4 Umsetzung der BSI-Kritisverordnung im Aufsichtsbereich	85
6.5 Vergabe	86
Fehlerhafte Benennung des Bundesversicherungsamts in Vergabebekanntmachungen	86
Begründung der gewählten Vergabeart	86

2. Teil

Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung

1. Schätzerkreis, Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich	88
1.1. Schätzerkreis	88
1.2. Gesundheitsfonds	88
1.2.1 Allgemeines.....	88
1.2.2 Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds	89
1.2.3 Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds	91
Entwicklung der Beitragseinnahmen und -rückstände.....	91
Prüfung der Beitragszahlung nach § 251 Abs. 5 SGB V und § 60 Abs. 3 SGB XI	92
1.3 Risikostrukturausgleich	93
1.3.1 Grundlagen.....	93
1.3.2 Monatliches Abschlagsverfahren 2018.....	94
1.3.3 Jahresausgleich 2017	95
1.3.4 Weiterentwicklung.....	96
1.3.5 Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs.....	97
1.3.6 Gutachten zu Auslandsversicherten und Krankengeld.....	97
1.3.7 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 323 SGB V (in der Fassung des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes).....	99
1.3.8 Gerichtsverfahren zum Risikostrukturausgleich	100
1.3.9 Sicherung der Datengrundlagen	100
1.4 Einkommensausgleich	101

2. Innovationsfonds und Krankenhausstrukturfonds	103
2.1 Innovationsfonds	103
2.1.1. Grundlagen.....	103
2.1.2. Ermittlung der Finanzierungsanteile	103
2.1.3. Fördermittelauszahlungen in 2018	103
2.1.4. Finanzergebnisse des Innovationsfonds.....	104
2.2 Förderung von Vorhaben zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung mit Mitteln des Strukturfonds	105
2.2.1. Grundlagen.....	105
2.2.2. Finanzergebnisse des Strukturfonds.....	105
2.2.3. Einzelheiten zum Stand der Förderung im Berichtsjahr.....	106
2.2.4. Praxis der Förderverwaltung /Grundsatzfragen.....	107
2.2.5. Auswertung und Berichtswesen	107
2.2.6. Ausblick und Vorbereitungsarbeiten an der gesetzlichen Neuauflage des Strukturfonds ab 2019.....	108
3. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)	109
3.1 Zulassungsstand	109
3.2 Neue DMP-Indikationen	110
3.3 Vertragsanpassungen	110
3.4 Qualitätsberichte	110
3.5 Evaluation	110
4. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung	111
4.1 Finanzausgleich	111
4.2. Entwicklung des Mittelbestandes	112
4.3. Verwaltung der Mittel des Ausgleichsfonds	113
4.4. Verwaltungskosten der sozialen Pflegeversicherung	113
4.5. Leistungsausgaben des Ausgleichsfonds (Fördergelder)	114
4.6. Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen	116
4.7. Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung	116
4.8. Ausblick auf das Jahr 2019	117
5. Aufsicht über die ZfP/Ordnungswidrigkeitenbehörde/ Meldestelle	118
5.1 Rechtsaufsicht über die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge (ZfP) gemäß § 128 Abs. 5 Satz 5 SGB XI; Ordnungswidrigkeitenverfahren gemäß § 121 Abs. 1 Nr. 7 i.V.m. Abs. 3 SGB XI gegenüber privaten Versicherungsunternehmen	118
5.2 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen	119
5.3 Implementierung eines neuen elektronischen Meldeverfahrens für die Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen nach § 51 SGB XI	119
6. Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung	121
7. Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger (VdBS)	123
8. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung	124

Inhalt

3. Teil

Sonderaufgaben

1.	Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz	127
1.1	Überwachung der Berufsausbildung.....	127
1.2	Ausbildungsplatzsituation.....	127
1.3	Überwachung und Beratung	129
1.4	Prüfungen.....	132
2.	Mutterschaftsgeldstelle	133
3.	Blick nach innen 2018.....	134
	Das Bundesversicherungsamt in den Medien.....	134
	Das Bundesversicherungsamt als Arbeitgeber	135
	Strategische Steuerung und Digitalisierung im BVA	136
	IT-Betrieb, Entwicklung und Service im Bundesversicherungsamt.....	136

Anhang

Übersicht der Träger

Organigramm





Überblick

Aufgaben

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

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

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

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

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt folgende weitere Aufgaben:

- Zuständige Stelle im Sinne des Berufsbildungsgesetzes für die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und das eigene Haus
- 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 620 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und seinen Hauptsitz in Bonn. Der Prüfdienst hat zudem Außenstellen in Cloppenburg, Fulda, Duisburg, Berlin und Ingolstadt. Organisatorisch ist das Bundesversicherungsamt in 50 Referate und drei Stabsstellen gegliedert. Siehe Organigramm Bundesversicherungsamt Seite 140.

Ausblick

Das Bundesversicherungsamt wird sich voraussichtlich verändern. Neben neuen Aufgaben insbesondere im Bereich des Opferentschädigungsrechtes ab 2024 ist nach dem Kabinettentwurf eines Gesetzes zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechtes geplant, das Bundesversicherungsamt zum 1. Januar 2020 in Bundesamt für Soziale Sicherung umzubenennen. Der neue Name trägt der in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten stetig gewachsenen Aufgabenvielfalt des Hauses Rechnung. Inzwischen ist das Bundesversicherungsamt mehr als die Aufsicht über die gesetzlichen Sozialversicherungen. Viele der wichtigen Verwaltungsaufgaben machen die Behörde zu einem zentralen Element in der Sozialversicherung und darüber hinaus.

Schlaglichter 2018

Krankenversicherung

Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen auch im Jahr 2018 weiter positiv

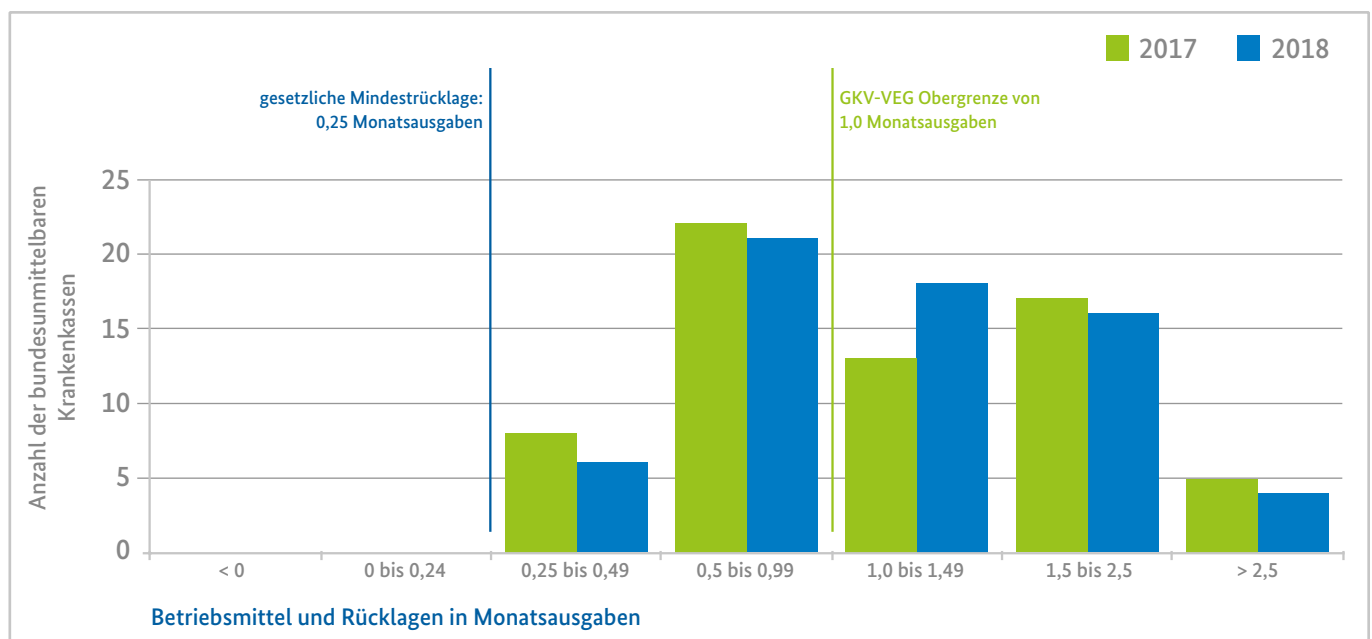
Im Jahr 2018 erzielten die bundesunmittelbaren Krankenkassen insgesamt einen Überschuss der Einnahmen in Höhe von 1,1 Mrd. Euro. Nach den Rechnungsergebnissen betrug das Betriebsmittel- und Rücklagevermögen rd. 11,1 Mrd. Euro, was 0,9 Monatsausgaben entsprach. Wie auch in den Vorjahren unterschieden sich die Finanzergebnisse allerdings zwischen den Krankenkassen zum Teil deutlich. So erzielten 53 Krankenkassen einen Überschuss der Einnahmen und 12 Krankenkassen einen Überschuss der Ausgaben. Alle bundesunmittelbaren Krankenkassen verfügten am Jahresende über die vorgeschriebene Mindestrücklage in Höhe von 0,25 Monatsausgaben. Durch das zum Jahresende 2018 in Kraft getretene GKV-VEG wurde für die Krankenkassen eine Obergrenze für die Betriebsmittel und Rücklage in Höhe

von einer durchschnittlichen Monatsausgabe definiert. Die Aufsichtsbehörden können für kleinere Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern auf Antrag eine abweichende Obergrenze festsetzen. Diese Obergrenze wird künftig von den Krankenkassen zu beachten sein. Von den 65 bundesunmittelbaren Krankenkassen überschritten 38 Krankenkassen am Jahresende 2018 die Obergrenze von einer Monatsausgabe, dies betraf ca. 15,4 Mio. Mitglieder. Die unterschiedliche Vermögensverteilung ergibt sich aus der folgenden Darstellung.

Zusatzbeiträge sinken nur für einen Teil der Mitglieder

Der vom Bundesministerium für Gesundheit bekanntgegebene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wurde von 1,1 % im Jahr 2017 auf 1,0 % im Jahr 2018 abgesenkt. Am Jahresende 2018 galt dieser Zusatzbeitragsatz für 0,9 Mio. Mitglieder von 5 bundesunmittelbaren Krankenkassen. Für 10,3 Mio. Mitglieder von 19 Krankenkassen lag der Zusatzbeitragssatz darunter, für 23,3 Mio. Mitglieder von 40 Krankenkassen lag der

Betriebsmittel und Rücklagen der bundesunmittelbaren Krankenkassen 2017 und 2018



Quelle: KJ1 2018, trunziert

Zusatzbeitragssatz oberhalb von 1,0 %. Die Landwirtschaftliche Krankenkasse erhebt Beiträge nach Beitragsklassen und ist hier nicht mit aufgeführt.

Für das Jahr 2019 hat das Bundesministerium für Gesundheit den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auf 0,9 % abgesenkt (S. 88). Da sich die Ertrags- und Vermögenssituationen der einzelnen Krankenkassen z.T. deutlich voneinander unterscheiden, bedeutet dies allerdings nicht, dass auch alle Krankenkassen ihre Beitragssätze gesenkt haben.

Das Bundesversicherungsamt hat Ende 2018 die Haushaltspläne aller bundesunmittelbaren Krankenkassen für das Jahr 2019 geprüft und bei 29 Krankenkassen Senkungen des Zusatzbeitragssatzes um bis zu 0,3 % genehmigt. Für 14,0 Mio. Mitglieder von 29 Krankenkassen gilt 2019 ein niedrigerer Zusatzbeitragssatz als im Jahr 2018; für 20,3 Mio. Mitglieder von 35 Krankenkassen verringerte sich der Zusatzbeitragssatz nicht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Krankenkassen im Rahmen ihrer Haushaltsplanung für das Jahr 2019 ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben durften, wenn ihre Betriebsmittel und Rücklage ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse die für sie geltende Obergrenze überschritten hatten.

Tagesaktuelle Informationen über die Höhe der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen können dem Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden (www.gkv-spitzenverband.de).

Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs vorgelegt

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) im Sommer 2017 beauftragt, die regionalen Verteilungswirkungen des RSA zu untersuchen. Das Gutachten wurde am 28. Juni 2018 veröffentlicht. Es analysiert insbesondere, inwieweit angebots- und nachfrageseitige Einflussgrößen regionale Ausgabenunterschiede der Krankenkassen bedingen. Auch nimmt es zu der Frage Stellung, ob die untersuchten regionalen Bestimmungsfaktoren im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden sollen. Mehr dazu ab Seite 97.

Über 237 Milliarden Euro an Krankenkassen verteilt

Die Zahlungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds betrugen im Jahr 2018 237,2 Mrd. Euro. Wie sich diese Zahlungen zusammensetzen und auf welchen Rechtsgrundlagen sie berechnet werden, wird im Teil 2 beschrieben (S. 89).

Digitale Versorgungsprodukte halten Einzug in die Satzungen der Krankenkassen

Die Digitalisierung hat den Bereich der zusätzlichen Satzungsleistungen erreicht. Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr umfassend die rechtlichen Möglichkeiten für zusätzliche Satzungsleistungen auf der Grundlage von § 11 Abs. 6 SGB V im Bereich Digitale Versorgungsprodukte bewertet. Nach Prüfung der jeweiligen Produkte konnten bereits erste Genehmigungen erteilt werden. Vereinzelt ergab die Prüfung jedoch auch, dass die Angebote der Regelversorgung zugeordnet werden können. Die Versicherten profitieren damit in jedem Fall von den neuen Angeboten, und die Krankenkassen können im Rahmen der ausgeloteten rechtlichen Möglichkeiten auf die neuen Anforderungen reagieren. Näheres hierzu siehe Seite 32.

§ 11 Abs. 6 SGB V führt in Einzelfällen zu nahezu flächendeckenden Angeboten

Die Möglichkeit einer Satzungsregelung zur Kostenübernahme für zusätzliche Leistungen wird von den Krankenkassen weiterhin rege genutzt. Zur Positionierung im Wettbewerb steht mittlerweile eine Vielzahl von Leistungen nahezu flächendeckend zur Verfügung. So werden z. B. im Bereich der zusätzlichen Hilfsmittel nunmehr einem Großteil der Versicherten Zuschüsse für das Flash Glukose Messsystem (FGM) gewährt (Seite 26).



Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung

Dem Bundesversicherungsamt lagen im Berichtsjahr 2018 zahlreiche Beschwerden gegen die Vertragspraxis der Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung vor. Das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) hat die Anforderungen an die Berücksichtigung von Qualitätsaspekten bei der Ausschreibung von Verträgen deutlich erhöht. Die Krankenkassen setzen die gesetzlichen Neuerungen aber nur unzureichend um. Das Bundesversicherungsamt hat sofort vollziehbare Verpflichtungsbescheide gegenüber drei Krankenkassen erlassen (S. 22). Die Beschlüsse in den einstweiligen Rechtsschutzverfahren liegen inzwischen vor. Das Bundesversicherungsamt konnte erreichen, dass eine Krankenkasse ihre Ausschreibung aufheben musste, weil sie entgegen den gesetzlichen Vorgaben nicht ausreichend qualitative Aspekte in der Ausschreibung berücksichtigte. Zwei Gerichte stellten die aufschiebende Wirkung der Rechtsmittel der Krankenkassen wieder her. Nicht zuletzt die divergierenden Beschlüsse der Landessozialgerichte haben deutlich gemacht, dass es einer gesetzlichen Klarstellung bedurfte. Dem ist der Gesetzgeber nunmehr im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) nachgekommen. Der Gesetzgeber hat hierin eine materiell-rechtliche Änderung des § 127 SGB V vorgenommen, wonach Krankenkassen zukünftig die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten im Verhandlungswege durch Rahmenverträge mit Beitrittsmöglichkeit sicherzustellen

haben. Die Möglichkeit einer Ausschreibung findet sich im neuen § 127 SGB V nicht mehr (BT-Drs. 19/8351, S. 99 f., 228 ff.).

Gesamtvergütungsverträge in der Kritik

Das Bundesversicherungsamt prüfte in 2018 mehrere Gesamtvergütungsverträge und erörterte gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und den Landesaufsichtsbehörden die festgestellten Mängel in der Vertragsgestaltung. Insgesamt besteht eine hohe Intransparenz, welche Vergütungsanteile für welche Leistungen vereinbart werden. In einem Rundschreiben hat das Bundesversicherungsamt die gesetzlichen Anforderungen an die Vertragsgestaltung formuliert (S. 35).

Neue Verwaltungsvorschrift für Vorstandsvergütungen

Das Bundessozialgericht (BSG) hat im Jahr 2018 erstmalig über eine Klage einer Krankenkasse gegen eine abgelehnte Zustimmung des Bundesversicherungsamtes zu einer Erhöhung einer Vorstandsvergütung entschieden. Das BSG bestätigte die grundsätzliche Vorgehensweise der Aufsichtsbehörden und gab den Aufsichtsbehörden gleichzeitig Ergänzungen und Änderungen an den Aufsichtsmaßstäben auf. In Abstimmung mit den Aufsichtsbehörden der Länder und dem Bundesministerium für Gesundheit hat das Bundes-

versicherungsamt eine neue allgemeine Verwaltungsvorschrift für die Vorstandsvergütung aufgestellt und veröffentlicht (Seite 29).

Neue DMP-Indikation Herzinsuffizienz

Als erste neue Indikation seit 2005 trat aufgrund des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) am 24. August 2018 die Indikation Herzinsuffizienz in Kraft. Herzinsuffizienz war bisher als Modul Bestandteil der DMP-Indikation Koronare Herzkrankheit und wird nun in eine eigene DMP-Indikation überführt. Zulassungen in dieser neuen Indikation gibt es bisher nicht (S. 109).

Kosten für Mitgliederwerbung gedeckelt

Gesetzliche Krankenkassen dürfen für ihre Mitgliederwerbung sogenannte Laienwerber gewinnen, die eine pauschale Aufwandsentschädigung von 25 Euro erhalten können. Zusätzliche Preise wie Bluetooth-Lautsprecher, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, oder ein Wellness-Wochenende dürfen – auch über Verlosungen – nicht gewährt werden. Die Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung regeln auch, dass weitere Zahlungen wie etwa Reise- und Verwaltungskostenpauschalen unzulässig sind (siehe Seite 25 und Seite 39).

Weiterhin Nachforderungen bei den Beitragszahlungen für Arbeitslose

Als Verwalter des Gesundheitsfonds prüft das Bundesversicherungsamt auch die Beitragszahlungen der Bundesagentur für Arbeit und der zugelassenen kommunalen Träger für die Bezieher von Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II. Seit Übertragung der Prüfberechtigung wurden 229 der bundesweit existierenden 563 Institutionen geprüft. Im Jahr 2018 wurden rund 32.000 Fälle fehlerhafter Zahlungen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an den Gesundheitsfonds mit Beitragsnachforderungen und Säumniszuschlägen in Höhe von ca. 17,85 Mio. Euro festgestellt (Mehr dazu auf S. 92).

Pflegeversicherung

Neue Pflegeberatungs-Richtlinien setzen einheitliche Maßstäbe

Am 31. Mai 2018 sind die neuen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung (Pflegeberatungs-Richtlinien vom 7. Mai 2018) in Kraft getreten. Diese sind für die Pflegekassen und die Pflegestützpunkte unmittelbar verbindlich. Sie haben die Intention, eine einheitliche Pflegeberatung aller Pflegekassen sicherzustellen. Dementsprechend geben sie Maßstäbe und Grundsätze für die umfassende Pflegeberatung im Sinne des vom Gesetzgeber gewünschten kontinuierlichen Fallmanagements vor. Insbesondere konkretisieren sie auch die Anforderungen an einen Versorgungsplan, in dem der individuelle Hilfe- und Unterstützungsbedarf der ratsuchenden Personen erfasst wird, so z.B. Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie soziale Hilfen und Entlastungsmöglichkeiten für die Pflegepersonen. Die Pflegeberatung kann nur von einer qualifizierten Pflegeberaterin oder einem qualifizierten Pflegeberater durchgeführt werden, die auch das weitere Fallmanagement begleiten und die notwendigen Hilfen anpassen. Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sollen dabei eng mit anderen Leistungsträgern zusammenarbeiten, um bedarfsgerechte Hilfe sicherzustellen.

Bisher wurde die Pflegeberatung von den bundesunmittelbaren Pflegekassen sehr unterschiedlich umgesetzt, teilweise sehr umfassend, teilweise nur telefonisch. Derzeit überarbeiten die Pflegekassen vielfach ihre Pflegeberatungskonzepte und passen sie an die neuen Pflegeberatungs-Richtlinien an, so dass man künftig einem einheitlichen Beratungsangebot näher kommt (S. 49).

Abrechnungsprüfung, ambulante Pflegesachleistung und häusliche Krankenpflege verbesserungswürdig

Ambulante Pflegedienste rechnen ihre Pflegesachleistungen direkt mit den Pflegekassen ab. Unterschiedliche Rahmenverträge, Vergütungsverträge und

Einzelvereinbarungen sowie das Fehlen einer zentralen Vertragsdatenbank erschweren den Pflegekassen eine systematische Prüfung der Abrechnungen. Der Prüfdienst stellte hier Versäumnisse fest. Auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege gibt es Verbesserungsbedarf bei den Abrechnungsprüfungen.

Der Prüfdienst forderte eine Reduzierung der bestehenden Vertragsvielfalt. Die Leistungserbringer reichen ihre Belege immer noch überwiegend in Papierform und nicht per Datenträgere Austausch ein. Auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege gibt es zu diesen Punkten erheblichen Verbesserungsbedarf. Die Abrechnung wird auch dadurch erschwert, dass es keine Vertragspartnerdatenbank zur Prüfung gibt, ob ein Leistungserbringer über eine Zulassung verfügt (S. 51).

Rentenversicherung

RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz

Das RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz vom 28. November 2018 ändert eine Reihe von Vorschriften, die in der Vergangenheit immer wieder zu Eingaben beim Bundesversicherungsamt geführt haben. So kann es beispielsweise zukünftig nicht mehr zu der für die Betroffenen äußerst unbefriedigenden Situation kommen, dass unter bestimmten Voraussetzungen die rückwirkende Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung anstelle einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zu einer Überzahlung führt, die vom Rentenbezieher zu erstatten ist (S. 55).

Umsetzung des neuen Hinzuverdienstrechts problemlos

Die vom Bundesversicherungsamt erwartete erhöhte Anzahl an Beschwerden über das neue komplizierte Hinzuverdienstrecht, insbesondere über die jährlich durchzuführenden Spitzabrechnungen, sind ausgeblieben. Dies spricht für eine erfolgreiche Umsetzung der Neuregelungen durch die Rentenversicherungsträger (S. 56).

Verrechnung von Unterhaltsvorschussleistungen möglich

Das Bundesversicherungsamt hat erreicht, dass ein seiner Aufsicht unterstehender Rentenversicherungsträger Verrechnungsersuchen nach § 52 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) von baden-württembergischen Unterhaltsvorschussbehörden und von Unterhaltsvorschussbehörden anderer Bundesländer, in denen vergleichbare landesrechtliche Regelungen bestehen, nachkommt (S. 59).

Bundeszuschüsse weiterhin auf hohem Niveau

Das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet die Mittel des Bundes, die an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt werden. Es legt in diesem Rahmen monatliche Vorschüsse fest und führt Jahresabrechnungen durch. Im Jahr 2018 wurden rund 95 Milliarden Euro an Bundesmitteln überwiesen. Dies entspricht ca. 29 % der Einnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Bund trägt somit wesentlich zur finanziellen Stabilität des Rentenversicherungssystems in Deutschland bei (S. 121).

Unfallversicherung

Berufskrankheiten durch Kälteeinwirkungen?

Das Bundesversicherungsamt prüfte im vergangenen Jahr 18 gleichgelagerte Petitionen, mit denen Entscheidungen von verschiedenen Versicherungsträgern beanstandet wurden. Diese hatten zum Gegenstand, dass ärztlich attestierte Folgen kaltebedingter Gesundheitsstörungen („Non-Freezing-Cold-Injury - NFCI“) nicht als Berufskrankheit anerkannt wurden. Hiergegen hatte das Bundesversicherungsamt nach aufsichtsrechtlicher Prüfung keine Bedenken (S. 68).

Abschaffung der Hofabgabepflicht

Die Hofabgabe als eine der Leistungsvoraussetzungen für Renten in der Alterssicherung der Landwirte war in der Vergangenheit immer wieder Gegenstand kontroverser politischer Diskussionen, die sich auch in den Eingaben an das Bundesversicherungsamt abbildeten. Nach einer Entscheidung durch das Bundesverfassungsgericht wurde durch eine Gesetzesänderung die Hofabgabeverpflichtung rückwirkend mit Wirkung vom 9. August 2018 abgeschafft (S. 74).

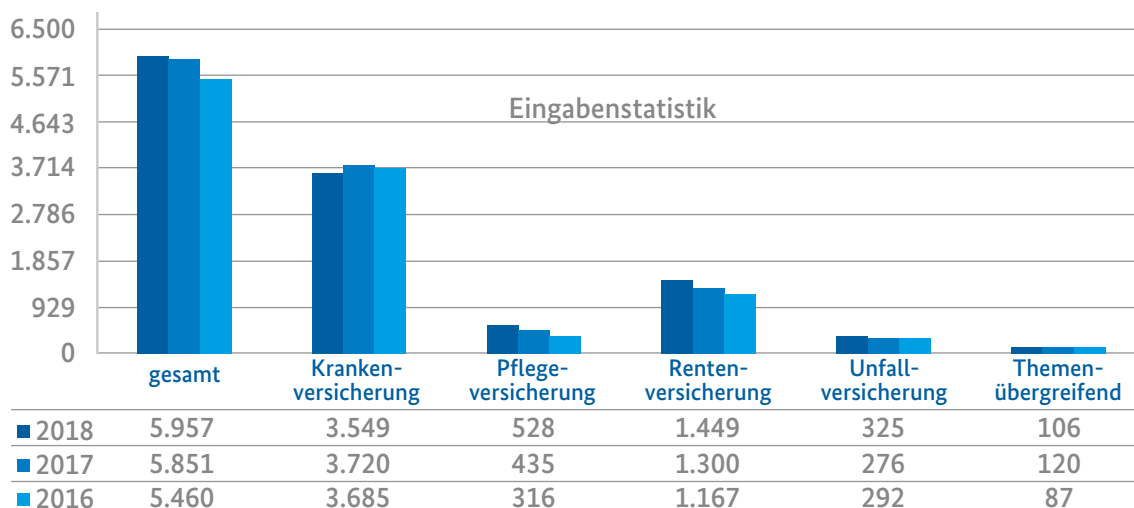
Vermischtes

Eingabenstatistik

Fast 6.000 Versicherte haben in 2018 Beschwerden über ihre Sozialversicherungsträger beim Bundesversicherungsamt eingereicht. Als Bundesaufsicht prüft das Bundesversicherungsamt jede Eingabe sorgfältig, holt Stellungnahmen bei den Trägern ein und bewertet schließlich die Rechtslage. Die Eingaben beziehen sich auf Themen aller Sozialversicherungszweige, wobei die Beschwerden über Entscheidungen der Krankenversicherungsträger mehr als die Hälfte ausmachen.

Aus dem Bereich der Krankenversicherung hat sich wieder eine große Zahl an Versicherten mit Eingaben an das Bundesversicherungsamt gewandt. Die absolute Zahl ist zwar im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren etwas zurückgegangen, verharrt jedoch seit geraumer Zeit auf sehr hohem Niveau.

Wie in den vergangenen Jahren ist zum Inhalt der Petitionen festzustellen, dass in der Krankenversicherung alle wesentlichen Rechtsbereiche betroffen sind, wobei schon seit längerem bestimmte Schwerpunkte hervorstechen. Die wesentlichen Beschwerdethemen für den Berichtszeitraum der Eingaben waren Krankengeld, Beitragsbemessung bei Pflicht- und freiwillig Versicherten, Hilfsmittel, Rückständige Beiträge (Vollstreckung), Verwaltungsverfahren und Mitgliedschaft. Gegenüber 2017 hat sich im Berichtszeitraum die Zahl der Fälle leicht reduziert, in denen Versicherte sich darüber beschwerten, dass die Krankenkasse ihnen die Auszahlung von Krankengeld verweigert. Gleiches gilt für die Fälle, in denen die Versicherten die Versorgung mit Hilfs- und Arzneimitteln kritisieren. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass die Zahl der Versicherten, welche die Verweigerung der Versorgung mit Cannabis beanstanden (siehe Tätigkeitsbericht 2017, Seite 18 und 27 f.), deutlich zurückgegangen ist. Angestiegen sind demgegenüber im Berichtszeitraum etwa die Eingabebezahlen zur Festsetzung von Beiträgen bei freiwilliger Mitgliedschaft. Hier ist allerdings für das Jahr 2019 zu erwarten, dass die Eingaben sinken



werden, weil der Gesetzgeber die Mindestbeiträge für hauptberuflich selbständige Mitglieder gesenkt hat. Demgegenüber hat sich die im Tätigkeitsbericht 2017 (S. 18) geschilderte Erwartung, die gesetzliche Änderung in Bezug auf die Beitragsfestsetzung der o. g. Versichertengruppe anhand des tatsächlichen Arbeitseinkommens würde zu einer Reduzierung der Beschwerden führen, bislang nicht bestätigt. Die Zahl der entsprechenden Eingaben ist vielmehr im Berichtszeitraum leicht angestiegen.

Im Bereich Pflege ist die Zahl der Eingaben und Petitionen weiter gestiegen. Viele der Eingaben und Petitionen richteten sich gegen die Bearbeitungszeiten der bundesunmittelbaren Pflegekassen und des MDK bzw. SMD im Erst- und Widerspruchsverfahren. Bei Kombinationsleistungen wurde die verzögerte anteilige Auszahlung von Pflegegeld geltend gemacht. Auch beschwerten sich viele Versicherte über die nach ihrer Einschätzung zu niedrige Einstufung in einen Pflegegrad. Die mangelnden Nutzungsmöglichkeiten des

Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI war ebenfalls ein großes Thema. Weitere Eingaben betrafen außerdem die nach Auffassung der Versicherten unzureichende Aufklärung und Pflegeberatung durch die Pflegekassen.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung hat sich das Bundesversicherungsamt im Jahr 2018 in den Eingaben und Petitionen, neben den gehäuft aufgetretenen Petitionen aufgrund von Kälteeinwirkungen (S. 68), mit verschiedensten Themen befasst. Die Anliegen und Beschwerden der Petentinnen und Petenten haben die unterschiedlichsten, meist sehr komplexen Fallkonstellationen des Leistungs-, Beitrags- und Mitgliedschaftsrechts zum Gegenstand. Die Lebensumstände und Erkrankungen aus dem Beruf oder nach Arbeitsunfällen etwa oder die Höhe und Erhebung von Beiträgen beschäftigen die Betroffenen in ihren Beschwerden. Diese bemängeln u.a. in Verfahren bei den Trägern, dass diese nicht rasch genug oder nicht korrekt durchgeführt würden, dass Leistungen zu gering angesetzt seien oder bei Unfällen bzw. Krank-



heiten nicht anerkannt würde, dass sie dem Beruf oder der Arbeit zuzuordnen seien.

Im Bereich der Rentenversicherung waren die Anerkennung von Zeiten nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) und die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht Beschwerdethemen, die vermehrt eingingen. Weitere Themenschwerpunkte bildeten Statusfeststellungsverfahren, verspätete Zahlung von Übergangsgeld bei der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Anerkennung von Kindererziehungszeiten im Ausland sowie die Rentenzahlungsunterbrechung bei Auslandsaufenthalt. Auch gingen beim Bundesversicherungsamt Beschwerden über verzögerte Bearbeitung durch den Rentenversicherungsträger und/oder den beteiligten ausländischen Rentenversicherungsträger ein.

Wirtschaftlich Bauen

Das Bundesversicherungsamt prüft die Genehmigungsanträge und Anzeigen von Vermögensanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger wie Grunderwerbe, Bauvorhaben sowie die 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 2018 wurden Baumaßnahmen, Grunderwerbe, Darlehen und Zuschüsse mit einem Gesamtvolumen in Höhe von mehr als 208,3 Mio. Euro bearbeitet. Die präventive Aufsicht des Bundesversicherungsamtes in diesem Bereich ist sehr wirkungsvoll: Durch die Kontrolle im Bereich der Bauvorhaben werden durchschnittlich 5 Prozent an Einsparungen bezogen auf das beabsichtigte Bauvolumen der Sozialversicherungsträger erzielt (S. 78).

Synthetisch replizierende ETF als Anlage unzulässig

Die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger dürfen Anteile an Investmentvermögen nur erwerben, wenn sichergestellt ist, dass diese ausschließlich in Vermögenswerte gemäß § 83 Abs. 1 bis 4 SGB IV investieren. Börsengehandelte Investmentvermögen mit einem passiven, indexorientierten Anlagemanagement bezeichnet man auch als Exchange Traded Funds (ETFs). Physisch replizierende ETFs bilden einen Index durch den Kauf der darin enthaltenen Titel im Verhältnis eins zu eins nach. Im Gegensatz dazu können synthetisch replizierende ETFs auch in indexfremde Vermögenswerte investieren. Beim Kauf von Anteilen solcher ETFs kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass diese auch Vermögenswerte enthalten, die den vorgenannten Zulässigkeitskriterien nicht entsprechen. Die Voraussetzungen für eine SGB-konforme Geldanlage sind somit für synthetisch replizierende ETFs nicht gegeben. Das Bundesversicherungsamt hat 2018 zwei solcher ETFs im Portfolio eines Sozialversicherungsträgers identifiziert. Dieser wurde aufgefordert, seine Anteile an den ETFs zu veräußern (S. 77).

Umsetzung der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) im Aufsichtsbereich

Bereits im letzten Tätigkeitsbericht hat das Bundesversicherungsamt auf Veränderungen durch die seit dem 25. Mai 2018 geltende EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) hingewiesen. Das Bundesversicherungsamt hat seitdem eine Vielzahl von Anfragen zur praktischen Anwendung der DSGVO und der damit verbundenen neuen Rechtslage erreicht. Zudem haben zahlreiche Beratungen von Sozialversicherungsträgern zu diesem Thema stattgefunden.

Insgesamt ergibt sich für das Bundesversicherungsamt der Eindruck, dass die Sozialversicherungsträger den neuen gesetzlichen Anforderungen gewachsen

sind und sich auf die neue Rechtslage gut vorbereitet haben. Die Einführung der DSGVO hat nach Einschätzung des Bundesversicherungsamtes zu einer institutionellen Verbesserung des Datenschutzes geführt. Größere Umsetzungshürden sind nicht zu erkennen. Neben den Beratungen hat das Bundesversicherungsamt zu diesem Themenbereich drei Rundschreiben sowie mehrere Arbeitshilfen und Muster zur Unterstützung der Träger veröffentlicht. Zudem hat sich das Bundesversicherungsamt intensiv mit anderen Rechtsaufsichtsbehörden ausgetauscht. Auch zukünftig wird dieser Austausch mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsauslegung der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder fortgesetzt. In diesem Rahmen ist ebenfalls eine gemeinsame Weiterentwicklung der bestehenden Arbeitshilfen geplant (ab S. 81).

Digitalausschuss ist ein Erfolgsmodell

In den letzten beiden Tätigkeitsberichten war über die Einrichtung des Digitalausschusses im Bundesversicherungsamt bereits berichtet worden. Ziel dieses internen Koordinierungsgremiums ist es insbesondere, Trägeranfragen zu Digitalisierungsvorhaben direkt interdisziplinär und abteilungsübergreifend im Bundesversicherungsamt zu prüfen und damit die Träger bei der Umsetzung von Innovationen bestmöglich zu unterstützen.

Auch im vorliegenden Berichtsjahr wurde diese zentrale Anlaufstelle von den Trägern – in erster Linie aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung – gut angenommen. Im Jahr 2018 fanden insgesamt 24 Sitzungen statt. An neun Sitzungen haben externe Vertreter aus dem Aufsichtsbereich teilgenommen und ihre Vorhaben direkt mit den verschiedenen Fachbereichen des Bundesversicherungsamtes diskutiert. Über unsere zentrale Kontakt-E-Mail-Adresse „digitalausschuss@bvamt.bund.de“ sind darüber hinaus 28 Anfragen von bundesunmittelbaren Trägern an das Bundesversicherungsamt gerichtet worden, die im Digitalausschuss beraten worden sind.

Im Ergebnis ist keines der vorgestellten Vorhaben

beanstandet bzw. untersagt worden. In einigen Fällen war es erforderlich, Teile des Vorhabens an die aktuellen gesetzlichen Vorgaben anzupassen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen ist auch gesetzlicher Anpassungsbedarf herausgearbeitet worden, den das Bundesversicherungsamt in Diskussionen mit den Bundesministerien eingebracht hat.

Die hohe Resonanz auf das Beratungsangebot und die guten Ergebnisse der Diskussionen mit den Trägervertretern bestärken das Bundesversicherungsamt bei seiner Entscheidung, den Digitalausschuss als abteilungsübergreifendes Koordinierungsgremium fortzuführen (S. 82).

Gerichtsverfahren

Die Prozessstatistik des Bundesversicherungsamtes weist für das Jahr 2018 insgesamt 35 neue gerichtliche Verfahren aus. Diese unterteilen sich in 28 Klage- und sieben vorläufige Rechtsstreitverfahren. Die Zahl der neuen Rechtsstreite ist damit gegenüber dem Vorjahr angestiegen (2017: 28 neue Rechtsstreite).

An 31 der 35 neuen Verfahren ist das Bundesversicherungsamt auf der Beklagtenseite beteiligt. Die Anzahl der Beiladungen beläuft sich auf vier.

Erneut bildeten die Klagen gegen Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes im Aufsichts- und Mitwirkungsbereich den thematischen Schwerpunkt (34 der 35 neuen Rechtsstreite). Hingegen wurde nur noch in einem Fall ein Bescheid des Bundesversicherungsamtes auf dem Gebiet des Risikostrukturausgleichs beklagt (S. 100).

Demgegenüber konnten im Laufe des Jahres 2018 insgesamt 28 Verfahren, an denen das Bundesversicherungsamt beteiligt war, beendet werden. In 17 Klage- und vorläufigen Rechtsschutzverfahren ergingen gerichtliche Entscheidungen (Urteile und Beschlüsse). Elf Verfahren wurden dadurch rechtskräftig beendet. Das Bundessozialgericht hat dabei vier Rechtsstreite (davon zwei Anhörungsrügen und eine Nichtzulassungsbeschwerde) letztinstanzlich entschieden. In drei Fällen hat das Bundessozialgericht dabei zugunsten des Bundesversicherungsamtes geurteilt. In einem

Rechtsstreit betreffend die Zustimmung zu einem Vorstandsdienstvertrag gem. § 35a Abs. 6a SGB IV wurde das Bundesversicherungsamt zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Bundessozialgerichts verurteilt. Zwölf Urteile bzw. Beschlüsse ergingen durch die Landessozialgerichte, ein Rechtsstreit wurde durch ein Sozialgericht entschieden. Auch diese Gerichte haben in der überwiegenden Zahl der Fälle (zehn von 13 Urteilen und Beschlüssen) die jeweilige Rechtsansicht des Bundesversicherungsamtes bestätigt.

Weitere 17 Verfahren endeten ohne Urteil. Dabei wurden acht eingelegte Rechtsmittel seitens der Kläger zurückgenommen, fünf Rechtsstreite wurden durch Erledigungserklärungen und drei durch Vergleiche beendet. In einem Fall wurde die Beiladung des Bundesversicherungsamtes seitens des Gerichts aufgehoben. Auf Grund der dargelegten Umstände hat sich Ende des Jahres 2018 der Bestand der Rechtsstreite, an denen das Bundesversicherungsamt beteiligt ist, von 79 Fällen am Anfang des Jahres 2018 auf 86 Fälle am Ende des Jahres erhöht. Von diesen betreffen nur noch vier Verfahren Rechtsstreite gegen Bescheide auf dem Gebiet des Risikostrukturausgleichs (zu Beginn des Jahres: fünf Fälle).

Neue attraktive Aufstiegsfortbildung bei Krankenkassen

Nach den „Bonner Empfehlungen zur Beruflichen Bildung im Öffentlichen Dienst“ vom 25. Januar 2018, an denen das Bundesversicherungsamt mitgewirkt hat, sind alle Beteiligten aufgerufen, den Wandel in der beruflichen Bildung zu gestalten. Das gilt insbesondere auch bei Aufstiegsfortbildungen wie den Fachwirte-Abschlüssen. Auf einer Fachtagung des Bundesinstituts für Berufsbildung hat das Bundesversicherungsamt die Fortbildung zu den Geprüften Sozialversicherungsfachwirten – Fachrichtung Gesetzliche Rentenversicherung und Knappschaftliche Sozialversicherung – als „Benchmark“ für ein Fortbildungskonzept vorgestellt. Außerdem hat es zwei Prüfungsordnungen für Aufstiegsfortbildungen für

eine Fach- und Führungskarriere bei Krankenkassen erlassen, so dass die bisherige Fortbildung zur Krankenkassenfachwirtin/zum Krankenkassenfachwirt mit neuer Konzeption sowie erstmals eine Fortbildung zu Fachwirten für Management und Führung in Krankenkassen angeboten werden können. Die große Nachfrage nach solchen Aufstiegsfortbildungen beweist deren Attraktivität (S. 127).

Mutterschaftsgeld

Die Mutterschaftsgeldstelle im Bundesversicherungsamt hat 2018 rund 2,5 Millionen Euro ausgezahlt und über 18.000 Anträge bearbeitet. Anspruchsberechtigt sind Frauen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und wegen der Schutzfristen vor und nach der Entbindung kein (Arbeits-) Entgelt erhalten. Das Gleiche gilt für Frauen, denen ihr Beschäftigungsbetrieb während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach der Entbindung mit Zustimmung der zuständigen Behörde gekündigt hat (S. 133).



1. Teil

Aufsicht und Prüfung der
bundesunmittelbaren
Sozialversicherungsträger

1. Krankenversicherung

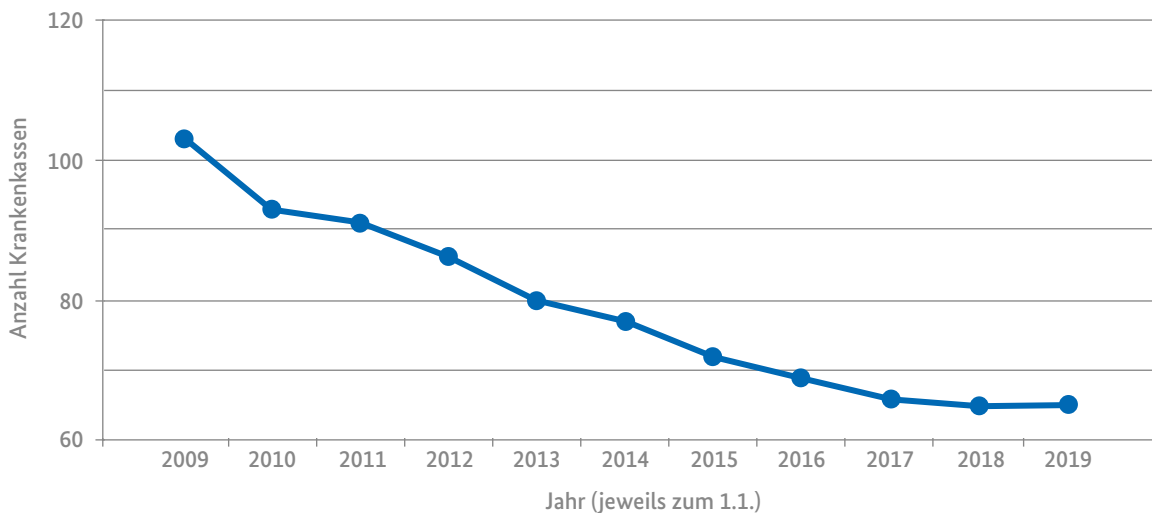
1.1 Krankenversicherungen in Zahlen

Anzahl der freiwilligen Vereinigungen

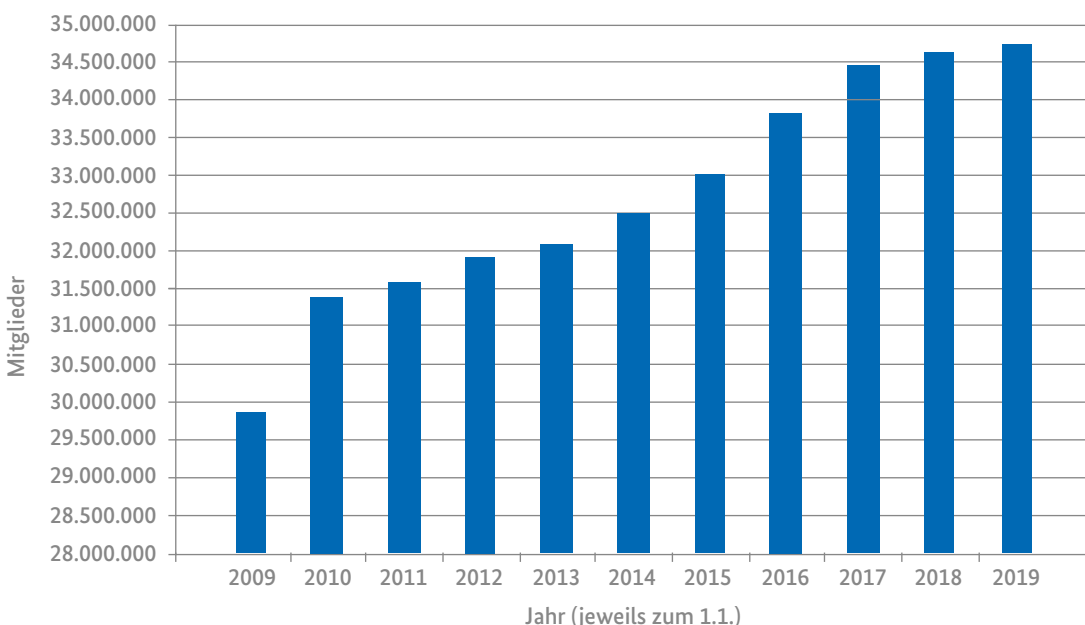
Auch im Jahr 2018 begleitete das Bundesversicherungsamt die Krankenkassen bei ihren Vorhaben zur freiwilligen Vereinigung. Bereits zum 1. Januar 2018

fusionierte die BKK Pfalz, Ludwigshafen, mit der landesunmittelbaren BKK Vital, Ludwigshafen, zur BKK Pfalz mit Sitz in Ludwigshafen. Mit Wirkung zum 1. Januar 2019 fusionierte die mhplus Betriebskrankenkasse, Nürnberg, mit der landesunmittelbaren Metzinger Betriebskrankenkasse, Metzingen, zur mhplus Betriebskrankenkasse mit Sitz in Nürnberg.

Anzahl bundesunmittelbarer Krankenkassen

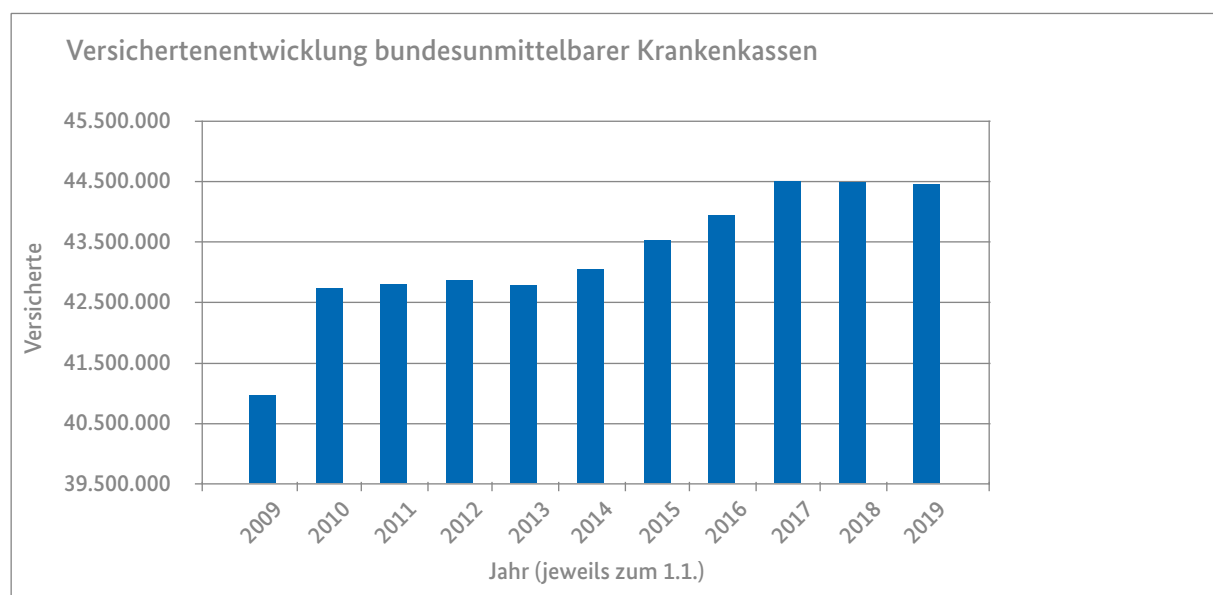


Mitgliederentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Auch in 2018 setzte sich der Trend der vergangenen Jahre bei der Mitgliederentwicklung fort. Die Gesamtzahl der Mitglieder stieg erneut, trotz gleichbleibender

Anzahl bundesunmittelbarer Kranken- und Pflegekassen. Im Bereich der Versicherten blieb die Zahl nahezu unverändert.



1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung

Das Bundesversicherungsamt hat sich 2018 mit Ausschreibungen von Hilfsmittelverträgen diverser Krankenkassen nach § 127 Abs. 1 SGB V befasst. Durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) sind neue qualitätssichernde Anforderungen an Ausschreibungen in Kraft getreten, welche von einigen Krankenkassen nur unzureichend beachtet worden sind. Im Rahmen dessen hat das Bundesversicherungsamt sofort vollziehbare Verpflichtungsbescheide gegenüber drei Krankenkassen erlassen. In seinen Bescheiden hat sich das Bundesversicherungsamt auf die fehlende Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen nach § 127 Abs. 1 Satz 6, Abs. 1a SGB V sowie in einem Fall zusätzlich auf die nicht angemessene Berücksichtigung von Qualitätsaspekten (§ 127 Abs. 1b SGB V) in der Ausschreibung gestützt. Hiergegen haben die betroffenen Ersatzkassen einstweiligen Rechtsschutz bei den Landessozialgerichten ersucht.

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hält die Frage der Ausschreibungspflicht im Oberschwellenwertbereich für eine ungeklärte Rechtsfrage. Im konkret zu entscheidenden Fall hat das Gericht aber festgestellt, dass die Krankenkasse nicht die gesetzlichen Anforderungen, zu mindestens 50 % qualitätssteigernde Aspekte zu berücksichtigen (§ 127 Abs. 1b Satz 4 SGB V), erfüllt hat. Die Krankenkasse musste ihre Hilfsmittelausschreibung aufheben. Zwei Landessozialgerichte haben die aufschiebende Wirkung der Klagen der Krankenkassen wiederhergestellt. Ein Landessozialgericht hat den Antrag einer Krankenkasse abgelehnt. Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen hält die Krankenkassen im Oberschwellenwertbereich (über 221.000 Euro Auftragswert ab 2018) für verpflichtet, auszuschreiben. Zweckmäßigkeitserwägungen, wie sie § 127 Abs. 1 Satz 6 SGB V anstellt (hoher Dienstleistungsanteil) seien nicht anzustellen. Demgegenüber vertritt das Landessozialgericht Hamburg die Auffassung, dass die Zweckmäßigkeitsprüfung nach § 127 Abs. 1 Satz 6 SGB V dem Vergabeverfahren vorgelagert (vgl. Oberlandesgericht Düsseldorf, Beschluss vom 27. Juli 2018 - AZ: VII-Verg. 59/17) und vorzunehmen ist. Im konkret vorliegenden Fall kam das Gericht aber zum Ergebnis, dass das Prü-

fergebnis der Krankenkasse vertretbar sei (kein hoher Dienstleistungsanteil).

Die Beschlüsse der Landessozialgerichte und die aktuelle Rechtsprechung der Vergabekammern, welche von einer Ausschreibungspflicht ausgehen, machen deutlich, dass es einer gesetzlichen Klarstellung des Verhältnisses zwischen Sozial- und Vergaberecht bedurfte, denn der Wille der Krankenkassen, Hilfsmittelversorgungsverträge ungeachtet der Höhe des Dienstleistungsanteils auszuschreiben, war ungebrochen und die zur Verfügung stehenden Aufsichtsmittel wurden ausgeschöpft.

Dem zunehmenden Bedürfnis nach einer gesetzlichen Klarstellung ist der Gesetzgeber nunmehr im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) nachgekommen. Der Gesetzgeber hat hierin eine materiell-rechtliche Änderung des § 127 SGB V vorgenommen, wonach Krankenkassen zukünftig die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten im Verhandlungswege durch Rahmenverträge mit Beitrittsmöglichkeit sicherzustellen haben. Die Möglichkeit einer Ausschreibung findet sich im neuen § 127 SGB V nicht mehr. Verträge, die auf Ausschreibungen nach dem nunmehr aufgehobenen Absatz 1 basieren, werden nach einer Übergangsfrist von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes unwirksam. Zudem enthält die Gesetzesbegründung eine ausdrückliche Klarstellung, dass es sich bei der Vertragsoption nicht um ein Open-House-Modell handelt, sondern Verhandlungen anzubieten sind (BT-Drs. 19/8351, S. 99 f., 228 ff.).

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Neuerungen hat das Bundesversicherungsamt Kontakt zu den Krankenkassen aufgenommen, um auf eine Beendigung der Hauptsacheverfahren hinzuwirken, weil sich die gerichtlich anhängigen Rechtsfragen mit der Rechtsänderung erledigen.

Überlassung von Mitarbeitern einer Kassenärztlichen Vereinigung an eine Krankenkasse zur Überprüfung von ärztlichen Diagnosen

Seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gibt es Bestrebungen von Krankenkassen, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds durch gezielte Beratungen der Ärzte zu beeinflussen.

So ist das Thema auch 2018 wieder auf ein starkes Medieninteresse gestoßen, wobei die rechtliche Lage unverändert geblieben ist: Jede Art von Einflussnahme der Krankenkassen auf das ärztliche Kodierverhalten ist rechtswidrig. Unzulässige Kodierberatungen werden seit Jahren aufsichtsrechtlich aufgegriffen und die entsprechend verfahrenenden Krankenkassen auch mittels Beratung und Verpflichtung zu einem rechtskonformen Handeln bewogen. Zuletzt ist der Gesetzgeber mit Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) zum 11. April 2017 und Einführung des § 305a Satz 7 SGB V der ungewollten Kodierberatung von Krankenkassen erneut entgegengetreten. Um die Beeinflussung der Ärzteschaft in ihrem Kodierverhalten durch Krankenkassen auszuschließen, stellt diese Vorschrift klar, dass die Beratung des Arztes oder Psychotherapeuten durch die Krankenkasse oder durch einen von der Krankenkasse beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen auch mittels informationstechnischer Systeme unzulässig ist.

Besonders im Fokus der Aufsicht stand in diesem Jahr die „Kooperation“ einer Krankenkasse mit einer Kassenärztlichen Vereinigung. Ausgangspunkt dieser Kooperation waren nach Angaben der Krankenkasse zunächst durch die Kassenärztliche Vereinigung identifizierte Sachverhalte, die auf „Unplausibilitäten in den Abrechnungsdaten“ schließen ließen. Diese seien im Wesentlichen auf unrichtige Kodierungen durch die Vertragsärzte, wie z.B. „Zustand nach“ statt „G“ für „gesichert“, zurückzuführen gewesen. Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkasse fanden Abreden statt, in denen analytische Möglichkeiten zur Feststellung der Unplausibilitäten erarbeitet worden sind. Zusätzlich entstehende Aufwände der Kassenärztlichen Vereinigung, die ihr durch die besprochene Vorgehensweise entstehen – etwa zur Validierung der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten, Erstellung von Arztanschriften, Überwachung und Verarbeitung von Rückmeldungen der jeweiligen Vertragsärzte und Kommunikation mit den Vertragsärzten – sollten durch die Krankenkasse getragen werden. In der Folge übernahm die Krankenkasse die Aufwendungen für zwei von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragte eigene Mitarbeiter in Höhe von insgesamt 23.800 Euro. Aufsichtsrechtliche Bedenken bestanden



unabhängig von der Tatsache, dass Kodierüberprüfungen sowie ggf. erfolgende Abänderungen unzulässig sind und Krankenkassen ihre Mittel nur für Aufgaben aufwenden dürfen, die ihnen gemäß § 30 SGB IV gesetzlich zugeschrieben sind: Die gezielte Beratung der Vertragsärzte durch eine Kassenärztliche Vereinigung in Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse – mit der Folge erhöhter Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – führt im Gesamtgefüge der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem Ungleichgewicht der Zuweisungen und bringt der konkreten Krankenkasse unzulässige Wettbewerbsvorteile. Der aufsichtsrechtliche Dialog mit der betroffenen Krankenkasse dauert derzeit noch an. Unabhängig davon werden derartige Sachverhalte vom Bundesversicherungsamt auch auf Grundlage des § 273 SGB V geprüft und ggf. mit einer nachträglichen Kürzung der Zuweisungen sanktioniert. (Näheres dazu im Teil 2, Ziffer 1.3.9, S. 100).

Anderweitige Absicherung im Krankheitsfall

Das Bundesversicherungsamt beschäftigte sich im Jahr 2018 in mehreren Fällen mit der Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, in denen Versicherte sich nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse, sondern in einem privatrechtlich organisierten Verein zur „solidarischen Absicherung“ absichern wollten. Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die u.a. keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Im Hinblick auf die Nachrangigkeit einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V können unter bestimmten Bedingungen auch Ansprüche aus anderen Versicherungen, wie beispielsweise privatrechtlicher Vereinigungen, als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall angesehen werden.

Problematisch bei den Solidargemeinschaften/Selbsthilfeeinrichtungen ist regelmäßig, ob ausreichende Rechtsansprüche der Mitglieder auf Schutz im Krankheitsfall gegen die Gemeinschaft bestehen, die den Anforderungen der Versicherung in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung genügen. Das Bundesversicherungsamt hat sich im Rahmen der

Fragestellung, ob es sich bei einer solchen Solidargemeinschaft um eine anderweitige Absicherung handelt, an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) gewandt, die die Aufsicht nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz führt.

Die „Mitgliedschaft“ in der Solidargemeinschaft sichert keinerlei Krankheitsrisiken ab. Leistungsansprüche in Gestalt eines Rechtsanspruchs zur Kostenübernahme im Krankheitsfall eröffnet sie nicht. Jedes Mitglied bestreitet seine Gesundheits- und Krankheitskosten zunächst aus den Mitteln seines persönlichen Gesundheitskontos. Reichen diese Mittel nicht aus, so soll der Solidarfonds der lokalen Gemeinschaft auf ein entsprechendes Hilfesuch des Mitglieds Hilfeleistungen gewähren. Bei dem Konzept der (solidarischen) Mittelaufbringung durch die Mitglieder und dem Ausschluss von Ansprüchen, werden keine Anhaltspunkte dafür erkannt, dass der Verein tatsächlich eine „Krankenversicherung“ betreibt.

Das Bundesversicherungsamt hat darauf hingewirkt, dass die Mitglieder nach den Maßgaben des § 5 Abs. 1 SGB V versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert werden.

Aufwandsentschädigung für Werber der gesetzlichen Krankenkassen (Laienwerber)

Immer wieder stellt das Bundesversicherungsamt fest, dass die gesetzlichen Krankenkassen an ihre Werber (sog. Laienwerber) Preise wie Bluetooth-Lautsprecher, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Wellness-Wochenende, iPad, Thermomix u.a. in ihren Mitgliederzeitschriften verlosen, die entweder von Dritten gesponsert oder von den Krankenkassen selbst finanziert werden. Da der Laienwerber bereits eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 25 Euro für das geworbene Mitglied erhält, wird der Höchstbetrag für eine Aufwandsentschädigung bei einem zusätzlichen Gewinn eines der genannten Preise überschritten.

Nach Randziffer 34 bis 35 der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung in der Fassung vom 11. November 2015 (Wettbewerbsgrundsätze 2016) kann eine Aufwandsentschädigung auch Versicherten

oder nicht gewerblich tätigen Dritten gewährt werden, die neue Mitglieder werben (Laienwerber). Die Aufwandsentschädigung hat für das Jahr 2018 einen Wert in Höhe von 25 Euro. Der vorgenannte Betrag ist ein Höchstbetrag, darüber hinausgehende Zahlungen, wie zum Beispiel Reise- und Verwaltungskostenpauschalen, Betreuungsprämien oder Bestandpflegevergütungen dürfen nicht gewährt werden. Darunter fallen auch Sach- oder Dienstleistungen, die zusätzlich an Werber verlost werden.

Wann werden neue Behandlungsmethoden von den Krankenkassen finanziert (Fall der Liposuktion)?

Im Berichtszeitraum haben zahlreiche Eingaben das Bundesversicherungsamt erreicht, in denen sich Versicherte darüber beschwert haben, dass Krankenkassen aus ihrer Sicht dringend erforderliche innovative medizinische Leistungen nicht finanzieren würden.

Unter anderem betroffen waren Versicherte, die unter dem sog. Lipödem leiden. Hierbei handelt es sich um eine Erkrankung, bei der die Betroffenen unter Schmerzen aufgrund einer ungleichmäßigen Einlagerung von Fett (etwa an Ober- und Unterschenkeln) leiden. Problematisch war, ob diese Versicherten anstelle der ansonsten in Betracht kommenden konservativen Maßnahmen (Lymphdrainage und Kompressionswäsche) einen Anspruch auf Finanzierung des Absaugens der Fettansammlung, der sog. Liposuktion, im Rahmen einer ambulanten oder stationären Behandlung gegenüber ihrer Krankenkasse haben.

Die rechtliche Beurteilung des Falles zeigt exemplarisch das Spannungsverhältnis zwischen den Wünschen einzelner Versicherter nach zeitnaher Versorgung mit innovativen medizinischen Leistungen einerseits und andererseits den Interessen der Versichertengemeinschaft, dass nur Leistungen von den Krankenkassen finanziert werden, deren Erforderlichkeit umfassend nachgewiesen ist.

Dabei ist zunächst zu betonen, dass alle zur Krankheitsbehandlung nachweisbar notwendigen Maßnahmen zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören und daher die Kosten von den Krankenkassen auch übernommen werden.

Allerdings ist der Behandlungsanspruch eines Versicherten im finanziellen Interesse der Versichertengemeinschaft nur auf solche Leistungen beschränkt, die wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Dabei kann bei neuen Maßnahmen zum Teil geraume Zeit vergehen, bis die vorgenannten Voraussetzungen anhand von medizinischen Studien nachgewiesen werden können. Bei der Beurteilung der Frage, ob neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die vorgenannten Voraussetzungen erfüllen, spielt der Gemeinsame Bundesausschuss eine entscheidende Rolle. Hierbei handele sich um das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft, ob eine Methode für die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung erforderlich ist und erlässt entsprechende verbindliche Richtlinien.

Ansonsten können die gesetzlichen Krankenkassen nur ausnahmsweise die Kosten für bisher nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden übernehmen. Dies gilt insbesondere bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankungen. Dann werden Kosten für alternative ärztliche Behandlungen übernommen, wenn die Methode eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf beinhaltet. Voraussetzung ist ferner, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht. Wenn man diese Grundsätze auf die Liposuktion anwendet, ist festzuhalten, dass im Berichtszeitraum zum einen keine abschließende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgelegen hat. Zum anderen sind auch nicht die Voraussetzungen einer lebensbedrohlichen Erkrankung erkennbar. Insoweit hatten die Versicherten lediglich die Möglichkeit, die genannten konservativen Maßnahmen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch zu nehmen. Im Hinblick auf das oben wiedergegebene Erforder-

nis eines umfassenden Wirkungsnachweises anhand medizinischer Studien ist es dabei auch unerheblich, wenn durch die Liposuktion möglicherweise über einen längeren Zeitraum gerechnet erhebliche Kosten für die von den Krankenkassen finanzierten Maßnahmen erspart werden könnten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat allerdings bereits im Berichtszeitraum eine Erprobungs-Richtlinie Liposuktion erlassen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode zu gewinnen. Insoweit hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 24. April 2018 (Az.: B 1 KR 13/16 R) im Zusammenhang mit einer stationären Liposuktion entschieden, dass Versicherte gegen ihre Krankenkasse im Rahmen der Erprobungsrichtlinie Anspruch auf eine dem allgemeinen Gleichheitssatz genügende Teilhabe am Auswahlverfahren haben, wenn die Nachfrage das Angebot übersteigt.

Letztlich musste das Bundesversicherungsamt vor dem dargestellten rechtlichen Hintergrund den Versicherten als Ergebnis seiner aufsichtsrechtlichen Prüfung regelmäßig mitteilen, dass nach im Berichtszeitraum geltendem Recht kein Anspruch auf Kostenübernahme für die Liposuktion gegenüber der Krankenkasse bestanden hat. Die Versicherten mussten auf die Inanspruchnahme zugelassener Maßnahmen (siehe oben) bzw. die Möglichkeit der Teilnahme an der genannten Studie verwiesen werden. Zur Zeit wird diskutiert, ob weitere gesetzgeberische Maßnahmen erfolgen.

Blutzuckermessung mittels Scan-Verfahren FreeStyle Libre

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 8. Juli 2015 (B 3 KR 5714 R) eine Kostenübernahme von Flash Glukose Messsystemen (FGM) ohne einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) ausgeschlossen. Eine Kostenübernahme von FGM-Geräten als Regelleistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen schied damit aus.

Das Bundesversicherungsamt hat aufgrund diverser Medienberichte Kenntnis davon erlangt, dass einige

Krankenkassen in Missachtung dieser Rechtsprechung Leistungsentscheidungen zu Gunsten ihrer Versicherten getroffen haben. Gegenüber diesen Krankenkassen wurden daraufhin im April 2016 aufsichtsrechtliche Prüfungen eingeleitet.

Mit Beschluss vom 16. Juni 2016 hat der GBA die Kostenübernahme von Real-Time-Messgeräten (rtCGM – real time Continuous Glukose Monitoring) zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung als Hilfsmittel zugelassen. Die FGM-Geräte erfüllten die Voraussetzungen dieses Beschlusses zwar nicht. Jedoch wurde aufgrund des GBA-Beschlusses für die FGM-Geräte die Anerkennung der interstitiellen Glukosemessung im Unterfettgewebe der Haut als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 135 SGB V möglich, so dass die Sperrwirkung des Urteils des Bundessozialgerichts aufgehoben wurde.

Nach § 11 Abs. 6 SGB V können Krankenkassen in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossenen Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität unter anderem im Bereich der Hilfsmittel vorsehen. Den Krankenkassen war es möglich, ihren Versicherten auf der Grundlage von § 11 Abs. 6 SGB V FGM-Geräte anzubieten.

Die zuvor kontaktierten Krankenkassen wurden über diese Möglichkeit durch das Bundesversicherungsamt informiert.

Ungeachtet dessen haben einige Krankenkassen diese Leistung ohne Satzungsregelung weiterhin gewährt. Das Bundesversicherungsamt hat aufsichtsrechtlich darauf hingewirkt, dass auch diese Krankenkassen die Leistung als Satzungsleistung anbieten.

Das Bundesversicherungsamt hat darüber hinaus überprüft, ob die Leistungsausgaben als Satzungsleistungen auf das dafür vorgesehene Konto und nicht weiter auf den Hilfsmittelkonten verbucht werden. Im Ergebnis ist festzustellen, dass die Krankenkassen die Buchungen korrekt vorgenommen haben bzw. durch die Einwirkung des Bundesversicherungsamtes korrigieren werden.

Sondereinbarungen zur pauschalen Kürzung von Krankenhausabrechnungen

Das Bundesversicherungsamt hat u.a. durch den Prüfdienst der Krankenversicherung in unterschiedlichen Zusammenhängen festgestellt, dass einige gesetzliche



Krankenkassen Sondervereinbarungen mit Krankenhäusern geschlossen haben, die die pauschalierte Kürzung von Krankenhausrechnungen zum Gegenstand haben. Dabei wurden von den einzelnen Krankenkassen unterschiedliche Sonderregelungen mit dem Ziel der Vermeidung von Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und/oder Sonderregelungen zur pauschalen Kürzung nach Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen getroffen. Die Krankenkassen begründeten die Sondervereinbarungen damit, dass die Klärung strittiger Abrechnungsfragen (Kodierung, Verweildauer, Haupt-/Nebendiagnosen) unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in vielen Fällen aufwändig und deshalb kostenintensiv sei. Häufig würden die Konflikte bis zu den Sozialgerichten getragen, die dann aufgrund - trotz Gutachterbemühungen - nicht eindeutiger Beweislagen auf einen Vergleich hinwirken würden. Insbesondere mit Krankenhäusern, mit denen Konflikte bei allen Prüft Themen bestünden, ließen sich häufig Sondervereinbarungen schließen, die Rechnungsabschlüsse in dem Umfang beinhalten würden, wie sie sich auch durch die Einzelfallprüfungen unter Einbeziehung des MDK ergeben hätten.

Gemäß § 27 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i.V.m. § 39 SGB V haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen beim Vorliegen der Voraussetzungen Anspruch auf Krankenhausbehandlung. Die Krankenkassen gewähren diesen Anspruch nach § 2 Abs. 2 SGB V als Sachleistung. Nach § 108 SGB V erbringen zugelassene Krankenhäuser die Leistungen, die nach § 12 Abs. 1 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.

Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen gilt nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem (Diagnosis Related Groups-System bzw. DRG-System).

Gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind Krankenkassen verpflichtet, bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen einzuholen. Nach § 283 SGB V übernimmt die Aufgaben des MDK bei der Knappschaft-Bahn-See

deren Sozialmedizinischer Dienst. Bei der Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V i.V.m. § 12 Abs. 1 SGB V handelt es sich um Einzelfallprüfungen. Das Nähere zur Einzelfallprüfung haben der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) nach § 17c Abs. 2 KHG i.V.m. § 275 Abs. 1c SGB V geregelt.

Einige Krankenkassen haben nach Auffassung des Bundesversicherungsamts mit den geschlossenen Sondervereinbarungen diese gesetzlichen Regelungen vollständig umgangen.

Die Krankenkassen wurden daher aufgefordert, auf die Sondervereinbarungen mit den Krankenhäusern zu verzichten und die bestehenden zu kündigen. Im Dialog mit den betroffenen Krankenkassen konnte in fast allen Fällen die Beendigung der Sondervereinbarungen erwirkt werden. Eine Krankenkasse hat jedoch gegen die aufsichtsrechtlichen Mittel geklagt.

Einsatz einer Software in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgemeinschaft zur Erhebung von Daten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Tätigkeit ist dem Bundesversicherungsamt in der Vergangenheit bekannt geworden, dass verschiedene Krankenkassen in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgemeinschaft, der sie als Mitglieder angehörten, eine Software eingesetzt haben, mit der sich eine detaillierte Darstellung der Wechselwirkungen zwischen dem DRG-System und den Kriterien des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs simulieren ließ. Dabei wurden die Diagnosen nach ihrer Relevanz für den Risikostrukturausgleich selektiert und Zuweisungseffekte bilanziert. Die Software wurde von den Krankenkassen in die einheitliche Prüfungssoftware für Krankenhausfälle integriert. Basierend auf dem Einsatz dieser Software wurde Krankenhäusern nahegelegt, sowohl die nachträgliche Erfassung neuer als auch die Korrektur bereits gemeldeter Diagnosen bei Krankenhäusern vorzunehmen. Es besteht der Verdacht, dass der Einsatz der Software im Wesentlichen der Generierung höherer Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds diene. Der Einsatz zum Zweck der Nacherfassung und Korrektur

von Diagnosen war ebenso unzulässig wie entsprechende Aufforderungen gegenüber den Leistungserbringern.

Das Bundesversicherungsamt hat die betroffenen Krankenkassen aufgefordert, die Verwendung der Software sofort zu beenden und auf die Arbeitsgemeinschaft hinzuwirken, dass diese zu dem Zwecke der Nacherfassung und Korrektur von Diagnosen nicht mehr an Krankenhäuser herantritt. Außerdem hat das Bundesversicherungsamt Prüfungen nach § 273 SGB V eingeleitet.

Im Verlauf der aufsichtsrechtlichen Verfahren gegenüber einigen bundesunmittelbaren Krankenkassen hat die Arbeitsgemeinschaft eine Feststellungsklage gegen das Bundesversicherungsamt hinsichtlich der rechtlichen Bewertung der Nacherfassung stationärer Diagnosen für die gesetzlichen Krankenkassen unter Verwendung dieser Software geführt. Der sich über vier Jahre hinziehende Rechtsstreit wurde mit inzwischen rechtskräftigem Urteil im November 2017 durch das Sozialgericht mit Klageabweisung beendet. Danach wurden auch die Verfahren gegen die Krankenkassen wieder aufgegriffen.

Im Ergebnis haben alle betroffenen Krankenkassen im Jahr 2018 erklärt, den Einsatz der fraglichen Software beendet zu haben.

Weiterentwicklung des Aufsichtsmaßstabes für die Vergütung der Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemäß § 35a Absatz 6a SGB IV bedarf der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdiensilvertrages zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Das Zustimmungserfordernis wurde durch die mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften am 13. August 2013 in Kraft getretenen Ergänzung des § 35a SGB IV um einen Absatz 6a eingeführt. Durch diese Änderung sollte sichergestellt werden, dass Vorstandsdiensilverträge bei den gesetzlichen Krankenkassen nicht ohne vorherige Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde

wirksam werden und die darin vereinbarten Vergütungen der Vorstände in angemessenem Verhältnis zum Aufgabenbereich, zur Größe und zur Bedeutung der Körperschaft stehen, wobei insbesondere die Zahl der Mitglieder der Körperschaft zu berücksichtigen ist. Mit Urteil vom 20. März 2018, Az. B 1 A 1/17 R, hat das Bundessozialgericht eine klageabweisende Entscheidung des Bayerischen Landessozialgerichts aufgehoben und dem Bundesversicherungsamt aufgegeben, über den Antrag der Krankenkasse unter Beachtung der Rechtsauffassung des Bundessozialgerichts neu zu bescheiden. Das Bundessozialgericht hat somit erstmalig über eine Klage einer Krankenkasse gegen eine abgelehnte Zustimmung des Bundesversicherungsamtes zu Vorstandsvergütungen entschieden. Das Bundessozialgericht bestätigte grundsätzlich den gemeinsamen Aufsichtsmaßstab der Aufsichtsbehörden für die Vergütungshöhe sowie für die Ausgestaltung einzelner Vergütungsbestandteile in Form eines Arbeitspapiers und von Trendlinien, gab den Aufsichtsbehörden jedoch Nachbesserungen hieran auf. Auf der 93. Aufsichtsbehördentagung vom 14. bis 15. November 2018 in Hamburg haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder in Umsetzung der Vorgaben des Bundessozialgerichts einstimmig eine allgemeine Verwaltungsvorschrift für Vorstands- und Geschäftsführerverträge im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 35a Absätze 6 und 6a SGB IV mit drei Anlagen (Trendlinie ab 1. Juli 2018, Veröffentlichungsmuster für Vorstandsvergütungen gemäß § 35a Absatz 6 SGB IV und Orientierungshilfe für einen Vorstandsdiensilvertrag) beschlossen. Das Bundesversicherungsamt hat sich die Verwaltungsvorschrift durch Veröffentlichung per Rundschreiben am 23. November 2018 zu Eigen gemacht.

Die Aufsichtsbehörden haben fünf Größenklassen von Krankenkassen auf Basis der im Bundesanzeiger veröffentlichten Gesamtvergütung und die entsprechenden Trendlinien erstellt. Künftig kann die Selbstverwaltung noch eine angemessene Einschätzungsprärogative in Höhe von grundsätzlich maximal 10 Prozent addieren. Wenn nach der Satzung des Trägers der Vorstand kleiner als gesetzlich möglich ist, sind maximal 15 Prozent auf den jeweiligen Trendlinienwert möglich. Die neuen Trendlinien sind rückwirkend zum 1. Juli 2018 in Kraft getreten. Auch künftig soll turnusgemäß zum 1. Juli



eine Aktualisierung der Trendlinien auf Grundlage der am 1. März im Bundesanzeiger veröffentlichten Gesamtaufwendungen für die Vorstände im Vorjahr erfolgen.

Die allgemeine Verwaltungsvorschrift stellt die ermessenskonkretisierende Richtlinie für die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes gem. § 35a Absatz 6a SGB IV dar und dient den Krankenkassen zur Orientierung bei der Ausgestaltung neuer Vorstandsdienstverträge, deren Verlängerungen oder deren Änderungen. Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift, die darin genannten Gesamtvergütungstrendlinien in Diagrammform ab 1. Juli 2018, das überarbeitete Veröffentlichungsmuster sowie die Orientierungshilfe für einen Vorstandsdienstvertrag können auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes unter www.bundesversicherungsamt.de/Rundschreiben angesehen und ggf. heruntergeladen werden.

Flankierend zur Weiterentwicklung des Aufsichtsmaßstabes hat der Gesetzgeber noch im ersten Halbjahr 2019 Änderungen des § 35a Absatz 6 und Absatz 6a SGB IV mit dem Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) in Kraft gesetzt. Zwischenzeitlich hat das Bundesversicherungsamt in Abstimmung mit den Aufsichtsbehörden der Länder eine angepasste Verwaltungsvorschrift aufgestellt und veröffentlicht.

Die Aufsichtspraxis im Jahr 2018 war von der Umsetzung des Urteils des Bundessozialgerichts geprägt. Im Berichtsjahr hat das Bundesversicherungsamt als zuständige Rechtsaufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen 44 formelle Zustimmungsbescheide erlassen. Weitere sieben Anträge befanden sich Ende des Jahres noch in der Abstimmung.

Mittlerweile wurden nahezu alle Vorstandsdienstverträge im Aufsichtsbereich des Bundesversicherungsamtes seit der im August 2013 eingeführten gesetzlichen Zustimmungspflicht auf der Grundlage der von den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder erarbeiteten gemeinsamen und im Berichtsjahr weiterentwickelten Beurteilungskriterien geprüft. In ca. 95 % der Fälle konnte dem Antrag der Krankenkasse auf Zustimmung entsprochen werden, nur in wenigen Einzelfällen musste die Zustimmung unterbleiben.

Bestandsaufnahme zur Wirtschaftlichkeit der Bildungsstätten der gesetzlichen Krankenkassen

In den vergangenen Jahren war die Wirtschaftlichkeit von Bildungsstätten diverser Sozialversicherungsträger, insbesondere der Krankenkassen, immer wieder Thema aufsichtsbehördlicher Erörterungen sowohl

auf Landes- als auch Bundesebene. Auch der Bundesrechnungshof hat die Wirtschaftlichkeit der von den Krankenkassen betriebenen Bildungsstätten kritisch hinterfragt und entsprechende Anregungen zur Optimierung gegeben.

Vor diesem Hintergrund führte das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr bei Krankenkassen, die eigene Bildungsstätten unterhalten, eine Befragung zur Wirtschaftlichkeit des Betriebs dieser Einrichtungen durch. Damit sollten unter anderem Erkenntnissen erlangt werden, ob die betreffenden Krankenkassen zum Betrieb und zur Steuerung ihrer Bildungsstätten schriftliche Konzepte vorweisen können und regelmäßig Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchführen. Ferner wurden weitergehende Informationen zur Auslastung der Zimmer- und Bettenkapazitäten als auch zur Überlassung der Bildungsstätte an externe Dritte eingeholt.

Die Mehrzahl der befragten Krankenkassen hatte ein schriftliches Konzept für den Betrieb ihrer Bildungseinrichtungen erstellt, was im Hinblick auf die Vermögenswerte, die es wirtschaftlich zu verwalten gilt, grundsätzlich zu begrüßen ist. Allerdings hat sich auch herausgestellt, dass ein großer Teil der befragten Krankenkassen – auch wenn sie sich bei ihrer Haushaltsplanung mit der Bewirtschaftung ihrer Bildungsstätten befassen – keine diesbezüglichen, den gesetzlichen Anforderungen gerecht werdende Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen vornehmen.

Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen sind nach dem Gesetz bei allen finanzwirksamen Maßnahmen vorgeschrieben, § 69 Abs. 3 SGB IV. Sie dienen dazu, Entscheidungen unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Abs. 2 SGB IV) vorzubereiten und unterstützen die Beschäftigten, den Verwaltungsvollzug effizient zu gestalten und transparent zu dokumentieren.

Im Rahmen der Aufsichtsführung wurden die betreffenden Krankenkassen darauf hingewiesen, die Wirtschaftlichkeit des Betriebs ihrer Bildungsstätten entsprechend den Anforderungen, die an Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen nach § 69 Abs. 3 SGB IV zu stellen sind, zu untersuchen. Im Zuge dieser fortdauernden Aufgabe wird die weitere Umsetzung seitens

der gesetzlichen Krankenkassen zu beobachten und zu gegebener Zeit zu prüfen sein.

Beachtung der Repräsentations- und Bewirtschaftungsleitlinien der Aufsichtsbehörden durch Arbeitsgemeinschaften

Repräsentations- und Bewirtschaftungsaktivitäten der Sozialversicherungsträger haben sich nach den Vorgaben und Grundsätzen der §§ 30 Abs. 1 und § 69 Abs. 2 SGB IV auszurichten. Dabei müssen sie sich auf das Maß des Schlichten und Bescheidenen beschränken. Zur einheitlichen Rechtsanwendung haben sich die Aufsichtsbehörden in Bezug auf die Bewertung von Repräsentations- und Bewirtschaftungsleistungen der Sozialversicherungsträger auf die „Gemeinsame(n) Leitlinien der Aufsichtsbehörden für die Prüfung der Repräsentations- und Bewirtschaftungsleistungen“ in der Fassung vom 5. November 2009 verständigt.

Arbeitsgemeinschaften im Sinne des § 94 SGB X unterliegen staatlicher Aufsicht, die sich gemäß § 94 Absatz 2 SGB X auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht erstreckt, das für die Arbeitsgemeinschaften, die Leistungsträger und ihre Verbände maßgebend ist. Als für eine Arbeitsgemeinschaft bzw. die sie bildenden Sozialversicherungsträger zu beachtendes Recht zählen grundsätzlich auch die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit.

In ihrer 93. Arbeitstagung im November 2018 fassten die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger den Beschluss, dass die für die Sozialversicherungsträger vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entwickelten Repräsentations- und Bewirtschaftungsleitlinien der Aufsichtsbehörden auch für die Arbeitsgemeinschaften nach § 94 SGB X gelten.

Unzulässige Kopplung zusätzlicher Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V an eine ungekündigte Mitgliedschaft

Im Berichtsjahr ist ein Urteil des Bayerischen LSG zu den zusätzlichen Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V ergangen (Urteil vom 20. März 2018 -L 5 KR 394/16 KL-). Eine Krankenkasse beabsichtigte, die Kostenerstattung für zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V an eine ungekündigte Mitgliedschaft im Zeitpunkt der Antragstellung zur Kostenerstattung zu knüpfen. Das Bundesversicherungsamt erachtete diese Verknüpfung als Verstoß gegen das Mitgliedschafts- und Leistungsrecht der GKV und sah keine Satzungsbefugnis nach § 11 Abs. 6 SGB V. Das Bayerische LSG bestätigte dies:

§ 11 Abs. 6 SGB V ermächtigt die Krankenkassen nicht zu einer Koppelung der Kostenerstattung für zusätzliche Satzungsleistungen an eine fortbestehende ungekündigte Mitgliedschaft. Eine solche Regelung schränke die Leistungsansprüche der Mitglieder einer Krankenkasse unzulässig ein. Die Regelung schaffe eine im Gesetz nicht vorgesehene Voraussetzung der Leistungserbringung. § 11 Abs. 6 SGB V befähige nicht zu einem beschränkenden Eingriff in die Strukturelemente des Versicherungsprinzips und des Mitgliedschaftsrechts.

Das SGB V knüpfe die Leistungsberechtigung an eine Mitgliedschaft. Für Kostenerstattungsansprüche gelte nach § 19 SGB V, dass während der Mitgliedschaft entstandene Geldleistungsansprüche von der Krankenkasse auch nach Ende der Mitgliedschaft zu erfüllen seien. Nach der Systematik des SGB V gelten § 19 SGB V sowie die Vorgaben des Mitgliedschaftsrechts auch für Satzungsleistungen. Das Risiko, Kostenerstattungsansprüche nicht geltend machen zu können, regle sodann § 13 SGB V abschließend. Eine abweichende Regelung sei unzulässig. § 11 Abs. 6 SGB V bezwecke, den Wettbewerb zu fördern und stelle keinen Freibrief aus, ein gesetzesunabhängiges Leistungsrecht zu schaffen.

Soweit die Krankenkassen bei der Ausgestaltung ihres Bonusprogrammes nach § 65a SGB V befugt seien, konkrete Anspruchsvoraussetzungen zu schaffen, könne diese Befugnis aufgrund des unterschiedlichen Wortlauts der Normen und der Systematik des SGB V nicht auf § 11 Abs. 6 SGB V übertragen werden. Die Entscheidung des Bayerischen LSG befindet sich zurzeit in der Revision vor dem Bundessozialgericht. Das Bundesversicherungsamt begrüßt, dass weitere höchstrichterliche Rechtsprechung zu § 11 Abs. 6 SGB V ergehen wird. Diese kann u. a. dazu beitragen, die Genehmigungspraxis der Länder- und der Bundesaufsicht zu vereinheitlichen und Wettbewerbsverzerrungen im Bereich der Satzungsleistungen zu vermeiden.

Digitale Versorgungsprodukte als Satzungsleistung

Im Berichtsjahr 2018 hat sich das Bundesversicherungsamt im Bereich der zusätzlichen Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V umfassend mit den satzungsrechtlichen Möglichkeiten für die Übernahme von Kosten für digitale Versorgungsprodukte beschäftigt. Ein maßgebliches Kriterium für die Genehmigungsfähigkeit von zusätzlichen Leistungen ist die Zuordnung zu einem der in § 11 Abs. 6 SGB V genannten Bereiche, dies gilt auch bei digitalen Versorgungsprodukten. Die leistungsrechtliche Einordnung der digitalen Versorgungsprodukte, die überwiegend auch Medizinprodukte darstellen, wurde im Jahr 2018 eingeleitet. Im Bereich der Satzungsleistungen wurde im Wesentlichen die mögliche Hilfsmittleigenschaft der Medizinprodukte bewertet.

Für die Zuordnung zum Bereich der Heil- oder Hilfsmittel ist zum Beispiel nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 28. Juni 2001 – AZ: B 3 KR 3/00 R –, maßgebendes Abgrenzungskriterium, ob es sich um eine persönliche medizinische Dienstleistung handelt. Nur wenn von einem Heilmittelleistungserbringer eine persönliche Leistungserbringung erfolgt, kann es sich um ein Heilmittel nach § 32 SGB V handeln. Das BSG (a.a.O.) kommt infolgedessen zu dem Ergebnis, dass eine PC-Zusatzausrüstung mit Hard- und Software für ein häusliches Hirnleistungstraining danach ein Hilfsmittel (§ 33 SGB V) ist, auch wenn es



dazu dient, ein Training durchzuführen, das ebenso von niedergelassenen Ergotherapeuten (§ 124 SGB V) angeboten wird und dann als Heilmittel (§ 32 SGB V) gilt. Seitens des Bundesversicherungsamtes wird daher in jedem Einzelfall geprüft, welche Leistungen das jeweilige digitale Versorgungsprodukt beinhaltet und welchem Leistungsbereich des § 11 Abs. 6 SGB V dieses zugeordnet werden kann.

Ferner hat der Gesetzgeber vorgegeben, dass es sich bei entsprechenden Satzungsleistungen um zusätzliche Leistungen handeln muss. Eine Übernahme von Kosten auf der Grundlage von § 11 Abs. 6 SGB V kommt daher nur in Betracht, wenn es sich um eine Weiterentwicklung der Versorgung handelt. Nur weil eine Leistung auf anderem Wege, beispielsweise in Form einer Applikation, kurz App, erbracht wird, eröffnet dies nicht automatisch den Weg für eine zusätzliche Satzungsleistung nach § 11 Abs. 6 SGB V. Das Bundesversicherungsamt hat daher in allen Fällen eine detaillierte Prüfung vorgenommen. Im Ergebnis konnten bereits etliche digitale Versorgungsprodukte als zusätzliche Leistungen im Sinne des § 11 Abs. 6 SGB V klassifiziert werden. Teilweise hat die Prüfung aber auch ergeben, dass es sich um Leistungen handelt, die der Regelversorgung nach §§ 33 oder 32 SGB V zugeordnet werden können. Eine Satzungsregelung war in diesen Fällen dann nicht mehr erforderlich.

Anwendungen mit multifunktionalen Inhalten berei-

teten hier besondere Schwierigkeiten, da Bestandteile einer App teilweise dem Selbstmanagement, der Prävention oder der Patientenschulung zuzuordnen sind. In der Praxis konnten hier immer Lösungen erreicht werden.

Da im konstruktiven Austausch mit den Krankenkassen die rechtlichen Möglichkeiten ausgelotet und für die Versicherten größtenteils im positiven Sinne geklärt werden konnten, können die Versicherten somit bereits von neuen Angeboten profitieren.

An rechtliche Grenzen stoßen allerdings Produkte, die den Grundsätzen des SGB V nicht hinreichend Genüge tun. So gilt bei den zusätzlichen Leistungen weiterhin grundsätzlich die Systematik des SGB V. Aus diesem Grund ist zum Beispiel bei Produkten, die dem Bereich der Heil- und Hilfsmittel zugeordnet werden, in jedem Fall eine ärztliche Verordnung erforderlich. Auch waren die im Jahr 2018 jeweils geltenden Regelungen zum Fernbehandlungsverbot in den Berufsordnungen der Länder sowie der Arztvorbehalt zu beachten. Gerade hier zeigt sich aber die Bereitschaft aller Beteiligten, erforderliche Anpassungen des Rechtsrahmens an aktuelle Entwicklungen vorzunehmen, um das System der Gesetzlichen Krankenversicherung zukunftsfähig zu machen und den neuen Anforderungen gerecht zu werden. Die weitere Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen gerade im Bereich des Fernbehandlungsverbots und ihre Auswirkungen auf den Bereich

der zusätzlichen Satzungsleistungen werden daher abzuwarten und regelmäßig neu zu bewerten sein. Dass die insoweit erforderliche Prüfung eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt, liegt in der Natur der Sache, stößt in der heutigen schnelllebigen Zeit jedoch nicht immer bei allen Beteiligten auf Verständnis. Das Bundesversicherungsamt ist bestrebt, gemeinsam mit den Trägern rechtlich tragfähige Lösungen zu erarbeiten und wird die Krankenkassen in diesem Bereich weiterhin konstruktiv unterstützen, so dass davon auszugehen ist, dass auch im kommenden Berichtsjahr ein Schwerpunkt auf der Bewertung von neuen Entwicklungen liegen wird.

Aktualität der zusätzlichen Satzungsleistungen der Krankenkassen

Beschäftigt hat das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr auch die Prüfung und Aktualisierung bereits etablierter Zusatzangebote der Krankenkassen. Zum Beispiel haben sich durch Änderungen der Richtlinien des G-BA diverse Anpassungsbedarfe für die bestehenden Satzungsregelungen im Bereich des § 11 Abs. 6 SGB V und der Bonusprogramme nach § 65a Abs. 1 SGB V ergeben. Diese Änderungen müssen seitens der bundesunmittelbaren Krankenkassen nachvollzogen und die jeweiligen Satzungen angepasst werden. Auch durch neuerliche Erkenntnisse in Folge gesammelter Erfahrungen ergibt sich vereinzelt redaktioneller Änderungsbedarf, z.B. bei der Kostenübernahme von Kopforthesen oder der Tastuntersuchung zur Brustkrebsvorsorge durch Medizinische Tastuntersucherinnen.

Das Bundesversicherungsamt beabsichtigt, die Krankenkassen auf diese Anpassungsbedarfe zukünftig anlassbezogen verstärkt in Rundmails aufmerksam zu machen, um möglichst zeitnahe Änderungen der Satzungen anzustoßen und so veraltete Satzungsregelungen zu vermeiden.

Weitere Schwerpunktthemen bei den Satzungsleistungen in 2018

Nach wie vor bleibt es bei der Tendenz, dass das Angebot der zusätzlichen Satzungsleistungen seitens der Krankenkassen weiter ausgebaut und diese Möglichkeit auch zur Positionierung im Wettbewerb genutzt wird. Der Konkurrenzdruck unter den Krankenkassen trägt vermutlich auch dazu bei, dass bestimmte Leistungen für die Versicherten nach einer gewissen Vorlaufzeit nahezu flächendeckend zur Verfügung stehen. Ein Beispiel hierfür sind Geräte zur Messung des Zuckerspiegels im Unterhautfettgewebe, sogenannte interstitielle Glukosemessung.

Im Tätigkeitsbericht 2016 hat das Bundesversicherungsamt über die zusätzliche Leistung im Bereich der zusätzlichen Hilfsmittel in Form des Flash Glukose Messsystems (FGM) bereits berichtet. Zu diesem Zeitpunkt boten 20 von damals 66 bundesunmittelbaren Krankenkassen diese Leistung an. Mittlerweile haben 48 von 65 Krankenkassen Satzungsregelungen zur Kostenübernahme des FGM geschaffen. Seit Ende 2018 ist ein Nachfolgerprodukt des bisherigen FGM-Gerätes (im folgenden FGM 2) auf dem Markt erhältlich. Das neue Gerät ist mit einem optionalen und individuell einstellbaren Glukose-Alarm ausgestattet. Die bisher fehlende Alarmfunktion der FGM-Geräte war unter Berücksichtigung des Beschlusses des G-BA vom 16. Juni 2016 zu Real-Time-Messgeräten (rtCGM - real time Continuous Glukose Monitoring) im Wesentlichen ausschlaggebend für die Klassifizierung von FGM als zusätzliches Hilfsmittel nach § 11 Abs. 6 SGB V.

Es war deshalb zu bewerten, ob mit der Ablösung der bisherigen Geräte durch FGM 2 noch Raum für eine Satzungsregelung nach § 11 Abs. 6 SGB V besteht, oder es sich nun um Hilfsmittel der Regelversorgung handelt, wie dies bei rtCGM der Fall ist. Nach Prüfung der Sach- und Rechtslage vertritt das Bundesversicherungsamt die Auffassung, dass FGM 2 der Regelversorgung zuzuordnen ist. Weitergehende Satzungsregelungen sind daher nicht erforderlich und bereits bestehende Regelungen können nach Umstellung der Versorgung auf FGM 2 entfallen. Dieses Thema wird das Bundesversicherungsamt daher noch weiterhin beschäftigen.



Auch das Angebot zur Übernahme der Kosten für eine persönliche elektronische Gesundheitsakte auf der Grundlage von § 68 SGB V wird weiterhin rege genutzt. Zum 31. Dezember 2018 haben insgesamt 41 bundesunmittelbare Krankenkassen Satzungsregelungen für die persönliche elektronische Gesundheitsakte geschaffen.

Vertragsschlüsse zur Gesamtvergütung in der Kritik

In 2018 beschäftigte das Bundesversicherungsamt erheblich die Prüfung der Gesamtvergütungsabschlüsse in den insgesamt 17 Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Im Berichtsjahr erreichten das Bundesversicherungsamt Hinweise auf Mängel bei der Vertragsgestaltung. Auf Wunsch einer Krankenkasse und einer Kassenärztlichen Vereinigung prüfte das Bundesversicherungsamt Vertragsentwürfe für das Jahr 2018. Auf einer Arbeitsgruppensitzung der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder im Februar 2018 wurden vor allem auffällige Prävalenzänderungen und Kodieranreize für Ärzte in einzelnen Kassenärztlichen Versorgungsregionen und die Anforderungen an die Begründung von förderungswürdigen Leistungen thematisiert. Auf Grund dessen prüfte das Bundesversicherungsamt vertieft exemplarische Verträge und stellte fest, dass wesentliche Anforderungen an die Vertragsschlüsse nach § 87a SGB V von den Vertrags-

partnern auf Landesebene nicht beachtet werden. Daraufhin fertigte das Bundesversicherungsamt – in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit – am 13. September 2018 ein informatorisches Rundschreiben an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen, in dem auf die großen Intransparenzen u.a. bei der Anpassung des Behandlungsbedarfes und der förderungswürdigen Leistung hingewiesen wurde. Gegen dieses Rundschreiben erhoben bisher 13 von 17 Kassenärztlichen Vereinigungen Klagen vor den Landessozialgerichten. Sie begründeten dies damit, dass es sich bei diesem Rundschreiben bereits um eine Aufsichtsordnung handele, die sie in ihrem Gestaltungsspielraum im Rahmen der Vergütungsverhandlungen als Teil der ärztlichen Selbstverwaltung verletze.

Das Bundesversicherungsamt hält die Klagen für unzulässig, weil es sich bei dem Rundschreiben nicht um eine Aufsichtsordnung handelt. Ziel des Bundesversicherungsamtes ist es, für die Zukunft eine transparente und rechtskonforme Vertragsgestaltung zu erreichen, die auf der Grundlage des gesetzlichen Gestaltungsrahmens abgeschlossen werden.

Ende kassenindividueller Rabatte für Zytostatika

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung (GKV-AMVSG) am 13.05.2017 dürfen gesetzliche Krankenkassen einzeln keine Ver-

träge mehr für die Versorgung mit individuell hergestellten Zytostatika mit Apotheken schließen. Der Gesetzgeber sah dies als Hindernis einer möglichst friktionsfreien Versorgung an. Zudem wollte er das Apothekenwahlrecht der Versicherten aus § 31 Abs. 1 Satz 5 SGB V gewährleisten.

Das GKV AMVSG ermächtigt stattdessen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, nach § 130a Abs. 8a Satz 1 SGB V einheitlich und gemeinsam mit pharmazeutischen Unternehmen für die Fertigarzneimittel, die in Apotheken zum Zweck der Herstellung von parenteralen Zubereitungen verwendet werden, Rabatte zu vereinbaren („kassenartübergreifend“, BReg, BT-Drs. 18/10208, S. 34, 35).

Das Bundesversicherungsamt hat daher Bestrebungen einiger Krankenkassen seines Aufsichtsgebietes beendet, die das vom Gesetzgeber explizit vorgegebene Einigungsgebot der Vertragspartner auf Landesebene zu umgehen versuchten. Die Krankenkassen wollten auf der generellen Rechtsgrundlage des § 130a Abs. 8 SGB V für die in Rede stehenden Fertigarzneimittel kassenindividuelle Rabattverträge abschließen. Auch wurden in mehreren aufsichtsrechtlichen Prüfverfahren rechtswidrige Vertragsgestaltungen aufgegriffen, die keine Wirkung gegenüber allen Krankenkassen auf der Landesebene entfalten.

Auf Initiative des Bundesversicherungsamtes wurde das Thema im Rahmen der turnusgemäß stattfindenden Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder der Sozialversicherungsträger im Mai 2018 erörtert. Inzwischen hat der Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) eine entsprechende Klarstellung vorgenommen.

Datenschutz im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V

Seit dem 25. Mai 2018 gelten die Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 (EU-DSGVO) und damit einhergehende Änderungen des SGB X und des BDSG.

Das Bundesversicherungsamt hat sich mit den datenschutzrechtlichen Neuregelungen intensiv auseinandergesetzt und insbesondere die Anforderungen der

Artikel 12 und 13 der EU-DSGVO zum Gegenstand der aufsichtsrechtlichen Prüfung von Verträgen nach § 140a SGB V gemacht.

Auf Grundlage der in den ersten Monaten gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen hat das Bundesversicherungsamt die Checkliste „Datenschutzrechtliche Aspekte im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V“ erstellt. Diese Checkliste beinhaltet datenschutzrechtliche Fragestellungen, die im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V regelmäßig aufzuwerfen und zu beantworten sind. Sie soll damit den Krankenkassen als strukturierte Hilfestellung zu einer rechtskonformen Vertragsgestaltung dienen.

Die Vorlage der vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Checkliste wird im Zusammenhang mit jeder Vertragsvorlage erbeten, wobei die jeweils aktuelle Fassung auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes zu finden ist (siehe www.bundesversicherungsamt.de).

Ergänzend wird den Krankenkassen stets auch das Angebot eröffnet, sich mit gezielten Fragestellungen zur Umsetzung der Neuregelungen an das Bundesversicherungsamt zu wenden. Entsprechend wurden auch bereits einige Lösungsansätze für datenschutzrechtliche Herausforderungen im partnerschaftlichen Dialog mit den Krankenkassen entwickelt.

Outsourcing von Aufgaben des Krankengeldfallmanagements nach § 44 Abs. 4 SGB V auf Dienstleister

Im Rahmen einer Prüfung der Vorlagepflicht für Outsourcingverträge nach § 97 SGB X erhielt das Bundesversicherungsamt Kenntnis davon, dass insgesamt acht gesetzliche Krankenkassen zwei private Dienstleister mit einem versichertenindividuellen Fallmanagement für psychisch oder psychosomatisch erkrankte Versicherte beauftragt hatten. Damit hatten sie in rechtswidriger Weise leistungsrechtliche Beratungsaufgaben, die die Krankenkassen gemäß § 44 Abs. 4 SGB V ausschließlich selbst wahrnehmen dürfen, an private Dritte übertragen. Kennzeichen der Verträge war die Einschaltung der Dienstleister bei der individuellen Betreuung der Versicherten im Rahmen von stationären oder teilstationären Krankenhausauf-



enthalten. Die Dienstleister wirkten bei der Überwachung der Dauer der Krankenhausaufenthalte sowie bei der Sicherstellung der Anschlussversorgung und der Beratung der Versicherten mit.

Neben dem Verstoß gegen die Beratungspflicht nach § 44 Abs. 4 SGB V kam es z.B. bei der Überprüfung der Nachvollziehbarkeit ärztlicher Diagnosen und der Arbeitsunfähigkeit auch zu einer rechtswidrigen Beurteilung medizinischer Sachverhalte durch die Dienstleister, die gemäß § 275 SGB V ausschließlich dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorbehalten ist.

Leistungen des individuellen Fallmanagements können auch nicht nach § 11 Abs. 4 SGB V (Versorgungsmanagement) oder § 39 Abs. 1a SGB V (Entlassmanagement) erbracht werden, da Aufgabe der Krankenkasse in beiden Fällen die Unterstützung der Krankenhäuser und weiterer Leistungserbringer bei der Erbringung dieser Leistungen ist und nicht die individuelle Betreuung der Versicherten durch die Krankenkasse selbst. Zu dieser sind Krankenkassen nach § 44 Abs. 4 SGB V berechtigt und auch verpflichtet, allerdings unter ausdrücklichem Ausschluss einer Wahrnehmung dieser Aufgaben durch private Dritte. Im Ergebnis konnten alle Dienstleistungsverträge dieser Art auf Initiative des Bundesversicherungsamtes unverzüglich beendet werden. Die Krankenkassen sind weiter dahingehend zu sensibilisieren, dass ein Outsourcing von leistungsrechtlichen Beratungsleis-

tungen an private Dritte auch bei Versicherten außerhalb des Krankengeldbezuges und unabhängig vom Vorliegen einer Erkrankung unzulässig ist.

1.4 Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung

Die neben den aufsichtsrechtlichen und Verwaltungsaufgaben bestehenden Prüfaufgaben des Bundesversicherungsamtes wurden durch den Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung auch in 2018 im Rahmen der drei gesetzlich vorgegebenen Prüfarten durchgeführt:

Das Kerngeschäft bilden die Beratungsprüfungen von Kranken- und Pflegekassen sowie deren Arbeitsgemeinschaften nach § 274 SGB V bzw. § 46 SGB XI. Diese beziehen sich auf die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung und sind in einem rechtlichen Mindestturnus von fünf Jahren durchzuführen. Nachdem im vergangenen Jahr die Datenmeldungen der Krankenkassen zum Risikostrukturausgleich nach § 42 RSAV zum Thema „Morbi-RSA“ stattfanden, waren aufgrund des turnusbedingten Wechsels in 2018 die Datenmeldungen „Versicherungszeiten / DMP“ für das Ausgleichsjahr 2014 Prüfgegenstand. Die Prüfungen, die auf der Grundlage eines festgelegten Stichprobenverfahrens durchgeführt werden, geben Auskunft darüber, ob die von den Krankenkassen in

den RSA gemeldeten Daten nachgewiesen sind und stellen somit einen wichtigen Baustein zur rechtmäßigen Durchführung des RSA dar.

Auch für die stichprobenmäßigen Prüfungen nach § 252 SGB V zur rechtmäßigen Beitragsfestsetzung, zum Beitragseinzug und zur Weiterleitung von Beiträgen nach § 252 SGB V durch die Träger setzte der Prüfdienst in 2018 Kapazitäten ein. Ziel der Prüfungen ist die Feststellung, ob dem Gesundheitsfonds durch fehlerhafte Bearbeitung des Trägers in den geprüften Fällen ein monetärer Schaden entstanden ist. Eine Übersicht über die verschiedenen Prüfungen zu den Prüfarten, die in den Jahren 2017 und 2018 abgeschlossen wurden, ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2017	Durchgeführte Prüfverfahren 2018
Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI		
Standardprüfungen	42	61
Allgemeine Verwaltung	5	7
Finanzen / Kassensicherheit	9	12
Mitgliedschaft / Beiträge	0	0
Leistungen Krankenversicherung	8	14
Leistungen Pflegeversicherung	11	15
DRG	3	3
EDV / Informationstechnik	4	8
Prüfungen Spitzenverbände	2	2
Sonderprüfungen	5	1
Schwerpunktprüfungen	-	8
Leistungen Krankenversicherung	-	6
Leistungen Pflegeversicherung	-	2

Prüfungen nach § 252 SGB V		
Standardprüfungen	15	20
Sonderprüfungen	0	2
Prüfungen nach § 42 RSAV		
Prüfungen RSA-Datenmeldungen davon	121	62
Versichertenzeiten / DMP	51	60
Morbi RSA	70	2
Summe Prüfungen	183	154

1.4.1 Prüfungen nach § 274 Abs. 1 Satz 2 SGB V

GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigungen

Letztmalig hat der Prüfdienst im Berichtsjahr die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geprüft. Seit dem 1. Januar 2019 wird diese Prüfzuständigkeit wieder vom Bundesministerium für Gesundheit wahrgenommen. Das Bundesversicherungsamt hatte die Prüftätigkeit am 1. Januar 2005 übernommen, nachdem ihm die Prüfzuständigkeit für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und damals noch die kassenartenspezifischen Spitzenverbände mit Übertragungserlass vom 17. Dezember 2004 übertragen worden war. Mit der Übernahme der bisher von den kassenartenspezifischen Spitzenverbänden wahrgenommenen gesetzlichen Aufgaben durch den GKV-Spitzenverband zum 1. Juli 2008 bezog sich die Prüftätigkeit des Bundesversicherungsamtes auch auf diesen Verband.

Prüfung des GKV Spitzenverbandes

Im Jahr 2018 konnte der Prüfdienst im Anschluss an die im Vorjahr erfolgten Prüfungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die jeweiligen Prüfberichte erstellen und den geprüften Trägern übermitteln.

Außerdem hat der Prüfdienst den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in den Bereichen Beschaffung,

Personalleasing/Zeitarbeit, Anlage und Risikomanagement und Sicherstellungszuschlag für Hebammen sowie die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland im GKV-Spitzenverband in den Bereichen Beschaffungsrichtlinie, Personalleasing/Zeitarbeit und Anlage- und Risikomanagement geprüft sowie die abschließenden Prüfberichte dazu erstellt. Im Wesentlichen waren die Prüffeststellungen unauffällig, lediglich in Einzelfällen ergab sich Anlass zu Anmerkungen.

1.4.2 Allgemeine Verwaltung

Essenszuschüsse

Eine Dienstvereinbarung zur Gewährung eines Essenszuschusses für die Beschäftigten, die der Vorstand der Krankenkasse vor Jahren mit dem Personalrat abgeschlossen hatte, wurde vom Prüfdienst beanstandet. Nach der Dienstvereinbarung gab die Krankenkasse an ihre Beschäftigten Restaurant-Schecks mit einem bestimmten Wert pro Essen aus. Diese Schecks konnten in mehreren Restaurants eingelöst werden.

Eine Rechtsgrundlage für die Gewährung von Essenszuschüssen gibt es schon seit vielen Jahren nicht mehr. Seit dem 1. Januar 1984 können sich Krankenkassen nur noch im Rahmen der „Richtlinien für Kantinen bei Dienststellen des Bundes“ an den Aufwendungen für einen Kantinenbetrieb beteiligen. Die geprüfte Krankenkasse betrieb jedoch keine Kantine. Deshalb verstieß die Gewährung von Essenszuschüssen gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit und damit gegen geltendes Recht.

Die Krankenkasse folgte der Beratung und erklärte noch im laufenden Prüfverfahren, dass sie die Dienstvereinbarung gekündigt habe. Aus vertragsrechtlichen Gründen konnten Restaurant-Schecks noch bis zum Ablauf des Jahres 2018 eingelöst werden.

Staffelprämien und sonstige Aufwandsentschädigungen für extern gewerblich tätige Dritte

Nach den Wettbewerbsgrundsätzen kann eine Krankenkasse extern gewerblich tätigen Dritten (Finanzdienstleister) eine Aufwandsentschädigung für eine Mitgliederwerbung in Höhe von maximal 3 Prozent der monatlichen Bezugsgröße für jedes neu aufgenommene Mitglied zahlen. Dies entspricht einem Wert von 91,35 Euro (Stand 2018). Bei einer Prüfung wurde

festgestellt, dass eine Krankenkasse zusätzlich zu dieser Aufwandsentschädigung mit den gewerblich tätigen Dritten weitere Dienstleistungsverträge abgeschlossen hatte. Diese Verträge sahen für administrative Tätigkeiten, die in Zusammenhang mit der Mitgliederwerbung standen, eine weitere pauschale Aufwandsentschädigung vor. Eine solche weitere Pauschale ist unzulässig, da die Höhe der Aufwandspauschale abschließend in den Wettbewerbsgrundsätzen festgelegt ist. Ebenso unzulässig ist eine Staffelung der Prämien nach der Zahl der geworbenen Neumitglieder. Eine solche „Erfolgspremie“ ist bereits von ihrer Struktur her darauf angelegt, den beauftragten Dienstleister zu möglichst offensiver Werbetätigkeit anzuregen. Dies widerspricht dem sozialen Auftrag, dem die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unterworfen sind. Es besteht die Gefahr, dass Werbende wegen des erhöhten finanziellen Eigeninteresses Methoden im Stil von Werbekolonnen anwenden, welche durch die Wettbewerbsgrundsätze ausgeschlossen sind. Der Prüfdienst forderte die Krankenkasse daher auf, die Verträge über die administrativen Tätigkeiten zu kündigen und keine Staffelprämien auszuloben. Da die Krankenkasse dieser Aufforderung nicht folgte, schaltete der Prüfdienst die Aufsichtsabteilung ein. Schließlich hat die Krankenkasse, die Verträge – wie vom Prüfdienst gefordert – gekündigt und von Staffelprämien Abstand genommen.

Wellness-Kuren als Werbepremien

Immer wieder stößt der Prüfdienst auf Werbemaßnahmen, die mit den Wettbewerbsgrundsätzen kollidieren. So versuchte beispielsweise ein Träger seine Versicherten mit unzulässigen Werbepremien zur Werbung von Neukunden zu animieren. Er zahlte seinen Versicherten für die Werbung eines Neukunden eine Prämie von 20 Euro. Zusätzlich verlost er unter allen Teilnehmenden eine Wellness-Woche für zwei Personen.

Nach der geltenden Rechtslage darf die Werbepremie, die Versicherte für neu geworbene Mitglieder erhalten, im Jahr 2018 maximal 25 Euro betragen (0,7 Prozent der monatlichen Bezugsgröße je aufgenommenes Mitglied, aufgerundet auf einen vollen durch fünf teilbaren Eurobeitrag (Randziffer 34 der gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze). Jede Zuwendung, die diese Grenze überschreitet, ist daher unzulässig und zwar unabhängig davon, ob sie in monetärer oder anderer Form er-

folgt. Mit dem Gewinn einer Wellness-Woche wird die o. g. Grenze regelmäßig überschritten. So war es auch im geprüften Fall. Die Verlosung der Wellness-Woche war daher ebenso zu unterlassen wie die Auslobung von Reisegutscheinen oder ähnliche Aktionen, wie sie andere Krankenkassen anbieten.

1.4.3 IT-Prüfungen

Nachprüfungen zu den Morbi-RSA Satzarten 100 und 500

Die Softwareprüfungen bei einigen Krankenkassen zur Erstellung der an das Bundesversicherungsamt als RSA-Stelle zu liefernden Satzarten (sog. „Morbi-RSA Satzarten“) wurden wegen der grundsätzlichen Bedeutung und Auswirkungen im Risikostrukturausgleich weitergeführt (s. Tätigkeitsbericht 2016, S. 38 / 39).

Dabei hat der Prüfdienst in 2018 das Ermittlungsverfahren der Versichertenstammdaten der Satzart 100 einer Nachprüfung unterzogen. Das Ziel der Prüfung lag darin festzuhalten, ob die Krankenkasse

- die Versichertentage von ungeklärten Versicherungsverhältnissen,
- die Versichertentage im Ausland und
- die Fälle mit Kostenerstattung

überarbeitet und bereinigt hat. Die geprüften Fachkonzepte sowie die Programmierungen haben die sachgerechte Ermittlung der Versichertentage jetzt belegen können.

In früheren Softwareprüfungen hat der Prüfdienst wiederholt die Problematik der Krankenhausfälle aufgegriffen, in denen zum einen eine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse bestand und zum anderen ein anderer Kostenträger die Leistungsaufwendungen nachträglich erstattet hat. Diese Diagnosen sind in der Satzart 500 nicht zu melden. In der vorgenommenen Nachprüfung in 2018 konnte die Krankenkasse konzeptionell und anhand des eingesetzten Ermittlungsverfahrens tatsächlich nachweisen, dass sie dem Bundesversicherungsamt keine Regressfälle von vollstationären Krankenhausbehandlungen (Fremdversicherungsträger-Erstattungsfälle) mehr meldet. Durch diese Um-

setzungsmaßnahme verbesserte sich die Datenqualität dieser Krankenkasse nachweislich.

Bei einer weiteren Softwareprüfung zur Satzart 500 wurde die Datenqualität hinsichtlich der Diagnosen der Krankenhausversorgung, welche sich aus Prüfungen bei dieser Kassenart im Hinblick auf die § 42 Absatz 1 Satz 1 Nr.2 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ergeben hatten, aufgegriffen. Die Fehlerfälle aus dem Berichtsjahr 2011 für das Ausgleichsjahr 2012 betrafen Sachverhalte mit Diagnosen der vollstationären und der vorstationären Krankenhausversorgung, des ambulanten Operierens im Krankenhaus und von Aufnahme-diagnosen bei einer Krankenhausbehandlung. Mit der Ablösung des Alt-Kernsystems und der mit dem neuen System einhergehenden Programmierregeln können diese Programmierfehler in der Ermittlungslogik bei den betroffenen Krankenkassen nicht mehr auftreten.

Positive Auswirkungen der Prüfung „Erstellung amtliche Statistiken 2017“

Die in 2017 durchgeführten Softwareprüfungen der Erstellung der amtlichen Leistungsstatistik KG 2, der Abrechnungsfallstatistik KG 3 und der Pflegeantragsstatistik PG 4 (Tätigkeitsbericht 2017, S. 46/47) konnten bis Anfang 2018 mit allen Krankenkassen und Entwicklungsgesellschaften abgeschlossen werden. Einige Prüfergebnisse und Empfehlungen der Prüfdienste der Länder und des Bundesversicherungsamtes trugen die Kassenverbände an die Arbeitsgruppe Rechnungswesen und Statistik in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung heran. Dies führte dazu, dass diese Problematiken in der Auslegung zu verschiedenen Schlüsselpositionen intensiv behandelt und besprochen und in nicht wenigen Fällen die Meldeanleitungen konkretisiert worden sind (s. Erlasse des BMG zur KG 2, KG 3 und PG 4). Damit haben die Prüfungen einen Beitrag dazu geleistet, die Qualität und Aussagekraft der amtlichen Statistiken zu verbessern.

Softwareprüfung „Berechnung des monatlichen Liquiditätsausgleichsbetrages“

Die Prüfung bei einer Krankenkassenart befasste sich zum einen mit der Vorgehensweise der Berechnung und Buchung der Verwaltungskosten in der Pflegeversicherung auf der Grundlage der §§ 46 Abs. 3 und



66 SGB XI, der Pflege-Verwaltungskostenbestimmung sowie der erlassenen Vereinbarung des GKV-SV mit dem Bundesversicherungsamt und zum anderen mit der Berechnung des monatlichen Liquiditätsausgleichsbetrages nach § 67 SGB XI („Abrechnungsvordruck P“ – Berechnung für den laufenden Monat). Dabei wurde die maschinelle Ermittlung wie auch die Transparenz der Berechnungsweise geprüft. Im Vorfeld der Prüfungen wurden Hinweise zu Auffälligkeiten bei den Prüfungen von Pflegekassen des PDK und des Referats 314 im Bundesversicherungsamt aufgenommen. Die festzustellenden Abweichungen beim Abgleich mit Werten der Statistiken PV 45 oder der PJ 1 in Bezug auf die Werte in dem „Abrechnungsvordruck P“ oder in der Berechnung und Verbuchung der Verwaltungskostenpauschale erklären sich nach der Prüfung anhand der in der Praxis nicht genau verfolgten Anwendung der zur Verfügung stehenden Produktanwendungsinformationen. Bei konsequenter Anwendung der Informationen sollten bei den Krankenkassen keine Abweichungen mehr auftreten.

Elektronische Kommunikation und Digitalisierung

Die Entwicklung der Digitalisierung in der Sozialversicherung schreitet voran (s.6.3 „Digitalisierung in der Sozialversicherung“), so dass die Prüfungen in diesem Bereich auch 2018 fortgesetzt wurden (s. Tätigkeitsbericht 2017, S. 47 / 48).

Der Prüfdienst hat daher (geplante) Anwendungen der Kassen betrachtet, mit denen Geschäftsprozes-

se, die derzeit papiergebunden ablaufen und künftig über die Bereitstellung von „Online-Formularen“ über Web- oder App-Angebote digitalisiert werden sollen. Neben den „technischen“ Anforderungen wie Authentifizierungsverfahren, sichere Datenübermittlungen, Integritätsschutz der übermittelten Informationen und revisionssicherer Archivierung der eingehenden Daten legt der Prüfdienst auch immer Wert auf die Wirtschaftlichkeit der neuen Anwendungen. Dabei sollten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsanalyse bzw. Kosten-Nutzen-Analyse plausible Annahmen / Kennzahlen der Krankenkassen zu Kosten, Nutzungsverhalten und möglichen Einsparungen zu Grunde gelegt werden. Auch ein Vergleich mit den Werten (Kosten) anderer möglicher Anbieter vergleichbarer Anwendungen sollte einbezogen werden. Die Anwendungen sollten der generellen Digitalisierungsstrategie entsprechen und in das organisatorische und verfahrensmäßige Umfeld eingepasst werden (s. Tätigkeitsbericht 2017, S. 48). Eine Schutzbedarfsanalyse hinsichtlich der Authentifizierungsmaßnahmen und datenschutzrechtlicher Vorgaben sowie der IT-Sicherheit sollte im Prozess der Einrichtung von neuen Verfahren aufgenommen werden.

Sicherheit des Internetauftritts

Bei einer Krankenkasse wurde die Sicherheit des Internetauftritts und der entsprechenden kasseninternen Verfahren zu deren Sicherstellung geprüft. Die aufgezeigten Verbesserungsvorschläge sollen der Kasse dazu

dienen, das Internetangebot in einem noch besser abgesicherten Rahmen und eingebettet in die organisatorischen Abläufe der Kasse weiterentwickeln zu können.

Automatisierte Sachbearbeitung

Die automatisierte Sachbearbeitung ist ein Bestandteil der Digitalisierung der Verfahren der Kranken- und Pflegekassen. Daher hat der Prüfdienst auf der Grundlage der Anforderungen aus dem Leitfaden „Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten“ (siehe unten in diesem Punkt) in 2018 begonnen, die Umsetzung der Anforderungen in einem leistungsrechtlichen Verfahren zu prüfen. Die Anforderungen beziehen sich auf folgende Punkte:

- Erfüllung der Anforderungen des materiellen Fachrechts
- Dokumentation der (datenmäßigen) Arbeitsschritte der automatisierten Sachbearbeitung
- Einbindung in das Kontroll- und Prüfungsumfeld sowie das Risikomanagement des Trägers
- Umsetzung eines Change Managements bei Verfahrensänderungen
- Sicherstellung der Datenintegrität, der Datensicherheit und des Datenschutzes
- revisionssichere Langzeitspeicherung der Daten und Dokumentationen.

Ziel der Umsetzung der Anforderungen ist, dass die Verfahren fachlich und technisch rechtmäßig sowie wirtschaftlich ablaufen und die grundlegenden Informationen (Originaldaten und Ergebnisse) als Belege Anerkennung finden können. Die Anforderungen sind bei der Einrichtung und dem Betrieb von Anwendungen der automatisierten Sachbearbeitung einzubeziehen.

Löschverfahren bei GKV-Basissoftware/ Branchensoftware

Eine gemeinsame Prüfung der Archivierungs- und Löschfunktionen wurde mit Prüfdiensten der Länder im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Prüfungen Allgemeine Datenverarbeitung der Prüfdienste (sog. ADV-AG) bei den Erstellern der GKV-Basissoftware/ Branchensoftware durchgeführt. Als Ergebnis ist festzuhalten, dass die von den Erstellern bereitgestellten

Fachkonzepte und vorgesehenen Anwendungen zu den Löschfunktionen eine solide Grundlage bilden, auf der die Krankenkassen ein anforderungsgerechtes Löschkonzept aufsetzen und umsetzen können.

Die Umsetzung (Anpassung der Grundeinstellungen bzw. Customizingtabellen zu den Aufbewahrungsfristen; Anstoßen der Löschungen der entsprechenden Datensätze) obliegt wiederum den Krankenkassen. Daher werden die Prüfdienste die Umsetzung der Archivierungs- und Löschverfahren (u.a. Aufbau Löschkonzepte bezogen auf gesamte Verfahren/Daten der Kassen; Umsetzung der Datenlöschung) in weiteren Prüfungen nachhalten.

Leitfaden „Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten“

Die Prüfdienste des Bundes und der Länder haben ihre Anforderungen an die Gestaltung von Anwendungen und die Verfahren innerhalb der Krankenkassen in einem Leitfaden „Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten“ niedergelegt. Die letzte Version stammte aus dem Jahr 2016 (s. Tätigkeitsbericht 2016, S. 38) und wurde in 2018 grundlegend überarbeitet. Neben inhaltlichen Änderungen, die sich aus neuen rechtlichen Grundlagen, der Weiterentwicklung von Standards bzw. Technologien sowie Erfahrungen aus Prüfungen ergaben, wurde auch der Aufbau des Leitfadens geändert. Ziel ist, durch den neuen Aufbau den Leitfaden stärker nach Themenfeldern zu strukturieren und für die Nutzerinnen und Nutzer „handhabbarer“ zu gestalten. So werden die allgemeinen Anforderungen an die Gestaltung von Verfahren in einem Abschnitt 1 „vor die Klammer gezogen“. Die besonderen Anforderungen und Empfehlungen der Prüfdienste für einzelne Bereiche der elektronischen Kommunikation, Digitalisierung und Speicherung ergeben sich aus den weiteren Abschnitten:

- Planung / Vorgehen / Gestaltung der Verfahren
- Datenschutz
- Übertragung von Papierunterlagen in die elektronische Form
- Elektronische Kommunikation zwischen Trägern der Sozialversicherung und Versicherten
- Automatisierte Sachbearbeitung

- Elektronischer Datenaustausch
- Langzeitspeicherung und Löschung elektronisch erzeugter Dokumente und Daten.

Die neue Version des Leitfadens steht unter www.bundesversicherungsamt.de zur Verfügung.

1.4.4 Leistungen der Krankenkassen

Mündliche Anhörung vor Aufforderung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beantragen

Sind arbeitsunfähig erkrankte Versicherte gesundheitlich erheblich beeinträchtigt, so dass ihre Erwerbsfähigkeit gemindert oder sogar gefährdet ist, können Krankenkassen diese unter bestimmten Voraussetzungen auffordern, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen (§ 51 Abs. 1 SGB V).

Bei der hier von der Krankenkasse zu treffenden Entscheidung handelt es sich um einen Eingriff in die Rechte der Versicherten, daher sind die Versicherten zuvor anzuhören (§ 24 SGB X). Über die Form der Anhörung können Kassen nach eigenem Ermessen entscheiden.

Auch eine telefonische Anhörung ist nicht grundsätzlich ausgeschlossen, soweit Versicherte unter anderem mit dem Sachverhalt ausreichend vertraut sind und sich mit dieser Form der Anhörung einverstanden erklären. Benötigen diese Zeit, um sich sachkundig zu machen, muss ihnen Gelegenheit dazu gegeben werden. Eine mündliche bzw. telefonische Anhörung ist stets angemessen zu dokumentieren. Es muss nachvollziehbar sein, dass und mit welchem Inhalt die Anhörung stattgefunden hat. Auch ist das Einverständnis der Versicherten mit der mündlichen Durchführung festzuhalten. Da diese Anforderungen teilweise nicht beachtet wurden, haben die Prüferinnen und Prüfer des PDK die betreffenden Kassen auf ihre umfassenden Dokumentationspflichten hingewiesen.

Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei Arbeitsunfähigkeit

Mit dem Absatz 4 wurde in § 44 SGB V ein neuer Anspruch für Versicherte implementiert. Konkret beinhaltet dieser die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse darüber, welche Leistungen und unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind.



Erhalten Versicherte Krankengeld aufgrund einer länger andauernden Erkrankung, besteht oftmals ein erheblicher Bedarf an Beratung und Unterstützung. Einfache Auskünfte oder allgemeine Beratungen alleine werden diesem dann häufig nicht gerecht. Daher sollen Krankenkassen auf Grundlage einer individuellen Bedarfsanalyse notwendige Leistungen zusammenstellen, die dazu beitragen, die Krankheit und ihre Folgen zu überwinden. Auch sind sie dazu angehalten, bei der Suche nach geeigneten ortsnahen Leistungserbringern zu unterstützen und bei Wiedereingliederungsmaßnahmen zu helfen.

Den Prüferinnen und Prüfern des PDK ist im Berichtsjahr aufgefallen, dass einige Kassen diese Aufgabe (zumindest teilweise) an „private Dritte“ (z. B. Gesundheitsdienstleister) ausgegliedert haben, obwohl § 44 Abs. 4 SGB V ein solches Outsourcing ausdrücklich untersagt. Die betreffenden Krankenkassen wurden darauf hingewiesen, dass die individuelle Beratung und Hilfestellung von eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu leisten, bzw. nur an die im Gesetz bestimmten Institutionen zu vergeben ist.

Krankengeldzahlung bei Auslandsreisen

Beabsichtigen Versicherte während des Krankengeldbezugs ins Ausland zu verreisen, kann die Leistung für die Dauer der Abwesenheit weitergezahlt werden, wenn die Krankenkasse dem Auslandsaufenthalt zustimmt (§ 16 Abs. 4 SGB V). Diese Entscheidung steht im Ermessen der Kasse und ist unter anderem davon abhängig, ob die Urlaubsreise keine Verschlechterung der Gesundheit erwarten lässt.

Obwohl Versicherte ihre Krankenkasse frühzeitig über die geplante Reise informierten und teilweise Belege dafür einreichten, dass behandelnde Ärzte den Urlaubsaufenthalt befürworteten, machten einige Kassen von ihrem Ermessen keinen Gebrauch und lehnten im Ergebnis die Weiterzahlung des Krankengeldes ohne nähere Begründung ab. Manche gingen soweit, Versicherte an deren Arbeitgeber zu verweisen, da für die Reise aus ihrer Sicht Tarifurlaub genommen werden müsse.

In vielen Fällen war es hier stattdessen angezeigt, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beurteilen zu lassen, ob medizinische Gründe der beabsichtigten Reise entgegenstehen, um so fundiert

entscheiden zu können, ob dem Auslandsaufenthalt zugestimmt werden kann. Die Krankenkassen sind verpflichtet, von ihrem Ermessen Gebrauch zu machen und ihre sorgfältig abgewogene Entscheidung eingehend zu begründen. Die Prüferinnen und Prüfern des PDK haben die betreffenden Kassen eindringlich auf diese Notwendigkeiten hingewiesen.

Prüfung des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik geplant

Das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist ein in Deutschland angewandtes Patientenklassifikationssystem, dessen Grundlage eine tagesbezogene Kostenkalkulation ist. Hierbei werden in einer klinisch relevanten und nachvollziehbaren Weise, Art und Anzahl der behandelten Krankenhaufälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses gesetzt. Die Eingruppierung nach PEPP ist somit Grundlage der leistungsorientierten tagesbezogenen Entgelte nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz, welche nach dem Vorbild der diagnosebezogenen Fallpauschalen der DRG-Krankenhäuser nunmehr auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf ein leistungsorientiertes pauschaliertes Vergütungssystem umgestellt werden. Auch hier werden ICD- und OPS-Schlüssel herangezogen, flankiert durch Entgeltkataloge und Kodierrichtlinien. Im Jahr 2013 auf freiwilliger Basis eingeführt, sind die PEPP-Regelungen nunmehr seit 2018 verbindlich anzuwenden und somit prüfrelevant.

Der Prüfdienst hat deshalb im November 2018 damit begonnen, entsprechende Prüfungen sowohl prüftechnisch als auch inhaltlich vorzubereiten. Die Komplexität der Materie erfordert eine zeitaufwändige Programmierung vieler neuer Prüfroutinen, um die Anwendung des neuen Klassifikationsmodells bei anstehenden Prüfungen nachverfolgen und kontrollieren zu können.

1.4.5 Finanzen und Kassensicherheit

Kasseninterne Kontrollmechanismen

Die Prüfungen im Finanzbereich sind – wie in allen anderen Prüfgebieten auch – nicht primär auf die Aufdeckung von Fehlern oder Mängeln gerichtet, sondern sollen präventiv wirken, um zukünftig Fehler zu vermeiden und damit durch das rechtzeitige Erkennen von

Schwachstellen Vorsorge getroffen werden kann. Dies gilt besonders in Bezug auf die kasseninternen Kontrollmechanismen.

Im Bereich der Finanzbuchhaltung setzen die Träger neben schriftlichen Vorgaben in Form von Dienstanweisungen insbesondere auch Software-Produkte ein, um einen rechtmäßigen und wirtschaftlichen Geschäftsprozess vorzugeben. Auf diesem Wege sollen einerseits unbeabsichtigte Fehler bereits im Vorfeld minimiert und andererseits auch zielgerichtete, strafbare Handlungen zum finanziellen Schaden der Träger möglichst in einem frühen Stadium verhindert oder aufgedeckt werden. Sowohl der Inhalt von Dienstanweisungen als auch der Einsatz von Softwareprodukten haben in nahezu allen durchgeführten Prüfungen zu Prüfanmerkungen geführt, mit denen die Träger auf bestehende Schwachstellen und die damit verbundenen erheblichen Risiken hingewiesen wurden. Standardmäßig geht der Prüfdienst der Frage nach, wie Zugriffsrechte konkret ausgestaltet sind und ob das Vier-Augen-Prinzip beachtet wird. In der Praxis zeigte sich leider immer wieder, dass mehr Personen als erforderlich auf Daten zugreifen können. Teilweise fehlte es sogar an jeglicher zahlenmäßigen und inhaltlichen Begrenzung. Eine solche Schwachstelle kann gerade im Finanzbereich gravierende Auswirkungen haben. Die Anregungen und Hinweise des Prüfdienstes wurden deshalb von den Trägern in aller Regel positiv aufgenommen und zeitnah umgesetzt.

Forderungsbuchungen und -bewertungen

Wie schon in den vergangenen Jahren machte der Prüfdienst auch im Jahr 2018 das Thema „Buchung und Bewertung von Forderungen“ wieder zum Prüfgegenstand. Nur wenn die Träger ein möglichst einheitliches Buchungsverhalten zeigen, wird deren finanzielle Situation untereinander vergleichbar und kann deshalb nachvollziehbar beurteilt werden. Insbesondere soll ausgeschlossen werden, dass das Jahresergebnis durch „kreatives“ Buchungsverhalten je nach Interessenlage des Trägers in die eine oder andere Richtung unmittelbar beeinflusst werden kann.

Bei der Buchung von Forderungen wird diese Vergleichbarkeit einerseits durch deren vollständige Erfassung und andererseits durch deren möglichst zutreffende Wertberichtigung in der Folgezeit sichergestellt. Dazu

bedarf es interner Vorgaben zu den Abschreibungssätzen und dem anzuwendenden Verfahren der Wertberichtigung. Dabei wird auch festgelegt, ob bestehende Forderungen im Zeitverlauf einzeln neu bewertet werden, oder ob eine pauschale Wertberichtigung durchgeführt wird. Hierzu gab es in einer Vielzahl von Fällen Prüfanmerkungen und somit Bestätigung für die Wahl des Prüfthemas.

Verpflichtungsbuchungen

Bereits im Jahr 2016 hat das Bundesversicherungsamt in seinem Tätigkeitsbericht darüber berichtet, dass ein Träger – nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes rechtswidrig – in der Jahresrechnung Verpflichtungsbuchungen für den möglichen Fall einer Haftung für gefährdete Krankenkassen vorgenommen hatte. Da der Träger gegenüber dem Prüfdienst eine andere Rechtsauffassung vertrat und auch nach aufsichtsrechtlicher Beratung nicht einlenkte, bedurfte es einer gerichtlichen Entscheidung.

Erstinstanzlich hat das Bayerische Landessozialgericht in dieser Sache inzwischen die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes bestätigt. Diese Entscheidung zeigt deutlich auf, wo die Grenzen möglicher Verpflichtungsbuchungen liegen. Gegen die Entscheidung hat die Kasse Revision beim Bundessozialgericht eingelegt.

Die Prüferinnen und Prüfer des PDK haben im Berichtsjahr weitere Fälle ermittelt, in denen andere Träger ebenfalls den Versuch unternehmen, das Ergebnis ihrer Jahresrechnung durch Verpflichtungsbuchungen zu beeinflussen, die den gesetzlichen Vorgaben nicht entsprechen. Dabei definieren die Träger eigene Maßstäbe, nach denen sie die potentiellen Risiken bewerten. Um die Einheitlichkeit der Rechnungslegung sicherzustellen, definieren die gesetzlichen Vorschriften die Fälle, in denen Risiken über Rückstellungen oder Verpflichtungsbuchungen in der Jahresrechnung abgebildet werden dürfen (z. B. bei Altersrückstellungen). Darüber hinaus gibt es für derartige Buchungen im Bereich der Sozialversicherungen keine rechtliche Grundlage. Insofern unterscheiden sich die Buchungsvorschriften im Bereich der Sozialversicherung (SGB IV, SRVwV) von den Regelungen des Handelsgesetzbuches (HGB). Die genannte Verfahrensweise wurde deshalb in allen Fällen beanstandet.



1.4.6 Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V

Gegenstand der Prüfung ist nach § 252 Abs. 5 SGB V i. V. m. § 2 Abs. 1 Prüfverordnung sonstige Beiträge die Beitragsfestsetzung, der Beitragseinzug und die Weiterleitung der Beiträge nach § 252 Abs. 2 S. 2 SGB V (sonstige Beiträge) durch die Krankenkassen. Hierbei handelt es sich um eine Stichprobenprüfung, bei welcher der durch eine fehlerhafte Bearbeitung entstandene monetäre Schaden je Einzelfall ermittelt wird. Auf Seiten der Prüfdienste bildet der Prüfbericht den Abschluss, in dem der konkrete Schaden, der dem Gesundheitsfonds durch die fehlerhafte Bearbeitung seitens der Krankenkasse entstanden ist, festgestellt und nachvollziehbar begründet wird. Auf dieser Grundlage erlässt der Gesundheitsfonds einen Prüfbescheid, mit dem er den Schaden geltend macht. Nach Abschluss der Prüfverfahren durch den Prüfdienst ergab sich ein ermittelter Gesamtschaden für den Gesundheitsfonds in Höhe von 575.665,17 Euro. Der Großteil des Schadens resultierte aus der versichertenbezogenen Stichprobenprüfung. Hier stellte der Prüfdienst einen Beitragsschaden in Höhe von 533.192,12 Euro sowie einen Zinsschaden in Höhe von 21.719,85 Euro fest.

Zur Vorbereitung zukünftiger Prüfverfahren hat der PDK die Änderungen des Heil- und Hilfsmittelgesetzes (HHVG) berücksichtigt. Dieses Gesetz ist am 11. April 2017 in Kraft getreten. Im Sinne einheitlicher Maßstäbe überarbeitete der Prüfdienst gemeinsam mit den

Prüfdiensten der Länder die bestehenden Mustertexte und Fehlerkategorien; Anpassungen erfolgten dort, wo sie notwendig waren.

Änderungen der Rechtslage durch das GKV-VEG

Das im Wesentlichen seit dem 1. Januar 2019 gültige Versicherungsentlastungsgesetz (GKV-VEG) verfolgt die finanzielle Entlastung der Versicherten und den Abbau von Beitragsschulden. Für die Prüfdienste enthält es zahlreiche prüfrelevante Änderungen. So sieht das Gesetz beispielsweise Neuregelungen im Bereich der obligatorischen Anschlussversicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V) vor. Die obligatorische Anschlussversicherung (OAV) wird relevant, wenn eine Pflichtversicherung oder Familienversicherung endet, denn dann wird grundsätzlich automatisch ab dem nächsten Tag die Krankenversicherung als OAV fortgesetzt, wenn das Mitglied nicht seinen Austritt erklärt hat. Nach der „alten“ Rechtslage musste die Krankenkasse nachweisen, dass das Mitglied ins Ausland verzogen war und somit nicht mehr dem Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts unterlag, um die OAV ausnahmsweise nicht durchzuführen zu müssen. Konnte sie diesen Nachweis, auch nach Ausschöpfung der vorhandenen Ermittlungsmöglichkeiten, nicht erbringen, so war die OAV durchzuführen. Nach § 188 Abs. 5 SGB V i. V. m. den einheitlichen Grundsätzen der Krankenkassen nach § 188 Abs. 5 SGB V vom 28. November 2018 (Einheitliche Grundsätze) ist die Durchführung der OAV nun schon ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse weder den Wohnsitz noch

den gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherten im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts ermitteln kann. Daneben besteht ein ähnlicher neuer Beendigungstatbestand für die freiwillige Mitgliedschaft (§ 191 Nr. 4 SGB V i. V. m. den Einheitlichen Grundsätzen). Diese endet mit dem Ablauf von mindestens sechs Monaten rückwirkend, wenn über diesen Zeitraum keine Beiträge geleistet wurden, keine Leistungen in Anspruch genommen wurden und seitens der Krankenkasse weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthaltsort des Mitglieds ermittelt werden konnte. Es gelten nun auch flexiblere Anpassungsmöglichkeiten zu Gunsten des Mitglieds, sofern und solange Mitglieder Nachweise über ihre beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen. Bisher musste das Mitglied innerhalb von drei Monaten nach Festsetzung des Höchstbeitrags aufgrund fehlender Mitwirkung geringere Einkünfte nachweisen. Nach der neuen Regelung können geringere Einnahmen innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nachgewiesen werden, um dann eine rückwirkende Beitragsminderung zu erwirken. Daneben hat die Krankenkasse den Beitrag auch dann rückwirkend zu korrigieren, wenn ihr aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die Einnahmen des Mitglieds die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten. Außerdem werden die Selbständigen mit den sonstigen freiwillig Versicherten in Bezug auf die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (§ 240 Abs. 4 SGB V) gleichgestellt. Darüber hinaus entfallen die bisherigen Sonderregelungen für Existenzgründer und die Prüfung des sozialen Härtefalls. Aufgrund dieser Änderungen, die zum Teil auch in die vergangenen Prüffahre wirken, wurden Anpassungen der Prüfung notwendig. Es entfallen einige Fehlerkategorien komplett und es werden andere Schwerpunkte mit neuen möglichen Fehlerquellen gesetzt.

Einsatz einer Prüfsoftware

Seit Beginn des Jahres nutzt der PDK bereits eine neue Prüfsoftware, die im Bundesversicherungsamt von der Abteilung Informationstechnik programmiert wurde. Die automatisierte Hinterlegung von Beitragssätzen, Rechengrößen sowie verschiedener Auswertungsmöglichkeiten vereinheitlicht das Prüfverfahren nicht nur, sondern die Berechnung der im Rahmen der versicher-

tenbezogenen Stichprobenprüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V ermittelten Einnahmeverluste für den Gesundheitsfonds ist durch die neue Prüfsoftware insgesamt auch weniger fehleranfällig geworden. Parallel dazu fand eine Weiterentwicklung der Prüfsoftware statt. Insbesondere wurden die Rechtsänderungen, die sich durch das HHVG ergeben haben, in die Prüfsoftware eingepflegt. Damit die Vorteile, die mit der entwickelten Prüfsoftware einhergehen, breitflächig genutzt werden können, stellt das Bundesversicherungsamt diese Software auch den Prüfdiensten der Länder zur Verfügung. Schließlich befindet sich auch die Prüfsoftware für die kontenbezogene Stichprobenprüfung in der weiteren Entwicklung.

1.4.7 Sonderprüfungen

Themen von besonderer Aktualität hat der Prüfdienst mit Sonderprüfungen aufgegriffen. Im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung kam es hier im Jahr 2018 zu insgesamt 12 Prüfungen. Thematisch ging es um:

- Themen der Pflege (z. B. Fragen im Zusammenhang mit der Antragstellung auf Pflegeleistungen, Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Wohngruppenzuschläge und Pflegeunterstützungsgeld.
- Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V,
- Bonus- und Präventionsleistungen,
- Kuren,
- Hilfsmittel sowie
- die Krankenversicherung der Rentner (KVdR).

Bei der Prüfung der KVdR wurde insbesondere die Frage in den Blick genommen, ob die Krankenkassen von Versicherten behauptete Versicherungszeiten ungeprüft akzeptieren oder entsprechende Nachweise verlangen. Insoweit kann das Bundesversicherungsamt auch die vom Bundesrechnungshof und der Aufsicht gewonnenen Erkenntnisse bestätigen, dass es an Nachweisen häufig fehlt.

Eine Versicherungspflicht in der KVdR besteht nur dann, wenn der Rentner/die Rentnerin seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung

des Rentenanspruches mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraumes Mitglied oder nach § 10 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert war. Der Prüfdienst hat festgestellt, dass die geprüften Kassen in Fällen, in denen die Vorversicherungszeit nicht allein durch Versicherungszeiten bei ihnen belegt ist, regelmäßig die Angaben der Rentenantragsteller in der „Meldung zur Krankenversicherung der Rentner nach § 201 Abs.1 SGB V“ für die Feststellung der Vorversicherungszeit zugrunde legen. Nur in besonderen Zweifelsfällen forderten sie einen Versicherungsverlauf vom Rentenversicherungsträger und Mitgliedsbescheinigungen bei den früher zuständigen Krankenkassen an. Allein die Angaben aus der Meldung nach § 201 Abs.1 SGB V sind als Nachweis der erforderlichen Vorversicherungszeit nicht ausreichend. Zwar enthält die Meldung Angaben des Versicherten zur Art der Versicherung sowie Angaben zur Krankenkasse. Es kann aber nicht zwingend davon ausgegangen werden, dass entsprechende Belege vorgelegt wurden. Eine Unterscheidung zwischen „gesicherten“ und „behaup-teten“ Zeiten ist nicht vorgesehen; auch eine Prüfpflicht bzgl. der Versichertenangaben durch die antragaufnehmende Stelle besteht nicht. Daher ist die Meldung allein als Nachweis nicht ausreichend.



2. Pflegeversicherung

2.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Umsetzung der Pflegeberatung

Die bundesunmittelbaren Pflegekassen setzen den Anspruch auf individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sehr unterschiedlich um. Zum Teil bieten sie zunächst eine rein telefonische Pflegeberatung an, zum Teil direkt eine persönliche Pflegeberatung. Weitere Pflegekassen haben externe Dienstleister mit der Pflegeberatung beauftragt, um diese flächendeckend sicherzustellen. Nicht in allen Fällen erfolgte eine umfassende Fallberatung, die dem individuellen Hilfs- und Unterstützungsbedarf der Antragstellerin bzw. des Antragstellers Rechnung trug. Auch wurde das Fallmanagement nicht immer kontinuierlich fortgeführt und der Versorgungsplan angepasst. Nicht alle Pflegekassen haben eine konkrete Ansprechpart-

nerin oder einen Ansprechpartner benannt, wie es der Gesetzgeber in § 7a Abs. 1 Satz 1 SGB XI vorsieht. Mit Inkrafttreten der neuen Pflegeberatungsrichtlinien gemäß § 17 Abs. 1a SGB XI gibt es nun für alle Pflegekassen und Pflegestützpunkte einheitliche Vorgaben. Danach ermittelt die zuständige Pflegeberaterin oder der Pflegeberater gemeinsam mit der ratsuchenden Person den konkreten, individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf. Berücksichtigt werden dabei neben kulturspezifischen Aspekten insbesondere die gesundheitliche Situation, die alltägliche Lebensführung, die Wohn- und Lebenssituation, die Mobilität und die Situation der Angehörigen (Ziffer 2.2 der Pflegeberatungs-Richtlinien). Der nach § 7a Abs. 1 Satz 4 SGB XI i.V.m. Ziffer 2.3 der Pflegeberatungs-Richtlinien zu erstellende Versorgungsplan enthält dann Angaben zu dem Hilfs- und Unterstützungsbedarf, den gemeinsam vereinbarten Maßnahmen (z.B. auch rehabilitative, präventive oder Leistungen anderer

Sozialversicherungsträger) sowie Empfehlungen zur Umsetzung und Hinweise zur weiteren Anpassung. Aufgabe der Pflegeberaterin oder des Pflegeberaters ist es auch ggf. den Kontakt mit den anderen zuständigen Leistungsträgern herzustellen. Insofern ist eine gute regionale Vernetzung wichtig, um die Leistungsmöglichkeiten und -angebote vor Ort zu kennen. Ein wichtiges Thema der Pflegeberatung ist außerdem, über Entlastungsleistungen für Pflegepersonen zu informieren. Beendet ist die Pflegeberatung nach Ziffer 3.7 der Pflegeberatungs-Richtlinien erst, wenn nach Absprache zwischen der Pflegeberaterin oder dem Pflegeberater und der ratsuchenden Person alle Ziele erreicht sind oder eine Pflegeberatung nicht mehr gewünscht wird.

Die Pflegeberatung ist freiwillig und der Datenschutz ist dadurch gewährleistet, dass nur nach schriftlicher Einwilligung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers Informationen aus der Pflegeberatung an dritte Leistungsträger weitergeleitet werden dürfen.

Die Qualifikationsanforderungen an die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vom 29. August 2008 in der Fassung vom 22. Mai 2018 festgelegt. Als Pflegeberaterinnen und Pflegeberater kommen nach § 3 der genannten Empfehlungen insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialpädagogen und Sozialarbeiter/innen in Betracht. Auch zur Anzahl der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind in § 1 der Empfehlung Kriterien benannt (wie z.B. Infrastruktur, Anzahl und Dauer der Pflegeberatungen, das erweiterte Aufgabenspektrum, usw.).

Die bundesunmittelbaren Pflegekassen überarbeiten derzeit ihre Pflegeberatungskonzepte und passen diese an die Pflegeberatungs-Richtlinien an. Teilweise stocken sie auch die Anzahl ihrer Pflegeberaterinnen und Pflegeberater auf, um die kassenindividuelle Pflegeberatung stärker als bisher gewährleisten zu können und die Pflegeberatung in häuslicher Umgebung zu stärken. Dadurch kann auch die proaktive Pflegeberatung (erkennbarer Hilfebedarf, ohne bisherige Antragstellung), die bisher nur von wenigen Pflegekassen angeboten wird, umgesetzt werden. Das

Bundesversicherungsamt hat in Turnusgesprächen mit den Pflegekassen die Bedeutung dieser Art von Pflegeberatung sowie allgemein der kassenindividuellen Pflegeberatung mit kontinuierlichem Fallmanagement stets betont („alles aus einer Hand“, s.a. Ziffer 1.4 der Pflegeberatungs-Richtlinien).

Steigendes Angebot von Pflegekursen nach § 45 SGB XI

Die Pflegekassen haben nach § 45 Abs. 1 SGB XI für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. Die Pflegekassen können die Kurse nach § 45 Abs. 2 SGB XI entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

Bereits im Tätigkeitsbericht des Jahres 2016 (S. 48) hatte das Bundesversicherungsamt dargestellt, dass die Pflegekassen vermehrt Pflegekurse in Form von Online-Pflegekursen anbieten.

Neben dem zunehmenden Angebot von Online-Pflegekursen zeichnet sich nun auch ein steigendes Angebot von „Spezialpflegekursen“ ab. Beispielhaft benannt werden können Pflegekurse für Pflegebedürftige mit Demenz, Pflegekurse über die Pflege in der akuten Sterbephase, Bobath-Kurse oder Kinaesthetics-Kurse. Andere „Spezialpflegekurse“ befassen sich wiederum ausschließlich mit reinen Vermögensfragen, z. B. zu Finanzierungsmöglichkeiten in der Pflege, zum Elternunterhalt, zur privaten Pflegezusatzversicherung oder zum Thema Behinderung (Schwerbehindertenausweis).

Bei jedem dieser Kursangebote ist zu prüfen, ob der jeweilige Kursinhalt dem § 45 SGB XI und der Gesetzesintention (noch) entspricht. Wie die Online-Pfle-

gekurse müssen auch die „Spezialpflegekurse“ diese Vorgaben erfüllen. Danach dienen Pflegekurse der „Förderung des allgemeinen Interesses an der Pflege, der Vermittlung pflegefachlicher Kenntnisse und praktischer Hilfestellungen oder der Prävention körperlicher und seelischer Belastungen“ (BT-Drs. 12/5262, S. 116). Kurse über Demenz oder die letzte Sterbephase erfüllen diese Voraussetzungen nach Ansicht des Bundesversicherungsamtes, indem sie konkrete Pflege Techniken und besondere Pflegeanforderungen praktisch vermitteln. Sofern die Kurse dagegen keine der Gesetzesintention und dem Wortlaut des § 45 Abs. 1 SGB XI entsprechende Unterweisung bieten (insbesondere Pflege Techniken, Prävention seelischer oder körperlicher Belastungen, Förderung des ehrenamtlichen oder beruflichen Interesses an der Pflege) ist nach Ansicht des Bundesversicherungsamtes eine Kostenerstattung nach § 45 SGB XI ausgeschlossen. Dies betrifft z. B. die Kurse zu reinen Vermögensfragen oder dem SGB XI sachfremde Themen (wie ausschließlich zu den Leistungen nach dem SGB IX). Einige Pflegekassen bieten auch mehrtägige Pflege Seminare an, beispielsweise zur Entlastung pflegender Angehöriger. Die Kurse finden dabei in der Regel in Kurorten statt. Die Kosten für solche Kurse

erstatten die Pflegekassen in sehr unterschiedlicher Höhe. Während einige die gesamten Kurskosten tragen (Stichwort „unentgeltlich“), fordern andere einen Eigenanteil für Unterkunft und Verpflegung. Das Bundesversicherungsamt erachtet dies als sachgerecht. Entsprechende Aufwendungen würden der Kursteilnehmerin oder dem Kursteilnehmer auch zu Hause entstehen. Die Pflegekasse hat ausschließlich die reinen Schulungskosten zu tragen. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass einige dieser Seminare extreme Kosten verursachen, die nicht gänzlich von den Pflegekassen übernommen werden sollten. Ein mehrwöchiger Spezialpflegekurs kann im Extremfall Kosten in Höhe von 83.000 Euro pro Teilnehmer verursachen. Fraglich ist, ob dies noch mit der Intention des Gesetzgebers vereinbar ist, grundlegende Pflege Techniken zu vermitteln.

2.2 Feststellungen des Prüfdienstes Pflegeversicherung

Wie im Tätigkeitsbericht 2016 angekündigt, haben im Jahr 2017 die gemeinsamen Schwerpunktprüfungen der Prüfdienste des Bundes und der Länder zum



Thema „Abrechnung ambulanter Pflegesachleistungen und Leistungen häuslicher Krankenpflege“ bei verschiedenen Kranken- und Pflegekassen bzw. deren Dienstleistern begonnen. Sie dauerten bis zum Jahr 2018 an. Insgesamt wurden zehn Krankenkassen und neun Pflegekassen geprüft. Außen vor blieben Prüfungen bei Leistungserbringern der ambulanten Pflegesachleistung bzw. der häuslichen Krankenpflege, da diese Prüfungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (§ 114 Abs. 2 Satz 7 SGB XI) bzw. allein durch den MDK (§ 275b SGB V) durchzuführen sind.

Die Prüfungen endeten mit der Feststellung, dass Abrechnungsprüfungen aufgrund der hohen Anzahl von Einzelleistungen mit oftmals unterschiedlichen Vergütungen je Abrechnung einerseits und der heterogenen Vertragslandschaft mit teilweise erheblich divergierenden Abrechnungsbestimmungen andererseits eine erhebliche Fehlerquelle darstellen. Die beteiligten Prüfdienste haben in einem trägerübergreifenden gemeinsamen Thesenpapier die wesentlichen Prüfergebnisse zusammengefasst, zentrale Handlungsbereiche benannt und einen Maßnahmenkatalog zur Optimierung der Abrechnung ambulanter Pflegesachleistungen und häuslicher Krankenpflege entwickelt.

Abrechnung ambulanter Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI

Im Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen gibt es eine Vielfalt unterschiedlicher Rahmenverträge auf Landesebene sowie Vergütungsvereinbarungen und Einzelverträge. Zu den abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen bestehen zudem unterschiedlichste Preislisten, die auf Punktwerten bzw. Euro-Beträgen basieren. Jeder Vertrag und jede Vergütungsvereinbarung enthält eigenständige Abrechnungsregelungen. Insbesondere die variablen Vergütungsvereinbarungen zu den geltenden Verträgen, die inhaltlich stark voneinander abweichen, erschweren den Pflegekassen eine sorgfältige Abrechnungsprüfung. Zwar stehen im Internet auf verschiedenen Portalen aktuelle Informationen zu Vergütungsvereinbarungen zur Verfügung,

diese reichen jedoch für eine vollumfängliche kassen- seitige Abrechnungsprüfung nicht aus. Für Pflegekassen, Leistungserbringer und Dienstleister gibt es keine zentrale Vertragsdatenbank oder sonstige Verzeichnisse. Vereinzelt informieren sich die Pflegekassen nicht über die Inhalte der Verträge und verlassen sich diesbezüglich auf die Abrechnungsprüfung durch den Dienstleister.

Zudem sehen die bestehenden Rahmen- und Versorgungsverträge keine oder keine einheitlichen Mindestinhalte (z. T. nicht einmal die Bestätigung der Leistungserbringung durch Unterschrift der/des Pflegebedürftigen bzw. der/des Bevollmächtigten oder Betreuenden) und Formblätter für den Nachweis der Leistungserbringung vor.

Die Verpflichtung zur Einreichung maschinenlesbarer Abrechnungsunterlagen (§ 105 SGB XI) wird in der Regel nicht erfüllt. Vielmehr kommen von den Vorgaben der Technischen Anlage 2 zur Regelung des Datenträgersaustausches (DTA) nach § 105 Abs. 2 SGB XI (Einvernehmliche Festlegung) abweichende, individuell konzipierte Leistungsnachweise zur Anwendung. Diese sind häufig handschriftlich ausgefüllt, unvollständig, unleserlich und teilweise unplausibel. In zahlreichen geprüften Fällen enthielten Leistungsnachweise Änderungen und Korrekturen, wobei oft nicht nachvollziehbar war, ob diese vor oder nach Bestätigung durch die Leistungsempfänger erfolgt sind. Das Bundesversicherungsamt konnte immer wieder feststellen, dass die Übereinstimmung der in der Rechnung aufgeführten Daten mit den im Leistungsnachweis dokumentierten Angaben nicht geprüft wurde. Beanstandet wurde ebenso, wenn der Träger keine (ausreichende) inhaltliche Prüfung der Rechnung vornimmt.

Viele Träger nutzen den DTA nicht und reichen Belege in (nicht maschinenlesbarer) Papierform ein. Bezogen auf die geprüften Pflegekassen zeigte sich ein heterogenes Bild. So beläuft sich die DTA-Quote in einem Bereich von 10 % bis über 70 %. Es gibt im SGB XI auch keine dem § 303 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechende Möglichkeit, die durch die Nacherfassung verbundenen Kosten dem Verursacher mittels pauschaler Rechnungskürzung aufzuerlegen.

Ein Abgleich der DTA-Daten mit den Daten auf dem Leistungsnachweis erfolgt grundsätzlich nicht. Fehler in der Rechnung können so nicht erkannt und in



der Folge auch nicht abgesetzt werden. Eine solche Prüfung zum Zeitpunkt der Abrechnung ist insbesondere dann nicht möglich, wenn aufgrund vertraglicher Regelungen der Leistungsnachweis nicht mitzuliefern ist. Nicht jede Pflegekasse führt in diesen Fällen die mit den Verbänden der Leistungserbringer vereinbarte Stichprobenprüfung durch.

Bei einzelnen Pflegekassen erfolgt keine Prüfung, ob eine Zulassung als Leistungserbringer und ggf. dessen Verbandszugehörigkeit vorliegt.

Obwohl es Aufgabe der Pflegekasse ist, die rechnerische und sachliche Richtigkeit der Abrechnungen zu überprüfen, ließ nur eine der geprüften Pflegekassen systematisch Preisprüfungen durch den Dienstleister vornehmen. In den meisten Fällen wird nur überprüft, ob der jeweilige Sachleistungshöchstbetrag überschritten wird.

Im Rahmen der Prüfungen fiel überdies auf, dass Pflegekassen sowohl nicht belegte als auch nicht abrechnungsfähige Leistungen bezahlten, wie z. B.:

- nicht auf dem Leistungsnachweis dokumentierte Leistungen
- mehr als die maximal abrechenbare Anzahl der jeweiligen Leistungen
- nicht zusammen abrechenbare Leistungen
- zusätzliche Einzelleistungen, die bereits im abrechneten Leistungskomplex enthalten sind

- Einsatz- oder Hausbesuchspauschalen (in voller Höhe) trotz Leistungserbringung in „räumlichem Zusammenhang“
- zu Unrecht erhöhte Anfahrtspauschalen (z. B. im falschen Zeitintervall)
- teure Einzelleistungen statt preislich günstigerer Leistungskomplexe bzw. Leistungspakete und
- die Leistung „Mobilisation“ ohne Dokumentation des zeitlichen Umfangs

Abrechnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V

Ähnlich wie bei den ambulanten Pflegesachleistungen besteht auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege eine heterogene Vertragslandschaft mit mehreren Hundert Rahmen- und Versorgungsverträgen. Es gibt kassenartübergreifende Verträge bis hin zu Einzelverträgen einzelner Krankenkassen mit Pflegediensten. Dies liegt darin begründet, dass die Krankenkassen, deren Arbeitsgemeinschaften und Verbände jeweils mit regionalen Leistungserbringern oder deren Verbände die Verträge abschließen. Jeder Vertrag und jede Vergütungsvereinbarung enthält eigenständige Abrechnungsregelungen. Insbesondere die variablen Vergütungsvereinbarungen zu den geltenden Verträgen, die inhaltlich stark voneinander abweichen und häufig modifiziert werden, erschweren die kassensei-

tige Abrechnungsprüfung sehr. Außerdem gibt es auch für diese Leistung keine zentrale Vertragsdatenbank oder sonstigen Verzeichnisse. Sofern die Verträge und Vergütungsvereinbarungen vorliegen und auf der Basis dieser Daten ein maschineller Abgleich möglich ist, findet eine Preisprüfung statt. Teilweise konnte eine Preisprüfung jedoch nicht vorgenommen werden, da über die erfassten Daten (Positionsnummern) eine Vertrags- bzw. Preiszuordnung nicht möglich war. Der Prüfdienst stellte auch bei der Abrechnung der häuslichen Krankenpflege fest, dass sich einzelne Krankenkassen selbst nicht hinreichend über die Inhalte der Verträge informieren.

Auch sehen die bestehenden Rahmen- und Versorgungsverträge keine oder keine einheitlichen Mindestinhalte und Formblätter für den Nachweis der Leistungserbringung vor. Die individuell eingesetzten Leistungsnachweise werden auch in diesem Bereich häufig handschriftlich ausgefüllt und sind oft unvollständig, unleserlich, ohne Datum und teilweise unplausibel. Eine rechtssichere Prüfung durch die Kassen ist daher oftmals nicht möglich.

Die Leistungserbringer reichen immer noch eine relativ große Anzahl an Belegen in Papierform ein. Bezogen auf die geprüften Krankenkassen beläuft sich die DTA-Quote zwischen 20 % bis über 90 %. In diesem Zusammenhang wurde festgestellt, dass einige Krankenkassen von der Verpflichtung zur pauschalen Rechnungskürzung nach § 303 Abs.3 Satz 2 SGB V, die für Leistungen nach dem SGB V besteht, absehen. Bei Nutzung des DTA-Verfahrens erfolgt grundsätzlich kein Abgleich der DTA-Daten mit den Daten auf dem Leistungsnachweis. Dies führt dazu, dass Fehler in der Rechnung ggf. nicht erkannt und dementsprechend nicht abgesetzt werden können.

Eine für die Abrechnung von Leistungen ebenfalls wichtige Frage ist, ob der Abrechnende über eine Zulassung als Leistungserbringer verfügt und ob ggf.

dessen Verbandszugehörigkeit erwiesen ist. Hier zeigten sich ebenfalls Defizite. So musste das Bundesversicherungsamt feststellen, dass bei einzelnen Kassen keine diesbezügliche Prüfung erfolgt.

Des Weiteren zeigte sich im Rahmen der Prüfung, dass einzelvertragliche Regelungen nicht immer berücksichtigt werden. Beispielsweise erfolgt die Prüfung der Zuordnung der erbrachten Leistungen zu Leistungsgruppen oder der Leistungsausschlüsse nicht. Leistungen, die zusammen abgerechnet werden und nach geltenden Vergütungsvereinbarungen nicht zusammen abrechnungsfähig sind, bleiben unerkannt. Sehen vertragliche Regelungen vor, dass abgesenkte Vergütungssätze bei einer Leistungserbringung im räumlichen Zusammenhang („räumliche Nähe“) abzurechnen sind, erfolgt keine entsprechende Prüfung.

Bestimmte Leistungen können nur dann abgerechnet werden, wenn vertraglich die Leistungserbringung durch besonders qualifiziertes Personal erfolgt ist. Die Qualifikation des Pflegedienstpersonals wird jedoch in die Abrechnungsprüfung grundsätzlich nicht einbezogen. Dies trifft insbesondere auf höherwertige Tätigkeiten wie z. B. ambulante psychiatrische Krankenpflege zu.

Die Prüfungsergebnisse wurden von den Prüfdiensten jeweils mit den in ihrem Zuständigkeitsbereich befindlichen Kassen bilateral erörtert und sodann in Berichtsform gegossen. Das Bundesversicherungsamt hat dabei den Trägern u. a. konkrete Handlungshinweise gegeben, wie die Vertragslandschaft einheitlicher und übersichtlicher gestaltet, der Datenträgere Austausch durchgesetzt und der Aufbau einer Vertragspartnerbank gefördert werden kann. Der Prüfdienst beabsichtigt, seine Feststellungen aus der Praxis zusammenzufassen und dann sowohl dem Bundesministerium für Gesundheit als auch den insoweit nicht geprüften Trägern zur Kenntnis zu geben.



3. Rentenversicherung

3.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz

Das Bundesversicherungsamt hat sich intensiv mit dem RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz, welches inzwischen im Wesentlichen zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist, befasst. Neben der Einführung der sogenannten Mütterrente II und der Anhebung der Zurechnungszeit enthält das Gesetz eine Reihe von Änderungen zu Fallkonstellationen, die beim Bundesversicherungsamt in den letzten Jahren immer wieder zu Eingaben geführt haben. So schafft das Gesetz Abhilfe für die Erziehenden, die bisher nicht in den Genuss der „Mütterrente“ gekommen sind, weil die Adoption oder die Rückkehr aus dem Ausland erst nach dem 12. bzw. 24. Kalendermo-

nat nach der Geburt erfolgte. Das Bundesversicherungsamt hatte hierzu in den letzten Jahren zahlreiche Eingaben. Angesichts der bisherigen Gesetzeslage war es aber weder den Rentenversicherungsträgern noch dem Bundesversicherungsamt möglich gewesen, den Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführern behilflich zu sein. Durch das RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz kann nun, wenn für dasselbe Kind nicht schon einer anderen Versicherten/ einem anderen Versicherten Kindererziehungszeiten oder Zuschläge anzurechnen sind, auf Antrag ein Zuschlag an persönlichen Entgeltpunkten für Kindererziehung berücksichtigt werden. Im Rahmen seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf hatte das Bundesversicherungsamt darauf hingewiesen, dass eine Ergänzung der Regelung dahingehend notwendig ist, ab welchem Zeitpunkt der Zuschlag an persönlichen Entgeltpunkten zu berücksichtigen ist. Der Gesetzgeber hat den Hinweis aufgegriffen und geregelt,

dass der Zuschlag ab dem 1. Januar 2019 berücksichtigt werden kann.

Eine Lösung wurde auch für jene Personen gefunden, die in der ehemaligen DDR infolge politisch motivierter Haft daran gehindert waren, ihr Kind zu erziehen. Bislang konnte in diesen Fällen keine Anrechnung von Kindererziehungszeiten erfolgen, da eine Berücksichtigung nach geltender Rechtslage an die tatsächlich ausgeübte Erziehung eines Kindes anknüpft, die bei Haft nicht gegeben ist. Zu dieser Problematik hatten sich in der Vergangenheit Betroffene an das Bundesversicherungsamt gewandt, denen angesichts der Rechtslage nicht geholfen werden konnte. Da es sich in Fällen des rechtsstaatswidrig erfolgten Kindesentzugs um ein in ganz besonderer Weise erlittenes Unrecht handelt, hatte das Bundesversicherungsamt im Vorfeld des Gesetzesvorhabens Überlegungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales begleitet, die darauf abzielten, hier zu einer schnellen und tragfähigen Lösung zu kommen. Die Änderung des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes durch das RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz bewirkt nun, dass Kindererziehung bei der Ermittlung des rentenrechtlichen Nachteilsausgleichs auch dann berücksichtigt wird, wenn Kinder infolge einer rechtsstaatswidrigen Haft tatsächlich nicht erzogen werden konnten. Die Neureglung schafft somit für alle Beteiligten Rechtssicherheit.

Eine große Erleichterung nicht nur für das Bundesversicherungsamt, sondern vor allem für die Rentenversicherungsträger stellt die Änderung des § 89 SGB VI dar. In der Vergangenheit erreichten das Bundesversicherungsamt immer wieder Eingaben, in denen der Versicherten/dem Versicherten anstelle einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung rückwirkend eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bewilligt wurde und nach Abrechnung der Rentennachzahlung aus der Rente wegen voller Erwerbsminderung in Folge der Berücksichtigung von Erstattungsansprüchen eines oder mehrerer anderer Leistungsträger keine ausreichende Nachzahlung verblieb, mit der die überzahlte Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung vollständig ausgeglichen werden konnte. Dies führte aufgrund der Vorgaben des Bundessozialgerichts zu

dem kaum vermittelbaren Ergebnis, dass der Rentenbezieherin/dem Rentenbezieher trotz der rückwirkenden Gewährung einer höheren Rente nicht nur keine Nachzahlung verblieb, sondern diese bzw. dieser sogar eine Überzahlung auszugleichen hatte.

Mit der Änderung des § 89 Abs. 1 SGB VI wird die von den Rentenversicherungsträgern schon länger geforderte Erfüllungsfiktion gesetzlich umgesetzt. Sie führt dazu, dass der Anspruch auf die höhere Rente (nach Berücksichtigung etwaiger Erstattungsansprüche anderer Leistungsträger) in Höhe der bereits gezahlten niedrigeren Rente als erfüllt gilt. Auch wird nunmehr gesetzlich geregelt, dass eine Rückforderung von den Versicherten ausgeschlossen ist, wenn die im Wege von Erstattungsansprüchen anderer Leistungsträger geforderten Beträge zusammen mit der niedrigen Rente den Betrag der höheren Rente übersteigen. Ferner hat der Gesetzgeber als Reaktion auf die jüngste Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine spezialgesetzliche Korrekturnorm für die Aufhebung des Bescheides über die niedrigere Rente geschaffen.

Umsetzung des Flexirentengesetzes

Im Jahr 2018 war zwar insgesamt ein Anstieg der Eingaben sowohl im Bereich Rente als auch Rehabilitation festzustellen. Die durch das Flexirentengesetz zum 1. Juli 2017 erfolgten Neuregelungen zum Hinzuverdienst haben im Jahr 2018 trotz der zum 1. Juli 2018 erstmals rückwirkend durchgeführten Spitzabrechnung jedoch nicht zu der im Vorjahr noch vermuteten erhöhten Anzahl an Eingaben geführt. So haben das Bundesversicherungsamt im Jahr 2018 nur fünf Eingaben zum neuen Hinzuverdienstrecht erreicht. Die Spitzabrechnung selbst war lediglich in einem Fall betroffen. Im Rahmen der Prüfung dieser Einzelfälle hat das Bundesversicherungsamt zum einen festgestellt, wie kompliziert die Anwendung des neuen Rechts in der Praxis ist und zum anderen, dass das Recht von den Trägern grundsätzlich zutreffend umgesetzt wird. Nähere Erkenntnisse erwartet das Bundesversicherungsamt von den bereits bei beiden seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträgern laufenden Aufsichtsprüfungen zur „Flexirente“. Angesichts der bisher sehr geringen Anzahl der Eingab-

ben, kann allerdings davon ausgegangen werden, dass die Umsetzung der neuen Hinzuverdienstregelungen inklusive Spitzabrechnung grundsätzlich problemlos verläuft.

Darüber hinaus wurden durch das Flexirentengesetz die Präventionsleistungen aus den in § 31 SGB VI geregelten „Sonstigen Leistungen“ herausgelöst und als eigenständige Regelung in § 14 SGB VI neu aufgenommen. Zudem ist die Begrenzung der Ausgaben der Rentenversicherung für die Leistungen zur Prävention nach dem bisherigen § 31 Abs. 3 SGB VI entfallen. Hierdurch hat der Gesetzgeber die beiden sozialrechtlichen Grundsätze „Prävention vor Reha“ und „Reha vor Rente“ weiter gestärkt. Das Bundesversicherungsamt wird zukünftig verstärkt darauf achten, dass diese Grundsätze durch die Rentenversicherungsträger beachtet werden. Aus Sicht des Bundesversicherungsamts lag der aufsichtsrechtliche Fokus jedoch zunächst auf der praktischen Umsetzung der Vorschrift für Leistungen zur Prävention. Diese richten sich nicht mehr ausschließlich an Versicherte, die eine ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben, sondern an einen größeren Personenkreis. Dieser Umstand ist an den Eingaben zum Thema Prävention bis dato allerdings noch nicht erkennbar. Vielmehr kam es teilweise zu Problemen bei der konkreten Terminfindung, da die Präventionsleistungen nach Angaben der Rentenversicherungsträger derzeit noch nicht überall so angenommen werden, dass regelmäßig die erforderliche Mindestanzahl an Teilnehmern erreicht wird. Das Bundesversicherungsamt legt im Einzelfall den Fokus insbesondere darauf, dass alle in Frage kommenden Möglichkeiten genutzt werden, um dennoch einen frühzeitigen Beginn der jeweiligen Präventionsleistung zu gewährleisten.

Um zukünftig die Leistungen zur Prävention weiter zu stärken und so die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten und damit den Verbleib der Betroffenen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu sichern, sollen im Aufgabenbereich der gesetzlichen Rentenversicherung und der Grundsicherung für Arbeitssuchende Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation gefördert werden. Im Rahmen der Modellvorhaben werden innovative Konzepte und neue Kooperationsformen entwickelt, die vor dem Eintritt eines Rehabili-

tationsbedarfs einer Erwerbsminderung ansetzen. Um die zuwendungsrechtliche und organisatorische Abwicklung der Modellvorhaben zu übernehmen, wurde die „Fachstelle rehapro“ eingerichtet. Die Umsetzung sowie die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Einzelprojekte über eine bis zu fünfjährige Förderdauer der Modellvorhaben bleiben abzuwarten. Neben den Leistungen zur Prävention wurden durch das Flexirentengesetz auch die Leistungen zur Kinderrehabilitation und zur Nachsorge aus § 31 SGB VI herausgelöst und als eigenständige Regelungen in § 15a SGB VI sowie § 17 SGB VI aufgenommen. Die Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund hat die gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung im Juni 2018 beschlossen. Das Bundesversicherungsamt hat diesen Prozess aufsichtsrechtlich begleitet und wird dessen konkrete Umsetzung im Jahr 2019 verstärkt in den Fokus rücken.

Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt des Jahres 2018 betraf das am 23. Dezember 2016 erlassene Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz), dessen Neuregelungen für den Bereich der Rentenversicherung im Wesentlichen zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten sind. Zu nennen sind hier insbesondere die zum Teil erheblichen Änderungen der Fristenregelungen in Teil 1 Kapitel 4 (Koordinierung der Leistungen) des SGB IX. In diesem Zusammenhang hat das Bundesversicherungsamt deren Umsetzung durch die Rentenversicherungsträger in Form der Überarbeitung von Arbeitsanweisungen sowie der Beantwortung von Auslegungsfragen aufsichtsrechtlich begleitet. Im Jahr 2018 hat es zu diesem Themenbereich zahlreiche Eingaben gegeben, wobei diese zu einem nicht unerheblichen Teil noch dem Rechtsstand bis zum 31. Dezember 2017 zuzuordnen waren, da nach § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB VI die Vorschriften Anwendung finden, die im Zeitpunkt der Antragsstellung gelten.

Längere Bearbeitungszeiten bei Leistungen zur Teilhabe

Insgesamt war im Jahr 2018 im Bereich der Leistungen zur Teilhabe eine höhere Anzahl an Eingaben zur Bearbeitungsdauer festzustellen, welche in Abstimmung mit dem jeweiligen Rentenversicherungsträger jedoch im Regelfall zeitnah gelöst werden konnten. Die vorübergehend höheren Laufzeiten im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgrund eines neuen IT-Programmsystems bei einem Rentenversicherungsträger haben inzwischen einen gegenläufigen Trend eingeschlagen. In diesem Zusammenhang wird das Bundesversicherungsamt weiterhin darauf achten, dass die Laufzeiten in den Einzelfällen innerhalb der entsprechenden Fristen liegen.

Waisenrentenzahlung aufgrund einer Behinderung der Waise

Zum Leistungsspektrum der Deutschen Rentenversicherung zählen auch Halb- und Vollwaisenrenten. Die Gewährung dieser Rentenart verläuft in der Regel unproblematisch. Lediglich in Einzelfällen, bei denen seltene Fallkonstellationen vorliegen, sind dem Bundesversicherungsamt Fälle bekannt geworden, bei denen eine Nachbesserung vorgenommen werden musste.

Generell haben Kinder nach dem Tod eines oder beider Elternteile einen Anspruch auf Halb- bzw. Vollwaisenrente. Grundvoraussetzung ist hierbei, dass kein oder nur noch ein Elternteil vorhanden ist, der unbeschadet der wirtschaftlichen Verhältnisse unterhaltspflichtig ist. Darüber hinaus muss der verstorbene Elternteil die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben.

Zu diesen Voraussetzungen treten weitere Bedingungen hinzu, wenn die Waise bereits das 18. Lebensjahr vollendet hat. Denn eine Waisenrente kann bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt werden, wenn sich die Waise in einer Schul- oder Berufsausbildung oder in einer Übergangszeit von höchstens vier Kalendermonaten, die zwischen zwei Ausbildungsabschnitten oder zwischen einem Ausbildungsabschnitt und der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder

Zivildienstes oder der Ableistung eines freiwilligen Dienstes liegt, befindet. Eine Waisenrente nach dem vollendeten 18. Lebensjahr wird ebenfalls gewährt, wenn ein freiwilliger Dienst geleistet wird oder wenn eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung vorliegt, durch die die Waise außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Dem Bundesversicherungsamt ist ein Fall vorgetragen worden, in dem einer über 18-jährigen Waise die Weitergewährung der Halbwaisenrente vom zuständigen Rentenversicherungsträger zunächst versagt wurde, da eine Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten vorlag, die über die maximale Dauer von vier Kalendermonaten hinausging. Es handelte sich hierbei um Ausbildungen, die speziell auf Personen mit geistigen bzw. seelischen Behinderungen zugeschnitten sind. Das Bundesversicherungsamt hat den Rentenversicherungsträger daher veranlasst zu prüfen, ob bei der Waise eine Behinderung vorliegt. Die vom Rentenversicherungsträger durchgeführten medizinischen Ermittlungen haben ergeben, dass bei der Waise eine Behinderung vorliegt, wegen der sie außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Aufgrund des Hinweises des Bundesversicherungsamtes gewährt der Rentenversicherungsträger der Waise daher nun eine Halbwaisenrente, obwohl die zulässige Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungen überschritten war. Diese wird weitergezahlt bis die Waise das 27. Lebensjahr vollendet oder in der Lage ist, sich selbst zu unterhalten.

Befreiung von der Krankenversicherung der Rentner

Bei einer Anfrage stellte sich die Frage, inwieweit bei Beginn einer Altersrente die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung hieß es zu der Frage der Befreiung von der Krankenversicherung: „Wenn Sie die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner erfüllen, aber diese Mitgliedschaft nicht wünschen, können Sie sich auf Antrag bei der Krankenkasse befreien lassen.“



Diese Formulierung konnte den Eindruck erwecken, als könne sich jeder Rentner aufgrund eines entsprechend artikulierten Wunsches von der Krankenversicherung befreien lassen.

Dem stand jedoch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 27. April 2016 (Az.: B 12 KR 24/14 R) entgegen. In diesem hatte das Bundessozialgericht entschieden, dass sich derjenige nicht von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner befreien lassen kann, der zuvor der Versicherungspflicht aus anderen Gründen unterlag. Im entschiedenen Fall war der Kläger unmittelbar vor Eintritt der Versicherungspflicht wegen des Bezuges einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V aufgrund einer Beschäftigung vorrangig versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Das Bundessozialgericht verneinte hier ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, weil unmittelbar vor der Versicherungspflicht aufgrund des Rentenbezuges bereits eine Versicherungspflicht aufgrund eines anderen Tatbestandes bestand.

Um Missverständnisse zu vermeiden, hat das Bundesversicherungsamt die Deutsche Rentenversicherung Bund gebeten, den gemeinsamen Internetauftritt aller Rentenversicherungsträger entsprechend anzupassen.

Dem kam die Deutsche Rentenversicherung Bund umgehend nach. Sie weist nun darauf hin, dass unter bestimmten Voraussetzungen eine Befreiung möglich ist und bei den Krankenkassen hierzu Näheres zu erfahren ist. Die Rentenversicherungsträger verwenden somit nun eine deutliche Formulierung, die keine Fehlschlüsse mehr zulässt.

Mit dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde § 8 Abs. 1 SGB V zum 15. Dezember 2018 allerdings inzwischen angepasst. Es wurde ergänzt, dass für ein Recht auf Befreiung nicht vorausgesetzt wird, dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird. Hierdurch reagiert der Gesetzgeber auf das genannte Urteil des Bundessozialgerichts und sorgte für Rechtsklarheit.

Verrechnung von Unterhaltsvorschussleistungen durch den Rentenversicherungsträger

Das Bundesversicherungsamt hat geprüft, ob ein Rentenversicherungsträger das Verrechnungsersuchen einer in Baden-Württemberg ansässigen Unterhaltsvorschussbehörde wegen fehlender Forderungsinhaberschaft zurückweisen darf.

Bezieht ein Kind Unterhaltsvorschüsse nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UVG) von einer Unterhaltsvorschussbehörde, weil der zum Unterhalt verpflichtete Elternteil seiner Zahlungspflicht nicht nachkommt, geht der Unterhaltsanspruch des Kindes in Höhe des gewährten Unterhaltsvorschusses gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 UVG im Wege des gesetzlichen Forderungsübergangs auf das Land über. Hierdurch wird das jeweilige Bundesland Inhaber der Forderung mit allen Rechten und Pflichten. Nach dem baden-württembergischen Gesetz zur Durchführung des Unterhaltsvorschussgesetzes (UVG BW) obliegt die Durchführung des Unterhaltsvorschussgesetzes den Landkreisen und Stadtkreisen sowie den kreisangehörigen Gemeinden, die ein Jugendamt errichtet haben (§ 1 Abs. 1 UVG BW).

In einem dem Bundesversicherungsamt vorliegenden Fall hatte ein Landratsamt in Baden-Württemberg den Rentenversicherungsträger gebeten, den Unterhaltsvorschuss mit einer Beitragserstattung an den zum Unterhalt verpflichteten Elternteil zu verrechnen. Nach § 52 SGB I kann der für die Geldleistung zuständige Leistungsträger mit Ermächtigung eines anderen Leistungsträgers dessen Ansprüche gegen den Berechtigten mit der ihm obliegenden Geldleistung verrechnen, soweit eine Aufrechnung nach § 51 SGB I zulässig ist.

Der Rentenversicherungsträger vertrat zunächst den Standpunkt, dass er dem Verrechnungsersuchen nicht nachkommen könne, da durch den in § 7 Abs. 1 Satz 1 UVG normierten Anspruchsübergang nicht mehr die Unterhaltsvorschussbehörde, sondern das Land Baden-Württemberg Forderungsinhaber geworden sei. Eine Verrechnung scheide aus, da sich diese nach dem Wortlaut des § 52 SGB I nur auf „dessen Ansprüche“, mithin auf eigene Ansprüche (Forderungen) der um Verrechnung ersuchenden Unterhaltsvorschussbehörde, erstrecken könne.

Dieser Rechtsauffassung vermochte sich das Bundesversicherungsamt nicht anzuschließen. Das Bundesversicherungsamt hat den Rentenversicherungsträger darauf hingewiesen, dass es eine Verrechnung im Wege einer erweiternden Auslegung des § 52 SGB I unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck des § 7 Abs. 1 Satz 1 UVG sowie der landesgesetzlichen Bestimmungen für zulässig hält.

Das Bundesversicherungsamt hat erläutert, dass die Bestimmungen des UVG BW auch eine gesetzlich begründete Prozessstandschaft und damit die Befugnis für die Unterhaltsvorschussbehörden beinhaltet, Verrechnungsersuchen nach § 52 SGB I für die auf das Land nach § 7 Abs. 1 Satz 1 UVG übergeleiteten Unterhaltsansprüche durchzuführen.

Zusätzlich hat das Bundesversicherungsamt darauf hingewiesen, dass sich der Gesetzgeber bei Schaffung des § 52 SGB I von dem Gedanken leiten ließ, dass im Sozialrecht alle Sozialleistungen dieselbe oder eine ähnliche Zielsetzung verfolgen, die Leistungsträger zur engen Zusammenarbeit verpflichtet sind und die Vornahme von Verrechnungen der Verwaltungvereinfachung dient. Dies würde durch eine zu restriktive Rechtsauslegung, die den Anwendungsbereich des § 52 SGB I hinsichtlich übergeleiteter Unterhaltsansprüche verneint, konterkariert. Denn auch beim Unterhaltsvorschuss handelt es sich um eine Sozialleistung (§ 68 Nr. 14 SGB I), die vom Anwendungsbereich des § 52 SGB I umfasst wird.

Ferner hat das Bundesversicherungsamt hervorgehoben, dass die mit dem Unterhaltsvorschussgesetz verfolgte Zielsetzung dafür spricht, derartigen Verrechnungsersuchen stattzugeben. Mit den Regelungen des Unterhaltsvorschussgesetzes soll Schwierigkeiten begegnet werden, die alleinerziehenden Elternteilen und ihren Kindern entstehen, wenn der andere Elternteil, bei dem das Kind nicht lebt, sich der Pflicht zur Zahlung von Unterhalt ganz oder teilweise entzieht oder zur Zahlung nicht oder nicht in hinreichendem Maß in der Lage ist. Der alleinerziehende Elternteil, der über die Unterhaltsfrage hinaus mit der persönlichen Betreuung typischerweise in besonderem Maße belastet ist, soll entlastet werden. Daher muss ihm und seinen Kindern die unterstützende Wirkung der Unterhaltsleistung so einfach und so effektiv wie möglich zukommen. Hierzu zählt auch die Sicherstellung eines konsequenten Rückgriffs bei der Durchsetzung rückständiger Unterhaltsansprüche gegenüber dem unterhaltspflichtigen Elternteil. Denn Ziel des in § 7 Abs. 1 Satz 1 UVG normierten Rückgriffs ist es auch, die Unterhalt schuldende Person für Zeiten nach dem Bezug des Unterhaltsvorschusses zur Unterhaltszahlung anzuhalten.

Nach ausführlichen Erörterungen hat der Rentenversicherungsträger seine bisherige Rechtsauffassung aufgegeben und dem Verrechnungsersuchen des Landratsamtes stattgegeben. Außerdem hat der Rentenversicherungsträger zugesichert, in gleichgelagerten Fällen künftig entsprechend zu verfahren. Damit ist sichergestellt, dass Verrechnungsersuchen der Jugendämter bzw. Unterhaltsvorschussbehörden des Landes Baden-Württemberg wegen übergegangener Unterhaltsansprüche eines Kindes (§ 7 UVG) künftig von der Deutschen Rentenversicherung Bund als wirksame Ermächtigung zur Verrechnung akzeptiert werden. Darüber hinaus hat der Rentenversicherungsträger zugesagt, auch Verrechnungsersuchen von Unterhaltsvorschussbehörden anderer Bundesländer zu berücksichtigen, wenn die landesrechtliche Ausgestaltung des Rückgriffs der nach § 7 Abs. 1 Satz 1 UVG übergeleiteten Unterhaltsvorschussleistungen mit der Rechtslage in Baden-Württemberg vergleichbar ist.

Prüfung von privaten Haushalten wegen der dort Beschäftigten durch die Träger der Rentenversicherung

Anlässlich einer Eingabe setzte sich das Bundesversicherungsamt grundsätzlich mit der Frage auseinander, ob die Rentenversicherungsträger berechtigt sind, private Haushalte wegen der dort Beschäftigten zu prüfen. Ferner hatte es zu klären, ob die Rentenversicherungsträger gegenüber privaten Haushalten sogenannte Summenbeitragsbescheide erteilen dürfen. Da Arbeitgeber nach der Regelung des § 28p Abs. 10 SGB IV wegen der Beschäftigten in privaten Haushalten nicht geprüft werden, vertrat die Beschwerdeführerin die Ansicht, dass der Rentenversicherungsträger ihre Mandantin, einen privaten Haushalt, nicht wegen der dort angestellten Haushaltshilfe hätte prüfen dürfen. Die Rentenversicherungsträger hätten gegenüber privaten Haushalten generell keinerlei Prüfbefugnisse. Ferner vertrat die Beschwerdeführerin die Auffassung, dass der Rentenversicherungsträger keinen Summenbeitragsbescheid hätte erteilen dürfen. Da Arbeitgeber gemäß § 28f Abs. 1 Satz 2 SGB IV hinsichtlich der Beschäftigten in privaten Haushalten von der Verpflichtung zur Führung von Entgeltunterlagen

ausgenommen sind, habe kein Verstoß gegen Aufzeichnungspflichten vorgelegen. Ein Verstoß gegen Aufzeichnungspflichten durch den Arbeitgeber sei aber unabdingbare Voraussetzung für den Erlass eines Summenbeitragsbescheides.

Die Prüfung des Bundesversicherungsamtes hat ergeben, dass die Verfahrensweise des Rentenversicherungsträgers aufsichtsrechtlich nicht zu beanstanden ist.

Der Rentenversicherungsträger war ungeachtet der Regelung des § 28p Abs. 10 SGB IV berechtigt, den privaten Haushalt zu prüfen. Nach der mit guten Gründen rechtlich vertretbaren Auffassung aller Rentenversicherungsträger bezieht sich die Regelung des § 28p Abs. 10 SGB IV lediglich auf die turnusmäßige Prüfung. Von dieser sind Arbeitgeber wegen der Beschäftigung in privaten Haushalten ausgenommen. Liegen jedoch - wie bei der geprüften Eingabe - Anhaltspunkte für Schwarzarbeit vor, darf der Rentenversicherungsträger in einem solchen Einzelfall eine Arbeitgeberprüfung auch in einem privaten Haushalt vornehmen.

Denn die Regelung des § 28p Abs. 10 SGB IV resultiert allein aus der Erkenntnis des Gesetzgebers, dass „eine Betriebsprüfung im privaten Haushalt aus verwaltungsökonomischen Gründen nicht zu rechtfertigen“ ist (BT-Drs. 15/26, Seite 25). Keinesfalls wollte der Gesetzgeber den Rentenversicherungsträgern die Möglichkeit nehmen, Beiträge in Fällen illegaler Beschäftigung und Schwarzarbeit nachzufordern und in Kooperation mit den zuständigen Hauptzollämtern ihrer Aufgabe als Zusammenarbeitsbehörde (§ 2 Abs. 2 Schwarzarbeitbekämpfungsgesetz) nachzukommen. Ebenso war der Rentenversicherungsträger zur Erteilung eines Summenbeitragsbescheides berechtigt, da der private Haushalt gegen bestehende Aufzeichnungspflichten verstieß.

Verletzt der Arbeitgeber seine Aufzeichnungspflichten ganz oder teilweise und kann hierdurch die Versicherungs- oder Beitragspflicht oder die Beitragshöhe nicht festgestellt werden, kann der prüfende Rentenversicherungsträger gemäß § 28f Abs. 2 Satz 1 SGB IV den Beitrag in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Arbeitsförderung von der Summe der vom Arbeitgeber gezahlten Arbeitsentgelte



geltend machen, soweit der Rentenversicherungsträger nicht ohne unverhältnismäßig großen Verwaltungsaufwand feststellen kann, dass Beiträge nicht zu zahlen waren oder Arbeitsentgelte einem bestimmten Beschäftigten zugeordnet werden können.

Zwar sind Arbeitgeber gemäß § 28f Abs. 1 Satz 2 SGB IV hinsichtlich der Beschäftigten in privaten Haushalten von der Verpflichtung zur Führung von Entgeltunterlagen ausgenommen. Unberührt bleibt hingegen die Verpflichtung zur Erstellung und Aufbewahrung von Beitragsabrechnungen und Beitragsnachweisen (§ 28f Abs. 1 Satz 4 SGB IV i. V. m. § 9 BVV). Daher hat auch der Privathaushalt der Einzugsstelle Beitragsnachweise zu übermitteln und Beitragsabrechnungen zu erstellen, zumal die Erstellung eines Beitragsnachweises unabdingbare Voraussetzung für die ordnungsgemäße Beitragszahlung gegenüber der Einzugsstelle ist.

Hätte eine Beitragsabrechnung vorgelegen, wäre eine personenbezogene Beitragserhebung möglich gewesen. Es lag somit eine Verletzung von Aufzeichnungspflichten vor, welche den Rentenversicherungsträger berechtigte, einen Summenbeitragsbescheid zu erteilen.

Das Bundesversicherungsamt hat dabei berücksichtigt, dass es erklärtes Ziel des Gesetzgebers war, illegale

Beschäftigung zu bekämpfen. Dem Gesetzgeber war bewusst, dass gerade in privaten Haushalten in großer Zahl Tätigkeiten ausgeübt werden, die ohne sozialrechtliche Absicherung in der Illegalität stattfinden. Einkünfte aus bisher an der Sozialversicherung vorbei ausgeübter Schwarzarbeit sollten legalisiert werden, um Beschäftigte oder selbstständig Tätige, die in privaten Haushalten Dienstleistungen erbringen, zu motivieren, dies legal und damit unter dem Schutz der Sozialversicherung zu tun. Vorher an der Sozialversicherung vorbei ausgeübte Beschäftigungen sollten in reguläre Beschäftigungsverhältnisse überführt werden (BT-Drs. 15/26, S. 24). Zu diesem Zweck traf der Gesetzgeber verschiedene Regelungen. Unter anderem wurden private Haushalte von übermäßigem Verwaltungsaufwand befreit.

Die den Privathaushalten eingeräumten Erleichterungen sollten jedoch keineswegs dazu führen, dass die Feststellung von Beitragsnachforderungen durch die Rentenversicherungsträger in Fällen von illegaler Beschäftigung in Privathaushalten quasi ausgeschlossen ist und es hierdurch den Arbeitgebern im Ergebnis ermöglicht wird, sich ihren Beitragspflichten zu entziehen. Denn dies würde aufgrund der nicht zu befürchtenden sozialversicherungsrechtlichen Sanktionierung die Schwarzarbeit in privaten Haushalten

letztlich begünstigen und damit dem erklärten Ziel des Gesetzgebers, der Bekämpfung von Schwarzarbeit, diametral zuwiderlaufen.

Ausgleichsvereinigungen

§ 32 Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) ermöglicht der Künstlersozialkasse, mit Unternehmen die Bildung einer Ausgleichsvereinigung zu vereinbaren, für die die Ermittlung der Entgelte für künstlerische und publizistische Werke oder Leistungen unter Zugrundelegung von anderen, für ihre Höhe maßgebenden Berechnungsgrößen als den gesetzlich vorgegebenen erfolgt. Die Verträge über die Bildung einer Ausgleichsvereinigung bedürfen der Zustimmung des Bundesversicherungsamtes. Nachdem § 32 KSVG durch das Künstlersozialabgabestabilisierungsgesetz zum 1. Januar 2015 geändert worden war, hatte das Bundesversicherungsamt im Jahr 2016 gemeinsam mit der Künstlersozialkasse die bestehenden Musterverträge überarbeitet. Im letzten Jahr haben das Bundesversicherungsamt und die Künstlersozialkasse diese Musterverträge unter Berücksichtigung der bisher gesammelten praktischen Erfahrungen an die aktuellen Gegebenheiten und Erfordernisse angepasst. Insgesamt hat das Bundesversicherungsamt im Jahr 2018 einer Vereinbarung über die Bildung einer neuen Ausgleichsvereinigung und elf Vereinbarungen, mit denen bereits bestehende Ausgleichsvereinigungen fortgeführt werden, zugestimmt. Zudem hat es vier Zusatzvereinbarungen und einen Vertrag über die Erstattung von Verwaltungskosten genehmigt. Durch die Nutzung der Musterverträge konnten die Zustimmungsverfahren in der Regel zügig und problemlos durchgeführt werden.

3.2 Internationales Sozialversicherungsrecht

Verfahren bei Rentenansprüchen in mehreren Staaten

Viele Personen arbeiten im Laufe ihres Lebens in verschiedenen Staaten der Welt und zahlen dort auch ihre Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Im Rentenfall bekommen sie dann aus diesen Staaten eine eigenständige Rente, sofern die in dem jeweiligen nationalen Recht bestimmten Voraussetzungen für eine Leistung erfüllt sind.

Um eine Rente aus jedem Staat erhalten zu können, muss die leistungsberechtigte Person grundsätzlich in den einzelnen Staaten jeweils einen Rentenantrag stellen. Ein gesonderter Antrag ist jedoch dann nicht erforderlich, wenn zwischen den für eine Rentengewährung zuständigen Staaten Regelungen zur Koordinierung von Leistungen aus den verschiedenen Rentenversicherungssystemen bestehen. Solche Vorschriften gibt es innerhalb der Europäischen Union, dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz (europäisches Gemeinschaftsrecht) sowie mit einigen Staaten, mit denen die Bundesrepublik Deutschland Sozialversicherungsabkommen (zwischenstaatliches Recht) geschlossen hat. Nach diesen Regelungen gilt der in einem Staat gestellte Rentenantrag grundsätzlich auch als Antrag auf eine entsprechende Leistung im anderen Staat. Ebenso ist dort geregelt, dass die Rentenversicherungsträger Anträge auf Renten des anderen Staates annehmen und diese an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiterleiten müssen. Regelmäßig kann der Versicherte daher frei bestimmen, in welchem Staat er seinen Rentenantrag einreicht. Diese Wahlmöglichkeit schränkt das europäische Gemeinschaftsrecht für die Berechtigten lediglich dahingehend ein, als sie den Antrag bei dem Rentenversicherungsträger des Staates stellen müssen, in dem sie wohnen und irgendwann versichert waren oder in dem sie zuletzt versichert waren. Grund dafür ist, dass der Rentenversicherungsträger, bei dem der Rentenantrag gestellt wird, zusätzliche Pflichten hat. So muss dieser u. a. den Rentenversicherungsträgern der anderen Staaten schnellstens den Rentenantrag

und die eingereichten Dokumente übermitteln, damit alle beteiligten Rentenversicherungsträger gleichzeitig den Antrag bearbeiten und ihre nationalen Leistungen feststellen können. Im Ergebnis müssen Berechtigte nur im sogenannten vertragslosen Ausland ihre Rentenansprüche selbst bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger im anderen Staat anmelden.

Berechtigte sind gut beraten, sich früh bei ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger über das einzuhaltende Verfahren zu informieren. Nur so lassen sich am ehesten vermeidbare zeitliche Verzögerungen und Missverständnisse bei den die Rentenanträge bearbeitenden nationalen und ausländischen Rentenversicherungsträgern vermeiden.

Internationale Kontakte/ Konferenzen

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr die Gespräche zwischen den deutschen und den österreichischen, ungarischen sowie den serbischen Versicherungsträgern begleitet. Bei der österreichisch-deutschen und der deutsch-ungarischen Verbindungsstellenbesprechung ging es vor allem um materiell-rechtliche Fragen zum jeweiligen nationalen Recht sowie zu den seit 1. Mai 2010 anwendbaren Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009. Problemfragen aus dem anzuwendenden Sozialversicherungsabkommen ebenso wie die Auswirkungen der verschiedenen nationalen Rechtsänderungen standen im Mittelpunkt der deutsch-serbischen Besprechung. Einen besonderen Stellenwert nimmt bei allen Gesprächen der Verbindungsstellen die Abstimmung von Verfahrensfragen ein, um die langwierigen Verwaltungsverfahren im Interesse der Versicherten insgesamt zu beschleunigen.

3.3 Prüfung

Prüfverfahren „Fremdrentenrecht“

Das Bundesversicherungsamt hat eine aufsichtsrechtliche Prüfung zum Thema „Fremdrentenrecht“ bei einem bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträger durchgeführt. In diesem Rahmen wurden 464

Vorgänge des Rentenversicherungsträgers geprüft. Im Einzelnen wurden in 84 der vorgenannten 464 Prüffälle (ca. 18 %) Neufeststellungen bzw. Neuberechnungen – aufgrund unserer aufsichtsrechtlichen Prüfung – durch den Rentenversicherungsträger veranlasst, was zu Zahlbetragsauswirkungen (Nachzahlungen, Überzahlungen und Zinsen) in Höhe von ca. 35.500 Euro führte. Dabei wurden in 13 der 84 geprüften Fälle mit Zahlbetragsauswirkungen Aussparungen gemäß § 48 Abs. 3 SGB X vorgenommen, da die Rücknahmevoraussetzungen für die Vergangenheit nach § 45 SGB X nicht vorgelegen haben.

Ziel des Fremdrentenrechts ist die Eingliederung eines genau festgelegten Personenkreises in die deutsche gesetzliche Rentenversicherung. Betroffen sind insbesondere anerkannte Vertriebene und Spätaussiedler. Diese Personen werden grundsätzlich so gestellt, als ob sie ihr Erwerbsleben in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) zurückgelegt hätten. Hierfür erhalten Berechtigte Entgelte für die Entgeltpunktermittlung gutgeschrieben, wie sie ein nach Ausbildung und Berufsausbildung vergleichbarer Versicherter in der BRD bzw. im Beitrittsgebiet tatsächlich erzielt hätte. Das Fremdrentenrecht enthält hierzu umfangreiche und stark ausdifferenzierte Regelungen.

Die Aufsichtsprüfung erstreckte sich hierbei schwerpunktmäßig auf die Berücksichtigung von rentenrechtlichen Zeiten nach dem Fremdrentengesetz (FRG), die Zuordnung dieser Zeiten zu den Qualifikationsgruppen und Wirtschaftsbereichen im Sinne des FRG sowie die hierfür notwendigen Verwaltungsverfahren.

Der überwiegende Anteil der im Rahmen der durchgeführten aufsichtsrechtlichen Prüfung getroffenen Anmerkungen bezog sich auf Fehler in Einzelfällen. Dennoch stellte die Ermittlung von Entgeltpunkten für Zeiten nach dem FRG seitens des Rentenversicherungsträgers einen Fehlerschwerpunkt dar. Die hierbei maßgebliche komplexe Rechtslage zur Feststellung und Ermittlung von Entgeltpunkten für Zeiten nach dem FRG ermöglicht die Eingliederung von fremdrentenrechtlichen Zeiten durch die Zuordnung von Berechnungswerten und beeinflusst damit die jeweiligen Rentenhöhen. Bei inländischen Versicherten hängt die Rentenhöhe grundsätzlich von der Höhe der geleiste-

ten Beiträge respektive der ihnen zugrunde liegenden Einkommen ab.

Bei FRG-Berechtigten kann jedoch nicht auf die Beitrags- bzw. Entgelthöhe zurückgegriffen werden, da deren Ermittlung in der Praxis äußerst umständlich sowie nicht oder nicht vollständig möglich wäre. Hinzu kommt, dass eine sinnvolle Übertragung bzw. Umrechnung – wegen der unterschiedlichen Wirtschafts- und Währungssysteme in den Herkunftsgebieten – kaum durchführbar ist. Es bedurfte daher anderer gesetzlicher Regelungen. Ausgehend vom Eingliederungsprinzip, nach dem die FRG-Berechtigten so gestellt werden als hätten sie ihr Versicherungsleben in Deutschland zurückgelegt, werden den anerkannten Zeiten statistisch ermittelte Durchschnittswerte zugeordnet, die denen entsprechen, die ein vergleichbarer inländischer Versicherter erzielt hätte. Dabei erfolgt die vorgenannte Zuordnung grundsätzlich nach Qualifikationsgruppen gemäß Anlage 13 des SGB VI sowie nach Wirtschaftsbereichen im Sinne der Anlage 14 des SGB VI.

Im Rahmen unserer Aufsichtsprüfung wurde in 54 der 464 Prüffälle (ca. 12 %) festgestellt, dass die o. g. Ermittlung von Entgeltpunkten für Zeiten nach dem FRG seitens des Rentenversicherungsträgers unzutreffend erfolgte. In den vorgenannten betroffenen Fällen wurden – aufgrund unserer Prüfung - Neufeststellungen veranlasst, die regelmäßig zu Zahlbetragsauswirkungen führten.

Prüfverfahren „Pflichtversicherung von Pflegepersonen“

Die Pflegekassen sind verpflichtet, für Personen, die in einem gewissen Umfang Angehörige oder Freunde pflegen, Rentenversicherungsbeiträge zu zahlen. Voraussetzung ist, dass die pflegebedürftige Person Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegekasse hat.

Durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) sind zum 1. Januar 2017 die Regelungen zur Rentenversicherungspflicht von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen geändert worden.

Seitdem sind Pflegepersonen bereits dann versicherungspflichtig, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad

2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen (§ 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI). Vor dem 1. Januar 2017 trat Versicherungspflicht erst bei wenigstens 14 Stunden wöchentlicher Pflege ein.

Keine Versicherungspflicht liegt vor, wenn Pflegepersonen eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit mit mehr als 30 Wochenstunden ausüben (§ 3 Satz 3 SGB VI). Der Bezug einer Altersteilrente hingegen steht der Versicherungspflicht nicht entgegen. Nach dem bis zum 30. Juni 2017 geltenden § 66 Abs. 1 Nr. 8 und Abs. 3 SGB VI erhielten versicherungspflichtige Altersteilrentner rentenerhöhende Zuschläge aus den Beiträgen für die Pflegetätigkeit beim Wechsel in die Altersvollrente. Seit 1. Juli 2017 werden diese Zuschläge bei Erreichen der Regelaltersgrenze und anschließend jährlich zum 1. Juli berücksichtigt (§ 66 Abs. 1 Nr. 8 und Abs. 3a SGB VI).

Streitige Fälle, in denen die Pflegeperson mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden ist, sind an den zuständigen Rentenversicherungsträger abzugeben. Dieser entscheidet dann über die Versicherungs- und Beitragspflicht mit einem rechtsbehelfsfähigen Bescheid.

Das Bundesversicherungsamt hat 2018 bei zwei seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträgern ein Prüfverfahren zur Pflichtversicherung von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen begonnen. Geprüft werden Entscheidungen der Rentenversicherungsträger in streitigen Fällen der Versicherungs- und Beitragspflicht und Fälle, in denen Pflegezeiten mit Altersrentenbezug zusammentreffen. Die Prüfungen dauern noch an.

Prüfverfahren „Pflichtversicherung von Selbständigen“

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2018 bei zwei seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträgern ein Prüfverfahren zum Thema „Pflichtversicherung von Selbständigen“ begonnen.

Zu diesem Zweck wurden Stichprobenfälle, in denen Rentenversicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 oder 7 bis 9 SGB VI vorliegen kann, für die Prüfung ausgewählt.

Darunter fallen beispielsweise selbständig tätige Lehrer und Erzieher (unter anderem Pädagogen/ Ausbilder, Tennislehrer, Tagesmütter), Pflegepersonen (unter anderem freiberufliche Krankenschwestern/ Krankenpfleger, Masseure, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten), Hebammen und Entbindungshelfer. Ebenfalls einbezogen sind Selbständige, die im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig sind und regelmäßig keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen. Diese Personenkreise sind nach § 190a SGB VI verpflichtet, sich selbst innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit bei ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger zu melden.

Die Versicherungspflicht zieht für die Selbständigen eine Pflicht zur Beitragszahlung nach sich. Die Rentenversicherungsträger haben den rechtzeitigen und vollständigen Beitragseinzug zu überwachen und bei rückständigen Beiträgen nach erfolgloser Mahnung Vollstreckungsmaßnahmen einzuleiten.

Keine Versicherungspflicht besteht, wenn das aus der selbständigen Tätigkeit erzielte Arbeitseinkommen regelmäßig 450 Euro nicht überschreitet oder eine Altersvollrente bezogen wird und die Regelal-

tersgrenze erreicht ist (bis 31. Dezember 2016: eine Altersvollrente bezogen wird) beziehungsweise eine Altersversorgung nach beamten- und kirchenrechtlichen Regelungen oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung bezogen wird (§ 5 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB VI). Daneben haben beispielsweise Selbständige mit nur einem Auftraggeber die Möglichkeit, sich nach § 6 Abs. 1a SGB VI in der Existenzgründerphase in den ersten 3 Jahren von der Rentenversicherungspflicht befreien zu lassen.

Das Bundesversicherungsamt prüft das Verwaltungsverfahren zur Durchführung der Versicherungspflicht, des Beitragseinzugs und der Feststellung der Versicherungsfreiheit.

Prüfverfahren „Zwischenstaatliche Rentenberechnung“

Das Bundesversicherungsamt hat die aufsichtsrechtlichen Prüfungen zum komplexen Thema „Zwischenstaatliche Rentenberechnung“ bei zwei bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern abgeschlossen. Im Rahmen dessen wurden ca. 300 Vorgänge je Rentenversicherungsträger geprüft, wobei sich insgesamt



Zahlbetragsauswirkungen (Nachzahlungen, Überzahlungen und Zinsen) in Höhe von ca. 18.000 € ergaben. Ziel des Rechts der Europäischen Union im Bereich der Sozialen Sicherheit ist die Koordinierung der nationalen Sozialsysteme ihrer Mitgliedstaaten. Dieses überstaatliche Recht (insbesondere die Verordnung (EG) Nr. 883/2004) lässt die nationalen Sicherungssysteme grundsätzlich unangetastet. Die Verordnungen auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit schaffen daher für die Berechtigten im Regelfall auch keinen einheitlichen Rentenanspruch aus den Versicherungsverhältnissen in mehreren Mitgliedstaaten. Die selbstständigen Ansprüche gegen die einzelnen nationalen Systeme bleiben grundsätzlich bestehen. Sie werden ergänzt insbesondere um das Prinzip der Zusammenrechnung von Versicherungszeiten für den Anspruchserwerb (Art. 6 Verordnung (EG) Nr. 883/2004) und eine besondere Rentenberechnung (Art. 52 Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Dabei werden zwei Leistungen berechnet, nämlich eine innerstaatliche (autonome) und eine zwischenstaatliche (anteilige). Der Berechtigte hat Anspruch auf den höheren der beiden Leistungsbeträge.

Gegenstände der Prüfverfahren waren daher u. a. die inner- sowie die zwischenstaatliche Rentenberechnung, das zwischenstaatliche Antragsverfahren, die Feststellung von rentenrechtlichen Zeiten (insbesondere mitgliedstaatliche Versicherungszeiten) sowie die hierfür notwendigen Verwaltungsverfahren.

Im Ergebnis konnten diverse Arbeits- und Dienstabweisungen der o. g. Rentenversicherungsträger - aufgrund der aufsichtsrechtlichen Prüfungen - geändert und somit der geltenden Rechtslage angepasst werden. Des Weiteren erfolgten - auf unsere Veranlassung hin - diverse Neufeststellungen bzw. Neuberechnungen der jeweils bezogenen Rentenleistungen, die regelmäßig zu Zahlbetragsauswirkungen führten. Im Einzelnen resultierten die vorgenannten Neufeststellungen häufig aus der Berücksichtigung weiterer rentenrechtlicher Zeiten (inländische sowie mitgliedstaatliche Versicherungszeiten).

Ausblick: Kommende Prüfungsschwerpunkte in der Rentenversicherung

Auch in den Jahren 2019 und 2020 greift das Bundesversicherungsamt interessante Prüfungsthemen auf dem Feld der gesetzlichen Rentenversicherung auf.

So plant das Bundesversicherungsamt mehrere Prüfverfahren zu den Alters- und Erwerbsminderungsrenten. Auf diesem Feld laufen derzeit bereits Prüfungen zur „Flexirente“ und zu den Erwerbsminderungsrenten. Insgesamt werden hier ca. 1.200 Fälle geprüft. Auf beiden Gebieten hat der Gesetzgeber zuletzt wichtige Reformvorhaben umgesetzt. Derartige gesetzliche Neuregelungen und ihre Umsetzung in die Praxis durch die Rentenversicherungsträger bilden generell einen Schwerpunkt der Prüftätigkeit des Bundesversicherungsamtes.

Es folgt bei beiden Rentenversicherungsträgern unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes je ein Prüfverfahren zur „Rente mit 63“. Im Anschluss sind Prüfverfahren im Bereich der Leistungen zur Teilhabe („Rehabilitation“) geplant.

Auf dem Gebiet des Versicherungs- und Beitragsrechts hat das Bundesversicherungsamt Prüfverfahren zum Thema Versorgungsausgleich eingeleitet. Auch den Versorgungsausgleich hat der Gesetzgeber vor einiger Zeit neu geregelt. Mittlerweile müssten die Rentenversicherungsträger belastbare Erfahrungen mit der Umsetzung der Neuregelung gesammelt haben. Diese Umsetzungspraxis im Bereich des Versorgungsausgleichs wird geprüft.

Ferner sind zu einem verwandten Thema, dem Rentensplitting, Prüfverfahren bei beiden Rentenversicherungsträgern unter unserer Aufsicht geplant.



4. Unfallversicherung

4.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Berufskrankheiten infolge Kälteeinwirkungen

Im vergangenen Jahr erreichten das Bundesversicherungsamt über den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages 18 gleichgelagerte Petitionen aus dem Zuständigkeitsbereich acht gewerblicher Berufsgenossenschaften und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

Der sämtliche Petenten vertretende Rechtsanwalt beanstandete die Entscheidungen der Versicherungsträger, die bei seinen Mandanten ärztlich attestierten Folgen einer als „Non-freezing-Cold-Injury (NFCI)“

bezeichneten Gesundheitsstörung nicht als Berufskrankheit nach § 9 Abs. 2 SGB VII (sog. „Wie-Berufskrankheit“) anzuerkennen. Die genannten Erkrankungen durch Kälteeinwirkungen sind in der geltenden Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (Liste der Berufskrankheiten) nicht enthalten.

Nach § 9 Abs. 2 SGB VII haben die Unfallversicherungsträger eine Krankheit, die nicht in der o. g. Rechtsverordnung bezeichnet ist, wie eine Berufskrankheit als Versicherungsfall anzuerkennen, sofern im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen Erkenntnissen der Wissenschaft die Voraussetzungen für eine Aufnahme in die Liste der Berufskrankheiten erfüllt sind. Nach dem Ergebnis unserer aufsichtsrechtlichen Prüfung der Petitionen liegen diese Voraussetzungen nicht vor. Denn es gibt keine Informationen, dass die bei den Petenten diagnostizierten Erkrankungen nach

den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Aus aufsichtsrechtlicher Sicht begegneten daher die insoweit getroffenen ablehnenden berufsgenossenschaftlichen Entscheidungen keinen Bedenken.

Das ebenfalls in die Petitionsverfahren involvierte Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hatte zunächst gegenüber dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages grundsätzlich darauf hingewiesen, dass der Ordnungsgeber bei der Aufnahme neuer Erkrankungen in die Liste der Berufskrankheiten nicht frei sei.

Zur Prüfung der medizinisch-wissenschaftlichen Voraussetzungen besteht beim BMAS ein Beratungsgremium, der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“, der jährlich viermal tagt und mit der Thematik befasst wurde. Das Gremium entschied Mitte 2018, sich zunächst im Vorfeld einer Meinungsbildung in allen dem Petitionsausschuss vorliegenden Fällen die anonymisierten ärztlichen Diagnosen sowie die Beschreibung der ausgeübten Tätigkeiten vorlegen zu lassen.

Unabhängig davon sind in der Mehrzahl der dem Bundesversicherungsamt zugeleiteten Petitionen Gerichtsverfahren, allesamt vor dem Sozialgericht Marburg, anhängig, die im Verlauf des Jahres 2018 nicht zum Abschluss gebracht werden konnten.

Aufsichtsrechtliche Begleitung von Fusionen der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Eine Berufsgenossenschaft ist zum 1. Januar 2010 aus der Fusion mehrerer anderer Berufsgenossenschaften hervorgegangen. Die sich zusammenschließenden Berufsgenossenschaften hatten eine Vereinbarung getroffen, nach der für einen Übergangszeitraum von bis zu zwölf Jahren unterschiedliche Berechnungsgrundlagen für die Beiträge und getrennte Umlagen für die bisherigen Zuständigkeitsbereiche der vereinigten Berufsgenossenschaften vorgesehen waren. Dieser Übergangszeitraum sollte längstens bis zum 31. Dezember 2021 dauern.

Die Vertreterversammlung der vereinigten Berufsgenossenschaft beschloss am 5. Juli 2018, die Erhebung von getrennten Umlagen für die ehemaligen Zuständigkeitsbereiche (vorzeitig) zu beenden und ab dem Umlagejahr 2019 eine gemeinsame Umlage auf der Grundlage eines ersten gemeinsamen Gefahrtarifs zu erheben.

Gleichzeitig fasste die Vertreterversammlung den Beschluss, über den 31. Dezember 2018 hinaus die Mittel aus der der sog. Lastenverteilung (§§ 178 ff. SGB VII) weiterhin so zu verteilen, als hätte die Fusion nicht stattgefunden. Dieser Beschluss bedurfte der Genehmigung des Bundesversicherungsamtes. Die beantragte Genehmigung wurde erteilt.

Internationales Engagement im Bereich der Prävention

In 2018 prüfte das Bundesversicherungsamt die seiner Aufsicht unterliegenden Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zur Thematik „Aufwendung von Personal- und Sachmitteln für die Zusammenarbeit mit der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) bzw. deren Sektionen“. Der Schwerpunkt der trägerübergreifenden Aufsichtsprüfung lag auf organisatorischen und buchungstechnischen Fragen sowie der Einhaltung der beamten- und dienstordnungsrechtlichen Vorgaben. Hiermit zusammenhängend erfolgte u.a. eine Abfrage über die rechtliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit den Sektionen und über den Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen. Dabei hat sich gezeigt, dass einige grundsätzliche Rechtsfragen bisher nicht abschließend geklärt werden konnten bzw. von den Unfallversicherungsträgern sehr unterschiedlich bewertet werden.

Entsprechend ihrer Satzung handelt es sich bei der IVSS um eine gemeinnützige, internationale Organisation von Behörden, Anstalten, Trägern und anderen Körperschaften, die in einem oder mehreren Zweigen der sozialen Sicherheit Aufgaben wahrnehmen. Gegründet wurde sie 1927 unter Federführung der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO). Sie besteht gegenwärtig aus mehr als 320 Mitgliedsinstitutionen aus über 150 Ländern. Mitglied ist u.a. die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V., nicht jedoch die Unfallversicherungsträger. Für den Präventionsbereich

werden die Tätigkeiten durch einen besonderen Ausschuss für Prävention geleitet.

Aktuell besteht der Präventionsausschuss aus 13 internationalen Sektionen: Bau, Bergbau, Chemische Industrie, Eisen und Metall, Elektrizität, Gas und Wasser, Erziehung und Ausbildung, Forschung, Gesundheitswesen, Informationen, Landwirtschaft, Maschinen- und Systemsicherheit, Präventionskultur und Transportwesen. Die meisten der dem Bundesversicherungsamt unterstehenden Unfallversicherungsträger sind Mitglieder in den für ihre Gewerbezüge zuständigen Sektionen.

Die Sektionen verfügen über ähnlich lautende Statute, welche jedoch im Detail variieren. Zur Finanzierung der Sektionstätigkeiten sind Mitgliedsbeiträge und / oder freiwillige Zuwendungen vorgesehen. Organe der Sektionen sind die Generalversammlung und der Vorstand. Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte der Sektion. Er besteht aus dem Präsidenten, dem (oder den) Vizepräsidenten, dem Generalsekretär, dem Schatzmeister, wenn die Sektion Einnahmen verwaltet. Letztere Aufgabe kann ebenfalls vom Generalsekretär wahrgenommen werden.

Für sechs der 13 Sektionen wird das Sekretariat von einer gewerblichen Berufsgenossenschaft geführt und durch den Generalsekretär der Sektion, einen Beschäftigten der jeweiligen Berufsgenossenschaft, vertreten. Außerdem bekleiden einige Führungskräfte der Berufsgenossenschaften das Amt des Präsidenten bzw. Vizepräsidenten der Sektion(en).

Im Rahmen der Erhebungen stellte sich heraus, dass einzelne Berufsgenossenschaften, bei denen das Generalsekretariat angesiedelt ist, bei der praktischen Umsetzung der Sektionsarbeit im Hinblick auf die Anwendung bzw. Einhaltung nationaler Bestimmungen auf rechtliche Schwierigkeiten stießen. Zu nennen sind etwa die rechtskonforme Mittelverwendung (§ 30 Abs. 1 SGB IV), der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Abs. 2 SGB IV), weitere haushaltsrechtliche Vorgaben (Zuwendungsrecht) und nicht zuletzt steuerrechtliche Aspekte, die bei der Ausübung des internationalen Engagements zu berücksichtigen sind.

Das Bundesversicherungsamt geht davon aus, dass das internationale Engagement der seiner Aufsicht unterliegenden Unfallversicherungsträger in Zukunft



verstärkt finanzielle und personelle Ressourcen binden wird. Es wirkt daher mit Nachdruck auf eine rechtliche Klärung hin, welche jedoch in erster Linie durch die Berufsgenossenschaften im Zusammenwirken mit der IVSS selbst herbeizuführen ist. Um den dargestellten Schwierigkeiten zu begegnen, haben einige Berufsgenossenschaften rechtsfähige Vereine nach deutschem Recht gegründet. In diesem Zusammenhang überprüft das Bundesversicherungsamt, ob und inwieweit mit Hilfe dieser Vereine eine Lösung der geschilderten Problematik zu erreichen ist bzw. welche zusätzlichen Probleme sich hierdurch ergeben.

Des Weiteren ergab sich aus der Aufsichtsprüfung, dass unter dienstrechtlichen Aspekten vergleichbare Sachverhalte uneinheitlich behandelt bzw. verbindliche Vorgaben nicht oder unzureichend beachtet wurden. So gab es unterschiedliche Rückmeldungen zu der Frage, ob die Tätigkeiten der Beschäftigten der Berufsgenossenschaften für die (IVSS-)Sektionen bzw. die gegründeten Vereine zu ihrem Hauptamt gehören oder als Nebentätigkeiten (im dienstlichen Interesse) qualifiziert wurden. Die Unterscheidung zwischen Hauptamt und Nebentätigkeit im dienstlichen Interesse ist für die rechtlichen Folgen von elementarer Bedeutung. Bei einer hauptamtlichen Verwendung dürfen die handelnden Personen über die durch den Dienstherrn gezahlten Bezüge hinaus keine wirtschaftlichen Vorteile erhalten. Dagegen sind bei Nebentätigkeiten im dienstlichen Interesse Hinzuerdienstmöglichkeiten innerhalb bestimmter Höchstgrenzen zulässig. Insbesondere wenn die Finanzierung der Sektionen / Vereine im Wesentlichen durch die Berufsgenossenschaft selbst erfolgt, betrachtet das Bundesversicherungsamt eine Einstufung als Nebentätigkeit kritisch. In jedem Fall sind bei der Einstufung als Nebentätigkeit die Bestimmungen des Nebentätigkeitsrechts zu beachten. Das Bundesversicherungsamt stellte jedoch in Einzelfällen fest, dass dem Nebentätigkeitsrecht und den sich hieraus ergebenden Dokumentationspflichten über mehrere Jahre hinweg nicht hinreichend Rechnung getragen wurde.

4.2 Satzung

Gefahrtarifangelegenheiten

Die Genehmigung von Gefahrtarifen gehört zu den zentralen Aufgaben des Bundesversicherungsamtes als Aufsichtsbehörde. Gefahrtarife spielen eine wichtige Rolle bei der Festsetzung der Beiträge in der gesetzlichen Unfallversicherung. Sie beinhalten die Gefahrklassen, die neben dem Finanzbedarf und den Arbeitsentgelten der Versicherten zu den Berechnungsgrundlagen für die Beiträge zählen (§§ 157, 153 Abs. 1 SGB VII). Die Gefahrtarife bedürfen daher einer regelmäßigen Revision. Das Gesetz gibt in § 157 Abs. 5 SGB VII eine Höchstgeltungsdauer von sechs Jahren vor. In diesem Zusammenhang richteten zwei Unfallversicherungsträger ihre Anträge auf Genehmigung ihrer Gefahrtarife an das Bundesversicherungsamt. Besonderheiten ergeben sich für die Gefahrtarife fusionierter Unfallversicherungsträger, v. a. wenn es um die Aufstellung eines ersten gemeinsamen und somit neuen Gefahrtarifs geht. Zwei weitere Anträge von Unfallversicherungsträger waren auf die Genehmigung solcher neugefasster Gefahrtarife gerichtet. Bei seiner Prüfung hat das Bundesversicherungsamt neben der Ermächtigungsgrundlage in § 157 SGB VII sowie den tragenden Grundsätzen des Unfallversicherungsrechts und sonstigem höherrangigen Recht auch fusionsbedingte Sonderregelungen zu beachten. Zu Letzteren zählen die Zustimmungserfordernisse bestimmter Gremien innerhalb der Unfallversicherungsträger oder auch der Zeitpunkt, ab dem zulässigerweise ein gemeinsamer Gefahrtarif aufgestellt werden kann. Sich diesbezüglich im Kalenderjahr 2018 ergebende Fragen konnten geklärt werden. Der Schwerpunkt der Prüftätigkeit des Bundesversicherungsamtes lag im Berichtsjahr auf der Bildung der Tarifstellen. In Tarifstellen werden Gefahrengemeinschaften nach ihren Gefährdungsrisiken unter Berücksichtigung eines versicherungsmäßigen Risikoausgleichs gebündelt (§ 157 Abs. 2 SGB VII). Das Belastungsverhältnis einer Tarifstelle drückt sich in der für sie ermittelten Gefahrklasse aus. Die im Berichtsjahr zur Genehmigung vorgelegten Gefahrtarife waren insgesamt von einer starken Neustrukturierung der

Tarifstellen im Vergleich zu den Vorgängergefahrtraten geprägt. Einmal war dies in zwei Fällen durch die jeweilige Aufstellung eines ersten gemeinsamen Gefahrtrats nach Fusion bedingt. Hier mussten die isolierten Gefahrtrats und Tarifstellen für die bisherigen Zuständigkeitsbereiche des Unfallversicherungsträgers zusammen geführt werden. Dies ist auch eine besondere Herausforderung für die betroffenen Unfallversicherungsträger. Weiterhin bewogen Veränderungen in den Belastungsverhältnissen sowie die Entwicklung der Tarifstellen die Unfallversicherungsträger zu einer Umorganisation. An dieser Stelle ist auf die aus früheren Veröffentlichungen des Bundesversicherungsamtes (u. a. Tätigkeitsbericht BVA 2012, Seite 50) bekannte, zulässige Auflösung der kaufmännischen/verwaltenden Tarifstelle hinzuweisen, die auch 2018 wieder Thema war.

Es ist Aufgabe des Bundesversicherungsamtes, die Zusammensetzung der Tarifstellen nachzuvollziehen und auf Rechtskonformität zu prüfen. Grundsätzlich bestehen gegen eine Neustrukturierung keine Bedenken. Insbesondere werden durch größere bzw. ähnlich große Tarifstellen stabile(re) Gefahrengemeinschaften geschaffen. Die Wahl der Tarifstellen nach Anzahl und Inhalt steht im Rahmen der rechtlichen Grenzen im Ermessen des Unfallversicherungsträgers (Brandenburg/K. Palsherm, in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 157 SGB VII Rn. 23, 30). Das entbindet das Bundesversicherungsamt jedoch nicht davon, die Zusammensetzung der Tarifstellen im Einzelnen rechtlich zu bewerten. So war zu prüfen, ob

die neu eingerichteten sowie auch die fortbestehenden Tarifstellen groß genug sind, um den gesetzlich notwendigen versicherungsmäßigen Risikoausgleich zu gewährleisten und zufallsbedingte Beitragsentwicklungen grundsätzlich auszuschließen. Ferner war zu hinterfragen, ob die in der jeweiligen Tarifstelle eingruppierten Gewerbezeige nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 11. April 2013, Az.: B 2 U 8/12 R, juris Rn. 28) strukturelle, technologische und wirtschaftliche Gemeinsamkeiten aufweisen. Bei aus verschiedenen Gewerbezeigen zusammengefassten Tarifstellen, dürfen die Belastungsverhältnisse der einzelnen Zeige nicht auffällig (statistisch signifikant) von der durchschnittlichen Belastungsziffer der Tarifstelle abweichen. Das Bundessozialgericht hat insoweit eine Differenz von 33,3% noch akzeptiert (BSG, a. a. O., juris Rn. 36 ff.). Darüber hinaus wurde seitens des Bundesversicherungsamtes darauf geachtet, dass die Benennung der Gewerbezeige und Tarifstellen sowie andere Bestimmungen im Gefahrtrat hinreichend klar und konkret sind, damit keine Irritationen im Hinblick auf die Zuständigkeit oder die Abgrenzung zu anderen Trägern entstehen.

Nach Prüfung der Gefahrtrats und der zur Begründung der Vorhaben von den Unfallversicherungsträgern vorgelegten Unterlagen sowie intensivem Austausch mit diesen konnte den insgesamt vier vorgelegten Genehmigungsanträgen nach Prüfung jeweils entsprochen werden.



5. Landwirtschaftliche Sozialversicherung

5.1 Finanzen

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

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

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

Das Bundesversicherungsamt hat die SVLFG – wie in den Vorjahren – auch in 2018 bei der Haushaltsplanung 2019 und der Haushaltsbewirtschaftung 2018 beratend begleitet.

Der vom Vorstand der SVLFG aufgestellte Haushaltsplan 2019 mit einem Gesamtvolumen von rd. 7,41 Milliarden Euro (+50 Millionen Euro gegenüber 2018) wurde fristgerecht vorgelegt und seitens des Bundesversicherungsamtes am 20. Dezember 2018 genehmigt.

Die SVLFG hat gemäß § 71 d Abs. 2 SGB IV sicherzustellen, dass Kosten, die für die Erfüllung von Aufgaben mehrerer oder aller Versicherungszweige entstehen, durch geeignete Verfahren sachgerecht auf die Versicherungszweige aufgeteilt werden. Die Kostenverteilung ist ebenfalls durch das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft jährlich zu genehmigen. Seit dem Haushaltsjahr 2017 kommt

hierbei ein neues Verfahren zur Anwendung, das die aktuellen Arbeitsmengenentwicklungen in den einzelnen Versicherungszweigen der SVLFG berücksichtigt.

5.2 Alterssicherung der Landwirte

Abschaffung der Hofabgabepflicht

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Chancen für Qualifizierung und für mehr Schutz in der Arbeitslosenversicherung (Qualifizierungschancengesetz) vom 18. Dezember 2018 wurde das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG) geändert und damit die sogenannte Hofabgabeklausel abgeschafft.

Die Hofabgabe als eine der Leistungsvoraussetzungen für Renten in der Alterssicherung der Landwirte war in der Vergangenheit immer wieder Gegenstand kontroverser politischer Diskussionen, die sich auch in den Eingaben an das Bundesversicherungsamt abbildeten. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem am 9. August 2018 veröffentlichten Beschluss vom 23. Mai 2018 über zwei Verfassungsbeschwerden zur Hofabgabeverpflichtung entschieden (Az.: 1 BvR 97/14 und 1 BvR 2392/14).

In seinen Leitsätzen stellt der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichtes fest, dass die Koppelung einer Altersrente an die Abgabe eines landwirtschaftlichen Hofes faktisch in die Eigentumsfreiheit des Art. 14 GG eingreife. Die Pflicht zur Hofabgabe werde verfassungswidrig, wenn diese in unzumutbarer Weise Einkünfte entziehe, die zur Ergänzung einer als Teilversicherung ausgestalteten Rente notwendig sind. Wie das Bundesverfassungsgericht weiter ausführt, dürfe die Gewährung einer Rente an den einen Ehepartner nicht von der Entscheidung des anderen Ehepartners über die Abgabe des Hofes abhängig gemacht werden. Mit dem Qualifizierungschancengesetz vom 18. Dezember 2018 hat der Gesetzgeber den Auftrag des Bundesverfassungsgerichts, der festgestellten Verfassungswidrigkeit im Wege der Gesetzgebung Rechnung zu tragen, zeitnah umgesetzt und die Hofabgabeverpflichtung mit Wirkung vom 9. August 2018 abgeschafft.

Das Bundesversicherungsamt hat die Entwicklung im Aufsichtswege begleitet.



6. Übergreifende Aufsichtsthemen

6.1 Finanzen

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 Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger. Geprüft wird hierbei, ob die Sozialversicherungsträger die Vorgaben der §§ 80, 83 SGB IV bei der Anlage und Verwaltung ihrer Geldanlagen beachten.

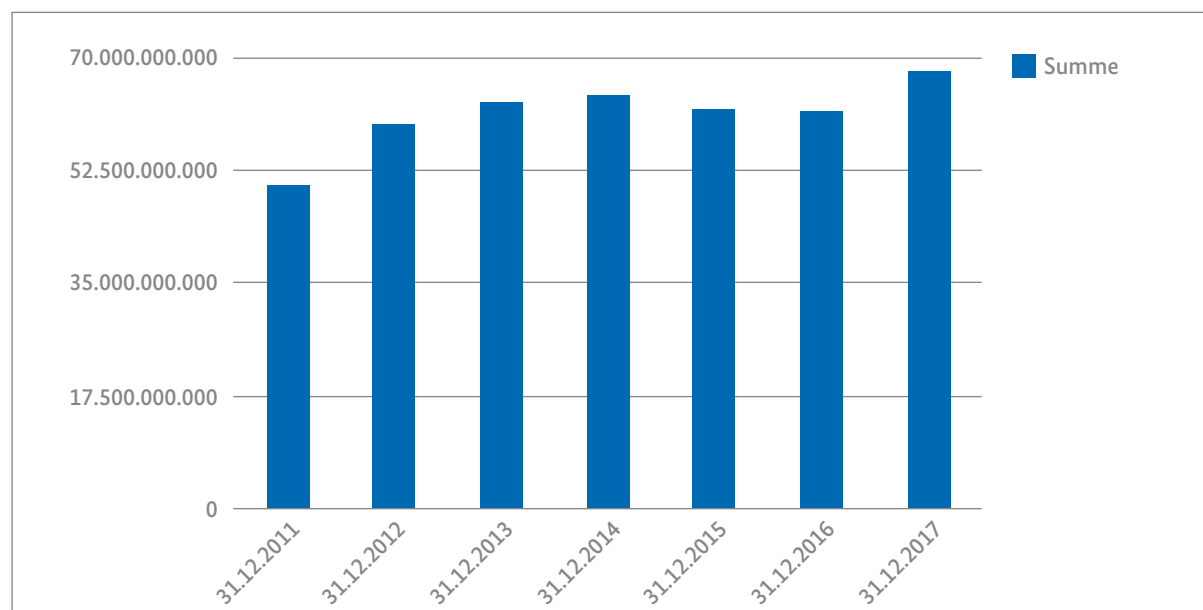
In der Abfrage zum Stichtag 31. Dezember 2017 wurde wie in den Vorjahren insbesondere die Ein-

haltung 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 vor allem auch bei Vorliegen einer einseitigen Vermögensanlage (sog. Klumpenrisiko). Dieses Risiko lässt sich hauptsächlich durch Streuung der Anlagebeträge auf mehrere Kreditinstitute reduzieren. Deshalb wurde ergänzend geprüft, ob die Träger auch eine ausreichende Risikostreuung vorgenommen haben.

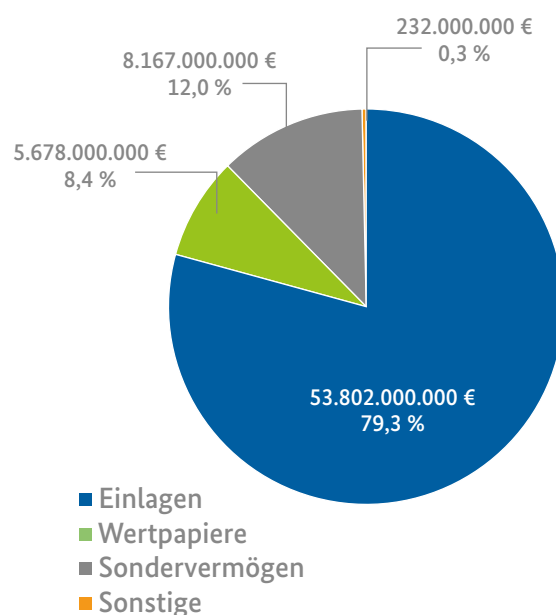
Die Prüfung der Einhaltung der Einlagensicherungsgrenzen zum Stichtag 31. Dezember 2017 führte, wie im Vorjahr, zu keinen Beanstandungen. Hierbei wurde berücksichtigt, dass für nach dem 30. September 2017 erworbene Namensschuldverschreibungen und Schuldscheindarlehen von Mitgliedsinstituten des Bankenverbandes die Einlagensicherung entfallen ist,

mit der Folge, dass ein Erwerb dieser Anlageformen seit dem 1. Oktober 2017 nicht mehr zulässig ist. Die Vermögensanlage und -verwaltung von sechs Sozialversicherungsträgern wies zum 31. Dezember 2017 Klumpenrisiken auf (2014: 12; 2015: 7; 2016: 7). Beabsichtigt ist, bei wiederholt auffällig gewordenen bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern erweiterte Prüfungen im Bereich des Geldanlage- und Risikomanagements durchzuführen. Die statistische Auswertung der erhobenen Daten hat außerdem Folgendes ergeben: Die geprüften Sozi-

alversicherungsträger verfügten Ende 2017 über ein liquides Anlagevermögen in Höhe von rd. 67,9 Mrd. Euro (2016: 61,9 Mrd. Euro; 2015: 62,1 Mrd. Euro). Die liquiden Mittel der Krankenversicherungsträger stiegen gegenüber dem Vorjahr um 17,2 %, die der Rentenversicherungsträger um 4,7 %; die Unfallversicherungsträger verzeichneten einen Anstieg der liquiden Mittel um 3,8 %. Die Entwicklung der Geldanlagebestände aller bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger seit 2011 ist der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.



Die Anlagestruktur stellte sich zum 31. Dezember 2017 wie folgt dar: 79,3 % der Anlagen wurden in Einlagen getätigt (Ende 2016: 80,2 %; Ende 2015: 83,5 %). Der Anteil der Investmentvermögen an den Geldanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr von 11,5 % auf 12,0 %. Der in einzelne Wertpapiere investierte Anteil stieg von 8,3 % auf 8,4 %; in dieser Anlagekategorie sind Staatsanleihen, Pfandbriefe und andere Schuldverschreibungen zusammengefasst.



Entsprechend den Spezialvorschriften des SGB VI haben die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See die Nachhaltigkeitsrücklage ausschließlich in Einlagen angelegt. Bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen stellten die Sicht- und Termingelder mit 71,8 % der liquiden Mittel die dominierende Anlageform dar. Deren Anteil am Gesamtvermögen in der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich aber gegenüber dem Vorjahr um 0,2 %-Punkte reduziert (2016: 72,0 %; 2015: 76,7 %). Der Anteil der Mittel, die längerfristig in Investmentvermögen gemäß § 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB IV investiert wurden, stieg hingegen von 9,6 % auf 10,2 %. Der auf die Einlagen entfallende Anteil am Gesamtvermögen der bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger ist gegenüber dem Vorjahr (57,4 %) auf 55,0 % gesunken. Auch bei diesen Trägern ist eine Verschiebung der Vermögensanteile zugunsten der Investmentvermögen gemäß § 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB IV festzustellen (2017: 40,7 %; 2016: 38,3 %; 2015: 32,7 %), während der prozentuale Anteil der Direktanlagen in Wertpapiere mit 4,2 % (2016: 4,3 %; 2015: 3,9 %) des Gesamtvermögens marginal gesunken ist.

Die §§ 171e SGB V, 172c SGB VII und 7 SVLFGG verpflichten die Kranken- und Unfallversicherungsträger sowie die SVLFG zur Bildung von Deckungskapital für ihre Altersvorsorgeverpflichtungen. Diese spezialgesetzlichen Regelungen wurden durch das 6. SGB IV-Änderungsgesetz dahin gehend ergänzt, dass – im Rahmen eines passiven, indexorientierten Anlagemanagements – bis zu zehn % (seit dem 15. Dezember 2018 bis zu 20 %) des Deckungskapitals eines Sozialversicherungsträgers in Investmentvermögen mit Aktienanteilen angelegt werden können. Investmentvermögen mit einem solchen Anlagemanagement werden auch als Exchange Traded Funds (ETFs) bezeichnet.

ETFs unterscheiden sich im Hinblick auf die Art der Nachbildung der jeweiligen Indizes, die sog. Replikationsmethode. Während sog. physisch replizierende ETFs den Index durch den direkten Kauf der im Index enthaltenen Titel im Verhältnis eins zu eins nachbilden, ist für sog. synthetisch replizierende ETFs kennzeichnend, dass sie in Wertpapiere oder sonstige

Anlagekategorien investieren, die nur teilweise oder gar nicht der Zusammensetzung des Vergleichsindex entsprechen.

§ 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB IV erlaubt den Erwerb von Anteilen an Sondervermögen nach dem Gesetz über Kapitalanlagegesellschaften (KAGB) aber nur, wenn sichergestellt ist, dass für das Sondervermögen ausschließlich Vermögensgegenstände nach § 83 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB IV erworben werden dürfen. Da der jeweilige Sozialversicherungsträger aber grundsätzlich keinen Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung eines synthetisch replizierenden ETFs hat, kann nicht ausgeschlossen werden, dass dieser Vermögensgegenstände enthält, die mit den SGB-Vorgaben unvereinbar sind. ETFs mit einer synthetischen Replikation erfüllen somit nicht die Zulässigkeitskriterien für Investmentvermögen, die von den bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern erworben werden dürfen.

In der Vergangenheit hat das Bundesversicherungsamt mehrfach Anteile synthetisch replizierender ETFs in den Anlageportfolios bundesunmittelbarer Sozialversicherungsträger identifiziert und auf deren Unzulässigkeit hingewiesen. Die kontaktierten Sozialversicherungsträger haben diese ETF-Anteile daraufhin jeweils vollständig veräußert. Auf Basis der uns zum Stichtag 31. Dezember 2017 gemeldeten Geldanlagen wurden 2018 bei ausgewählten Sozialversicherungsträgern Anteile von siebzehn ETFs mit einem Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 131,4 Mio. € vorgefunden und auf ihre SGB-Konformität hin überprüft. Im Ergebnis wurde die Unzulässigkeit von zwei ETFs eines Sozialversicherungsträgers festgestellt. Das Bundesversicherungsamt hat diesen daraufhin aufgefordert, seine Anteile an den beiden Investmentvermögen zu veräußern.

Genehmigung und Anzeigen von Immobilienmaßnahmen nach § 85 SGB IV

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

Mit den sog. „Grundsätzen 85“ hat das Bundesversicherungsamt den Sozialversicherungsträgern einen Leitfaden als Handlungsanweisung für die Genehmigungs- und Anzeigeverfahren im Immobilienbereich zur Verfügung gestellt, der auf der Internetseite des Bundesversicherungsamts unter der Rubrik „Finanzen und Vermögen/Immobilienmaßnahmen“ abrufbar ist. Dieser umfasst neben den Ausführungen zu den verfahrenstechnischen Fragen und der Erläuterung der für die Prüfung vorzulegenden Unterlagen insbesondere Hinweise zu den Themenkomplexen Haushaltsrecht, Vergaberecht und Raumnutzung.

Im Jahr 2018 wurde für Immobilienmaßnahmen einschließlich der Darlehensfinanzierungen ein Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 208,3 Millionen Euro beantragt bzw. angezeigt. Darüber hinaus leistete das Bundesversicherungsamt bei vielen sich in Vorbereitung befindlichen Maßnahmen Beratungshilfe, so zum Beispiel beim Neubau eines Präventionszentrums durch zwei gewerbliche Berufsgenossenschaften in Hamburg mit einem Finanzvolumen von über 150 Millionen Euro.

Immobilienmaßnahmen der Sozialversicherungsträger nach § 85 SGB IV			
Anlagegegenstand	Anlagevolumen in Millionen Euro		
	2016	2017	2018
Genehmigungen			
Darlehen	21,3	7,7	7,6
Grunderwerbe	21,2	1,5	0,6
Baumaßnahmen	21,0	2,0	156,2
Anzeigen			
Darlehen	40,0	-	-
Zuschüsse	18,9	15,9	22,5
Baumaßnahmen	39,1	24,7	21,4
Summe	161,5	51,8	208,3

In den einzelnen Maßnahmenbereichen wurden 2018 insgesamt 202 Vorgänge bearbeitet (2017: 142 Vorgänge; 2016: 164 Vorgänge).

Maßnahmenbereich	2016	2017	2018
Genehmigungen von Darlehen	73	63	36
Genehmigungen von Grunderwerben	3	1	1
Genehmigungen von Baumaßnahmen	7	1	3
Anzeigen von Darlehen	2	-	-
Anzeigen von Zuschüssen	72	72	152
Anzeigen von Baumaßnahmen	7	5	10
	164	142	202

Im Jahr 2018 hat das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über insgesamt 57 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von

808,3 Mio. Euro geführt (2017: 51 laufende Projekte mit 741,5 Mio. Euro Volumen; 2016: 66 laufende Projekte mit 770,5 Mio. Euro Volumen). Bei acht Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt 113,8 Mio. Euro hat das Bundesversicherungsamt die Abschlussberichte geprüft (2017: 9 Projekte mit 34,8 Mio. Euro Volumen; 2016: 5 Projekte mit 20,9 Mio. Euro Volumen).

6.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Änderung der Gemeinsamen Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung gemäß § 41 SGB IV zum 1. Januar 2019

§ 41 SGB IV enthält die Grundsätze für den Umfang der Entschädigung der ehrenamtlich für die Träger der Sozialversicherung Tätigen. Für die im Rahmen der ehrenamtlichen Tätigkeit erbrachten Leistungen gibt es keine Vergütung. Der ehrenamtlich Tätige soll aber durch die entstandenen Auslagen oder den Verdienstausfall keinen vermögenswerten Nachteil infolge des Ehrenamtes erleiden. Die Entschädigungen der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane werden auch künftig durch Beschlüsse der Selbstverwaltung und nicht durch den Gesetzgeber festgesetzt.

Die Beschlüsse über die Entschädigungen für die Mitglieder der zuständigen Selbstverwaltungsorgane bedürfen gemäß § 41 Absatz 4 Satz 3 SGB IV der Genehmigung der Aufsichtsbehörden. Im Interesse einer einheitlichen Genehmigungspraxis legen die Aufsichtsbehörden die Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) und Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)) für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane zugrunde.

Der DGB und die BDA passen diese Empfehlung über eine angemessene Bemessung zum Auslagenersatz und der Entschädigungspauschalen nach § 41 SGB IV alle drei Jahre an. Damit soll eine sowohl regelmäßige als auch regelgebundene Anpassung der Entschädigungspauschalen gewährleistet werden. Die letzte

Anpassung erfolgte zum 1. Januar 2016. Die Gemeinsame Empfehlung von DGB und BDA für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung wurde überarbeitet und ist zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten.

Für die Höhe der Zeitaufwandspauschale wird die zwischenzeitliche Lohnentwicklung, gemessen an der sozialversicherungsrechtlichen Bezugsgröße, zugrunde gelegt. Die sozialversicherungsrechtliche Bezugsgröße steigt von 2.905 Euro monatlich im Jahr 2016 auf 3.115 Euro monatlich im Jahr 2019 und damit um 7,23 %. Deshalb wurde eine entsprechende Anpassung der Zeitaufwandspauschalen zum 1. Januar 2019 vorgenommen. Entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße für 2019 wird die Zeitaufwandspauschale von derzeit 70 Euro auf 75 Euro erhöht.

Den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane kann ein Tagegeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Um hinsichtlich der Verpflegung bei internen Veranstaltungen eine transparente und abgestimmte Regelung zu treffen, wurde nun in der überarbeiteten Empfehlungsvereinbarung ein Formulierungsvorschlag für einen kleinen Imbiss und kostenlose Getränke aufgenommen. Zukünftig kann bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers kostenfrei Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen nach dem Einkommenssteuergesetz eine gewisse Höhe nicht übersteigen.

Neufassung der gemeinsamen Grundsätze zur Abgrenzung der Aufsichtszuständigkeit bei Arbeitsgemeinschaften nach § 94 SGB X

Gemäß § 94 Absatz 1a Satz 1 SGB X können Träger der Sozialversicherung, Verbände von Trägern der Sozialversicherung und die Bundesagentur für Arbeit einschließlich der in § 19a Abs. 2 des ersten Buches genannten anderen Leistungsträger insbesondere zur gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung, Koordination und Förderung der engen Zusammenarbeit im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben Arbeitsgemeinschaften bilden.



Arbeitsgemeinschaften unterliegen nach § 94 Absatz 2 Satz 1 SGB X staatlicher Aufsicht; die §§ 85, 88, 90 und 90a SGB IV gelten entsprechend. Bei Versicherungsträgern ist es nach § 90 Absätzen 1 bis 3 SGB IV entscheidend, ob sich der Zuständigkeitsbereich über das Gebiet eines Landes bzw. über drei Länder hinaus erstreckt und folglich Bundesunmittelbarkeit vorliegt. Eine Definition des Zuständigkeitsbereiches nach § 90 SGB IV enthält § 90a SGB IV. Diese trifft jedoch nur für Krankenkassen zu und ist nicht unmittelbar auf Arbeitsgemeinschaften übertragbar. Das Kriterium des Zuständigkeitsbereiches bedarf daher in Bezug auf Arbeitsgemeinschaften der Auslegung.

Für die entsprechende Auslegung der genannten Vorschriften bei Arbeitsgemeinschaften haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder im Rahmen der 79. Aufsichtsbehördentagung zur Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis gemeinsame Grundsätze beschlossen, die seit dem Jahr 2011 bei der Abgrenzung der Aufsichtszuständigkeit nach § 94 Absatz 2 SGB X einheitlich von allen Aufsichtsbehörden herangezogen werden.

Da in den vergangenen Jahren das Tätigwerden der Arbeitsgemeinschaften bei den Sozialversicherungsträgern an zunehmender Bedeutung gewonnen hat und sich hinsichtlich der Frage nach der zuständigen Aufsichtsbehörde vermehrt angesichts der unbestimmten gesetzlichen Kriterien erhöhter Auslegungsbedarf

ergab, haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder auf der Grundlage der Beschlüsse der 90. und 92. Aufsichtsbehördentagung eine Arbeitsgruppe mit dem Ziel eingerichtet, die gemeinsamen Grundsätze zur Abgrenzung der Aufsichtszuständigkeit über Arbeitsgemeinschaften fortzuentwickeln. Letztlich bestand bei den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder jedoch Einvernehmen, ein rechtssicheres Verfahren bei der Abgrenzung der Aufsichtszuständigkeit über Arbeitsgemeinschaften nur durch eine gesetzliche Änderung des § 94 Absatz 2 SGB X erreichen zu können.

Vor diesem Hintergrund haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder im Rahmen der 93. Aufsichtsbehördentagung das zuständige Bundesministerium gebeten, die auf dieser Tagung erarbeiteten Vorschläge zur Änderung der gesetzlichen Regelungen zu der Aufsichtszuständigkeit über Arbeitsgemeinschaften in § 94 Absatz 2 SGB X in das parlamentarische Verfahren einzubringen. Im Zuge dessen sind weitere gesetzliche Änderungen im Recht der Arbeitsgemeinschaften befürwortet worden, die zu einer Stärkung der Aufsichtsmittel gegenüber den Arbeitsgemeinschaften führen sollen.

Einrichtung des besonderen Behördenpostfachs bei den Sozialversicherungsträgern

Aufgrund gesetzlicher Regelungen sind Behörden sowie Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts ab 1. Januar 2018 verpflichtet, einen sicheren Übermittlungsweg für die elektronische Kommunikation mit den Gerichten zu eröffnen. Grundlage hierfür sind das Gesetz zur Förderung des elektronischen Rechtsverkehrs mit Gerichten vom 10. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3786), das Gesetz zur Einführung der elektronischen Akte in der Justiz und zur weiteren Förderung des elektronischen Rechtsverkehrs vom 5. Juli 2017 (BGBl. I S. 2208 ff.) sowie die Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV), die die Bundesregierung unter Beachtung des Maßgabebeschlusses des Bundesrates beschlossen hat. Sichere Übermittlungswege sind gemäß § 65a Absatz 4 Nummern 1 und 3 Sozialgerichtsgesetz n.F. unter anderem De-Mail und das besondere Behördenpostfach (beBPO).

In einem Schreiben vom 30. November 2017 teilte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales dem Bundesversicherungsamt mit, dass die Behörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales das beBPO möglichst schnell einrichten sollen, um umfassend den elektronischen Rechtsverkehr voranzutreiben und den Gerichten einen (weiteren) sicheren Übermittlungsweg zur Verfügung zu stellen.

Damit das beBPO genutzt werden kann, ist zunächst die Identität der entsprechenden Behörden zu überprüfen (Identifizierungsverfahren). In weiteren Schritten sind die Behörden sodann in einen sicheren Verzeichnisdienst einzutragen und freizuschalten. Gemäß § 7 ERVV bestimmen die obersten Behörden des Bundes öffentlich-rechtliche Stellen für die Durchführung des Identifizierungsverfahrens. Die benannte Aufgabe der beBPO-Prüfstelle haben das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Gesundheit als ursprünglich zuständige Ressorts für die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger an das Bundesversicherungsamt übertragen. Das

Bundesversicherungsamt hat damit die Aufgabe der beBPO-Prüfstelle inne. Nach Veröffentlichung eines Rundschreibens am 26. April 2018 gingen neben vielerlei Fragen auch die ersten Anträge auf Freischaltung des beBPO beim Bundesversicherungsamt ein. Im Jahr 2018 konnten acht Anträge bundesunmittelbarer Sozialversicherungsträger genehmigt werden. Dabei handelte es sich um drei Unfallversicherungsträger und fünf Kranken- bzw. Pflegekassen. Zu Beginn des Jahres 2019 sind weitere Anträge bundesunmittelbarer Sozialversicherungsträger im Bundesversicherungsamt eingegangen.

Erfahrungen aus der Umsetzung der DSGVO im Aufsichtsbereich

Das Bundesversicherungsamt hat die Umsetzung der DSGVO im Aufsichtsbereich aktiv unterstützt (siehe hierzu die allgemeinen Ausführungen in der Rubrik Schlaglicht). Die neuen Regelungen der DSGVO und die daraufhin angepassten Regelungen im SGB X haben im vorliegenden Berichtsjahr auch die Aufgaben des Bundesversicherungsamtes stark beeinflusst. Insbesondere im Bereich der Meldungen von Datenschutzverletzungen ist es zu einem erheblichen Anstieg von zu bearbeitenden Meldungen gekommen (§ 83a SGB X in Verbindung mit Artikel 33 DSGVO). Die Meldeanzahl für Datenschutzverletzungen hat sich im Bundesversicherungsamt seit der Anwendung der DSGVO insgesamt verzehnfacht. Im Kontext der Meldungen besteht nach den Erfahrungen des Bundesversicherungsamtes insbesondere bei zwei Problemfeldern bei den Sozialversicherungsträgern Erörterungsbedarf: zum einen bei der Risikoeinschätzung und zum anderen bei der Einhaltung der 72-Stunden-Frist.

Was die Risikoeinschätzung anbelangt, sind Datenschutzpannen nur dann zu melden, wenn die Verletzungen voraussichtlich zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen führen (Artikel 33 DSGVO). Da es eine vollständig risikolose Verarbeitung nicht gibt, besteht bei einem geringen Risiko zwar keine Meldepflicht, aber der Vorfall ist gleichwohl zu dokumentieren (Artikel 33 Absatz 5 DSGVO). Meldepflichten ergeben sich nur bei einem mittleren oder hohen Risiko. Zusätzlich dazu bestehen

bei einem hohen Risiko Mitteilungspflichten gegenüber den Betroffenen (Artikel 34 DSGVO). Diese nach Risikoklassen spezifizierten Meldeanforderungen sind auch im Rundschreiben vom 8. Juni 2018 dargestellt. Eine Kategorisierung ist im Einzelfall erforderlich und bedarf in jedem Fall einer entsprechenden Argumentation.

Zudem führt die in Artikel 33 DSGVO vorgegebene Frist von 72-Stunden für die Benachrichtigung der Aufsichtsbehörde oftmals zu sogenannten Leermeldungen. Diese enthalten kaum Informationen zur konkreten Verletzung (Artikel 33 Absatz 3 DSGVO) und werden lediglich zur Fristwahrung abgegeben. Bei der 72-Stunden-Regelung handelt es sich um eine Ermittlungsfrist zur Sachverhaltsaufklärung. Kann der Sachverhalt in dieser Frist nicht ermittelt werden, ist eine Begründung für die Verzögerung beizufügen. Unnötige Leermeldungen erhöhen den Bearbeitungsaufwand und der Erkenntnisgewinn hält sich in Grenzen. Zum Meldeverhalten eines Trägers fand im vorliegenden Berichtsjahr bereits eine aufsichtsrechtliche Prüfung statt, die zusammen mit Vertretern des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit durchgeführt wurde. Die Datenschutzaufsichtsbehörde ist Empfänger der Meldungen nach Artikel 33 DSGVO, sodass es hier zu einem Überschneidungsbereich mit Meldungen an das Bundesversicherungsamt kommt, sobald eine Verletzung von Sozialdaten eingetreten ist.

6.3 Digitalisierung in der Sozialversicherung

Apps und Online-Funktionen im Rahmen von Geschäftsprozessen, Aufklärung und Beratung sowie eigene digitale Leistungsangebote der Krankenkassen

Krankenkassen und Versicherte haben ein starkes Interesse an digitaler Kommunikation und digitalen Service- und Versorgungsprodukten. Zahlreiche Krankenkassen haben bereits Online-Geschäftsstellen eingerichtet, um ihre Kommunikation mit den Ver-

sicherten auch unter Erweiterung der Erreichbarkeit für beide Seiten effizienter zu gestalten. Die meisten Prozesse sind auch heute bereits papierlos und ohne persönlichen Kontakt in der Geschäftsstelle gestaltet. Mit einer sicheren erstmaligen Identitätsfeststellung und einer sicheren Authentifizierung können auf diese Weise auch Dokumente mit einem hohen Schutzbedarf ausgetauscht werden. Diverse Krankenkassen haben derartige Projekte im Berichtsjahr 2018 im Digitalausschuss vorgestellt. Hier lassen sich beispielsweise Projekte zur Online-FAMI-Bestandspflege, zur elektronischen Übermittlung von Rechnungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sowie Dokumenten zur Erlangung eines Bonus aufführen. Der Digitalausschuss hat die meisten Angebote positiv bewertet, weil sie zu einer Vereinfachung des Verwaltungsvorgangs führen und dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung tragen.

Krankenkassen bieten ihren Versicherten vermehrt auch Informationen rund um das Thema Gesundheit in digitaler Form an. Auch zu diesem Themenkomplex wurden dem Bundesversicherungsamt digitale Services vorgestellt, die dem zunehmenden Bedürfnis der Versicherten nach zusätzlichen Gesundheitsinformationen gerecht werden.

Ferner bieten Krankenkassen ihren Versicherten Leistungen rund um das Thema Gesundheit in digitaler Form an. Das Bundesversicherungsamt hat sich im Berichtsjahr 2018 mit zahlreichen digitalen Patientenschulungsmaßnahmen und Online-Präventionsangeboten befasst.

Technische Gestaltung der digitalen Prozesse

Wie bereits oben erwähnt haben sich viele Krankenkassen mit ihren digitalen Projekten an den Digitalausschuss gewandt. Derzeit stehen viele Sozialversicherungsträger im digitalen Wandel. Der Umstieg auf papierlose, medienbruchfreie Prozesse und digitale Serviceprodukte soll zu Vereinfachungen im Kassensystem, sinkenden Kosten und steigende Chancen im Wettbewerb führen. Bei der Entwicklung und Umsetzung der Digitalisierungsstrategie des Trägers ist es wichtig, die Prozesse, die einen Mehrwert bei beste-

henden Prozessen oder neuen Kundenanwendungen der Sozialversicherungsträger schaffen sollen, auch sicher zu digitalisieren.

Die meisten Anfragen im Digitalausschuss kamen von den Krankenkassen, die digitale Produkte und Anwendungen im Kundenbereich aus- oder aufbauen wollten. Da diese Anwendungen personenbezogene Daten, die besonders schützenswert sind, enthalten, müssen bei der Planung und Gestaltung sicherheitstechnische und datenschutzrechtliche Maßnahmen beachtet werden:

- Sichere Authentifizierung,
- Nichtveränderbarkeit / Integrität übermittelter Daten,
- Sichere, verschlüsselte Datenwege,
- Revisionssichere, verschlüsselte Speicherung / Archivierung von übermittelten Daten.

Das Bundesversicherungsamt empfiehlt weiterhin die Ausgestaltung der Prozesse im Kundenbereich nach der höchsten Schutzbedarfsklassifizierung „hoch“ zu richten, um später weitere Funktionen in der Anwendung leichter integrieren zu können.

Positiv zu verzeichnen ist, dass durch die Anfragen im Digitalausschuss die Aufsicht und die Prüfdienste im Bundesversicherungsamt frühzeitig bei der Gestaltung der digitalen Prozesse / Verfahren eingebunden wurden.

Finanzierung persönlicher elektronischer Gesundheitsakten

Im letzten Tätigkeitsbericht ist ausführlich über die mögliche Finanzierung persönlicher elektronischer Gesundheitsakten gemäß § 68 SGB V durch die gesetzliche Krankenversicherung berichtet worden. Das Bundesversicherungsamt hatte deutlich gemacht, dass für die Bereitstellung dieser persönlichen Gesundheitsakten eine Gesamtverantwortung der Krankenkassen zu sehen ist, auch wenn es sich rechtlich betrachtet um freiwillige Angebote Dritter handelt und die privatrechtlich organisierte Sammlungen medizinischer Unterlagen sich in der alleinigen Souveränität der Versicherten befinden. Folgerichtig hat sich

das Bundesversicherungsamt auch im vorliegenden Berichtszeitraum mit diesen Angeboten befasst. Dabei ging es in erster Linie um die auch öffentlich diskutierten Datenschutz- und Sicherheitsprobleme sowie um die Erweiterung der Funktionalitäten der elektronischen Gesundheitsakten um digitale Anwendungen.

Datenschutz- und Sicherheitsprobleme beim Einsatz persönlicher elektronischer Gesundheitsakten

Im vorliegenden Berichtsjahr sind zu einigen persönlichen elektronischen Gesundheitsakten Datenschutz- und Sicherheitsprobleme bekannt geworden. Trotz teils umfangreicher Sicherheitstests und Zertifizierungen durch unabhängige Prüfinstitute ist es Sicherheitsforschern gelungen, weitere Schwachstellen offen zu legen. Dies wurde in der Fachöffentlichkeit breit diskutiert und zeigt, dass Datenschutz und IT-Sicherheit essentielle Grundvoraussetzungen für den Einsatz und für die Akzeptanz digitaler Lösungen im Gesundheitswesen sind. Das Bundesversicherungsamt ist zwar nicht als Aufsichtsbehörde für die Gesundheitsakten gewerblicher Hersteller zuständig, steht aber mit den Krankenkassen, die diese Lösungen finanziell unterstützen, in einem engen Austausch und verfolgt die Umsetzung der technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen. Nach den Erkenntnissen des Bundesversicherungsamtes ist es in diesem Kontext weder zu einer konkreten Datenschutzverletzung noch zu einer konkreten Ausnutzung von Sicherheitschwachstellen gekommen. Rechtsverstöße der der Aufsicht unterstehenden Träger waren ebenfalls nicht festzustellen. Die zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden haben bei einzelnen Anbietern elektronischer Gesundheitsakten Prüfverfahren eingeleitet.

Erweiterung der Funktionalität der persönlichen elektronischen Gesundheitsakten um weitere digitale Angebote

Was die funktionale Weiterentwicklung der persönlichen elektronischen Gesundheitsakten anbelangt, standen bei den Prüfungen insbesondere zwei zentrale Fragen im Raum: Zum einen stellt sich aus leistungs-

rechtlicher Sicht die Frage, ob es sich bei den funktionalen Erweiterungen jeweils um Angebote handelt, die zum Aufgabenumfang der Krankenversicherung zählen (§ 30 SGB IV). Zum anderen ist aus datenschutzrechtlicher Sicht die Frage der Verantwortlichkeit zu klären (Artikel 24 ff. DSGVO).

Aus leistungsrechtlicher Sicht sind digitale Angebote zulässig, soweit sie sich den gesetzlichen Aufgaben einer Krankenkasse im Sinne des § 30 Abs. 1 SGB IV zuordnen lassen. Neben der Frage, ob die Inhalte der Funktionsbereiche zum Aufgabenfeld einer Krankenkasse gehören, steht auch eine differenzierte Verbuchung der Kosten entsprechend der jeweiligen Rechtsgrundlage des digitalen Angebots im Fokus der Prüfungen des Bundesversicherungsamtes.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist die Verantwortlichkeit zu klären. Wie eingangs angedeutet und im letzten Tätigkeitsbericht ausgeführt, handelt es sich bei den persönlichen elektronischen Gesundheitsakten um Dienstleistungen Dritter, die von den Krankenkassen unterstützt werden können (§ 68 SGB V). Damit ist der Dritte, der diese Leistung gegenüber den Versicherten anbietet, verantwortlich im Sinne des Datenschutzes (Artikel 24 DSGVO). Soweit die Krankenkassen darüber hinaus ihre Versicherten mit integrierten digitalen Services unterstützen wollen und dies aus leistungsrechtlicher Sicht zulässig ist (s. o.), ist die Verantwortlichkeit für diese Anwendungen zu bestimmen. Grundsätzlich kommen die Konstrukte der Auftragsverarbeitung (§ 80 SGB X i. V. m. Artikel 28 DSGVO) und der gemeinsamen Verantwortung (Artikel 26 DSGVO) in Betracht.

Das Bundesversicherungsamt sieht in diesem Kontext die Auftragsverarbeitung allerdings kritisch. Auf der einen Seite verbleibt nämlich im Rahmen einer Auftragsverarbeitung die datenschutzrechtliche Verantwortung beim Auftraggeber. Dies wären für die digitalen Zusatzangebote in der vorliegenden Konstellation die Krankenkassen. Auf der anderen Seite ist für die persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V aber der Dritte verantwortlich, der diese gegenüber den Versicherten anbietet. Vor diesem Hintergrund ist es problematisch, wenn Krankenkassen im Rahmen einer Auftragsverarbeitung eine datenschutzrechtliche Verantwortung für Funktionsbereiche einer App übernehmen, deren Verarbeitung untrennbar mit

dem technologischen Gesamtkonstrukt eines Dritten verbunden ist.

Als mögliche Lösung bietet sich hier das mit der EU-Datenschutzgrundverordnung eingeführte Konstrukt der gemeinsamen Verantwortung (Artikel 26 DSGVO) an. Auch hierzu ist - vergleichbar mit einer Auftragsverarbeitung - eine individuelle Vereinbarung zu treffen, in der transparent die Grenzlinie der Verantwortung zwischen den beiden Stellen zu regeln ist (z. B. was die Wahrung der Betroffenenrechte anbelangt). Bisher hat das Bundesversicherungsamt eine solche Vereinbarung nach neuem europäischem Recht noch nicht geprüft. Eine Anzeigepflicht - vergleichbar zu § 80 SGB X - existiert hier nicht. Das Bundesversicherungsamt bietet jedoch seinen Sozialversicherungsträgern, die eine solche Konstruktion planen, eine beratende Begleitung hierzu an.

Sozialdatenschutzrechtliche Besonderheiten beim Einsatz von Cloud-Lösungen

Bereits im Tätigkeitsbericht 2017 war über die steigende Tendenz zur Nutzung sogenannter Cloud-Computing-Lösungen in der Sozialversicherung und über die aufsichtsrechtliche Begleitung dieser Thematik berichtet worden.

Auch in diesem Jahr hat das Bundesversicherungsamt zahlreiche Anfragen zum Einsatz von Cloud-Lösungen geprüft. Dabei beruht der überwiegende Anteil der Einsatzszenarien rechtlich auf einem Verhältnis der Auftragsverarbeitung. Der jeweilige Sozialversicherungsträger tritt dabei als Auftraggeber und der Cloud-Anbieter als Auftragnehmer auf. Aus diesen Gründen sind die entsprechenden Vorschriften zur Verarbeitung von Sozialdaten im Auftrag hier ein wesentlicher Anknüpfungs- und Beratungspunkt (§ 80 SGB X i. V. m. Artikel 28 DSGVO).

Eine Besonderheit des Sozialdatenschutzrechts stellt die räumliche Beschränkung der Verarbeitung von Sozialdaten auf vier explizit genannte Bereiche dar (§ 80 Absatz 2 SGB X). Eine Verarbeitung darf nur im Inland, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem diesem gleichgestellten Staat (§ 35 Absatz 7 SGB I), oder in einem Land stattfinden, zu dem ein Angemessenheitsbeschluss der EU-Kom-

mission vorliegt (Artikel 45 DSGVO). Im letztgenannten Fall sieht die DSGVO auch eine Fortgeltung bereits erlassener Angemessenheitsbeschlüsse vor, wie z. B. das häufig angeführte EU-US-Privacy Shield (vgl. Feststellungsbeschluss C(2016) 4176 final). Eine Verarbeitung von Sozialdaten ausschließlich auf Basis geeigneter Garantien (Artikel 46 DSGVO), wie z. B. auf Grundlage der sogenannten EU-Standardvertragsklauseln, ist mit dieser Sonderregelung im Bereich der Sozialversicherung ausgeschlossen.

Bezüglich des Speicherortes der sog. „ruhenden“ Daten bieten Cloud-Anbieter oftmals Betriebsmodelle an, bei denen die Speicherung auf Deutschland bzw. auf die EU beschränkt wird. Ein anderes Bild ergibt sich oftmals bei den Wartungs- und Servicediensten. Diese sind häufig nach dem „Follow-the-sun“-Prinzip weltweit organisiert und sehen in den entsprechenden Vertragswerken eine Legitimierung entsprechender Zugriffe durch die EU-Standardvertragsklauseln vor. Wie dargestellt ist eine solche Vorgehensweise bei der Verarbeitung von Sozialdaten im Auftrag jedoch nicht zulässig.

Dies führt jedoch nicht zwangsläufig dazu, dass solche Angebote in der Sozialversicherung nicht eingesetzt werden können. Vielmehr gilt es in diesen Fällen mit dem jeweiligen Anbieter im Einzelfall konkrete Schutzmaßnahmen verbindlich zu vereinbaren. Z. B. können weltweit organisierte Supportprozesse durch ein Freigabeverfahren mit Interventionsmöglichkeit des Verantwortlichen wirksam auf die zulässige Region begrenzt werden. Das Bundesversicherungsamt steht den Sozialversicherungsträgern hierbei für Beratungen gerne zur Verfügung.

6.4 Umsetzung der BSI-Kritverordnung im Aufsichtsbereich

Zum Schutz sogenannter Kritischer Infrastrukturen wurde im Berichtsjahr die BSI-Kritverordnung erweitert (sogenannter Korb 2). In diesem Zuge sind Kriterien und Grenzwerte für den Sektor Finanz- und Versicherungswesen definiert worden, nach denen sich Betreiber selbst als Kritische Infrastruktur identifizieren sollen. Für diese Betreiber, die die Grenzwerte überschreiten, wird eine wesentliche Bedeutung für

das staatliche Gemeinwesen angenommen. Ein Ausfall oder eine Beeinträchtigung der Systeme kann zu Versorgungsengpässen oder erheblichen Störungen der öffentlichen Sicherheit führen.

Das Bundesversicherungsamt hat die betroffenen Sozialversicherungsträger bei der Umsetzung der BSI-Kritverordnung in seinem Aufsichtsbereich eng begleitet. Derzeit sind sieben Sozialversicherungsträger zugleich Betreiber Kritischer Infrastrukturen im Sinne des BSI-Gesetzes (davon drei im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung und vier im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung).

Die Betreiber Kritischer Infrastrukturen sind gemäß BSI-Gesetz zur Einrichtung einer jederzeit erreichbaren Meldestelle und zur Meldung erheblicher Beeinträchtigungen ihrer IT verpflichtet. Außerdem müssen sie die wesentlichen Bestandteile ihrer IT dem Stand der Technik entsprechend absichern und dies alle zwei Jahre auf geeignete Art nachweisen. Der entsprechende Nachweis ist erstmals im Juni 2019 zu erbringen. Auch auf das Bundesversicherungsamt sind mit der Änderung der KRITS-Verordnung neue Aufgaben zugekommen. Um diese zu bewerkstelligen, aber auch um angesichts der wesentlichen Bedeutung des Themenkomplexes den Aufsichtsbereich eng begleiten zu können, wurde eine spezialisierte Prüfgruppe eingerichtet. Im Jahr 2018 wurden insgesamt vier beratende Prüfungen bei den betroffenen Sozialversicherungsträgern vor Ort durchgeführt. Im Fokus standen hierbei die wesentlichen organisatorischen Aspekte der IT-Sicherheit. Dieser Prüfungsschwerpunkt wird auch im Jahr 2019 weiter verfolgt.

Darüber hinaus steht die Prüfgruppe allen Sozialversicherungsträgern im Aufsichtsbereich – auch unabhängig von konkreten Prüfvorhaben – beratend zu Fragen der IT-Sicherheit zur Seite. Gerade vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung in der Sozialversicherung wird die Bedeutung sicherer informationstechnischer Systeme nach unserer Einschätzung nochmal zunehmen.

Fehlerhafte Benennung des Bundesversicherungsamts in Vergabebekanntmachungen

In der Online-Version des „Supplement zum Amtsblatt der Europäischen Union“ für das europäische öffentliche Auftragswesen TED (Tenders Electronic Daily) werden pro Jahr 520.000 Vergabebekanntmachungen veröffentlicht. Zu jeder Ausschreibung gibt es Informationen in den 24 EU-Amtssprachen.

In mehreren Auftragsbekanntmachungen wurde, wie das Bundesversicherungsamt feststellte, von bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern in der entsprechenden Rubrik als „Stelle, die Auskünfte über die Einlegung von Rechtsbehelfen erteilt“, fälschlicherweise das Bundesversicherungsamt eingetragen.

Gemäß § 155 GWB unterliegt, unbeschadet der Prüfungsmöglichkeiten von Aufsichtsbehörden, die Vergabe öffentlicher Aufträge oberhalb des Schwellenwertes nach § 106 GWB der Nachprüfung durch die Vergabekammern. Im Falle der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger erfolgt die Nachprüfung durch die Vergabekammer des Bundes, die nach § 158 Abs. 1 GWB beim Bundeskartellamt eingerichtet ist.

Wie sich in der Erörterung mit Sozialversicherungsträgern herausstellte, bestand zum Teil die Ansicht, dass das Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde auch durch entsprechende Unterrichtung über mögliche Rechtsbehelfe gegen Entscheidungen von Sozialversicherungsträgern hinwirken könne. Dies ist unzutreffend. Denn ein Rechtsanspruch eines Bieters in einem Vergabeverfahren eines Sozialversicherungsträgers auf aufsichtsrechtliche Maßnahmen besteht nicht, da die Wahrnehmung der aufsichtsrechtlichen Aufgaben allein dem öffentlichen Interesse dient.

Die Rechtskontrolle ist ein interner Vorgang innerhalb der öffentlichen Verwaltung, bei dem über die Rechte und Pflichten des beaufsichtigten Sozialversicherungsträgers, nicht aber Dritter (etwa Versicherte, private Leistungserbringer oder andere Sozialversicherungsträger) entschieden wird. Auch inhaltlich erschöpft sich die Staatsaufsicht regelmäßig allein in der Wahrung der Gleichgewichtslage zwischen Staat und Selbstverwaltungskörperschaft. Das Aufsichtsrecht ist

somit nicht dazu bestimmt, dem Individualinteresse Einzelner zu dienen.

Folglich steht Dritten, die sich durch ein vermeintlich rechtswidriges Verhalten eines Sozialversicherungsträgers in ihren rechtlich geschützten Interessen beeinträchtigt glauben, kein subjektives Recht auf ein aufsichtsbehördliches Einschreiten zu. Ebenso wenig können sich Dritte gegen einen Bescheid wenden, mit dem dem beaufsichtigten Sozialversicherungsträger ein bestimmtes Handeln abverlangt wird. Eine juristische Beratung von Bietern war und ist mit dem Neutralitätsgebot des Bundesversicherungsamtes in einem Vergabeverfahren nicht vereinbar.

Die Sozialversicherungsträger wurden über die Rechtslage informiert und aufgefordert, in den Bekanntmachungen in gleichgelagerten Fällen die Angabe der „Stelle, die Auskünfte über die Einlegung von Rechtsbehelfen erteilt“ leer zu lassen. Dem trugen sie Rechnung.

Begründung der gewählten Vergabeart

Öffentliche Auftraggeber – wozu selbstverständlich auch die Träger der Sozialversicherung gehören – haben ihre Aufträge in einem fairen, transparenten und diskriminierungsfreien Vergabeverfahren zu vergeben. Bei der Durchführung des Verfahrens kommt hierbei der Wahl der Vergabeart – vgl. etwa §§ 119 GWB, 14 VgV oder 3,3a EU-VOB/A – eine besondere Bedeutung zu. Es ist für den weiteren Verfahrensablauf unabdingbar, die Entscheidung zur Vergabeart plausibel und nachvollziehbar zu begründen. Um in der Folge eine Überprüfung durch die Aufsichtsbehörden oder in einem Nachprüfungsverfahren nach §§ 155 ff. GWB zu ermöglichen, sind die Entscheidungen hierbei ausreichend zu dokumentieren. Diesen Erfordernissen wurde leider bei einigen Trägern der Sozialversicherung in der Vergangenheit nicht immer die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt. Das Bundesversicherungsamt hat daher in einigen überprüften Fällen darauf hingewiesen, dass – auch im eigenen Interesse – auf eine ausreichende Begründung bei der Wahl der Vergabeart zu achten ist. Dieser Thematik wird mittlerweile offensichtlich mehr Rechnung getragen und es erfolgt in den aktuell überprüften Fällen eine ausreichende Begründung.

A close-up photograph showing a person's hands sorting through a large stack of colorful folders in a filing cabinet. The folders are in various colors like pink, yellow, and blue. The person is wearing a blue and white striped shirt. The background is blurred, showing more folders in the cabinet.

2. Teil

Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung

1. Schätzerkreis, Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich

1.1 Schätzerkreis

Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis (§ 220 Abs. 2 SGB V) schätzt jedes Jahr bis zum 15. Oktober für das jeweilige Jahr und für das Folgejahr die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen, die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds (ohne Einnahmen aus Zusatzbeiträgen) und die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und Mitglieder.

Dem Schätzerkreis gehören Fachleute des Bundesministeriums für Gesundheit, des GKV-Spitzenverbandes und des Bundesversicherungsamtes an. Auf der Basis der amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung bewertet er die Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung des laufenden Jahres und trifft auf dieser Grundlage eine Prognose über die Entwicklung im jeweiligen Folgejahr. Zur Prognose der Einnahmenentwicklung berücksichtigt der Schätzerkreis auch aktuelle Prognosen zur Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Eckdaten.

Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V, für die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach §§ 266 und 270 SGB V sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V.

Auf seinen Sitzungen am 10. und 11. Oktober 2018 kam der Schätzerkreis zu einer einvernehmlichen Einschätzung der Höhe der Einnahmen und Ausgaben sowie der Zahl der Versicherten und Mitglieder der GKV. Für das Jahr 2019 erwartet der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 231 Milliarden Euro (ohne Einnahmen aus Zusatzbeiträgen). Darin enthalten ist ein Bundeszuschuss in

Höhe von 14,4 Milliarden Euro. Die voraussichtlichen zuweisungsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen in 2019 belaufen sich auf 244 Milliarden Euro. Damit unterschreitet das Zuweisungsvolumen aus dem Gesundheitsfonds die zu erwartenden Ausgaben der Krankenkassen um rund 13 Milliarden Euro.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurde der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2019 vom Bundesministerium für Gesundheit auf 0,9 % festgelegt. In 2018 belief dieser sich auf 1,0 %. Bei dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz handelt es sich um eine rechnerische Größe für die Gesetzliche Krankenversicherung insgesamt. Die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze werden auf der Grundlage der einzelnen Haushaltspläne von den Selbstverwaltungen der Krankenkassen festgelegt.

Schätzergebnisse, Berichte und weitere Informationen stellt das Bundesversicherungsamt unter www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich zur Verfügung.

1.2 Gesundheitsfonds

1.2.1 Allgemeines

Das Bundesversicherungsamt verwaltet seit dem Jahre 2009 als Sondervermögen die Mittel zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsfonds). Hierzu gehören in erster Linie die von den Krankenkassen eingezogenen und an den Gesundheitsfonds weitergeleiteten Krankenversicherungsbeiträge. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Krankenversicherungsbeiträge für Rentner und die Minijob-Zentrale Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ab. Direktzahler sind die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger für die Beiträge aus Arbeitslosengeld 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.

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

1.2.2 Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

Das Jahr 2018 hat der Gesundheitsfonds mit einem Überschuss der Einnahmen in Höhe von rd. 563,9 Millionen Euro abgeschlossen, davon entfallen rd. 155,6 Millionen Euro auf den Saldo des Einkommensausgleiches. Den Einnahmen in Höhe von rd. 238,2 Milliarden Euro stehen Ausgaben in Höhe von rd. 237,7 Milliarden Euro gegenüber. Die Einnahmen setzen sich mit rd. 223,9 Milliarden Euro größtenteils aus Beitragseinnahmen (inkl. Zusatzbeiträge) und weiteren Einnahmen von rd. 14,4 Milliarden Euro zusammen. Von den Ausgaben entfallen rd. 237,2 Milliarden Euro auf Zahlungen an die Krankenkassen (RSA-Zuweisungen und Zahlungen aus dem Einkommensausgleich), rd. 381,2 Millionen Euro auf Zuführungen aus der Liquiditätsreserve an den Innovations- und Strukturfonds und rd. 56,9 Millionen Euro auf die Verwaltungskosten. Diese setzen sich aus der Einzugskosten-Vergütung an die Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rd. 37,8 Millionen Euro, den Kosten für Beitragsprüfungen von 5,6 Millionen Euro, den sonstigen Vergütungen an andere von rd. 4,1 Millionen Euro, den DMP-Vorhaltekosten von 1,8 Millionen Euro sowie den originären Verwaltungskosten des Bundesversicherungsamtes von rd. 7,6 Millionen Euro zusammen. Einzelheiten

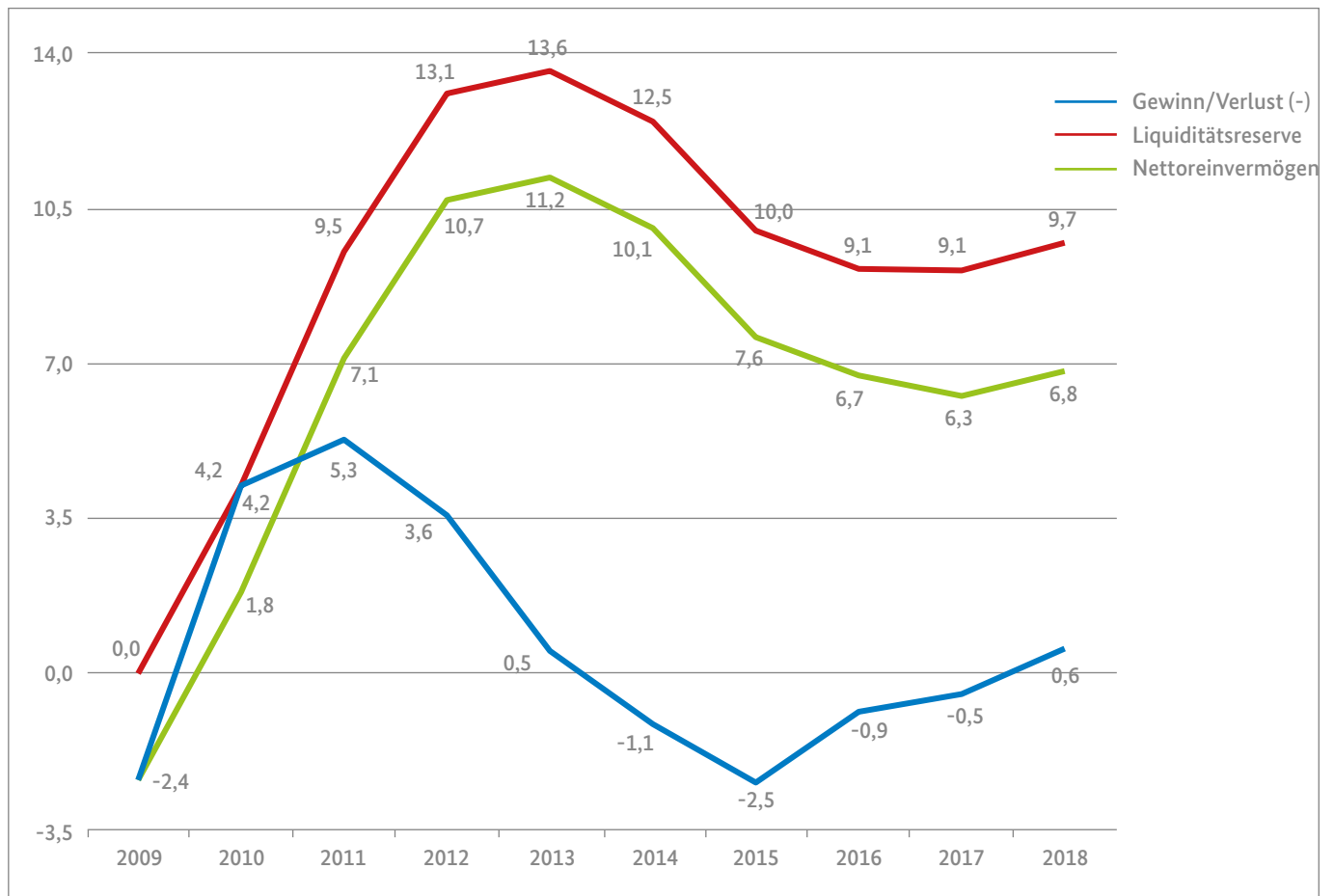
zu den Rechnungsergebnissen des Gesundheitsfonds können dem jährlich erscheinenden Begleitbericht zur Jahresrechnung entnommen werden (www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds-struktur-fonds).

Rechnungsergebnis 2018 des Gesundheitsfonds in Euro (lt. KJ 1)

Beitragseinnahmen	223.880.967.309,59
<i>davon aus Zusatzbeiträgen:</i>	<i>15.173.271.707,52</i>
weitere Einnahmen (z.B. Bundeszuschuss, Zinsen)	14.364.566.247,61
Einnahmen gesamt	238.245.533.557,20
Zahlungen an Krankenkassen	237.243.523.571,45
<i>davon für Einkommens-</i> <i>ausgleich:</i>	<i>15.017.715.895,17</i>
Verwaltungskosten	56.900.708,67
Zuführung an Innovations- und Strukturfonds	381.205.577,00
Ausgaben gesamt	237.681.629.857,12
Überschuss der Einnahmen	563.903.700,08

Aufgrund des Einnahmenüberschusses des Jahres 2018 erhöht sich das Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds zum 31.12.2018 auf rd. 6,8 Milliarden Euro. Die zum Stichtag 15.1.2019 ermittelte Liquiditätsreserve beträgt rd. 9,7 Milliarden Euro.

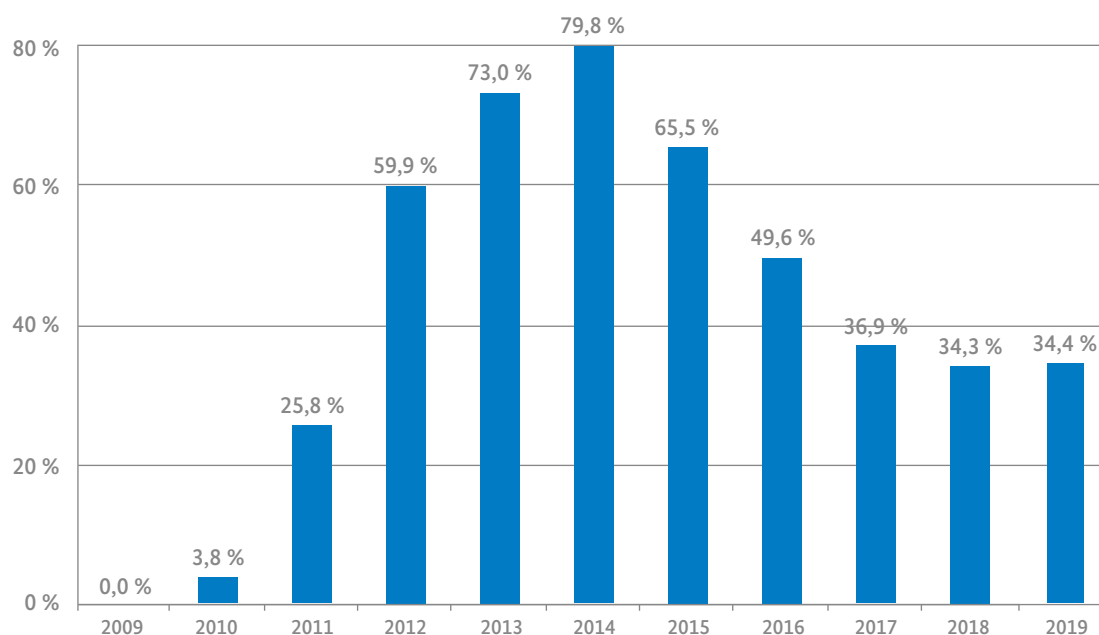
Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds im Zeitablauf



Im Jahr 2018 hatten die Krankenkassen Anspruch auf Zuweisungen (inklusive Einkommensausgleich) in Höhe von rd. 19,8 Milliarden Euro je Monat. Die Auszahlung der Zuweisungen erfolgte im Zeitraum vom 16. bis zum letzten Bankarbeitstag des Monats, die anschließend eingehenden Beträge werden bis zum nächsten 16. angelegt. Die konkrete Höhe der täglichen Zuweisungen hängt von der Höhe der täglichen

Einnahmen des Gesundheitsfonds ab; auszahlungstärkster Tag ist in der Regel der 16. (= 1. Tag der neuen Auszahlungsperiode). Aufgrund der Ausgabenüberschüsse des Gesundheitsfonds in den letzten Jahren hat sich die Höhe des Zahlungsbetrages an diesem Tag im Vergleich zu den Vorjahren deutlich verringert. In diesem Jahr ist erstmalig eine konstante Entwicklung zum Vorjahr zu beobachten.

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



1.2.3 Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds

Entwicklung der Beitragseinnahmen und -rückstände

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

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

Im Bereich des GSV-Beitrages ist der Einziehungserfolg seit Jahren auf einem hohen Niveau stabil. So wurden auch 2018 regelmäßig über 99,6 vom Hundert

dieser Beitragsforderungen umgehend realisiert. Zur dauerhaften Sicherstellung dieser positiven Entwicklung wird die Innendienstprüfung des Bundesversicherungsamts seit dem Jahr 2011 u.a. ergänzt durch die sogenannte Einzugsstellenprüfung.

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

Die entsprechenden Vor-Ort-Prüfungen wurden im Jahr 2018 flächendeckend bei rund 200 Prüfstellen durchgeführt. Dabei werden beständig weiterentwickelte und individuell auf die maßgeblichen Softwarelösungen der Krankenkassen abgestimmte Daten-selektionsprogramme zur Gewährleistung effektiver und zielgerichteter Prüfungen genutzt. Durch die sowohl kontinuierliche und auch anlassbezogene Überwachung wird gewährleistet, dass der Sozialversicherung keine vermeidbaren Beitragsverluste entstehen.

Die entsprechenden Vor-Ort-Prüfungen wurden im Jahr 2018 flächendeckend bei rund 200 Prüfstellen durchgeführt. Dabei werden beständig weiterentwi-

ckelte und individuell auf die maßgeblichen Softwarelösungen der Krankenkassen abgestimmte Datenselektionsprogramme zur Gewährleistung effektiver und zielgerichteter Prüfungen genutzt. Durch die sowohl kontinuierliche und auch anlassbezogene Überwachung wird gewährleistet, dass der Sozialversicherung keine vermeidbaren Beitragsverluste entstehen. Im Jahr 2018 wurden dabei beim KV-Anteil (einschließlich Zusatzbeitrag) des Gesamtsozialversicherungsbeitrags rd. 0,8 Mio. Euro Beitragsschäden gegenüber den Einzugsstellen geltend gemacht. Weiterhin wurden die Einzugsstellen verpflichtet, rd. 4 Mio. Euro innerhalb der Monatsabrechnungen auszugleichen (Stand: 1. Februar 2019). Die Beitragsrückstände bei den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen – insbesondere die freiwillig versicherter Personen – sind auch im Jahr 2018 stetig gestiegen. Das Bundesversicherungsamt hat deshalb im Jahr 2018 mit den zuständigen Prüfdiensten Sonderprüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V durchgeführt. Der Schwerpunkt lag dabei auf der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V. Die Prüfungen fanden bei größeren Krankenkassen aller Kassenarten statt. Ziel war nicht die Schadensfeststellung im Einzelfall, sondern die Identifikation systematischer Probleme bei der Anwendung des § 188 Abs. 4 SGB V. Es wurde festgestellt, dass insbesondere fehlende Mitwirkung der Versicherten und anschließende Einstufung zum Höchstbeitrag zu einem Anstieg der Beitragsrückstände führte. Der Gesetzgeber hat sich der Problematik ebenfalls angenommen und im GKV-Versichertenentlastungsgesetz – VEG eine Pflicht zur Bereinigung verankert (Näheres dazu unter 1.3.7). Inwiefern die dort vorgesehenen Maßnahmen, insbesondere zu den obligatorischen Anschlussversicherungen nach § 188 Abs. 4 SGB V, die Beitragsrückstände reduzieren werden, wird das Bundesversicherungsamt aufmerksam beobachten. Hierbei kann ab Mitte 2019 auf eine neue amtliche Statistik zurückgegriffen werden, die eine Erweiterung und Ausdifferenzierung der maßgeblichen Datenbasis bei den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen ab 2019 beinhaltet.

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

Als Verwalter des Gesundheitsfonds ist das Bundesversicherungsamt auch dafür zuständig, die Beitragszahlungen der Bundesagentur für Arbeit und der zuge-

lassenen kommunalen Träger (zKT) für die Bezieher von Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II zu prüfen. Seit Übertragung der Prüfberechtigung wurden 229 der bundesweit existierenden 563 Institutionen geprüft.

Die örtlichen Erhebungen in den Jobcentern und Agenturen für Arbeit werden von 4 Prüfteams, bestehend aus drei AOKen und einem BKK Landesverband, im Auftrag des Bundesversicherungsamts durchgeführt. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 42 Institutionen (10 Agenturen für Arbeit, 24 gemeinsame Einrichtungen und 8 zKT) geprüft. Insgesamt wurden rund 32.000 Fälle fehlerhafter Zahlungen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an den Gesundheitsfonds festgestellt. Die sich daraus ergebenden Beitragsnachforderungen und Säumniszuschläge für die Kranken- und Pflegeversicherung belaufen sich auf ca. 17,85 Mio. Euro.

Die Beitragsberechnungen werden über verschiedene IT-Verfahren durchgeführt. Hier hat die Bundesagentur beginnend in 2015 ein grundlegend neues Verfahren aufgesetzt, das nunmehr flächendeckend in allen gemeinsamen Einrichtungen genutzt wird. Diese Umstellung von dem Programm „A2LL“ auf ALLEGRO ist reibungsfrei erfolgt.

Die Jobcenter hatten auch die Umstellung auf den Pauschalbeitrag, entsprechend des GKV-FQWG für Beitragszeiten ab 2016, einzuführen. Obwohl diese Reform das Beitragsrecht für ALG II Empfänger erheblich vereinfachte, haben die Prüfungen weiterhin eine hohe Beanstandungsquote.

Die Prüfungen der zKT stellen besondere Anforderungen, da diese fünf verschiedene IT-Fachverfahren einsetzen. Das Bundesversicherungsamt hat in Einzelfällen festgestellt, dass Jobcenter nicht oder verspätet die aktuellen, der Beitragsberechnung zu Grunde liegenden Rechengrößen in ihr IT-Fachverfahren eingepflegt oder die Beiträge unvollständig, teilweise ohne Zusatzbeitrag abgeführt haben. Die Korrektur der Systemfehler bedeutet einen hohen Arbeitsaufwand für die Jobcenter und zieht hohe Beitragsnachforderungen und Säumniszuschläge nach sich.

Die Einführung der E-Akte in der Bundesagentur ermöglicht auch für das Bundesversicherungsamt die Prüfung mittels Fernzugriff. Diese Remote Prüfungen wurden bereits erfolgreich getestet und werden künftig verstärkt zum Einsatz kommen.

1.3.1 Grundlagen

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

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

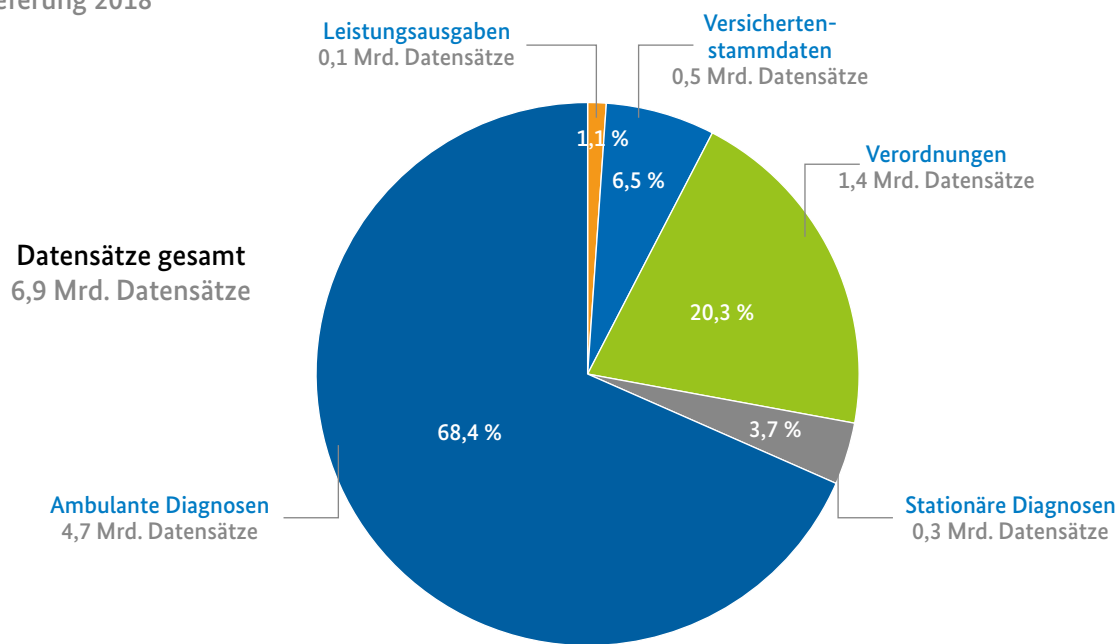
an den erwarteten Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse angepasst. Konkret sind dies

- alters- und geschlechtsadjustierte Zu- und Abschläge für 40 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG),
- risikoadjustierte Zuschläge für sechs Erwerbsminderungsgruppen (EMG),
- risikoadjustierte Zuschläge für 201 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) (im Jahr 2018),
- Krankengeldzuschläge differenziert nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentenstatus (insgesamt 244 Gruppen), sowie
- gesonderte Regelungen zur Ermittlung der Zuschläge (7 Gruppen) für Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben, und Zuschläge (40 Gruppen) für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland.

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

Das Bundesversicherungsamt berechnet die Höhe der Zuweisungen und führt den Zahlungsverkehr durch (§ 39 Abs. 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, RSAV). Das Verfahren ist als monatliches Abschlagsverfahren mit drei Strukturanpassungen und einem abschließenden Jahresausgleich mit einmaliger Korrektur im Folgejahr ausgestaltet. Grundlage für die Berechnungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind umfängliche Datenmeldungen der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt, da die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von sämtlichen abgerechneten ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen erfasst wird. Insgesamt wurden im Jahr 2018 knapp 6,9 Milliarden Datensätze angenommen und verarbeitet.

Datenlieferung 2018



1.3.2 Monatliches Abschlagsverfahren 2018

Die Berechnungswerte für das Abschlagsverfahren 2018 hatte das Bundesversicherungsamt bereits im November 2017 ermittelt und mit der „Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2018“ am 15. November 2017 veröffentlicht. Die Grundpauschale je Versicherten wurde für 2018, auf Basis des im vorangegangenen Schätzerkreis für das Jahr 2018 fixierten Gesamt-Zuweisungsvolumens, mit monatlich rund 253 Euro bekanntgegeben. Sämtliche (vorläufigen) Zu- und Abschläge zur Grundpauschale wurden dagegen noch auf Basis der versichertenbezogenen Ausgaben des Jahres 2016 berechnet.

Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als monatliche Abschlagszahlungen. Dabei findet jeden Monat eine Anpassung an die veränderten Versichertenzahlen einer Krankenkasse statt. Mittels Anpassungsfaktoren wird gewährleistet, dass dabei jeden Monat insgesamt ein Zwölftes des Jahreszuweisungsvolumens an die GKV ausgezahlt wird. Weil sich nicht nur die Versichertenzahlen der Krankenkassen, sondern auch die jeweiligen Versichertenstrukturen im Zeitverlauf verändern, werden im Rahmen unterjährlicher Strukturanpassungen sowohl die Höhe der zukünftigen Zuweisungen angepasst als

auch die bislang geleisteten Zuweisungen rückwirkend neu ermittelt. Die Strukturanpassungen erfolgen jeweils im März und September des Ausgleichsjahres und im März des Folgejahres. Im Rahmen der dritten Strukturanpassung im März 2019 wurden die Zu- und Abschläge zur Grundpauschale auf Basis der vorläufigen Finanzergebnisse der Krankenkassen des Jahres 2018 neu berechnet.

Die Tabelle auf der folgenden Seite zeigt die Zuweisungen im Jahr 2018 nach der zweiten Strukturanpassung.

Wie hier deutlich wird, werden die Zuweisungen bezogen auf die im Schätzerkreis erwarteten Ausgaben für Pflichtleistungen, Verwaltungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen ermittelt. Da das Gesamt-Zuweisungsvolumen jedoch auf die Höhe der für 2017 erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds zu begrenzen ist, wurde bereits im monatlichen Abschlagsverfahren gemäß § 40 RSAV eine mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen in Form einer Kürzung in Höhe von jeweils 21,46 Euro je Mitglied einer Krankenkasse vollzogen. Die Zuweisungen für Pflichtleistungen und Verwaltungsausgaben waren zugunsten der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) zu bereinigen.

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2018 (RSA-Abschlagsverfahren einschließlich 1. und 2. Strukturanpassung)

Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 40 RSAV	Gesamt
AOK	86,4 Mrd. €	4,4 Mrd. €	0,450 Mrd. €	0,426 Mrd. €	-5,1 Mrd. €	86,6 Mrd. €
BKK	29,6 Mrd. €	1,7 Mrd. €	0,184 Mrd. €	0,121 Mrd. €	-2,0 Mrd. €	29,6 Mrd. €
VdEK	84,6 Mrd. €	4,5 Mrd. €	0,474 Mrd. €	0,351 Mrd. €	-5,5 Mrd. €	84,4 Mrd. €
IKK	14,7 Mrd. €	0,8 Mrd. €	0,088 Mrd. €	0,066 Mrd. €	-1,0 Mrd. €	14,7 Mrd. €
KBS	6,9 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,027 Mrd. €	0,040 Mrd. €	-0,3 Mrd. €	6,9 Mrd. €
GKV	222,2 Mrd. €	11,7 Mrd. €	1,225 Mrd. €	1,003 Mrd. €	-13,9 Mrd. €	222,2 Mrd. €

1.3.3 Jahresausgleich 2017

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen für das Kalenderjahr 2017 erfolgte im November 2018 die abschließende Feststellung der Zuweisungen für das Jahr 2017 (Jahresausgleich). Dabei waren die Zu- und Abschläge für das Ausgleichsjahr 2017 erstmalig auf Basis der versichertenbezogen erfassten Leistungsausgaben des Jahres 2017 und der endgültigen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen zu berechnen. Insgesamt wurden den

Krankenkassen für das Ausgleichsjahr 2017 fast 215 Milliarden Euro über den Risikostrukturausgleich zugewiesen. Die endgültige Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten ist der folgenden Übersicht zu entnehmen.

Dem zugesagten Zuweisungsvolumen für 2017 in Höhe von rund 214,7 Milliarden Euro standen tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von knapp 225,7 Milliarden Euro gegenüber. In der Summe über alle Krankenkassen deckte das zugesagte Zuweisungs-

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2017 (RSA)

Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 41 RSAV	Gesamt
AOK	82,4 Mrd. €	4,2 Mrd. €	0,405 Mrd. €	0,408 Mrd. €	-4,0 Mrd. €	83,4 Mrd. €
BKK	28,2 Mrd. €	1,6 Mrd. €	0,167 Mrd. €	0,113 Mrd. €	-1,6 Mrd. €	28,5 Mrd. €
VdEK	81,0 Mrd. €	4,3 Mrd. €	0,432 Mrd. €	0,329 Mrd. €	-4,3 Mrd. €	81,7 Mrd. €
IKK	14,2 Mrd. €	0,8 Mrd. €	0,082 Mrd. €	0,062 Mrd. €	-0,8 Mrd. €	14,3 Mrd. €
KBS	6,8 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,025 Mrd. €	0,038 Mrd. €	-0,3 Mrd. €	6,9 Mrd. €
GKV	212,5 Mrd. €	11,1 Mrd. €	1,112 Mrd. €	0,950 Mrd. €	-10,9 Mrd. €	214,7 Mrd. €

volumen 95,16 % der Ausgaben. Daraus resultiert eine mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen in Form einer Kürzung in Höhe von 194,37 Euro je Mitglied für das Ausgleichsjahr 2017. Über alle Krankenkassen bedeutet dies zwar eine Kürzung der Zuweisungen um rund 11 Milliarden Euro. Dem gegenüber stehen jedoch die über den Einkommensausgleich (vgl. Kapitel 1.4) zugewiesenen Mittel für 2017 in Höhe rund 15 Mrd. Euro.

Wie vom Gesetzgeber vorgegeben, hat das Bundesversicherungsamt im November 2018 zeitgleich mit dem Jahresausgleich 2017 auch eine Korrektur des Vorjahres durchgeführt. Hierbei erfolgte eine Neuberechnung der Zuweisungen für das Ausgleichsjahr 2016 auf Grundlage von Korrekturmeldungen der Krankenkassen über die Versichertenzeiten und den Status ihrer Versicherten. In diesem Bereich können sich aus verschiedenen Gründen auch nachträglich noch Änderungen ergeben. Das Verfahren ermöglicht daher eine einmalige Korrektur dieser Daten.

1.3.4 Weiterentwicklung

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

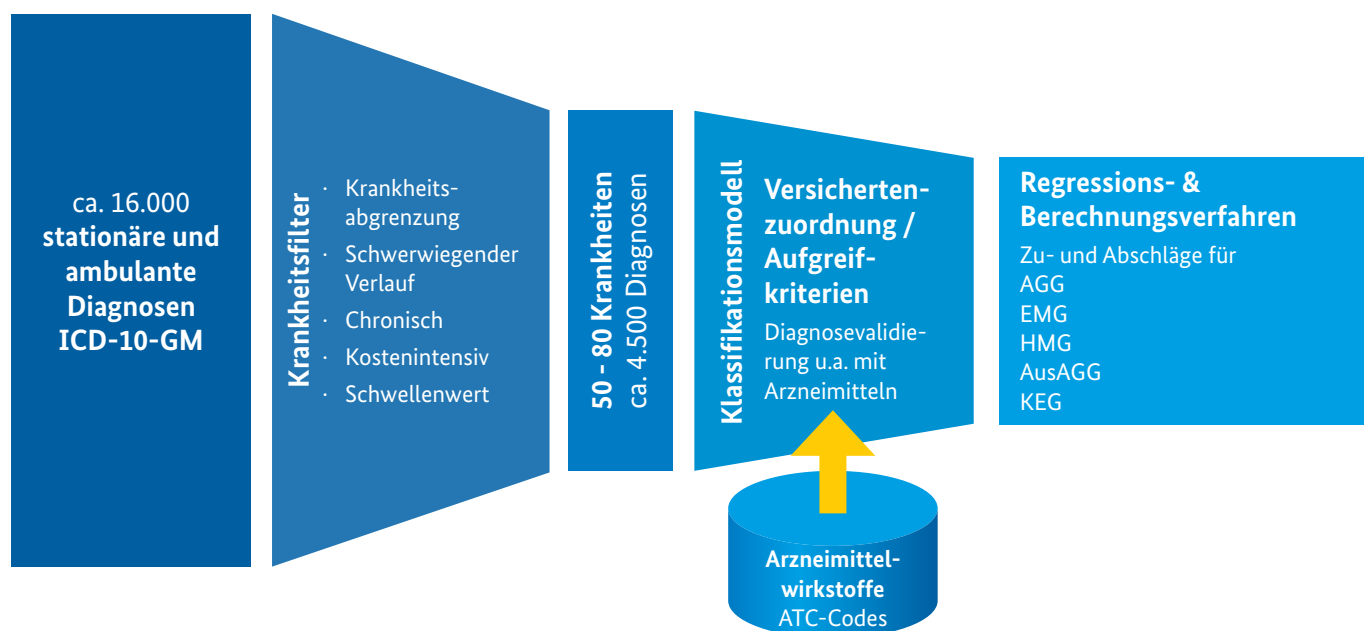
- die Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten,

- die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen,
- das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und
- das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge.

Bei diesen Fragen wird das Bundesversicherungsamt vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beraten. Von der Aufgabe der jährlichen Überprüfung der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten war der damalige Wissenschaftliche Beirat vom Bundesministerium für Gesundheit – zugunsten der Arbeiten am Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – für das Ausgleichsjahr 2019 entbunden worden (s. Kap. 1.3.5).

Für das nach den Grundsätzen des § 29 RSAV vom Bundesversicherungsamt jährlich festzulegende Versichertenklassifikationsmodell zur Ermittlung von Risikozuschlägen auf der Grundlage von Diagnosen und verordneten Arzneimitteln bzw. deren Arzneimittelwirkstoffen hat der damalige Beirat in seiner Sitzung am 21. Juni 2018 einen Vorschlag zur Anpassung des vom Bundesversicherungsamt ausgewählten Modells beraten und beschlossen.

Schaubild: Von der Diagnose zum Risikozuschlag



Der auf dieser Grundlage erarbeitete Entwurf zur Anpassung des Klassifikationsmodells für 2019 wurde am 13. Juli 2018 durch das Bundesversicherungsamt veröffentlicht. Im August 2018 wurden folgende Experten für einen Zeitraum von drei Jahren in den Wissenschaftlichen Beirat berufen: Prof. Dr. Saskia Drösler (Vorsitzende), Prof. Dr. Edeltraut Garbe, Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Prof. Dr. Katrin Janhsen, Prof. Dr. Robert Nuscheler, Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Prof. Dr. Volker Ulrich (stv. Vorsitzender) und Prof. Dr. Amelie Wuppermann. Nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und abschließender Beratung mit den neu berufenen Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats hat das Bundesversicherungsamt im September 2018 die Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2019 bekannt gegeben. Weitergehende Informationen zum Risikostrukturausgleich werden im Internet unter www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich zur Verfügung gestellt.

1.3.5 Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs

In dem im November 2017 veröffentlichten Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs konnte das Thema der Regionalität nur qualitativ behandelt werden. Mit Erlass vom 29. Juni 2017 ist der damalige erweiterte Wissenschaftliche Beirat vom Bundesministerium für Gesundheit daher beauftragt worden, anschließend die regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs zu untersuchen. Für die Dauer der Erstellung dieses Gutachtens wurde der um den niederländischen RSA-Experten Prof. Dr. Wynand van de Ven und den Wettbewerbsökonom Prof. Achim Wambach, PhD, erweiterte Wissenschaftliche Beirat fortgeführt. Zu den Mitgliedern zählen Prof. Dr. Saskia Drösler (stv. Vorsitzende), 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. Um regionale Einflüsse ermitteln zu können, stützt sich das Gutachten auf die Daten der Berichtsjahre 2015 und 2016, in denen erstmals seit 2010 wieder der Wohnort der Versicherten

enthalten ist. Es analysiert verschiedene Reformvorschläge zur Umsetzung einer Regionalkomponente im RSA und untersucht, inwieweit Angebots- und nachfrageseitige Größen regionale Ausgabenunterschiede der Krankenkassen bedingen. Hierzu werden zusätzliche Ausgleichsvariablen im RSA integriert, die den Wohnort der Versicherten charakterisieren (z.B. der Raum- bzw. Siedlungstyp, die Zugehörigkeit zu einem Stadt- oder Landkreis oder regionalstatistische Indikatoren).

Der Wissenschaftliche Beirat hat das Gutachten im Juni 2018 dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Berücksichtigung von Regionalfaktoren im RSA die regionalen Ausgabenunterschiede besser erklärt. Deshalb schlägt der Wissenschaftliche Beirat vor, den RSA zeitnah um eine Regionalkomponente in Form eines regionalstatistischen Modells zu ergänzen. Als zielführend wird eine Erweiterung um die empirisch aussagekräftigsten Variablen zur Erklärung der regionalen Deckungsbeitragsunterschiede mit gut begründbarem Wirkungsgehalt erachtet. Aufgrund der stärkeren Reduzierung regionaler Über- und Unterdeckungen sprechen sich die Experten für die direkte Verwendung dieser Variablen aus. Überdies empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat, die statistische Aussagefähigkeit der Variablen und den Einfluss insbesondere der Angebotsseitigen Größen regelmäßig zu überprüfen.

Mittelfristig regt der Beirat die Umsetzung zusätzlicher Maßnahmen in der GKV-Finanzarchitektur an. Möglich wären ein (partieller) Ausgleich der verbleibenden regionalen Über- und Unterdeckungen, eine regionale Differenzierung der Zusatzbeitragssätze oder eine Kombination dieser Ansätze. Eventuell können dadurch weiterhin bestehende Risikoselektionsanreize und Wettbewerbsverzerrungen verringert werden.

1.3.6 Gutachten zu Auslandsversicherten und Krankengeld

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) erhielt das Bundesversicherungsamt in 2017 das Mandat, Folgegutachten zu den bereits vorliegenden Gutachten

„Zuweisungen für Krankengeld“ und „Zuweisungen für Auslandsversicherte“ in Auftrag zu geben. Das Ziel dieser Folgegutachten ist es, die der Berechnung des Risikostrukturausgleichs zugrundeliegende Versichertenklassifikation und damit das derzeitige Zuweisungsmodell in den Bereichen Krankengeld und Auslandsversicherte zur Umsetzungsreife weiter zu entwickeln (§ 269 Abs. 3a SGB V).

Entsprechend der haushaltsrechtlichen Vorschriften wurde für beide Gutachten eine freihändige Vergabe ohne Teilnahmewettbewerb durchgeführt. Die Vergabeverfahren waren im April 2018 abgeschlossen. Der Zuschlag für das Folgegutachten zum Krankengeld ging an die IGES GmbH, den Zuschlag für das Folgegutachten zu den Auslandsversicherten erhielt die Bietergemeinschaft der WIG² GmbH mit der EsFoMed GmbH und dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen.

Für die Folgegutachten wurde in § 269 Abs. 3b und 3c SGB V i.V.m. § 33a RSAV die erforderliche Rechtsgrundlage für eine Verbreiterung der Datenbasis

geschaffen. Das Bundesversicherungsamt hat das Nähere über das Verfahren der Sonderdatenerhebung und -übermittlung für die Berichtsjahre 2016 und 2017 im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband bestimmt. Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt eine Bestimmung zur Datenerhebung des GKV-Spitzenverbandes, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland erarbeitet und im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgelegt. Die Datenlieferungen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 wurden fristgerecht am 15. Juni 2018 und 15. August 2018 an das Bundesversicherungsamt übermittelt und nach Erfüllung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen an die Gutachter weitergeleitet. Die Gutachter sind rechtlich verpflichtet, die beiden Expertisen bis zum 31. Dezember 2019 dem Bundesversicherungsamt vorzulegen.



1.3.7 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 323 SGB V (in der Fassung des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes)

Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) vom 11. Dezember 2018 wurde mit § 323 SGB V eine Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung normiert. Danach haben die Krankenkassen ihren Mitgliederbestand für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis 1. Januar 2019 bis zum 15. Juni 2019 zu bereinigen. Der Beginn der Bestandsbereinigung orientiert sich am Zeitpunkt der Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V (in der Fassung des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung – KVBeitrSchG – vom 15.7.2013), wonach freiwillige Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes und ohne die Mitwirkung der oder des Betroffenen begründet wurden. Das Bundesversicherungsamt hat das Gesetzgebungsverfahren zur Übergangsvorschrift nach § 323 SGB V nicht nur begleitet, sondern bereits in der zweiten Jahreshälfte 2018 die Abstimmung der für die Umsetzung des Verfahrens erforderlichen Datenmeldungen eingeleitet.

Die Krankenkassen sind nach § 323 SGB V verpflichtet, Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften fortgesetzt wurden, sowie davon abgeleitete Familienversicherungen mit Wirkung ab dem Tag ihrer Begründung aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

In den zurückliegenden Jahren war ein vergleichsweise starker statistischer Anstieg der Beitragsschulden freiwillig Versicherter bei den Krankenkassen zu beobachten, der möglicherweise zu einem großen Anteil auf Fälle ungeklärter Mitgliedschaften zurückzuführen ist. Mit der Einführung der Regelung des § 323 SGB V wurde ein Beendigungstatbestand für freiwillige Mitgliedschaften geschaffen, wenn der Verbleib von Mitgliedern ungeklärt ist. Ist nach dieser Über-

gangsvorschrift in § 323 SGB V eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung rückwirkend aufzuheben, entfallen die insoweit bisher statistisch erfassten Beitragsschulden. Darüber hinaus sind die entsprechenden Versichertenzeiten nicht mehr für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu berücksichtigen. Die Krankenkassen haben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die aufzuhebenden Mitgliedschaften erhalten, ohne dass diesen Zuweisungen die Möglichkeit einer Inanspruchnahme von GKV-Leistungen durch die Versicherten gegenüberstand. Insofern sieht die Übergangsvorschrift die Korrektur von bereits erhaltenen Zuweisungen im RSA-Verfahren vor.

Hierzu bedarf es einer gesonderten Datenmeldung für die Berichtsjahre 2013 bis 2018, in der die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt das Ergebnis ihrer internen Bestandsbereinigung melden. Eine sich anschließende Sonderprüfung durch die Prüfdienste von Bund und Ländern soll sicherstellen, dass die Krankenkassen ihren Mitgliederbestand ordnungsgemäß bereinigen und die Bereinigungsfälle vollständig an das Bundesversicherungsamt melden. Für die Sonderprüfung sind weitere Sonderdatenmeldungen der Krankenkassen erforderlich.

Die Einnahmen aus diesem Bereinigungs- und Korrekturverfahren fließen in den Gesundheitsfonds und werden in den darauffolgenden Jahresausgleichen über die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen nach § 41 RSAV an alle Krankenkassen ausgeschüttet. Das Bundesversicherungsamt hat den Entwurf der Bestimmung für das Verfahren nach § 323 Abs. 4 SGB V (Bereinigungsverfahren) gemeinsam mit dem Entwurf der Bestimmung für das Verfahren nach § 323 Abs. 5 SGB V (Sonderprüfung) im Oktober 2018 an den GKV-Spitzenverband zur Anhörung übersandt. Im November erfolgte dann im Rahmen der Fachsitzung „Umsetzung des § 323 SGB V“ eine ausführliche Erörterung beider Verfahrensbestimmungen mit den Vertretern der GKV. Die endgültigen Bestimmungen wurden am 22.2.2019 bekanntgegeben.

1.3.8 Gerichtsverfahren zum Risikostrukturausgleich

Nach der Klagewelle in den vergangenen Jahren beläuft sich – vor allem in Folge der wiederholten Bestätigung der Rechtmäßigkeit der Verfahrensumsetzung durch höchstrichterliche Rechtsprechung – die Anzahl der den Risikostrukturausgleich betreffenden Rechtsstreite nur noch auf drei offene Verfahren am Ende des Jahres 2018. In diesen drei Klageverfahren werden die Jahresausgleichsbescheide für die Ausgleichsjahre 2015 und 2016 mit der Begründung angegriffen, dass die Krankenkassen durch unzulässige Datenmeldungen anderer Krankenkassen insbesondere aufgrund von Einflussnahmeversuchen auf das ärztliche Kodierverhalten bei der Festsetzung ihrer Zuweisungen benachteiligt würden. Von den drei Rechtsstreiten sind derzeit zwei Verfahren ruhend gestellt.

1.3.9 Sicherung der Datengrundlagen

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

Bei der Prüfung nach § 273 SGB V unterzieht das Bundesversicherungsamt die von den Krankenkassen für ihre Versicherten gemeldeten Morbiditätsdaten einer Überprüfung, deren Ziel es ist, rechtswidrig erzeugte und gemeldete Daten zu identifizieren. Das Verfahren ist dreistufig angelegt und setzt sich aus Auffälligkeitsprüfungen, Einzelfallprüfungen sowie ggf. der Erhebung von Korrekturbeträgen zusammen. Letzteres bedeutet, dass das Bundesversicherungsamt bei einem nachgewiesenen Datenmeldevorstoß die von der Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhaltenen Zuweisungen nachträglich kürzt.

Im Jahr 2018 wurden die ambulanten und stationären Diagnosen des Ausgleichsjahres 2013 bei allen Krankenkassen gemäß § 273 Abs. 3 Satz 1 SGB V überprüft (sog. kassenweite Auffälligkeitsprüfung). Bei insgesamt 39 Krankenkassen wurden statistische Auffälligkeiten festgestellt und daraufhin Einzelfallprüfungen eingeleitet. Dabei handelt es sich zunächst um auffällige, näher zu untersuchende Entwicklungen in den Daten und nicht um nachgewiesene Fälle rechtswidrigen Verhaltens durch Krankenkassen. 27 Prüfverfahren waren zum Ablauf des Jahres 2018 noch offen. Das Bundesversicherungsamt kann einen Fall erst dann abschließen, wenn die Ursache der Auffälligkeit zweifelsfrei aufgeklärt werden konnte. Die Dauer der Verfahren hängt stark vom jeweiligen Einzelfall ab. Daneben ist das Bundesversicherungsamt auf externe Hinweise hin im Jahr 2018 in anlassbezogenen Einzelfallprüfungen tätig geworden. In insgesamt 28 Fällen wurde ein Prüfverfahren eröffnet, weil der begründete Verdacht bestand, dass gegen Datenmeldevorschriften verstoßen wurde. Bei dieser hohen Anzahl anlassbezogener Einzelfallprüfungen ist allerdings zu berücksichtigen, dass z.T. bei mehreren Krankenkassen der identische oder ein ähnlich gelagerter Sachverhalt ermittelt wird. Im Zentrum der anlassbezogenen Prüfungen steht die Frage, ob Krankenkassen auf die zu Abrechnungszwecken erzeugten und für den RSA herangezogenen Leistungsdaten Einfluss genommen haben, in erster Linie durch den Versuch, das Kodierverhalten der Ärzte zu steuern.

Einen Schwerpunkt der anlassbezogenen Einzelfallprüfungen im Jahr 2018 bildete das Thema Kodierberatung. Gegenstand der Prüfung ist der Einsatz von Arztberatern durch Krankenkassen, um niedergelassene Ärzte im persönlichen Gespräch zu spezifischen Diagnosestellungen zu bewegen. Die Beratung von Vertragsärzten in Kodierfragen durch Krankenkassen ist gemäß § 305a und § 303 SGB V rechtswidrig. So wurde durch das HHVG dem § 305a SGB V der Satz 7 hinzugefügt, der klarstellt, dass eine Beratung des Arztes durch die Krankenkasse im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen auch mittels informationstechnischer Systeme unzulässig ist.

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2018 fünf Prüfverfahren mit der Erhebung von Korrekturbeträgen abgeschlossen. Als monetäres Ergebnis wurden auf



diese Weise Korrekturbeträge in Höhe von rd. 10,5 Mio. Euro erhoben, die im Rahmen des RSA-Jahresausgleichs im November 2018 an die GKV ausgeschüttet wurden. Nachgelagerte Prüfungen der RSA-Daten finden auch auf der Grundlage der Regelung nach § 42 RSAV durch die Prüfdienste der Länder und des Bundesversicherungsamtes statt. Bei diesen Prüfungen müssen die Krankenkassen die Richtigkeit der gemeldeten RSA-Daten anhand von Original-Unterlagen (bspw. Mitgliedsbescheinigungen, Abrechnungsdaten der Leistungserbringer etc.) belegen. Im Jahr 2018 hat das Bundesversicherungsamt durch Ziehung der entsprechenden Stichproben zentral die Prüfung der sog. „Morbiditätsdaten“ des Ausgleichsjahres 2014 (§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV) für 109 Krankenkassen eingeleitet. Bei der Prüfung der sog. „Versichertenzeiten“ des Ausgleichsjahres 2011 (§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV) wurde bei zwei Krankenkassen die Stufe-2-Prüfung eingeleitet. Sollte die sich anschließende Vor-Ort-Prüfung durch die Prüfdienste die Ergebnisse aus der ersten Stufe bestätigen, stünde erstmals im Rahmen von § 42 RSAV ebenfalls die Erhebung von Korrekturbeträgen an.

1.4 Einkommensausgleich

Zum 1. Januar 2015 wurde der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von 15,5 % auf 14,6 % abgesenkt. Da die risikoadjustierten Zuweisungen in der Summe auf die Höhe der Einnahmen des Gesundheitsfonds begrenzt sind, haben die Krankenkassen die entstandene Deckungslücke durch Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages – der seit dem 1.1.2019 auch wieder paritätisch finanziert wird – von den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder zu schließen. Damit die unterschiedliche Einkommensstruktur der Mitglieder der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen für einzelne Krankenkassen führt, wurde mit § 270a SGB V ab 2015 ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt. Ohne einen solchen Ausgleich würden aus der unterschiedlichen Einkommensstruktur der Mitglieder der Krankenkassen erhebliche Unterschiede bei den mit den Zusatzbeitragsätzen erzielten Beitragseinnahmen resultieren. Dies hätte zur Folge, dass die Zusatzbeitragssätze letztlich nicht mehr vergleichbar wären und ein funktionsfähiger Wettbewerb im Hinblick auf Wirtschaft-

lichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung nicht entstehen könnte.

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

Die Zusatzbeiträge werden unmittelbar an den Gesundheitsfonds abgeführt. Auf Basis des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes, der voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied sowie der aktuellen Mitgliederzahlen ermittelt das Bundesversicherungsamt die der Krankenkasse zustehenden Mittel und zahlt diese monatlich gemeinsam mit den Zuweisungen aus.

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

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse des Jahresausgleichs 2017, den das Bundesversicherungsamt im November 2018 für den Einkommensausgleich durchgeführt hat, sowie die Auszahlungen im Abschlagsverfahren 2018.

Zugewiesene Mittel aus dem Einkommensausgleich		
Kassenart	im Jahresausgleich 2017	im Abschlagsverfahren 2018
AOK	4.828,0 Mio. €	4.797,7 Mio. €
BKK	2.244,5 Mio. €	2.332,7 Mio. €
VdEK	6.146,0 Mio. €	6.102,7 Mio. €
IKK	1.239,9 Mio. €	1.193,3 Mio. €
KBS	429,1 Mio. €	411,4 Mio. €
GKV	14.887,5 Mio. €	14.837,8 Mio. €

2. Innovationsfonds und Krankenhausstrukturfonds

2.1 Innovationsfonds

2.1.1 Grundlagen

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

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

2.1.2. Ermittlung der Finanzierungsanteile

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

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

2.1.3. Fördermittelauszahlungen in 2018

In 2018 wurden Fördermittel in Höhe von rd. 101 Millionen Euro an 189 Projekte ausgezahlt. Diese betrafen mit rd. 64 Millionen Euro größtenteils die in 2016 bewilligten Projekte, sodass zum 31. Dezember 2018 insgesamt rd. 36,6% der in 2016 bewilligten Mittel ausgezahlt wurden. Die Auszahlungsquote der in 2017 bewilligten Fördermittel liegt insgesamt bei rd. 14,8%. Aus dem Bewilligungsjahr 2018 hat bereits ein Projekt Fördermittel erhalten.

Die Auszahlung von Fördermitteln erstreckt sich über die gesamte Laufzeit der geförderten Vorhaben, die bis zu vier Jahre beträgt.

Bewilligungsjahr	Höhe der Bewilligungen (BEW)		Fördermittelauszahlungen in	
			2018	Ausz./BEW
2016	NVF*	210.733.740,70 €	44.062.120,51 €	20,91 %
	VSF**	70.479.046,73 €	19.919.750,03 €	28,26 %
	Gesamt	281.212.787,43 €	63.981.870,54 €	22,75 %
2017	NVF*	212.758.570,31 €	29.050.952,20 €	13,65 %
	VSF**	69.353.832,35 €	7.972.934,96 €	11,50 %
	Gesamt	282.112.402,66 €	37.023.887,16 €	13,12 %
2018	NVF*	187.587.521,75 €	- €	0
	VSF**	70.009.092,13 €	7.500,00 €	0,01 %
	Gesamt	257.596.613,88 €	7.500,00 €	0,00 %
		820.921.803,97 €	101.013.257,70 €	12,30 %

* Neue Versorgungsformen

** Versorgungsforschung

2.1.4 Finanzergebnisse des Innovationsfonds

Nach dem Rechnungsergebnis für das Geschäftsjahr 2018 betragen die Gesamtausgaben des Innovationsfonds rd. 262,2 Millionen Euro. Davon entfallen rd. 185,8 Millionen Euro auf Projekte im Bereich der neuen Versorgungsformen (NVF), rd. 70,0 Millionen Euro auf Projekte im Bereich der Versorgungsforschung (VSF) und rd. 6,4 Millionen Euro auf Verwaltungskosten. Dabei beliefen sich die Verwaltungskosten der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses (GBA) auf rd. 5,9 Millionen Euro, die des Bundesversicherungsamtes auf rd. 0,21 Millionen Euro und die Kosten der wissenschaftlichen Evaluation auf rd. 0,27 Millionen Euro. Die Verwaltungskosten verursachen einen Anteil von rd. 2,4 % der Gesamtausgaben.

Den Ausgaben stehen gleich hohe Einnahmen gegenüber, was zu einem Rechnungsergebnis von +-0 führt. An der Finanzierung haben sich im Geschäftsjahr 2018 die LKK mit rd. 2,4 Millionen Euro sowie die RSA-Krankenkassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit jeweils rd. 129,9 Millionen Euro beteiligt.

Rechnungsergebnis 2018 des Innovationsfonds in Euro (lt. KJ 1)

Finanzierungsanteile:

Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)	2.356.673,59
Krankenkassen (ohne LKK)	129.936.147,4
Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds	129.936.147,4
Einnahmen gesamt	262.228.968,39
Bewilligungen NVF	185.785.880,75
Bewilligungen VSF	70.009.092,13
Verwaltungskosten BVA	214.645,69
Verwaltungskosten GBA	5.946.715,09
Kosten der wissenschaftlichen Evaluation	272.634,73
Ausgaben gesamt	262.228.968,39

Rechnungsergebnis

+-0

2.2 Förderung von Vorhaben zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung mit Mitteln des Strukturfonds

2.2.1. Grundlagen

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

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

Von den zunächst bis zum Ende der Antragsfrist am 31. Juli 2017 gestellten 66 Anträgen war nach Rücknahmen und einer geringeren Zahl an Ersatzanträgen über 61 Anträge zu entscheiden, zum Ende des Berichtsjahres waren davon 59 Verfahren abgeschlossen. Zudem hat das Bundesversicherungsamt über weitere 8 von ursprünglich 10 im so genannten Nachverteilungsverfahren gestellte Anträge befunden. In diesem Verfahren konnten die von einzelnen Ländern nicht ausgeschöpften Mittel zusätzlich beantragt werden. Hiervon haben sechs Bundesländer Gebrauch gemacht.

2.2.2 Finanzergebnisse des Strukturfonds

Bis zum Ende des Jahres 2018 sind insgesamt rund 452 Millionen Euro an Fördermitteln bewilligt und infolgedessen ausgezahlt worden, davon rund 438 Millionen Euro im Erst- und rund 14 Millionen Euro im Nachverteilungsverfahren.

Die folgende Tabelle zeigt die Rechnungsergebnisse seit 2016. Die Mittel des Strukturfonds werden zu rd. 99 Prozent aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, die übrigen Mittel werden von der landwirtschaftlichen Krankenkasse aufgebracht. Neben den Aufwendungen zur Förderung von Vorhaben der Länder werden die Verwaltungskosten und Kosten der wissenschaftlichen Evaluation aus dem Strukturfonds gedeckt. Die Förderung wird fortgeführt, bis die Mittel ausgeschöpft sind. Hiervon abzugrenzen ist die gesetzliche Neuaufgabe des Strukturfonds ab 2019 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (Näheres dazu unter 2.2.5).

Rechnungsergebnisse des Strukturfonds (in Euro)	2016	2017	2018	Gesamt
Finanzierungsanteile: Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)	95.048,29	1.795.649,97	2.278.657,79	4.169.356,05
Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds	9.542.083,04	188.332.548,64	251.269.429,60	449.144.061,28
Einnahmen gesamt	9.637.131,33	190.128.198,61	253.548.087,39	453.313.417,33
Aufwendungen zur Förderung von Vorhaben der Länder	9.328.500,00	189.647.913,33	253.109.631,14	452.086.044,47
Verwaltungskosten BVA	308.631,33	455.385,28	414.795,25	1.178.811,86
Kosten der wissenschaftlichen Evaluation	0,00	24.900,00	23.661,00	48.561,00
Ausgaben gesamt	9.637.131,33	190.128.198,61	253.548.087,39	453.313.417,33
Rechnungsergebnis	+-0	+-0	+-0	+-0

2.2.3 Einzelheiten zum Stand der Förderung im Berichtsjahr

Von den 61 Anträgen des Erstverteilungsverfahrens sind 9 auf die Schließung von akutstationären Versorgungseinrichtungen gerichtet. 41 Anträge haben die Konzentration und 11 die Umwandlung von akutstationären Einrichtungen in nicht akutstationäre Einrichtungen oder bedarfsnotwendige andere Fachrichtungen zum Gegenstand.

Von den 59 bis zum Ende des Berichtsjahres abschließend bearbeiteten Anträgen wurden 52 vollumfänglich positiv beschieden und sechs Anträge teilweise bewilligt; ein Antrag wurde abgelehnt. Bis zum Jahresende 2018 sind Fördermittel aus dem Strukturfonds in Höhe von insgesamt ca. 438 Millionen Euro (90,5 % der im Erstverteilungsverfahren beantragten Fördergelder) ausgezahlt worden. Ein Bundesland hat im Berichtszeitraum nicht verwendete Fördermittel in Höhe von 163.761,69 Euro zurückgezahlt.

Auf Basis der Antragsunterlagen geht von den bewilligten Vorhaben und den hier avisierten strukturellen Veränderungen ein Abbau von Versorgungskapazitäten

und/ oder Verminderungen des Vorhalteaufwandes einher. In Folge ihrer Umsetzung werden voraussichtlich 3122 Krankenhausbetten abgebaut und - gesondert dokumentierte - Einsparungen beim Vorhalteaufwand im zweistelligen Millionenbereich erwartet. Aus dem Kreis der im Nachverteilungsverfahren nach dem 1. September 2017 gestellten Anträge waren fünf auf die Förderung von neuen Vorhaben ausgerichtet, während die anderen fünf Anträge an bereits im Erstverfahren zur Förderung beantragte Vorhaben anknüpften. Zwei Bundesländer haben jeweils einen Antrag zurückgezogen; zwei weitere Anträge wurden abgelehnt. Die bewilligten sechs Anträge haben die Konzentration von akutstationären Versorgungseinrichtungen zum Gegenstand.

Im Berichtszeitraum sind Fördermittel aus dem Nachverteilungsbudget in Höhe von insgesamt ca. 14 Millionen Euro ausgezahlt worden. Für das Berichtsjahr 2019 zeichnet sich (u.a aufgrund von Rückzahlungen) eine weitere Auszahlung von Fördermitteln aus dem Nachverteilungsbudget ab, die anteilig auf die sechs bewilligten Anträge verteilt werden. Bei Umsetzung der bewilligten Vorhaben werden entsprechend deren

Zielstruktur voraussichtlich 160 Krankenhausbetten abgebaut.

Ausführliche statistische Angaben sind dem Bericht des Bundesversicherungsamtes an das Bundesministerium für Gesundheit über den Stand der Förderung (31. Dezember 2018) zu entnehmen, abrufbar unter www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds-strukturfonds.

2.2.4 Praxis der Förderverwaltung / Grundsatzfragen

Im Rahmen der Förderverwaltung war das Bundesversicherungsamt auch im Jahr 2018 mit zahlreichen Fragestellungen grundsätzlicher Art zu den Fördervoraussetzungen, zur Auslegung bestimmter Fördertatbestände, zur Förderfähigkeit bestimmter Kostenpositionen und zum Verfahren betraut.

Neben der Antragsprüfung war das Bundesversicherungsamt im Jahr 2018 zunehmend auch mit Fragen der „nachlaufenden“ Förderverwaltung befasst. Nachdem das Bundesversicherungsamt Mittel aus dem Strukturfonds bewilligt hat, werden jährlich Zwischenberichte der Länder zum Stand der Umsetzung und zum Einsatz der Mittel angefordert und ausgewertet, um die zweckgerichtete Verwendung der Fördermittel zu überwachen und zu gewährleisten, dass die vom Gesetzgeber intendierten Verbesserungen der Strukturen in der Krankenhausversorgung umgesetzt werden. Dabei trat zuweilen der Fall auf, dass ein antragstellendes Land ein Fördervorhaben – zum Teil auch noch nach der Bewilligungsentscheidung des Bundesversicherungsamtes – modifizieren musste, etwa weil neue Standortplanungen des Krankenhausträgers zu berücksichtigen waren oder sich Kostenpositionen nachträglich geändert haben. Hier war jeweils in Abstimmung mit dem betroffenen Land zu klären, inwieweit eine rechtsförmliche Anpassung des Antrags bzw. der Bewilligungsentscheidung des Bundesversicherungsamtes vorzunehmen war, um den zweckgerichteten Einsatz der Mittel weiterhin zu gewährleisten.

Um die Mittelverwendung und die damit verbundenen Strukturverbesserungen anhand möglichst gleichartiger und einheitlicher Kriterien bewerten zu können, hat das Bundesversicherungsamt in einem

Rundschreiben die Anforderungen an die gemäß § 8 KHSFV von den Ländern regelmäßig vorzulegenden Nachweise näher konkretisiert und erläutert. Dieses Rundschreiben ist ebenfalls unter www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds-strukturfonds abrufbar.

2.2.5. Auswertung und Berichtswesen

Zur Evaluation des mit der Förderung aus Mitteln des Strukturfonds bewirkten Strukturwandels hat das Bundesversicherungsamt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung in Auftrag gegeben. Auf Grundlage dieser Auswertung wird das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag nach Abschluss der Förderung einen Bericht über den durch die Förderung bewirkten Strukturwandel vorlegen (§ 14 KHG). Für die Auswertung konnte mit dem RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung in Essen ein renommierter wissenschaftlicher Gutachter gewonnen werden. Die Beauftragung zur Evaluation unter Leitung von Prof. Dr. Boris Augurzky umfasst zunächst einen Zeitraum von vier Jahren und beinhaltet neben der abschließenden Berichtslegung als Grundlage für die Berichterstattung zur Vorlage beim Deutschen Bundestag jährliche Zwischenberichte zur Übermittlung an die vorgenannten Ministerien. Der erste, den Ministerien im Juli 2017 vorgelegte Zwischenbericht konnte bereits erste positive Tendenzen struktureller Veränderungen in der Krankenhauslandschaft aufzeigen, wenngleich zu diesem Zeitpunkt naturgemäß erst wenige Förderentscheidungen vorlagen.

Daneben hatte das Bundesversicherungsamt das Antragsgeschehen seinerseits berichtsförmig aufzubereiten (§ 3 Abs. 3 KHSFV). Zudem war das Bundesversicherungsamt mit einer Vielzahl insbesondere auch einzelfallbezogenen Auskunftersuchen gegenüber den politischen Akteuren in Bund und Ländern befasst.

2.2.6 Ausblick und Vorbereitungsarbeiten an der gesetzlichen Neuauflage des Strukturfonds ab 2019

Das Bundesversicherungsamt wird auch im Jahr 2019 voraussichtlich noch mit zahlreichen Entscheidungen befasst sein, die den Förderzeitraum bis 2018 betreffen: Dabei geht es vor allem um „Ersatzanträge“ im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 2 KHG, um Änderungsentscheidungen, ergänzende Nachverteilungsentscheidungen u.a.m.

Insoweit richtet sich der Fokus zunehmend auf die Verwendung der Mittel. Soweit die Länder ihrerseits gegenüber den Krankenhausträgern bereits Bescheide erlassen haben – bis Ende 2018 waren dies 35 – und die Mittel bereits eingesetzt wurden, haben die Länder dem Bundesversicherungsamt jährlich zum 1. April eines Jahres Berichte über den Stand der Umsetzung sowie Zwischenergebnisse über die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und spätestens innerhalb von fünfzehn Monaten nach Abschluss des Vorhabens den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel vorzulegen (§ 8 KHSFV). Das Bundesversicherungsamt prüft diese Nachweise und fordert für den Fall, dass Mittel zweckwidrig eingesetzt wurden oder Fördervoraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, Mittel des Strukturfonds zurück.

Das „Pflegepersonal-Stärkungsgesetz“ (PpSG) vom 11. Dezember 2018 verankert die Fortführung der Förderung mit Mitteln des Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 im Umfang von jährlich 500 Millionen Euro. Es bekräftigt und schärft die bisherigen Fördertatbestände „Schließung“, „Konzentration“ und „Umwandlung“, insbesondere im Hinblick auf die Unterscheidung zwischen privilegierten Konzentrationsvorhaben, deren Förderung eine Verminderung der Zahl der krankenhausplanerisch festgesetzten Betten nicht voraussetzt, und nicht privilegierten Vorhaben. Darüber hinaus ist die Förderung – im Hinblick auf die Anpassung an den Versorgungsbedarf sowie die Schaffung bzw. Bildung und Erweiterung spezifischer Strukturen und Kapazitäten – auf die IT-Sicherheit, die Vernetzung, die Zentrenbildung, die (integrierte)

Notfallversorgung und die Ausbildungskapazitäten in der pflegerischen Versorgung hin ausgerichtet (näher § 12a KHG und §§ 11-18 KHSFV).

Das Bundesversicherungsamt hat das Bundesministerium für Gesundheit bei den für die Gesetzgebung im Bereich des Strukturfonds vorbereitenden Arbeiten tatkräftig unterstützt und seine umfassenden praktischen Erfahrungen aus der bisherigen Förderverwaltung zugunsten der Implementierung einer effektiven, auf eine zielgenauere und bedarfsorientierte Förderung hin ausgerichteten Verwaltung eingebracht. Darüber hinaus wurden bereits zahlreiche Voranfragen von Ländern und Krankenhausträgern betreffend die Förderung mit Mitteln des Strukturfonds nach dem neuen Regelwerk an das Bundesversicherungsamt herangetragen; das Bundesversicherungsamt ist weiterhin gefordert, in intensivem fachlichen Dialog mit den Ländern die effektive Umsetzung des Sonderinvestitionsprogramms zugunsten der Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung weiter zu befördern und zu begleiten.

Die Fortführung der Förderung in den Jahren 2019 bis 2022 ist angelaufen. Hier sind zunächst zahlreiche Vor- und grundlegende Verwaltungsarbeiten zu leisten (Berechnung und Bekanntgabe von Förderanteilen und Beträgen, Weiterentwicklung der Antragsformulare, Abstimmung mit den Bundesländern, Ausschreibung einer Auswertung uvm.), bevor das Bundesversicherungsamt mit neuen, nunmehr auch länderübergreifend und neue Fördertatbestände umfassenden Anträgen befasst sein wird.



3. Strukturierte Behandlungsprogramme

Das Bundesversicherungsamt ist für die zentrale Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen (Disease Management Programme – 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 sieben Indikationen angeboten werden: Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1) und Typ 2 (DM 2), Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) und Herzinsuffizienz (HI).

an mehr als einem DMP teilnehmen – erteilt. Bei allen Indikationen steigen die Teilnehmerzahlen weiterhin an.

Indikation	Zulassungen	Teilnahme an DMP 2017	Teilnahme an DMP 2018
Asthma bronchiale	1.545	943.464	969.235
Brustkrebs	1.480	106.853	125.165
COPD	1.556	756.881	763.876
DM 1	1.518	205.336	218.838
DM 2	1.581	4.183.767	4.243.200
KHK	1.537	1.859.088	1.885.791
Insgesamt	9.217	8.055.389	8.206.105

3.1 Zulassungsstand

Ende 2018 waren insgesamt mehr als 9.000 Programmzulassungen mit rund 8,2 Millionen eingeschriebenen Versicherten – von denen 1,2 Millionen

3.2 Neue DMP-Indikationen

Als erste neue Indikation seit 2005 trat aufgrund des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) am 24. August 2018 die Indikation Herzinsuffizienz in Kraft. Herzinsuffizienz war bisher als Modul Bestandteil der DMP-Indikation KHK und wird nun in eine eigene DMP-Indikation überführt. Zulassungen in dieser neuen Indikation gibt es bisher nicht.

Im G-BA wird weiterhin die Einführung neuer DMP-Indikation diskutiert. Von den möglichen neuen Indikationen sind die Beratungen von chronischem Rückenschmerz am weitesten fortgeschritten. Mit dem Inkrafttreten dieser neuen – achten – DMP-Indikation ist im Laufe des Jahres 2019 zu rechnen.

3.3 Vertragsanpassungen

Im Jahre 2018 traten mehrere Änderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des G-BA in Kraft, mit der die bisherigen Regelungen zu den Indikationen Asthma und KHK geändert wurden. Insoweit mussten die Krankenkassen im Rahmen der einjährigen Anpassungsfrist gemäß § 137g Abs. 2 Satz 1 SGB V ihre Verträge an die Rechtsänderungen anpassen. Die Anpassungsfristen begannen jeweils am 1. April 2018 (Asthma) und am 24. August 2018 (KHK). Das Bundesversicherungsamt als Zulassungsbehörde hat damit die Aufgabe zu überprüfen, ob die Anpassungen an die neuen Regelungen innerhalb der Umsetzungsfristen rechtskonform vorgenommen werden. Im Rahmen der Rechtsanpassung legen die Krankenkassen für alle Regionen fristgerecht ihre überarbeiteten Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Datenstellen vor.

3.4 Qualitätsberichte

Gemäß § 137f Absatz 4 Satz 2 SGB V müssen die Krankenkassen jährlich zum 1. Oktober Qualitätsberichte für ihre zugelassenen Programme für das vorangegangene Kalenderjahr vorlegen. Zum 1. Oktober 2018

waren die Berichte für das Kalenderjahr 2017 für die Indikationen DM 1, DM 2, KHK, Asthma und COPD vorzulegen. Ihre Prüfung wurde ohne Beanstandungen im Jahr 2018 abgeschlossen.

3.5 Evaluation

Gleichfalls zu prüfen war 2018 die Durchführung der Evaluation durch die Krankenkassen nach dem Inkrafttreten der neuen Regelungen des G-BA (§ 6 der DMP-A-RL). Diese Aufgabe obliegt dem Bundesversicherungsamt gemäß § 137g

Abs. 3 Satz 2 SGB V und ist eine Voraussetzung zur Aufrechterhaltung der unbefristeten Zulassung. Geprüft wird vom Bundesversicherungsamt nur die Durchführung der Evaluation durch die Krankenkassen, nicht die Ergebnisse der Evaluation. Bei der Prüfung gab es keine wesentlichen Beanstandungen.



4. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung

In der sozialen Pflegeversicherung gilt ein für alle Pflegekassen einheitlicher, gesetzlich festgelegter Beitragssatz. Er betrug bis Ende des Jahres 2018 2,55% der beitragspflichtigen Einnahmen, für nicht Kindererziehende wird ein Beitragszuschlag in Höhe von 0,25% erhoben (§ 55 Abs. 1 und 3 SGB XI). Die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten werden von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. Da die Höhe der Leistungsaufwendungen und der Beitragseinnahmen aufgrund unterschiedlicher Versichertenstrukturen erhebliche Unterschiede zwischen den Pflegekassen aufweisen, wird vom Bundesversicherungsamt zwischen allen Pflegekassen ein Finanzausgleich in Form eines Liquiditätsausgleichs durchgeführt (§§ 66 ff. SGB XI).

Die Abwicklung des Finanzausgleichs erfolgt über den Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI, der als gemeinschaftliches Sondervermögen der gesamten sozialen Pflegeversicherung vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird. In dieser Eigenschaft nimmt das Bundesversicherungsamt auch bestimmte Beiträge, z.B. die Rentenversicherungsbeiträge, direkt und zentral an

und erfüllt selbst Aufgaben im Bereich der Leistungsverwaltung der sozialen Pflegeversicherung. Darüber hinaus sammelt das Bundesversicherungsamt diejenigen Beitragsanteile, die gemäß § 131 ff. SGB XI zur Bildung des sogenannten Pflegevorsorgefonds an die Deutsche Bundesbank abzuführen sind, der zur langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung dient.

4.1 Finanzausgleich

Um ihren Zahlungsverpflichtungen (wie z.B. der Auszahlung von Pflegegeldern oder der Vergütung für stationäre Pflegeleistungen) unabhängig von der Höhe der Beitragseinnahmen nachkommen zu können, müssen die Pflegekassen über hinreichende liquide Mittel verfügen. Die Pflegekassen haben daher Betriebsmittel im erforderlichen Umfang bereitzuhalten und eine Rücklage zu bilden. Das Betriebsmittel- und Rücklage-Soll beträgt für alle Pflegekassen einheitlich das 1,5fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Im monatlichen Finanzausgleich werden das Betriebsmittel- und Rücklage-Soll dem Ist-Bestand gegen-

übergestellt. Diejenigen Pflegekassen, deren Mittel-Ist das Soll übersteigt, führen den überschüssigen Betrag an den Ausgleichsfonds ab. Hieraus erhalten diejenigen Pflegekassen, die ein entsprechendes Mitteldefizit ausweisen, einen Ausgleich bis zur Höhe des Betriebsmittel- und Rücklagesolls.

Der Ausgleichsfonds zahlte zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand im Jahre 2018 insgesamt rd. 15,2 Milliarden Euro an die Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entsprach einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rd. 1,3 Milliarden Euro. Von den Pflegekassen erhielt er insgesamt rd. 6,6 Milliarden Euro und an direkten Beitragseinnahmen rd. 7,9 Milliarden Euro.

4.2 Entwicklung des Mittelbestandes

Zum Ende des Jahres 2018 verfügte der Ausgleichsfonds über Mittel in Höhe von rd. 0,6 Milliarden Euro und die Pflegekassen über Mittel in Höhe von rd. 2,5 Milliarden Euro. Zusammen bilden diese beiden Mittelbestände die sog. Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von rd. 3,2 Milliarden Euro. Zu Beginn des Jahres betrug sie noch 6,7 Milliarden Euro und verminderte sich somit binnen Jahresfrist um rd. 52%.

Unterjährig sanken die Mittel des Ausgleichsfonds soweit ab, dass erstmals die Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittel-Solls unter gleichzeitiger Heranziehung der Mittel aller Pflegekassen abgesenkt werden musste. Geregelt ist dieses Verfahren in der Vereinbarung nach § 66 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB XI zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesversicherungsamt. Für den Fall möglicher Liquiditätsengpässe des Ausgleichsfonds sehen §§ 3 Abs. 9 und 4 Abs. 3 dieser Vereinbarung vor, dass die Auffüllung bzw. die Abschöpfung des Betriebsmittelsolls durch den Ausgleichsfonds nicht auf 100 % einer Monatsausgabe, sondern auf einen entsprechend niedrigeren Wert erfolgt.

Das Bundesversicherungsamt kündigte daher bereits im Mai 2018 an, dass zur Sicherstellung der Durchführung des monatlichen Finanzausgleichs die Absenkung der Ausgabendeckungsquote erstmals in dem Monat erfolgen soll, der dem Monat folgt, in dem der Mit-

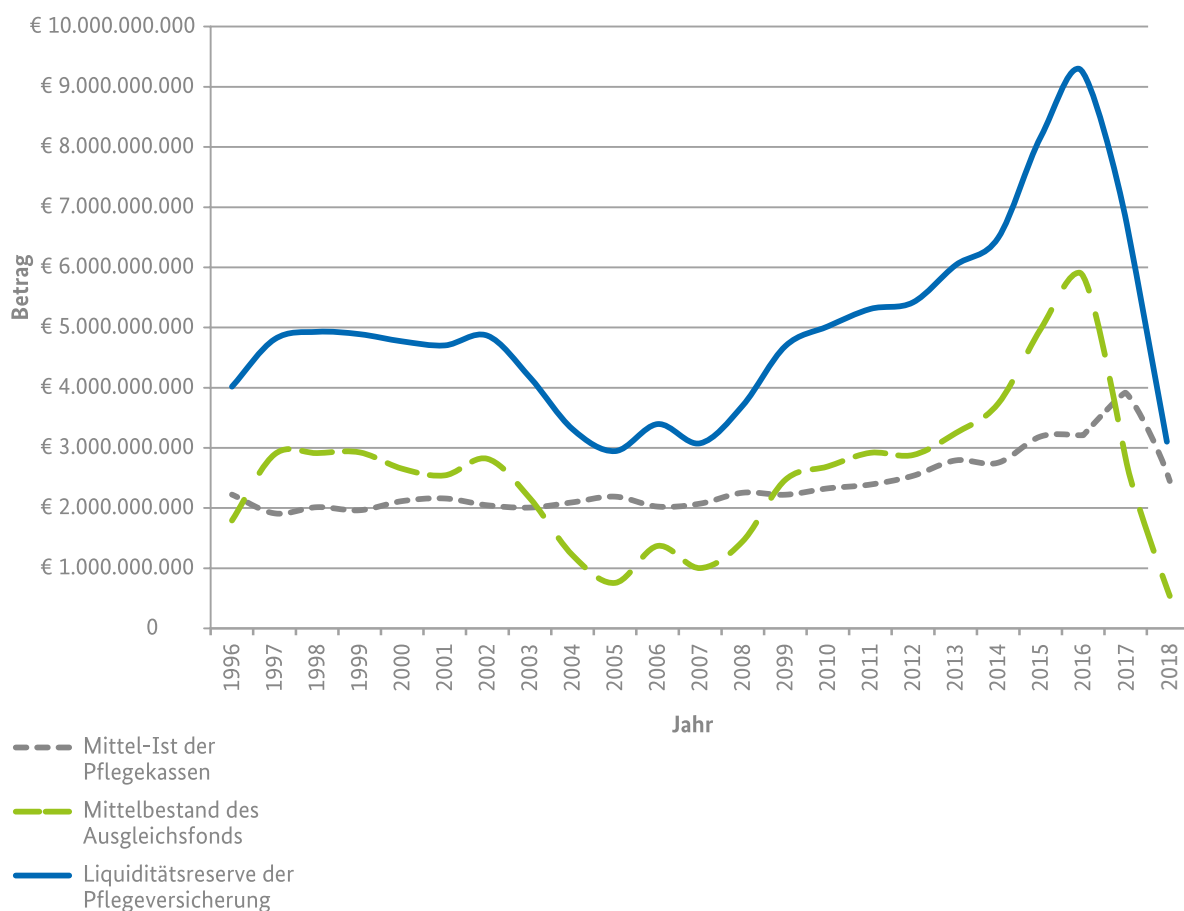
telbestand des Ausgleichsfonds die Grenze von 500 Millionen Euro unterschreitet. Mit Schreiben vom 16. Juli 2018 gab das Bundesversicherungsamt schließlich die Absenkung der Ausgabendeckungsquote bekannt. Sie betrug für den August 2018 „0,9“ und wurde stufenweise auf den Wert „0,5“ im Dezember 2018 abgesenkt.

Um zu vermeiden, dass die Absenkung der Ausgabendeckungsquote zu Liquiditätsengpässen bei einzelnen Pflegekassen führt, legte das Bundesversicherungsamt schließlich auch die Zahlungstermine für die Monate ab November 2018 neu fest und zog sie dabei auf das frühestmögliche Datum vor.

Die starke unterjährige Abnahme der Mittel waren Zeichen dafür, dass die finanziellen Auswirkungen der Leistungsverbesserungen der Pflegestärkungsgesetze PSG I bis PSG III deutlich unterschätzt wurden. Da zudem weitere Maßnahmen und insbesondere eine Verstärkung des Pflegepersonals vorgesehen waren, wurde zeitgleich mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) zum 1. Januar 2019 auch der Beitragssatz von 2,55% auf 3,05% angehoben. Der Beitragszuschlag für Kinderlose blieb unverändert bei 0,25 %.

Die grafische Darstellung zeigt die Entwicklung des Mittelbestands des Ausgleichsfonds und der Pflegekassen sowie die der Liquiditätsreserve.

Entwicklung des Mittelbestandes der sozialen Pflegeversicherung



4.3 Verwaltung der Mittel des Ausgleichsfonds

Zu den Aufgaben des Bundesversicherungsamtes gehört ebenfalls die risikogerechte Anlage und Verwaltung der Mittel des Ausgleichsfonds. Die Mittel werden so angelegt und verwaltet, dass für die maßgeblichen Zahlungstermine eine ausreichende Liquidität des Ausgleichsfonds gegeben ist. Für die Sicherheit der Geldanlagen stellen die Einstufung eines Kreditinstituts in eine bestimmte Ratingklasse durch eine oder mehrere anerkannte Ratingagenturen ein wichtiges Kriterium dar, aber es erfolgen auch eigene Bewertungen. Bei der Verwaltung der Mittel sind die spezifischen Erfordernisse des Zahlungsverkehrs des Ausgleichsfonds zu berücksichtigen. Aufgrund der oben dargestellten Finanzentwicklung wurden im Jahr 2018 längerfristige Anlagen zu Gunsten einer ausrei-

chenden Liquidität des Ausgleichsfonds aufgelöst. Die durchschnittliche Laufzeit der Geldanlagen lag am Ende des Jahres 2018 bei weniger als einem Monat, da zugunsten der Flexibilität fast ausschließlich nur noch täglich kündbare Einlagen vorgehalten wurden.

4.4 Verwaltungskosten der sozialen Pflegeversicherung

Die Aufgaben der Pflegekassen werden von den Beschäftigten der Krankenkassen, bei denen die jeweilige Pflegekasse errichtet ist, wahrgenommen. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit erfolgt die Erstattung der Kosten in Form einer Pauschale. Für die gesamte Pflegeversicherung wird diese mit Hilfe eines Multiplikators in Höhe von 3,2% auf den Mittelwert aus Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben berechnet und anteilig auf die einzelnen Pflegekassen umgelegt.

Da die zentrale Abführung der Beitragsanteile für den Vorsorgefonds keinen Verwaltungsaufwand für die Pflegekassen darstellt, werden diese bei der Berechnung der Pauschale herausgerechnet.

Das Verfahren der Berechnung und die Verteilung der Pauschale hat der GKV-Spitzenverband in einer Verwaltungskostenbestimmung gemäß § 46 Abs. 3 SGB XI geregelt. Das Bundesversicherungsamt übernimmt als Verwaltungsbehörde die Durchführung der Verteilung und der Berechnung.

Dabei wird die Verwaltungskostenpauschale vorab durch eine Schätzung der Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen des kommenden Jahres vorläufig berechnet. Nach Vorliegen der endgültigen Ergebnisse erfolgt eine Schlussabrechnung.

Die von den Pflegekassen an die Krankenkassen für das Jahr 2018 vorläufig gezahlte Verwaltungskostenpauschale betrug insgesamt rd. 1.125 Millionen Euro. Die Verwaltungskostenschlussabrechnung ergab eine endgültig zu leistende Verwaltungskostenpauschale in Höhe von rd. 1.114 Millionen Euro, woraus sich eine Rückzahlung der Krankenkassen an die Pflegekassen in Höhe von rd. 11 Millionen Euro ergab.

4.5 Leistungsausgaben des Ausgleichsfonds (Fördergelder)

Als besondere Aufgabe obliegt dem Ausgleichsfonds die Auszahlung der nachfolgend ausgeführten Fördergelder:

- Förderung von Angeboten zur Unterstützung und Entlastung im Alltag (vormals: niedrigschwelliger - Betreuungs- und Entlastungsangebote),
- Angebote des Ehrenamts in der Pflege einschließlich Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nach § 45c und § 45 d Abs.1 SGB XI
- Angebote der Selbsthilfe in der Pflege einschließlich Modellvorhaben nach § 45d SGB XI
- Beteiligung der Pflegekassen an regionalen Netzwerken gemäß § 45c Abs. 9 SGB XI
- Modellvorhaben des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI

- Finanzierung der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses sowie der von ihm in Auftrag zu gebenden Forschungsvorhaben zur Qualitätsforschung in der Pflegeversorgung nach § 8 Abs. 4 SGB XI
- Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI
- Anschubfinanzierung für Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI (in der Abwicklung)
- Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen zur häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste nach § 125 SGB XI

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Angebote des Ehrenamts, Modellvorhaben

Land	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	1.437	5.859
Bayern	261	1.552
Berlin	325	1.285
Brandenburg	158	1.200
Bremen	4	28
Hamburg	13	254
Hessen	222	2.220
Mecklenburg-Vorpommern	11	119
Niedersachsen	244	2.333
Nordrhein-Westfalen	122	3.930
Rheinland-Pfalz	58	174
Saarland	39	190
Sachsen	51	409
Sachsen-Anhalt	42	410
Schleswig-Holstein	89	430
Thüringen	126	366
Summe	3.202	20.759

Angebote der Selbsthilfe einschließlich Modellvorhaben		
Land	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	15	33
Bayern	7	19
Berlin	72	407
Brandenburg	27	195
Bremen	6	167
Hamburg	2	58
Hessen	1	4
Mecklenburg-Vorpommern	2	2
Niedersachsen	44	188
Nordrhein-Westfalen	98	985
Rheinland-Pfalz	4	89
Saarland	0	0
Sachsen	2	11
Sachsen-Anhalt	0	0
Schleswig-Holstein	0	0
Thüringen	5	37
Summe	285	2.195

Die Förderung nach den §§ 45c und d SGB XI erfolgt nach dem Prinzip der Ko-Förderung. Das bedeutet, dass die geförderten Hilfeempfänger, z.B. die Caritas, die Diakonie und die Volkssolidarität, eine betragsgleiche Förderung eines Landes bzw. einer Kommune oder des Trägers der Arbeitsförderung erhalten. Das für den Bereich § 45c Abs.1 SGB XI insgesamt zur Verfügung stehende Budget in Höhe von 25 Millionen Euro wird nach dem jeweils gültigen Königsteiner Schlüssel auf die Länder verteilt, für das Budget nach § 45d SGB XI standen im Jahr 2018 als Obergrenze Mittel in Höhe von 0,10 Euro pro Versicherten zur Verfügung, das ebenfalls nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt wird. Für beide Bereiche gibt es die Möglichkeit der haushaltstechnischen Übertragung der Fördermittel in das unmittelbar folgende Kalenderjahr. Zur finanziellen Beteiligung der Pflegekassen

an regionalen Netzwerken stehen seit 2018 insgesamt 10 Millionen Euro zur Verfügung. Hieraus können die derzeit 402 Kreise und kreisfreien Städte jeweils eine Förderung von 20.000 Euro maximal erhalten; im Berichtszeitraum wurden 17 regionale Netzwerke mit rund 332 Tausend Euro gefördert.

Diese drei Förderbereiche sowie der nach § 8 Abs. 4 SGB XI schließen darüber hinaus eine jeweils zehnprozentige finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen ein, welche die private Pflegepflichtversicherung anbieten. Die Berechnung dieser Anteile und ihrer Anforderung, die Verwaltung gemeinsam mit den Mitteln des Ausgleichsfonds sowie die jährliche Abrechnung und die fortlaufende Kommunikation sind zusätzliche Aufgaben des Bundesversicherungsamtes.

Durch die Pflegestärkungsgesetze wurden erweiterte Möglichkeiten der haushälterischen Übertragbarkeit der Mittel (sog. „Überlauftöpfe“) geschaffen. Damit soll insbesondere den Ländern der Anreiz gegeben werden, in ihrem Zuständigkeitsbereich zusätzliche Mittel für die Pflege bereitzustellen. Zugleich erhalten sie die Möglichkeit, ihren Ko-Finanzierungsanteil auch in Form von Personal- und Sachmitteln zu erbringen. Hierüber entscheiden die zuständige Stelle, die auch für die Anerkennung des Angebotes zuständig ist sowie die Landesverbände der Pflegekassen, die das Einvernehmen mit den Landesvertretungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. herstellen.

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

4.6 Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen

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

Das Bundesversicherungsamt hat gemäß § 114 a Abs. 5 SGB XI jährlich festzustellen, ob der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. seine Prüfquote erfüllt hat, und im Falle der Unterschreitung den Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, festzustellen und zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu erheben. Hierzu erfolgt eine Anhörung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Im Jahr 2018 ermittelte das Bundesversicherungsamt, dass der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. seine Prüfquote für das Jahr 2017 – wie auch bereits für die vorangegangenen Jahre – erfüllt hat. Ein Finanzierungsanteil war damit nicht zu erheben.

4.7 Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Gesamteinnahmen und -ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für das Jahr 2018 sowie über die Veränderungsraten im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahreswerten.

Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung 2018

	Beträge 2018 absolut in Mio. €	Veränderungen gegenüber 2017 in %
EINNAHMEN		
Beitragseinnahmen	rd. 37.654	4,47
Sonstige Einnahmen	rd. 65	-23,53
Einnahmen insgesamt	rd. 37.719	4,4
AUSGABEN		
Leistungsausgaben	rd. 38.245	7,6
Verwaltungskosten	rd. 1.136	-3,8
Hälfte der Kosten des MDK	rd. 453	7,86
Zuführung zum Vorsorgefonds	rd. 1.413	4,28
Sonstigen Ausgaben	rd. 21	-63,16
Ausgaben insgesamt	rd. 41.272	7,03
Jahresfehlbetrag	rd. -3.549	

Quelle: Statistiken PVM und PV45

Mehrausgaben entstehen sowohl durch die demografisch bedingte Zunahme der Anzahl an pflegebedürftigen Menschen als auch infolge der durch die Pflegestärkungsgesetze bedingten Ausweitung von Leistungsausgaben. Die besonders auffälligen zweistelligen Steigerungsraten bei den Zuführungen zum Vorsorgefonds und den Verwaltungskosten beruhen auf statistischen Basiseffekten. Der Verwaltungskostenabschlag des Vorjahres war zu niedrig geschätzt, weshalb eine spürbare Nachzahlung im Jahr 2016 erforderlich war, und die Zuführungen zum Vorsorgefonds erfolgten im Vorjahr noch auf Grundlage einer anderen Berechnungsweise. Mehreinnahmen entstanden durch die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen, die die Grundlage für die Beitragsbemessung sind und durch die Erhöhung der Anzahl der Beitragszahler.

Im Ergebnis des Jahres 2018 ergab sich in der sozialen Pflegeversicherung ein Fehlbetrag in Höhe von rd. 3,5 Milliarden Euro.

4.8 Ausblick auf das Jahr 2019

Mit dem Pflegepersonalstärkungs-Gesetz (PpsG) wurden zum 1. Januar 2019 weitere Leistungserweiterungen eingeführt, die unmittelbar die Arbeit des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung berühren.

Hierunter fallen die Vergütungszuschläge zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege zur Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals. Zur Finanzierung der Vergütungszuschläge erhält der Ausgleichsfonds von den Krankenkassen einen Jahresbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro (§ 37 Abs. 2a SGB V) und von den Unternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, einen Betrag in Höhe von 44 Millionen Euro (§ 8 Abs. 9 S. 2 SGB XI).

Weiterhin werden in den Jahren 2019 bis 2024 aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern (8 Abs. 7 SGB XI) sowie den Jahren 2019 bis 2021 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung, um digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern (§ 8 Abs. 8 SGB XI). An beiden Fördervolumina beteiligen sich die Unternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung anbieten, mit einem Anteil in Höhe von 7 % (§ 8 Abs. 9 SGB XI).

Dem Ausgleichsfonds obliegt nach § 8 Abs. 5 SGB XI nunmehr auch die Finanzierung der gemäß § 113 Abs. 1b Satz 1 SGB XI beauftragten, fachlich unabhängigen Institution, die das indikatorengestützte Verfah-

ren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich durchführt. Änderungen ergeben sich auch im Bereich der Selbsthilfeförderung nach § 45d SGB XI. Als Kernpunkte sind zu nennen:

- Anhebung des Fördervolumens von bisher 0,10 € pro Versicherten auf 0,15 € pro Versicherten
- Veränderungen der bisherigen 50/50-Förderung durch Land und Pflegeversicherung des Förderbetrages im Einzelfall auf dann 25% (Land) und 75% (Pflegeversicherung)
- Einführung eines Teilbudgets in Höhe von 0,01 € pro Versicherten zur Finanzierung von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen (ohne Landesbeteiligung)
- Erweiterung der häuslicher Übertragungsmöglichkeiten

Die Umsetzung dieser neuen Regelungen erfordert den Abschluss neuer bzw. die Anpassung bestehender Vereinbarungen in den Bereichen, in denen der Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung involviert ist.

Weiterhin steht im Jahr 2019 die Initialisierung eines Projektes zur Anpassung des Übertragungsweges der Abrechnungsvordrucke P im Liquiditätsausgleich an die Europäische Datenschutzgrundverordnung an. Die bisherige papiergebundene Übermittlung wird dann auf ein elektronisches Verfahren umgestellt.

Weitere Informationen und statistische Detailangaben finden Sie auf den Internetseiten des Bundesversicherungsamtes (www.bundesversicherungsamt.de/Ausgleichsfonds), des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bmg.bund.de/Themen) sowie des GKV-Spitzenverbandes (www.gkv-spitzenverband.de/Pflegeversicherung).



Bußgeld

5. Aufsicht über die ZfP/Ordnungswidrigkeitenbehörde/Meldestelle

5.1 Rechtsaufsicht über die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge (ZfP) gemäß § 128 Abs. 5 Satz 5 SGB XI; Ordnungswidrigkeitenverfahren gemäß § 121 Abs. 1 Nr. 7 i.V.m. Abs. 3 SGB XI gegenüber privaten Versicherungsunternehmen

Das Bundesversicherungsamt nimmt seit dem 1. Januar 2014 die Rechtsaufsicht gemäß § 128 Abs. 5 Satz 5 SGB XI über die Zentrale Zulagenstelle für die private Pflegevorsorge (ZfP) wahr. Die Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge wird in den §§ 126 - 128 SGB XI sowie in der Pflegedurchführungsverordnung (PflvDV) geregelt. Die ZfP wurde bei der Deutschen Rentenversicherung Bund eingerichtet.

Wie in den Vorjahren, hat das Bundesversicherungsamt stringent seine Schwerpunktprüfungen mit den ausgewählten Themen Finanzen, Kassensicherheit, Schwachstellenanalyse, Rückforderung von Zulagen, das Festsetzungsverfahren sowie die Prüfung der Kommunikationshandbücher gegenüber der ZfP fortgesetzt.

Unabhängig davon ist das Bundesversicherungsamt seit dem 1. Januar 2014 zuständige Verwaltungsbehörde für Ordnungswidrigkeiten gemäß § 121 Abs. 1 Nr. 7, Abs. 3 SGB XI, die private Versicherungsunternehmen leichtfertig oder vorsätzlich begehen, wenn diese die gesetzlich festgelegten Daten gemäß § 128 Abs. 1 Satz 4 SGB XI nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig an die ZfP übermitteln. Es handelt sich bei den Daten um Antragsdaten, die geleistete Beitragshöhe, Vertragsdaten, die

Rentenversicherungsnummer oder Zulagennummer der zulageberechtigten Person (§ 126 SGB XI) bzw. den Antrag auf Vergabe einer Antragsdaten Zulagennummer, weitere zur Auszahlung erforderlichen Angaben und die Bestätigung, dass es sich um eine zulageberechtigte Person und einen förderfähigen Versicherungsvertrag (§ 127 SGB XI) handelt. Im Jahr 2018 hat das Bundesversicherungsamt entsprechende Ordnungswidrigkeitenverfahren gegenüber privaten Versicherungsunternehmen eingeleitet, indem die Betroffenen angehört wurden (§ 55 Ordnungswidrigkeitengesetz (OWiG)). Nach rechtlicher Würdigung der Stellungnahmen zu den jeweiligen Anhörungen war jeweils zu entscheiden, ob das Verfahren gemäß § 47 Abs. 1 OWiG eingestellt werden konnte oder ob ein Bußgeldbescheid gemäß § 66 OWiG erlassen werden musste, was in einigen Fällen notwendig war. Im Jahr 2018 hat ein privates Versicherungsunternehmen Einspruch gemäß § 67 OWiG gegen den Bußgeldbescheid eingelegt; nach Prüfung des Einspruchs wurde diesem stattgegeben. In allen anderen Verfahren wurden die festgesetzten Geldbußen und Verfahrenskosten von den Betroffenen gezahlt. Die Geldbuße richtet sich nach § 121 Abs. 2 SGB XI i.V.m. § 17 Abs. 1 OWiG. Die Kosten des Verfahrens trägt der/die Betroffene (§ 105 Abs. 1 OWiG i.V.m. § 465 Strafprozessordnung (StPO) sowie § 107 OWiG). Die Verfahrensgebühr gemäß § 107 Abs. 1 OWiG beträgt bei Leichtfertigkeit grundsätzlich 5 % der festgesetzten Geldbuße, jedoch mindestens 20 Euro und höchstens 7.500 Euro. Hinzu kommen die Auslagen (z.B. Kosten für die Postzustellungsurkunde) gemäß § 107 Abs. 3 OWiG.

5.2 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen

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

Um sicherzustellen, dass diese Personen auch tatsächlich dauerhaft ihre Pflicht zur Absicherung des Pflege-

fallrisikos erfüllen, sind den privaten Versicherungsunternehmen Kontroll- und Meldepflichten auferlegt (BT-Drs. 12/5262, S. 120). So sind Personen an das Bundesversicherungsamt zu melden, die ihrer Pflicht zum Abschluss oder zur Aufrechterhaltung eines Versicherungsvertrages nicht nachkommen oder mit der Entrichtung von sechs insgesamt vollen Monatsprämien in Verzug geraten sind (siehe § 51 Abs. 1 Satz 1 und 2 sowie Abs. 3 SGB XI). Im Berichtsjahr wurden dem Bundesversicherungsamt 146.646 Meldungen erstattet. Die Anzahl der Meldungen ist im Vergleich zum Vorjahr (157.552) leicht zurückgegangen. Überwiegend handelt es sich dabei um Meldungen aufgrund des Prämienverzuges von versicherten Personen. Das Bundesversicherungsamt prüft die erstatteten Meldungen in seiner Funktion als Verwaltungsbehörde auf Schlüssigkeit und Plausibilität und leitet sie dann an die für die Verfolgung und Ahndung der entsprechenden Ordnungswidrigkeiten nach § 121 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 6 SGB XI zuständigen rund 280 Verwaltungsbehörden in den Bundesländern weiter (§ 121 Abs. 3 SGB XI i.V.m. §§ 35ff. des Ordnungswidrigkeitengesetzes).

5.3 Implementierung eines neuen elektronischen Meldeverfahrens für die Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen nach § 51 SGB XI

Mit der Neufassung des § 51 SGB XI durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) hat der Gesetzgeber das Bundesversicherungsamt und den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2017 Näheres über ein elektronisches Meldeverfahren zu vereinbaren. Diese Vereinbarung mit den beiden verbindlichen Anlagen Datenübermittlungskonzept und Sicherheitskonzept wurde am 27. November 2017 unterzeichnet. Die technische Umsetzung wurde nach einer eingehenden Testphase am 1. April 2018 abgeschlossen und die Meldungen erfolgen elektronisch. In diesem Zusammenhang hat der PKV-Verband e. V. für seine Mitgliedsunternehmen eine neue technische Anwendung

entwickelt. Die privaten Versicherungsunternehmen verwenden nunmehr einen einheitlichen Datensatz und senden die Meldungen über den sog. PKV-Konnektor an einen FTP-Server des Bundesversicherungsamtes (Push-Verfahren). Der PKV-Konnektor fungiert dabei als reine Datenannahme und -verteilstelle. Er erhält die Meldungen verschlüsselt von seinen Mitgliedsunternehmen und leitet sie auch verschlüsselt an das Bundesversicherungsamt weiter. Dieses verteilt die Meldungen dann elektronisch weiter. Dabei wurde für jede für die Verfolgung und Ahndung der genannten Ordnungswidrigkeiten zuständigen Verwaltungsbehörde ein eigener Account eingerichtet, auf den nur diese mittels eines Passwortes zugreifen kann. Die entsprechenden Ordnungswidrigkeitenbehörden holen dann die Meldungen auf dem Account monatlich ab.

Schon nach dem ersten halben Jahr zeigt sich, dass sich das neue elektronische Verfahren bewährt. Die Anzahl der Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen über den PKV-Konnektor, die fehlerhaft sind, ist deutlich zurückgegangen. Durch den regelmäßigen Austausch über Fehlerquellen und mögliche Programmfortentwicklungen sowie die intensive Kommunikation des Verbandes der Privaten Versicherungsunternehmen e.V. mit seinen Mitgliedsunternehmen werden sie auch weiter reduziert.

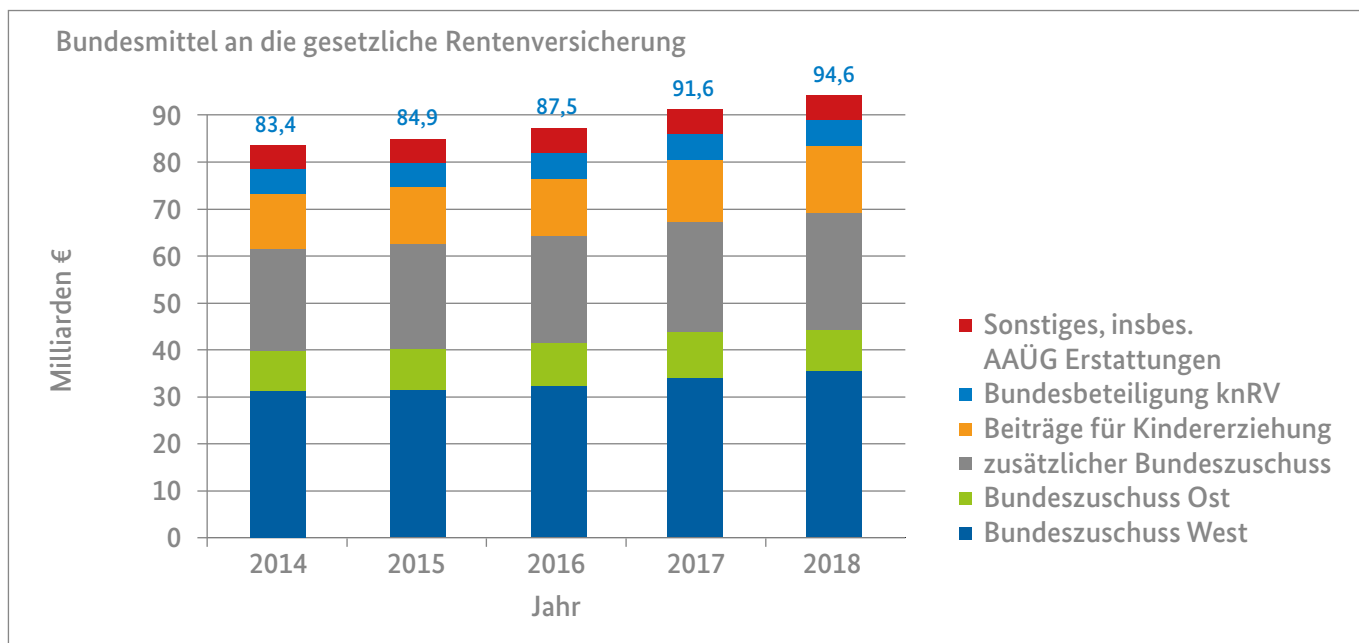
Dementsprechend musste das Bundesversicherungsamt als zuständige Verwaltungsbehörde für von den privaten Versicherungsunternehmen begangenen Ordnungswidrigkeiten gemäß § 121 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI nur noch 14 Ordnungswidrigkeitenverfahren durchführen. D.h. die privaten Versicherungsunternehmen haben weniger Meldungen fehlerhaft erstattet als in den Vorjahren.



6. Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung

Der Bund trägt mit seinen Zahlungen (Zuschüsse, Beiträge, Erstattungen) in erheblichem Maße zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei. Das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet die Bundeszahlungen, die sich im Jahr 2018 auf insgesamt rund 94,6 Milliarden Euro beliefen. Davon betrugen die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung rund 69,5 Milliarden Euro und die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten (KEZ) rund 14,3 Milliarden Euro. Die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sondersversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) betrugen 2018 noch rund 5,4 Milliarden Euro. Ein Teil der Zahlungen

nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2018: 2,8 Milliarden Euro). Die Bundesbeteiligung an der knappschaftlichen Rentenversicherung macht weitere rund 5,3 Milliarden Euro aus. Auf die Bundeszahlungen zahlt das Bundesversicherungsamt monatliche Vorschüsse in Höhe von ca. 7,8 Milliarden Euro aus, die im Folgejahr abgerechnet werden. Die Entwicklung der Abrechnungsbeträge der letzten fünf Jahre ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

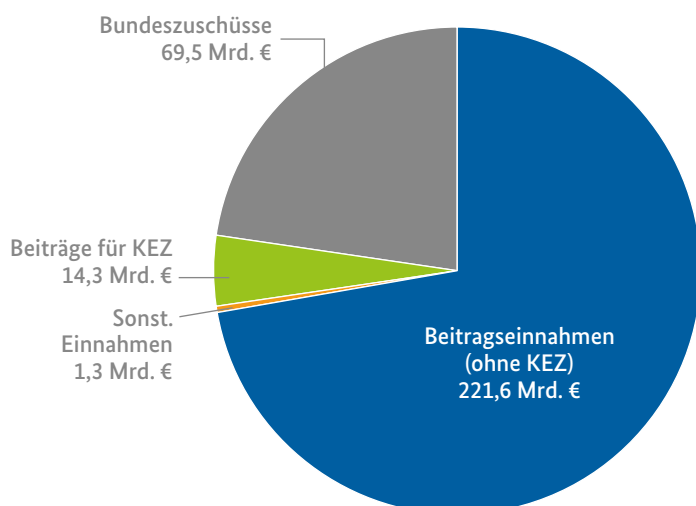


Die allgemeine Rentenversicherung (ARV) verfügte im Jahr 2018 über Einnahmen in Höhe von ca. 307 Milliarden Euro. Die Bundeszuschüsse machen damit 22,7 % der Gesamteinnahmen der ARV aus. Zusammen mit den Beiträgen für Kindererziehungszeiten und sonstigen Erstattungen finanzierte der Bund in 2018 29,1 % der Gesamteinnahmen der ARV.

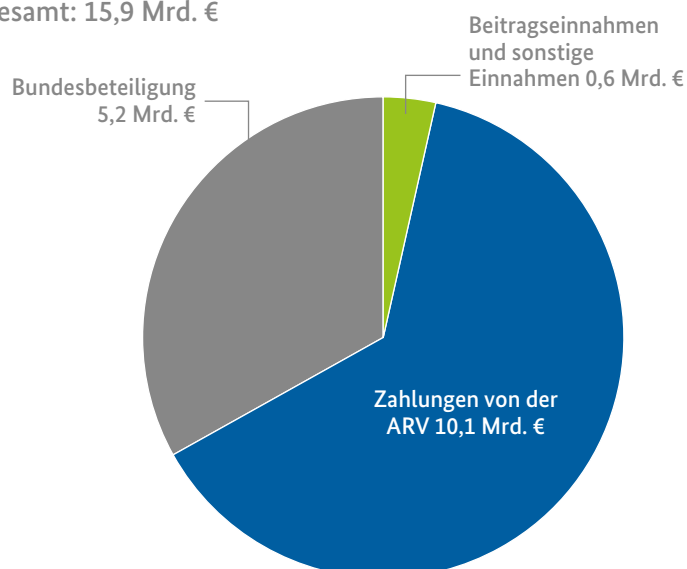
In der knappschaftlichen Rentenversicherung (KnRV) zahlt der Bund keinen festen Zuschuss zu den Ausgaben. Der Bund übernimmt nach § 215 SGB VI vielmehr

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 2018 von 5,3 Milliarden Euro standen lediglich rd. 0,5 Milliarden Euro an Beitragseinnahmen gegenüber. Darüber hinaus erhielt die KnRV Zahlungen der ARV in Höhe von rund 10,1 Milliarden Euro, insbesondere zur Deckung des Anteils der Leistungen an ihre Versicherten, der auf Versicherungszeiten der ARV entfällt.

Einnahmen der ARV 2018
Gesamt: 306,7 Mrd. €



Einnahmen der KnRV 2018
Gesamt: 15,9 Mrd. €





7. Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger (VdBS)

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

VdBS. Die Zuständigkeit über die Festsetzung, Zuweisung und Abrechnung der Bundeszuschüsse wurde dem Bundesversicherungsamt übertragen. Zuvor erhielt das Bundesversicherungsamt bereits die Fach- und Rechtsaufsicht über die VdBS.

Nach Abstimmung der Verfahrensabläufe wurden vom Bundesversicherungsamt in der zweiten Jahreshälfte 2016 erstmals Mittel in Höhe von rund 31 Millionen Euro ausgezahlt. Im Jahr 2018 wurden insgesamt rund 75 Millionen Euro ausgezahlt (im Jahr 2017: 73 Millionen Euro). In den Folgejahren wird der Mittelbedarf auf voraussichtlich bis zu 90 Millionen Euro ansteigen.



8. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung

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

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

Für das Ausgleichsjahr 2018 hat das Bundesversicherungsamt im März 2019 die Lastenverteilung berechnet. Insgesamt wurden rund 779 Millionen Euro von fünf ausgleichspflichtigen Berufsgenossenschaften auf vier ausgleichsberechtigte Berufsgenossenschaften umverteilt (Ausgleichsjahr 2017: 756 Millionen Euro, Ausgleichsjahr 2016: 758 Millionen Euro). Die Ergebnisse sind im Einzelnen in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Lastenverteilung 2018	
Berufsgenossenschaft	Ausgleichsbeträge *
Rohstoffe und chemische Industrie	437.860.556,75 €
Holz und Metall	17.492.539,04 €
Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	- 89.006.535,99 €
Nahrungsmittel und Gastgewerbe	8.420.676,58 €
Bauwirtschaft	314.732.009,40 €
Handel und Warenlogistik	- 154.591.999,75 €
Verwaltung	- 417.269.635,05 €
Transport und Verkehrswirtschaft	- 33.872.384,76 €
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	- 83.765.226,22 €

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



3. Teil Sonderaufgaben

1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz

1.1 Überwachung der Berufsausbildung

Als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz überwacht das Bundesversicherungsamt die Ausbildung bei den bundesunmittelbaren Trägern der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung und bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Darüber hinaus nimmt es die Zwischen- und Abschlussprüfungen für Sozialversicherungs- und Verwaltungsfachangestellte, Kaufleute für Büromanagement sowie die Fortbildungsprüfungen zum/zur Verwaltungsfachwirt/in, Krankenkassenfachwirt/in, Fachwirt/in für Management und Führung in Krankenkassen und Geprüften Sozialversicherungsfachwirt/in sowie die Ausbildereignungsprüfung ab. Das Bundesversicherungsamt betreute im Berichtsjahr 3.236 Auszubildende in den Berufen Sozialversicherungsfachangestellte/r, Verwaltungsfachangestellte/r und Kaufmann/-frau für Büromanagement, darüber hinaus aber auch die Ausbildung zum/zur Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen sowie zur Fachinformatiker/in den Fachrichtungen Anwendungsbetreuung und Systemintegration.

Als Prüfungsamt hat das Bundesversicherungsamt 2.177 Aus- und Fortzubildende in 32 Zwischen-, Abschluss- und Fortbildungsprüfungen geprüft. Dafür waren 137 Prüfungsausschüsse im Einsatz, besetzt mit drei oder fünf Prüfern und Prüferinnen.

Zur Sicherung des Qualitätsstandards in der Ausbildung, der dem Berufsbildungsgesetz und der Ausbildungsordnung entspricht, prüft das Bundesversicherungsamt nicht nur die Ausbildungskonzeptionen und Einsatzpläne und steht mit seinen Beratern unterstützend zur Seite, sondern macht sich regelmäßig auch ein Bild vor Ort von der Ausbildungsstätte, den Ausbildern und den Ausbildungsbedingungen. Dazu führte es bundesweit 221 Informations- und Beratungsveranstaltungen durch.

Im November 2018 nahm das Bundesversicherungsamt an einer Koordinierungsbesprechung mit den

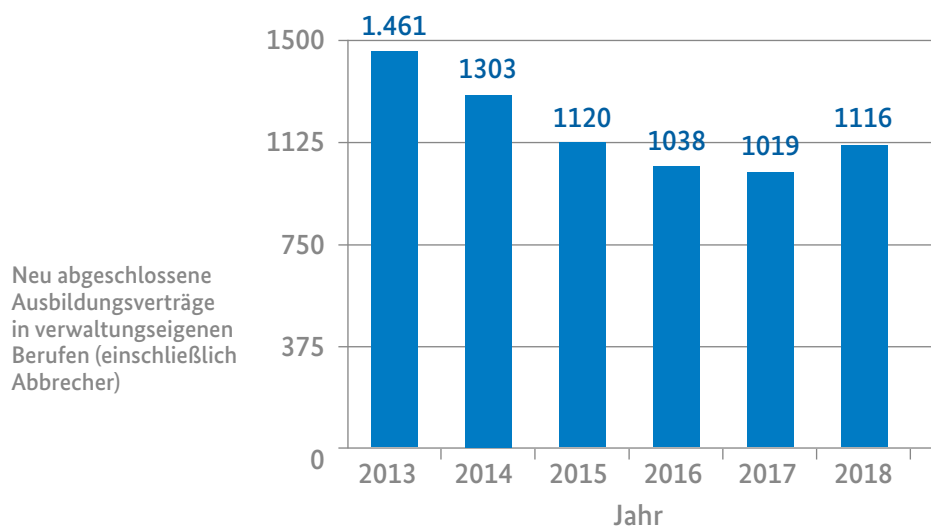
anderen zuständigen Stellen der Länder für den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellter teil. Das Treffen bot die Gelegenheit, sich über aktuelle Themen und Rechtsfragen rund um die Ausbildung auszutauschen. Eine gute Zusammenarbeit der Berufsbildungsstellen ist letztlich auch für die Schaffung möglichst optimaler Rahmenbedingungen für den gesamten Ausbildungsverlauf und das Prüfungswesen von erheblicher Bedeutung.

Am 31.03.2018 endete die Amtsperiode der im Jahr 2014 berufenen Mitglieder des Berufsbildungsausschusses beim Bundesversicherungsamt. Durch die Neuberufung am 1.04.2018 vollzog sich ein Generationenwechsel im Ausschuss. Mehrere langjährig erfahrene Mitglieder schieden altersbedingt aus und wurden durch Jüngere ersetzt. Der Berufsbildungsausschuss ist nun vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in dieser Konstellation bis zum 31.03.2022 berufen und setzt sich weiterhin gemeinsam mit dem Bundesversicherungsamt tatkräftig für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Berufsausbildung ein.

1.2 Ausbildungsplatzsituation

Am Stichtag 31.12.2018 betreute das Bundesversicherungsamt insgesamt 2.836 Ausbildungsverhältnisse (um die abgebrochenen Ausbildungsverhältnisse bereinigte Anzahl) der Einstellungsjahrgänge 2016 bis 2018 in den verwaltungseigenen Berufen, davon 2.808 Ausbildungsverhältnisse zu Sozialversicherungsfachangestellten, 20 zu Kaufleuten für Büromanagement und 2 zu Verwaltungsfachangestellten, außerdem 6 Ausbildungsverhältnisse zu Verwaltungsfachangestellten beim Bundesversicherungsamt selbst.

Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge bei den Sozialversicherungsträgern in den verwaltungseigenen Berufen ist mit 1.116 nahezu gleich geblieben. Hiervon entfielen 1.104 auf Sozialversicherungsfachangestellte, 10 auf Kaufleute für Büromanagement und 2 auf Verwaltungsfachangestellte.



Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat im Berichtsjahr 235 Ausbildungsverträge abgeschlossen. Das sind 70 Ausbildungsverträge mehr als im Vorjahr. Bei den Krankenversicherungsträgern und bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind die Einstellungszahlen nahezu gleich geblieben. Nachdem die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau 2017 keine Auszubildenden eingestellt hatte, sind im Berichtsjahr 34 Ausbildungsverträge abgeschlossen worden. Bei den Unfallversicherungsträgern ist mit 68 Ausbildungsverträgen ein leichter Rückgang zu verzeichnen.

11 der neuen Ausbildungsverhältnisse bei der Deutschen Rentenversicherung Bund sind mit Absolventen

der Einstiegsqualifizierung 2017/2018, bei denen es sich um junge geflüchtete Menschen handelt, eingegangen worden, 7 davon zu Sozialversicherungsfachangestellten und 3 zu Fachinformatikern. Auch bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind 3 der Ausbildungsverträge mit jungen Flüchtlingen, die zuvor die Einstiegsqualifizierung erfolgreich durchlaufen hatten, abgeschlossen worden. Die nächsten Einstiegsqualifizierungen haben bereits für 14 junge Flüchtlinge bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und für 3 bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See begonnen.

Verteilung der Ausbildungsverhältnisse in verwaltungseigenen Berufen auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

Einstellungs- jahr	Sozialversicherungs- fachangestellte					Verwaltungsfachangestellte					Fachangestellte für Bürokommunikation/Kaufleute für Büromanagement				
	KV	RV	KBS	LSV	UV	KV	RV	KBS	LSV	UV	KV	RV	KBS	LSV	UV
2013	1035	129	143	28	123	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1
2014	904	128	135	21	101	0	0	0	0	0	9	0	0	0	5
2015	774	130	112	10	90	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
2016	700	137	104	9	83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
2017	677	164	100	0	73	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3
2018	668	235	99	34	68	0	0	0	0	2	6	0	0	0	4

Im Einstellungsjahrgang 2018 verfügten rund 79,1 % der Auszubildenden über eine Hoch- oder Fachhochschulreife, 19,7 % über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss, 1,1 % über einen im Ausland erworbenen Schulabschluss und ein Auszubildender über einen Hauptschulabschluss.

Neben den bei den Sozialversicherungsträgern abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen in verwaltungseigenen Berufen, für die allein das Bundesversicherungsamt zuständige Stelle ist, haben die Sozialversicherungsträger im Berichtsjahr auch zahlreiche Ausbildungsverträge in den Berufen Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen und Kaufmann/Kauffrau im Dialogmarketing abgeschlossen. Die Ausbildungsverhältnisse zu Kaufleuten im Gesundheitswesen steigen von Jahr zu Jahr weiter. Das Bundesversicherungsamt ist zuständige Stelle für die Überwachung der Ausbildung einschließlich Ausbildungsberatung sowie Feststellung der Eignung von Ausbildungsstätten und Ausbildern, bei den Industrie- und Handelskammern erfolgt die Eintragung der Ausbildungsverhältnisse und die Prüfungsabnahme.

Der Ausbildungsberuf „Kaufmann/-frau für Büromanagement“ wird bei den Unfallversicherungsträgern (4 Ausbildungsverträge), einer Betriebskrankenkasse (2 Ausbildungsverträge) und einer Innungskrankenkasse (4 Ausbildungsverträge) ausgebildet.

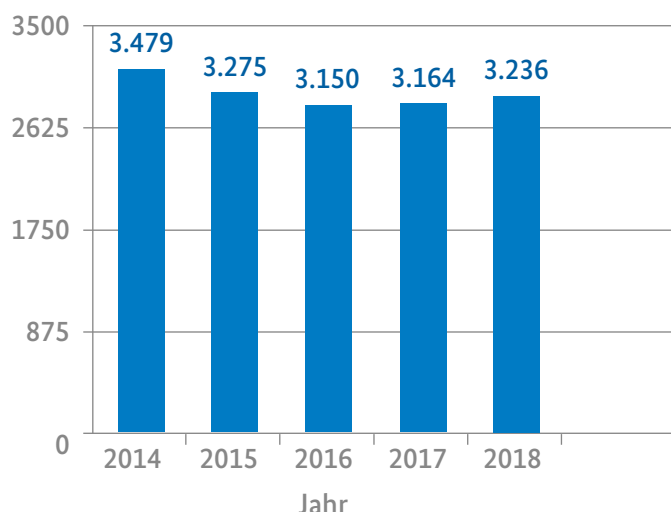
1.3 Überwachung und Beratung

Im Jahr 2018 haben die sieben haupt- und ehrenamtlichen Ausbildungsberater der zuständigen Stelle beim Bundesversicherungsamt 221 Beratungsveranstaltungen bei den Sozialversicherungsträgern durchgeführt. Diese fanden jeweils vor der Zwischen- und Abschlussprüfung in den Schulungsstätten sowie in den Geschäfts- bzw. Verwaltungsstellen vor Ort statt. 3.236 Auszubildende zur/zum Sozialversicherungsfachangestellten und zur Kauffrau/zum Kaufmann im Gesundheitswesen erhielten so umfassende Informationen zu ihrer jeweiligen Ausbildung und zum Prüfungsablauf.

Anzahl der beratenen Auszubildenden nach Trägern

Azubis	Lehrgänge	Geschäftsstellen	gesamt	gesamt in %
KV	2333	232	2565	79,26
DRV Bund	271	27	298	9,21
UV	194	2	196	6,06
SVLFG	17	0	17	0,53
DRV KBS	142	18	160	4,94
Summe:	2975	279	3236	100

Anzahl der beratenen
Auszubildenden nach Jahren



Die Ausbildung in allen Zweigen der Sozialversicherung verlief weitgehend unproblematisch, zielorientiert und effektiv. Die Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, der knappschaftlichen sowie der landwirtschaftlichen Sozialversicherung bilden ihre Nachwuchskräfte insgesamt gut aus, was sich auch im Berichtszeitraum wieder in den Prüfungsergebnissen widerspiegelte.

Im Mittelpunkt der Arbeit der Ausbildungsberater des Bundesversicherungsamtes stand erneut die Aufgabe, zu allen Fragen der Ausbildung Stellung zu nehmen – in Gesprächen mit Ausbildern, aber besonders in den Beratungen in Vollzeitlehrgängen und in Geschäftsstellen, telefonisch und per E-Mail. Der Informationsbedarf zum Prüfungswesen war erneut besonders hoch. Dabei waren Hinweise der Ausbildungsberater zu Prüfungsvorbereitungen für die Zwischen- und Abschlussprüfung, in den Lehrgangsberatungen der Krankenversicherungsträger Informationen zum Widerspruchsrecht, zu Verkürzung bzw. Verlängerung der Ausbildung, zu Teilzeitausbildung oder zum Nachteilsausgleich für behinderte Prüfungsteilnehmer von besonderem Interesse.

Erneut war die Ausbildung geprägt vom Wandel. So ist z.B. die Zahl der Kaufleute im Gesundheitswesen zu Lasten der Sozialversicherungsfachangestellten weiter gestiegen. Eine große Ersatzkasse stellt seit Jahren nur noch Kaufleute im Gesundheitswesen ein, eine weitere folgt diesem Trend bereits. Die Anzahl der Ausbildungsorte konzentriert sich auf erneut weniger Standorte, was für Auszubildende längere Wege bedeutet.

Leistungsanforderungen durch Tests und Klausuren seien gestiegen, so zumindest das subjektive Empfinden der Auszubildenden. Da sich die Übernahmechancen aktuell eher verschlechterten, sehen sich viele besonderem Leistungsdruck und Konkurrenzdenken ausgesetzt. In Gesprächen mit Regionalgeschäftsstellenleitern riefen die Ausbildungsberater des Bundesversicherungsamtes besonders dort zu Mäßigung auf, wo völlig überzogene Leistungserwartungen vorherrschten – z.B. ausschließlich die Note „sehr gut“ als akzeptabel angesehen wird.

Bei einigen Trägern war wieder die zu frühe und zu starke Einbindung in ausbildungsfremde Sachbearbeitung ein zentrales Beratungsthema. Umstrukturierungen, Personalmangel oder eine Verdichtung der Arbeitsabläufe verleiten Geschäftsstellenleiter dazu, Auszubildende überwiegend zum Personalersatz oder zum Abbau von Rückständen einzusetzen.

Nicht selten sollte so bereits ab Mitte des zweiten Ausbildungsjahres die komplette Sachbearbeitung einer Vollzeitstelle übernommen werden. Die Ausbildungsberater des Bundesversicherungsamtes setzten sich in Gesprächen mit Ausbildern, Geschäftsstellenleitern und Ausbildungsverantwortlichen in den Hauptverwaltungen vehement dafür ein, dass die kompletten drei Jahre für Ausbildungszwecke genutzt werden. Eine Einarbeitung in die zukünftige Sachbearbeitung nach Übernahme kann frühestens ab Mitte des dritten Ausbildungsjahres akzeptiert werden. Bei einer Krankenkasse war eine deutliche Ermahnung notwendig, die Arbeitsbelastung und auch die hohe

Überstundenzahl der Auszubildenden zu reduzieren. Diese litten vereinzelt bereits unter stressbedingten Krankheitsbildern wie Schlaf- oder Essstörungen. Bei einer späteren Überprüfung berichteten Betroffene, Umstrukturierungen und Neueinstellungen hätten zu Entlastungen geführt. Auch der Zwang, nach der Berufsschule trotz weiter Wege nochmal in den Betrieb zu kommen, sei entfallen.

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt war erneut die Beratung und Information zu den in den Ausbildungsplänen fest verankerten „Hospitationen“. Im Zuge der Umstrukturierung von der Allrounder-Geschäftsstelle zu den Fachzentren, wo nur ein bis zwei Fachgebiete bearbeitet und somit in der Ausbildung vermittelt werden können, erwartete das Bundesversicherungsamt „Hospitationen“ von Auszubildenden in anderen Fachzentren, damit alle Inhalte nicht nur in der Theorie, sondern auch in der Praxis vermittelt werden können. Diese Notwendigkeit wird nicht überall und bei allen Trägern optimal umgesetzt.

Angehende Sozialversicherungsfachangestellte aus einem Fachzentrum Mitgliedschaft und Beiträge sollten z.B. in anderen Fachzentren das komplette Leistungsspektrum erlernen, wurden tatsächlich aber lediglich im Thema Krankengeld geschult. Alle anderen Leistungsbereiche wurden somit nicht in der Praxis vermittelt und vertieft.

Andere berichteten, es habe keine Schulung gegeben, weil sie mit der Inventarisierung von Möbeln „beschäftigt“ wurden. Manche beklagten, die Hospitation sei langweilig gewesen, sie hätten pro Tag nur zwei Arbeitsaufträge erhalten. Wiederum andere beanstandeten, die Ausbildung würde vernachlässigt, denn sie seien bei Hospitationen oft als zusätzliches Personal eingesetzt, um Arbeitsspitzen zu bewältigen.

Das Bundesversicherungsamt erläutert stets die Bedeutung der betriebsinternen Hospitation für eine komplette und gute Ausbildung, welche auch im Fall der Nichtübernahme Chancen auf dem Arbeitsmarkt eröffnet. Es setzt sich in zahlreichen Gesprächen dafür ein, dass abgesehen von verbindlichen Hospitationskonzepten die örtlichen Ausbilder mehr Einfluss auf die Gestaltung der Hospitationen „ihrer“ Schützlinge in andere Fachzentren erhalten. Im Sinne einer Harmonisierung der Hospitationen wurde auch angeregt, diese Thematik bei bundesweiten Ausbildertreffen zu

erörtern, um bei jedem Träger einheitliche Konzepte anzustreben.

Daran fehlt es auch in der Ausbildung von Kaufleuten im Gesundheitswesen, bei denen sich das Bundesversicherungsamt die Zuständigkeit mit den Industrie- und Handelskammern teilt. Selbst innerhalb eines Trägers zeigen sich sehr unterschiedliche Verfahren in der Organisation externer Hospitationen in Krankenhäusern, Sozialstationen oder Apotheken. Nicht selten scheitert es an regionalen Gegebenheiten wie z.B. mangelnder Kooperationsbereitschaft eines örtlichen Krankenhauses, oft liegt es aber auch an der fehlenden Bereitschaft der Ausbilder, Hospitationsplätze zu organisieren. Wird die Anfrage den Auszubildenden übertragen, resignieren diese oft nach zahllosen Absagen. Auch hier forderte das Bundesversicherungsamt mehr Unterstützung durch die Träger bei der „Akquise“ von Hospitationsstellen und regte auch an, im Austausch Hospitationsstellen für Kaufleute im Gesundheitswesen aus Krankenhäusern oder Sozialstationen zur Verfügung zu stellen.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund mit den Ausbildungsstandorten Berlin, Stralsund und Gera erhöhte erneut sowohl die Zahl der Einstellungen als auch die der Auszubildenden mit Migrationshintergrund. Vor den Prüfungen stand bei vielen Lehrgangsberatungen die Frage im Mittelpunkt, welche Hilfen bzw. Prüfungserleichterungen jene Migranten erwarten könnten, die die deutsche Sprache noch nicht ausreichend beherrschten.

Das Bundesversicherungsamt wies darauf hin, dass Prüfungsanforderungen generell unveränderbar sind und dass der Nachteilsausgleich lediglich auf Prüfungsteilnehmer mit ärztlich attestierten Behinderungen anzuwenden sei. Gleichwohl würden Prüfungsausschüsse angewiesen, Prüfungserleichterungen z.B. in Form einer geringeren Gewichtung von Ausdrucksschwächen oder Rechtschreibfehlern bei solchen Auszubildenden zu gewähren, die noch nicht lange im Land sind.

1.4 Prüfungen

Im Jahr 2018 hat das Bundesversicherungsamt 2.177 Prüflinge und damit etwas weniger als im Vorjahr (2017: 2.396) geprüft.

An 10 Zwischenprüfungen nahmen 901 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten und 2 angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei wurden 52 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 13 Abschlussprüfungen, bei denen 76 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 1.043 Prüflinge teil, darunter 20 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellter entfielen 1.032 Prüflinge, 3 auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellter und 8 auf den Ausbildungsberuf Kaufleute für Büromanagement. 1.020 Prüflinge bestanden die Prüfung (97,8 %). Unter den 1.032 Prüflingen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellter waren 37, die nach § 45 Absatz 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Von diesen kam einer von einer Ersatzkasse und alle anderen von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin/zum Krankenkassenfachwirt nahmen insgesamt 99 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie von der BARMER teil. 11 davon kamen von landesunmittelbaren Kassen und

wurden vom Bundesversicherungsamt in Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die bisher keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Vier Prüfungsausschüsse waren im Einsatz. 94 Prüflinge bestanden die Prüfung. Bei der Organisation wurde das Bundesversicherungsamt von der BKK Akademie, der IKK Akademie und der BARMER unterstützt. Zudem hat das Bundesversicherungsamt 6 Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 68 Ausbilderinnen und Ausbilder teilnahmen. 27 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei Krankenkassen, 10 bei Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und 31 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Erstmalig wurde eine Fortbildungsprüfung zur/zum Fachwirtin/Fachwirt für Management und Führung in Krankenkassen durchgeführt. Es nahmen 13 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebskrankenkassen teil, 11 davon bestanden die Prüfung.

Außerdem nahmen eine Mitarbeiterin und ein Mitarbeiter des Bundesversicherungsamtes an der Fortbildungsprüfung zur/zum Verwaltungsfachwirtin/Verwaltungsfachwirt teil.

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 fast 40 Jahren ist das Bundesversicherungsamt bundesweit für die Zahlung von Mutterschaftsgeld nach § 19 Absatz 2 Mutterschutzgesetz in Höhe von maximal 210 Euro zuständig. Anspruchsberechtigt sind Frauen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und zudem wegen der Schutzfristen vor und nach der Entbindung (§ 3 MuSchG) kein (Arbeits-) Entgelt erhalten. Das Gleiche gilt für Frauen, denen ihr Beschäftigungsbetrieb während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach der Entbindung mit Zustimmung der zuständigen Behörde gekündigt hat.

Im Berichtsjahr wurden für die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft rund 2,5 Millionen Euro ausgezahlt. Darin enthalten sind rd. 22.000 Euro Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung nach § 26 Absatz 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 347 Nr. 8 SGB III für die Frauen, die vor Beginn der Schutzfrist sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Ebenso enthalten sind drei Zuschusszahlungen zum Mutterschaftsgeld nach § 20 Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 MuSchG, die mit rund 12.000 Euro gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen sind. In einem Fall mit rund 11.700 Euro war Auslöser unserer Zuschusszah-

lung die Insolvenz des Arbeitgebers. In den beiden anderen Fällen mit insgesamt rund 300 Euro die zulässige Auflösung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse.

Im Jahr 2018 sind rund 18.000 Anträge auf Mutterschaftsgeld beim Bundesversicherungsamt gestellt worden. Gegenüber dem Vorjahr ist das ein Rückgang von rund 8,2 Prozent. Bei rund drei Viertel der im Berichtsjahr abgeschlossenen Antragsverfahren erging ein positiver Bescheid. Die Mehrzahl der positiv beschiedenen Anträge – rund 66 % – betraf Frauen in geringfügigen Arbeitsverhältnissen. Hier ist gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg von rund 3,1 Prozent zu verzeichnen, während die positiv beschiedenen Anträge von Frauen in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen um rund 3,1 Prozent zurückgegangen sind.

In den Fällen, in denen die Zahlung des Mutterschaftsgeldes abgelehnt wurde, waren die Antragstellerinnen überwiegend selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (rund 43,6 Prozent) oder hatten wegen der Schutzfristen keinen Ausfall von Arbeitsentgelt, da sie nicht in einem Beschäftigungsverhältnis standen (rund 41,2 Prozent).



3. Blick nach innen 2018

Das Bundesversicherungsamt in den Medien

Als Aufsichts- und Verwaltungsbehörde des Bundes im Bereich der Sozialversicherung trägt das Bundesversicherungsamt eine große Verantwortung für das Funktionieren der sozialen Sicherungssysteme. Vor diesem Hintergrund ist es ein wichtiges Anliegen des Bundesversicherungsamtes über wichtige Themen aus seiner Arbeit zu informieren. Neben der Herausgabe von Pressemitteilungen beantwortet die Pressestelle auch Einzelanfragen von Journalisten und Medienvertretern und organisiert nach Absprache Interviews mit dem Präsidenten des Bundesversicherungsamtes. Auch Anfragen von Studierenden, Auszubildenden oder Schülern, die sich etwa mit den Grundsätzen des Gesundheitssystems oder behördlichen Strukturen auseinandersetzen, werden vom

Bundesversicherungsamt beantwortet. Im Jahr 2018 hat die Pressestelle über 500 Anfragen beantwortet. Ein wichtiges Thema war in den Medien im Jahr 2018 der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen mit seinen Erfolgen, aber auch Schattenseiten. Aus Anlass des 25-jährigen Bestehens des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung hatte das Bundesversicherungsamt im April 2018 einen Sonderbericht veröffentlicht, der zu einem großen Echo in der Öffentlichkeit führte.

Weitere Themen von öffentlichem Interesse waren u. a. das Funktionieren und die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs, die Versorgung der Versicherten mit Heil- und Hilfsmitteln sowie die Förderung des Strukturwandels in der Krankenhausversorgung durch den Strukturfonds.

Auf seiner Internetseite www.bundesversicherungsamt.de bietet das Bundesversicherungsamt allen inte-

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

Das Bundesversicherungsamt als Arbeitgeber

In 2018 beschäftigte das Bundesversicherungsamt knapp 620 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im einfachen, mittleren, gehobenen und höheren Dienst. Das Bundesversicherungsamt bildet auch selbst Verwaltungsfachangestellte aus. In 2018 befanden sich insgesamt 7 Nachwuchskräfte in der Ausbildung zum Verwaltungsfachangestellten. Weitere 8 Beamtenanwärter für den gehobenen Dienst wurden während ihres dreijährigen Studiums vom Bundesversicherungsamt betreut.

Bereits zum 4. Mal wurde dem Bundesversicherungsamt das Zertifikat zum audit berufundfamilie® verliehen, das es seit 2010 innehat. Damit wurde das Haus erneut für sein Engagement zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie ausgezeichnet. So bietet das Bundesversicherungsamt seinen Beschäftigten unter anderem flexible Gleitzeitregelungen, individuelle Teilzeitmodelle, Telearbeit Beratung durch einen Familien-Service-Dienstleister und arbeitet kontinuierlich daran, seinen hohen Standard an Angeboten zur work-life-balance auszubauen.

Die Gesundheit der Beschäftigten liegt dem Bundesversicherungsamt sehr am Herzen. Das systematische „Betriebliche Gesundheitsmanagement“ unterstützt die Beschäftigten aller Altersgruppen und Funktionen mit vielfältigen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Sozialberatung, durch ergonomische Ausstattung der Arbeitsplätze und durch ein Betriebliches Eingliederungsmanagement für länger erkrankte Beschäftigte. Ein Schwerpunkt lag in diesem Jahr beim

weiteren Ausbau der Gesundheitsförderung, u. a. mit der Einrichtung eines Gesundheitsraums für Bewegungs- und Entspannungsangebote. Auch bei Telearbeit und mobiler Arbeit bieten beispielsweise video-gestützte Anleitungen zu kurzen Entspannungs- und Bewegungspausen am Bildschirm einen Ausgleich. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement wird stetig weiterentwickelt und geht auch auf die Herausforderungen der Arbeitswelt 4.0 ein. Eine wichtige Grundlage hierfür ist eine gesundheitsförderliche und vereinbarkeitsorientierte Führungskultur, die bei Amtsleitung und Führungskräften einen hohen Stellenwert hat und durch entsprechende Angebote der Personal- und Führungskräfteentwicklung unterstützt wird.

Das Bundesversicherungsamt setzt sich für die Belange von Menschen mit Behinderungen ein. Die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben wurde bereits vor Jahren in einer Inklusionsvereinbarung sowie einem begleitenden Aktionsplan verankert und weiterentwickelt.

Selbstkontrolle

Die Kontrolle der eigenen Geschäftsprozesse obliegt im Bundesversicherungsamt der Stabsstelle Innenrevision. Diese prüft und berät die hausinternen Bereiche, um die Rechtmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Aufgabenerledigung zu gewährleisten. Die Auswahl der Prüft Themen erfolgt risikoorientiert. Im Jahr 2018 hat die Innenrevision 12 Prüfungen durchgeführt.

Schutz vor Korruption

Das Bundesversicherungsamt setzt die Richtlinie der Bundesregierung zur Korruptionsprävention in der Bundesverwaltung vom 30. Juli 2004 um und schützt so seine Beschäftigten vor den Gefahren der Korruption. Nachdem nahezu alle Beschäftigten des Bundesversicherungsamtes an Fortbildungsmaßnahmen zur Korruptionsprävention teilgenommen haben, werden nun konsequent alle neuen Beschäftigten geschult. Außerdem hat das Bundesversicherungsamt in 2018 begonnen, den Beschäftigten hausinterne Schulungen zu ausgewählten Themen der Korruptionsprävention anzubieten.

Strategische Steuerung und Digitalisierung im BVA

Das Bundesversicherungsamt hat seine strategische Steuerung im Innen- und Außenverhältnis darauf ausgerichtet, die Herausforderungen der digitalen Transformation und der sich im starken Maße wandelnden Arbeitswelt zu bewältigen. Eine Arbeitsgruppe soll abteilungsübergreifend die Herausforderungen der Digitalisierung für das Bundesversicherungsamt betrachten. Auch sind Arbeitsgruppen zum Aufbau eines strukturierten Geschäftsprozessmanagements im Bundesversicherungsamt und zum Aufbau eines Wikis für die Weiterentwicklung des abteilungsübergreifenden Wissensmanagements im Bundesversicherungsamt eingerichtet worden. Neben dem Programm BVA digital, das aktuell die Einführung der E-Akte Bund verfolgt sowie dem Pilotprojekt Komet, das im Geschäftsbereich des BMAS die IT-Konsolidierung umsetzt, werden parallel weitere digitale Projekte angestoßen und durchgeführt. Des Weiteren ist es wichtig, das Bundesversicherungsamt als moderne, leistungsfähige und attraktive Behörde zu positionieren. Wesentlich ist hierbei, den zukünftigen kulturellen Anforderungen gerecht zu werden.

Für die Eigenreflektion und Weiterentwicklung hat das Bundesversicherungsamt ein neues Diskussionsforum zwischen Hausleitung und ausgewählten Beschäftigtengruppen etabliert. Auch werden den Abteilungen und Beschäftigtengruppen professionell moderierte Barcamps angeboten. Für die Entwicklung einer modernen Organisations- und Führungskultur wurde Telearbeit und mobiles Arbeiten im Bundesversicherungsamt neu konzeptioniert. Begleitend stellt die Führungskräfteentwicklung verstärkt auf die Kompetenzbildung im Rahmen moderner Führung und „digital leadership“ ab. Nicht zuletzt ist das im

Bundesversicherungsamt eingerichtete Betriebliche Gesundheitsmanagement ein wichtiges Angebot für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, damit die immer komplexer werdenden Anforderungen im Zeitalter der Digitalisierung gesund bewältigt werden können.

IT-Betrieb, Entwicklung und Service im Bundesversicherungsamt

Der sichere und hochverfügbare Betrieb der Anwendungen des Gesundheitsfonds hat im Bundesversicherungsamt hohe Priorität. Aber auch die Sicherstellung der IT-Grundversorgung und der optimale Schutz der im Bundesversicherungsamt verarbeiteten Daten stellen große Anforderungen an den IT-Betrieb. Die gesicherte und geschützte Kommunikation ist ein Schwerpunktthema im Bundesversicherungsamt. Neben dem besonderen elektronischen Behördenpostfach und der De-Mail, die einen sicheren Übermittlungsweg für die Zustellung elektronischer Dokumente eröffnen, stellt die IT zusätzlich für einen vertraulichen Austausch mit dem Bundesversicherungsamt die verschlüsselte E-Mail-Kommunikation mit Externen zur Verfügung.

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt: 65)

Ersatzkassen (insgesamt: 6)

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

Innungskrankenkassen (insgesamt: 4)

- BundesInnungskrankenkasse Gesundheit – BIG direkt gesund
- IKK classic
- IKK gesund plus
- Innungskrankenkasse Nord

Betriebskrankenkassen (insgesamt: 53)

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

- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- BKK Melitta Plus
- BKK MTU
- BKK Pfalz
- BKK ProVita
- BKK Salzgitter
- BKK VerbundPlus
- BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)
- BKK Wirtschaft & Finanzen Die BKK der wirtschaftsprüfenden und -beratenden Berufe
- BKK ZF & Partner
- BKK24
- BKK-Würth
- Bosch BKK
- Continentale Betriebskrankenkasse – Continentale BKK
- Daimler Betriebskrankenkasse – Daimler BKK
- Debeka Betriebskrankenkasse
- energie-Betriebskrankenkasse – energie BKK
- Ernst & Young BKK
- Gemeinsame Betriebskrankenkasse der Wieland-Werke AG – Wieland BKK
- Heimat BKK – Heimat Krankenkasse
- mhplus Betriebskrankenkasse – mhplus BKK
- Novitas BKK
- pronova BKK
- R+V Betriebskrankenkasse – R+V BKK
- Salus BKK
- Schwenninger Betriebskrankenkasse – Die Schwenninger
- SECURVITA BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
- SKD BKK
- Südzucker BKK
- TUI BKK
- VIACTIV BKK – VIACTIV Krankenkasse

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

Weitere (insgesamt: 2)

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

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (insgesamt: 3)

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

Weitere

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

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (insgesamt: 11)

Gewerbliche Berufsgenossenschaften (insgesamt: 9)

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

Weitere

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

Trägerin der öffentlichen Hand

- Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB)

Sonstige (insgesamt: 5)

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

Arbeitsgemeinschaften

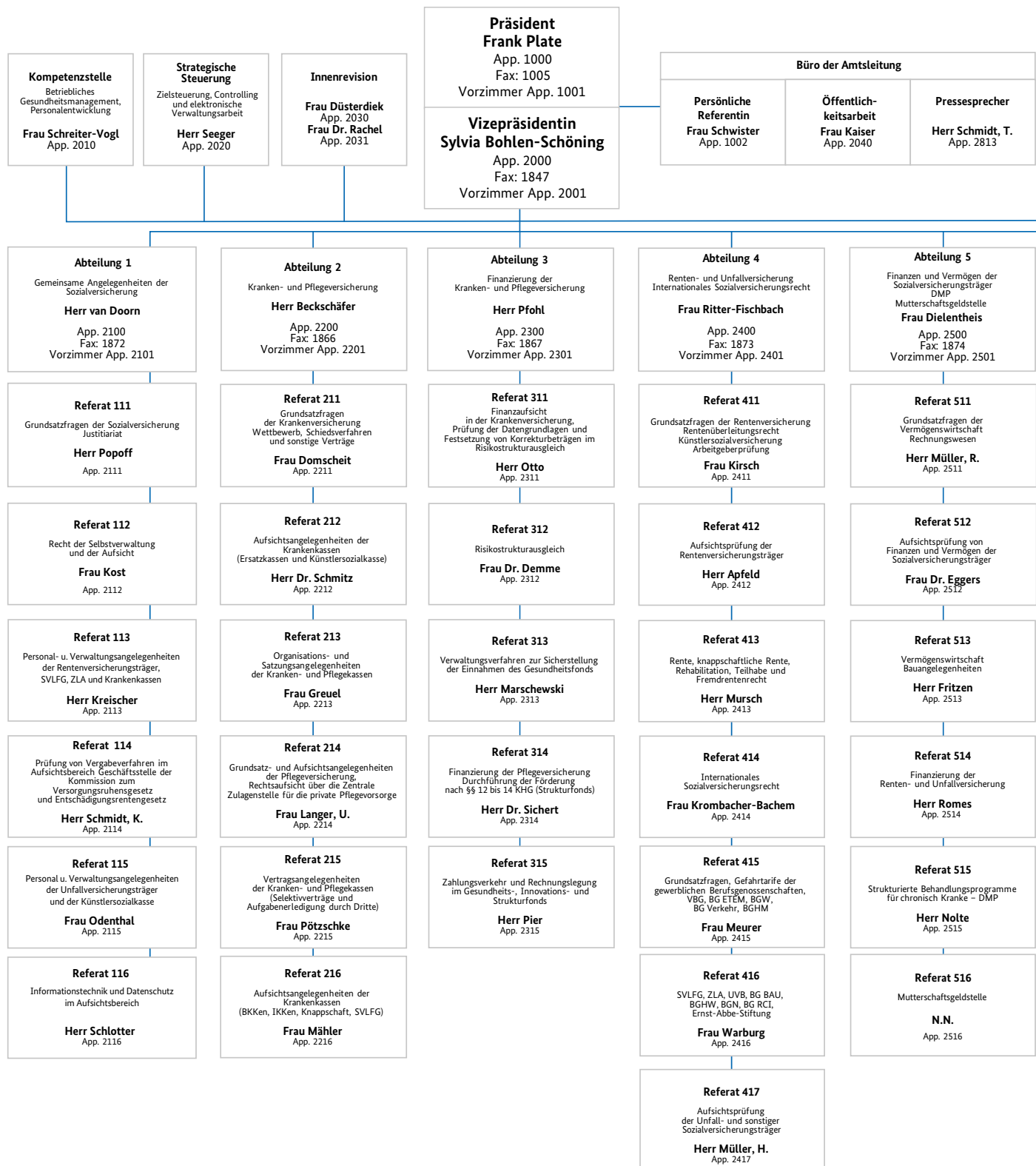
Arbeitsgemeinschaften Krankenversicherung (insgesamt: 35)

- argab – Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrug
- ARGE – Dupilumab
- ARGE – Gemeinsame Arzneimittelrabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V
- ARGE – Pilot Generikaausschreibung der Ersatzkassen
- ARGE – Tilkradizumab
- ARGE Adalimumab
- ARGE Arzneimittelforum der Ersatzkassen
- ARGE BZT
- ARGE Cochlea
- ARGE Digitale Innovation
- ARGE Ethanercept II
- ARGE GSV plus GmbH
- ARGE Infliximab II
- ARGE Rituximab
- BITMARCK Beratung GmbH
- BITMARCK Holding GmbH
- BITMARCK Service GmbH
- BITMARCK Software GmbH
- BITMARCK Technik GmbH
- BITMARCK Vertriebs- und Projekt GmbH
- BKK IT-Arbeitsgemeinschaft OWL
- BKK Kompetenzzentrum OWL
- BKK Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
- casusQuo e.V.
- casusQuo GmbH

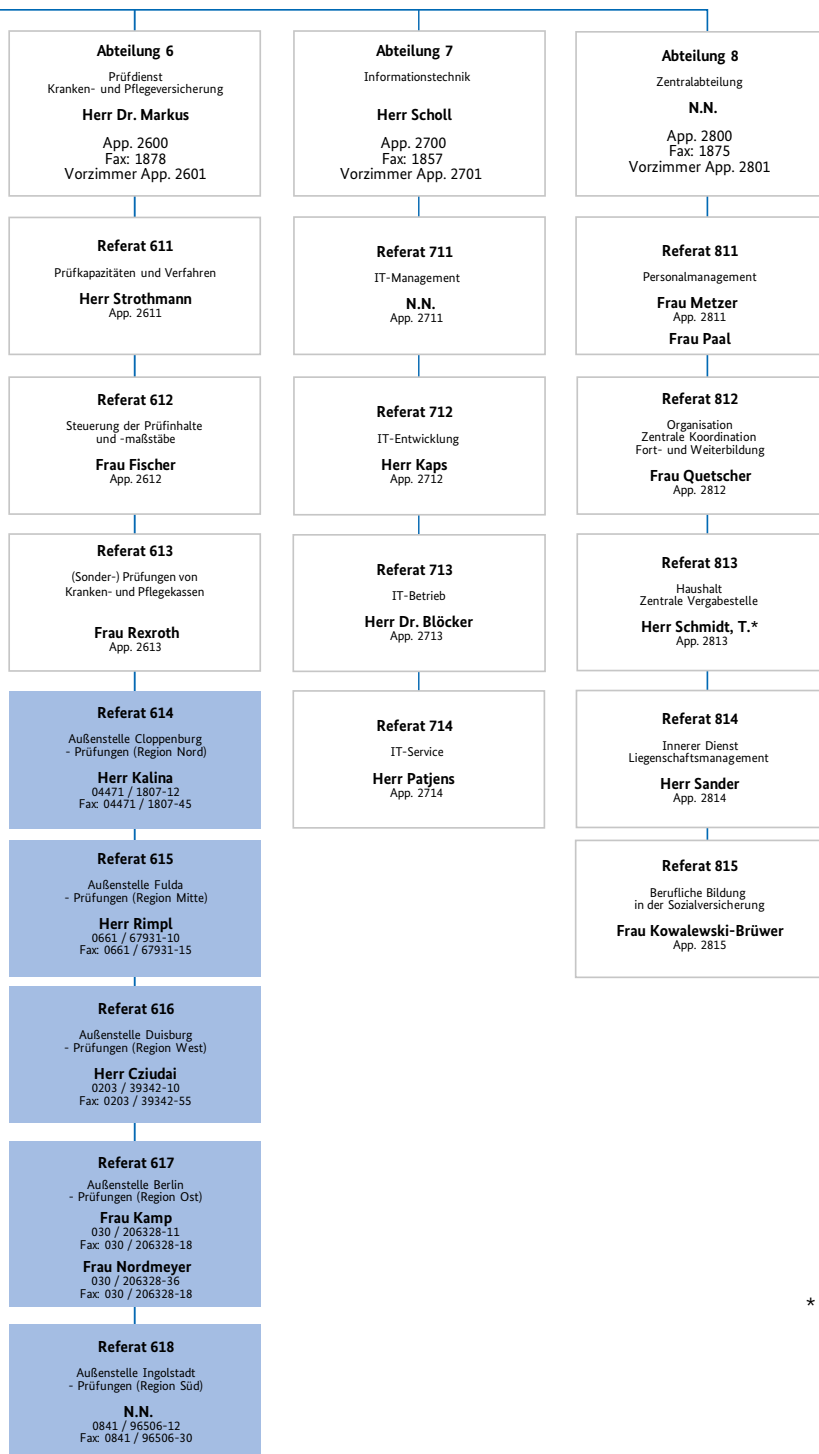
- EVdK Einkaufsverbund der Krankenkassen
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V.
- GWQ ServicePlus AG Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen
- Kooperation VIACTIV Krankenkasse und BKK Achenbach Buschhütten
- Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1 SGB V
- MedicalContact AG
- Mobil ISC GmbH
- Servicebüro für Krankenkassen
- spectrumK GmbH
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Arbeitsgemeinschaften Unfallversicherung (insgesamt: 7)

- BG Kliniken - Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH
- BG-Phoenix GmbH
- HDP Gesellschaft für ganzheitliche Datenverarbeitung mbH
- IT.UV Software GmbH
- Rechenzentrum für die gesetzliche Unfallversicherung
- SIGUV Shared-Services Interessengemeinschaft für die gesetzliche Unfallversicherung GbR (SIGUV GbR)
- Port Sol 19 GmbH



Beauftragte				
Beauftragte für den Datenschutz Frau Dr. Scherer App. 2050	Informationssicherheitsbeauftragte Frau Blanke App. 2060	Geheimschutzbeauftragte Frau Paal App. 2070	Notfallbeauftragter Herr Dr. Blöcker App. 2713	Ansprechperson für Korruptionsprävention Frau Dr. Rachel App. 2031



Gleichstellungsbeauftragte
Frau Lauer
App. 1659
Fax: 1502

Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen
Herr Haas
App. 1864

Personalvertretungen

Gesamtpersonalrat
Vorsitzender
Herr Rehberg
App. 1593 /
(0661 / 67931-25)
Fax: 1823

Örtlicher Personalrat
Vorsitzender
Herr Reis
App. 1761

Jugend- und Auszubildendenvertretung
Frau Schmitt

* Beauftragter für den Haushalt (§ 9 BHO)

Legende:

 Aufgaben werden in den Außenstellen des PDK wahrgenommen

Publikation des
Bundesversicherungsamtes:

Sonderbericht zum Wettbewerb
in der gesetzlichen
Krankenversicherung



Bildnachweise:

Bundesversicherungsamt/Hardy Welsch · S. 7 iStock.com/monkeybusinessimages · S. 12 Shutterstock.com/Serafino Mozzo · S. 16 Shutterstock.com/Atstock Productions · S. 20 iStock.com/deepblue4you · S. 24 Shutterstock.com/create jobs 51 · S. 27 Shutterstock.com/Pormezz · S. 30 Shutterstock.com/Indypendenz · S. 33 Shutterstock.com/Andrey_Popov · S. 35 Shutterstock.com/Bacho · S. 37 Shutterstock.com/Rawpixel.com · S. 41 Shutterstock.com/FOTOGRIIN · S. 43 Shutterstock.com/Photographie.eu · S. 46 Shutterstock.com/create jobs 51 · S. 49 Shutterstock.com/Dmytro Zinkevych · S. 51 Shutterstock.com/ALPA PROD · S. 53 iStock.com/FredFroese · S. 55 iStock.com/eclipse_images · S. 59 iStock.com/Horsche · S. 62 Shutterstock.com/Daniel Jedzura · S. 66 iStock.com/jeangill · S. 68 Shutterstock.com/Opsorman · S. 70 Shutterstock.com/Tyler Olson · S. 73 iStock.com/torwai · S. 75 iStock.com/ipopba · S. 80 Shutterstock.com/tsyhun · S. 87 Shutterstock.com/Nirat.pix · S. 98 iStock.com/hoozone · S. 101 Shutterstock.com/Gorodenkoff · S. 109 iStock.com/Tashi-Delek · S. 111 iStock.com/Halfpoint · S. 118 AdobeStock/ferkelraggae · S. 121 iStock.com/Omm-on-tour · S. 123 AdobeStock/Karl Allen Lugmayer · S. 124 iStock.com/tridland · S. 133 Shutterstock.com/Dubova · S. 134 AdobeStock/Ingo Bartussek

75 Mio. EURO

ZUSATZVERSORGUNG DER BEVOLLMÄCHTIGTEN
BEZIRKSSCHORNSTEINFEGER

779 Mio. EURO

LASTENVERTEILUNG AN DIE GESETZLICHE
UNFALLVERSICHERUNG

5.888

EINGABEN

2.836

AUSZUBILDENDE BETREUT

18.000

ANTRÄGE AUF MUTTERSCHAFTSGELD

146.646

MELDUNGEN AN DIE MELDESTELLE FÜR DIE
PRIVATEN VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN

620

MITARBEITER/-INNEN IM
BUNDESVERSICHERUNGSAMT

95 Mrd. EURO

BUNDESMITTEL AN DIE GESETZLICHE
RENTENVERSICHERUNG

208,3 Mio. EURO

GENEHMIGUNG VON IMMOBILIENMASSNAHMEN

125

SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER
UNTER DER AUFSICHT DES BUNDESVERSICHERUNGSAMTES



Bundesversicherungsamt

Herausgeber:

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

Verantwortlich für den Inhalt:
Frank Plate, Präsident

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

Druck:
KOGES GmbH, Bonn