



Bundesversicherungsamt

Tätigkeitsbericht 2016



220 Mrd. EURO
AN DIE GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

500 Mio. EURO
FÖRDERMITTEL IM
KRANKENHAUSSTRUKTURFONDS

25 Mio. EURO
FÖRDERGELDER IM PFLEGEBEREICH
AUSGEZAHLT

87 Mrd. EURO
BUNDESMITTEL FÜR DIE GESETZLICHE
RENTENVERSICHERUNG

162 Mio. EURO
GENEHMIGUNGEN VON IMMOBILIENMASSNAHMEN

758 Mio. EURO
LASTENVERTEILUNG IN DER GESETZLICHEN
UNFALLVERSICHERUNG

300 Mio. EURO
FÖRDERMITTEL IM INNOVATIONSFONDS

31 Mio. EURO
ZUSATZVERSORGUNG DER
BEVOLLMÄCHTIGTEN BEZIRKSSCHORNSTEINFEGER

10,8 Mrd. EURO
TRANSFERVOLUMEN IN DER
PFLEGEVERSICHERUNG

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen
und Leser,

das Bundesversicherungsamt steht für ein großes Aufgabenspektrum und verfügt über vielfältige fachliche Expertise. Wir setzen diese ein, damit die sozialen Sicherungssysteme rechtssicher und wirtschaftlich funktionieren. Dies spiegelt sich auch in dem diesjährigen Tätigkeitsbericht wieder.

Zum zweiten Mal erscheint er in seinem neuen Format und ermöglicht Ihnen bereits mit den Schlaglichtern einen guten Überblick über Themen, die uns im vergangenen Jahr besonders beschäftigt haben.

Im 1. bis 3. Teil des Berichts bieten wir dann den gewohnten Einblick in zahlreiche Einzelthemen aus der Aufsichts- und Prüfpraxis der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger, in unsere Verwaltungsauf-



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

Auch in diesem Jahr wünsche ich Ihnen eine interessante Lektüre

Frank Plate
Präsident des
Bundesversicherungsamtes

Das Bundesversicherungsamt und seine Aufgaben	7
Schlaglichter 2016	8

1. Teil
Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

1. Krankenversicherung	23
1.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht	23
Kassenfusionen	23
Mitgliederwerbung durch Zusagen von Wechselprämien ..	23
Mitgliederwerbung in Flüchtlingseinrichtungen	23
Verlosung einer kostenlosen Jahresmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung	24
Verwendung vermeintlich gefälschter computergenerierter Unterschriften auf Kündigungserklärungen	24
Digitalisierung in den Krankenkassen	24
Apps und Datenschutz	26
Fehlerhafte Berechnung von Fahrkosten	28
Beendigung der kostenlosen privaten Auslandsreise-Krankenversicherung	29
1.2 Satzung und Verträge	29
Flash Glukose Messung (FGM) als neue Satzungsleistung ..	29
Kürzung von Satzungsleistungen im laufenden Jahr	30
Betriebliche Gesundheitsförderung: Boni für Arbeitgeber und versicherte Arbeitnehmer	31
Evaluation der Bonusprogramme	31
Keine Einzelkostenübernahmen durch „analoge“ Anwendung von Selektivverträgen	32
Umgehung von Anzeigepflichten für sog. Outsourcingverträge durch unechte Arbeitnehmerüberlassungsverträge	32
Einflussnahme auf das Kodierverhalten der Ärzte seitens der Krankenkassen	33
Bestimmung von Schiedspersonen	34
1.3 Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung	35
1.3.1 Allgemeine Verwaltung	37
Unterschiedliche Prämien für Neukunden	37
Vergaberecht	37
Aufgabenauslagerung	37
1.3.2 IT-Prüfungen	37
Elektronische Kommunikation	37
Softwareprüfung zur Erstellung von Satzarten	38
1.3.3 Leistungen der Krankenkassen	39
Wirtschaftlichkeit von Teilungsabkommen	39
Doppelabrechnung der Betreuung von Schwangeren	39
Forderungen gegenüber ausländischen Trägern	40
Rückforderung von Zuzahlungen	40
Krankenhausabrechnungen (DRG)	40
1.3.4 Finanzen und Kassensicherheit	41
Zugriffsberechtigungen	41
Kontenrahmen und Berücksichtigung des Ausfallrisikos ..	41
Rechtswidrige Verpflichtungsbuchungen	42
Rückstellungen für Altersversorgung und Beihilfe	42
1.3.5 Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V	42
Gegenstand und Schadensfeststellung	42
Entwicklung einer Prüfsoftware	43
Abgrenzung der haupt- und nebenberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit	43

Beitragsfestsetzung anhand einer Auskunft der Finanzbehörde	44
1.3.6 Tätigkeit der Prüfgruppe nach § 274 Abs. 1 S. 2 SGB V	44
2. Pflegeversicherung	45
2.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht	45
Umsetzung der Reformen	45
Einzelverträge nach § 77 Absatz1 SGB XI	46
Pauschale Zusatzzahlung nach § 18 Absatz 3b SGB XI	47
Online-Coaching durch die Pflegekassen auf der Grundlage des § 45 SGB XI	48
2.2 Feststellungen des Prüfdienstes	49
Automatisiertes Genehmigungsverfahren	49
Pflegesachleistungen bei 24-Stunden-Intensivpflege	50
Abrechnungen ambulanter Pflegeleistungen und Häuslicher Krankenpflege	50
3. Rentenversicherung	51
3.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht	51
Begleitung von Gesetzgebungsverfahren	51
Sog. Mütterrente – Kindererziehung im Ausland	52
Altersrente für besonders langjährig Versicherte	53
Altersrente für langjährig Versicherte	53
Rentenbeginn	53
Versicherungsrechtliche Anspruchsvoraussetzungen	54
Bearbeitung von Widersprüchen im Bereich Rehabilitation	54
Erhebung von Widersprüchen per einfacher E-Mail	54
Erhebung von Verzugszinsen im Rahmen der Regressbearbeitung	55
Statistik des Betriebsprüfdienstes	55
Renteneinstellung aufgrund nicht rechtzeitig vorliegender Lebensbescheinigung	55
Internationale Kontakte/Konferenzen	56
Verbindliche Entscheidungen nach § 138 SGB VI	57
Ausgleichsvereinigungen nach dem KSVG	57
3.2 Prüfung	57
Prüfverfahren Beitragserstattung nach § 210 SGB VI	57
Erstattung von zu Unrecht entrichteten Beiträgen nach § 26 SGB IV	58
Prüfverfahren „Überzahlungen von Renten“ und „Überzahlungen von Überbrückungsgeldern“	59
Prüfverfahren „Leistungen zur Teilhabe“	59
Ausblick: neue Prüfungsschwerpunkte in der Renten- und Künstlersozialversicherung	60
4. Unfallversicherung	61
4.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht	61
Auslandsversicherung	61
Aufsicht über die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e.v. (DGUV)	62
Änderung der Unfallversicherungsobergrenzenverordnung	63
4.2 Satzung	64
Gefahrtarifangelegenheiten	64
Umsetzung der Gesetzesänderungen zum Melderecht in Satzungen	65
Angemessenheit der Größe des Vorstandes	65
4.3 Prüfung	66
Prüfung zum Stand der Fusionsumsetzung auf den Gebieten Verwaltung, Finanzen und Leistungswesen	66

5. Landwirtschaftliche Sozialversicherung	68
5.1 Finanzen	68
Haushaltsgenehmigung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	68
Verwaltungskostenbudgetierung bei der SVLFG	69
5.2 Satzung	70
5.3 Prüfung	70
Aufsichtsprüfungen in der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung im Bereich der Landwirtschaftlichen Alterskasse	70
6. Übergreifende Aufsichtsthemen	71
6.1 Finanzen	71
Aufsichtsprüfung der Geldanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger	71
Auswirkungen des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes (SAG)	73
Beachtung insolvenzrechtlicher Vorschriften	73
Umsatzsteuerliche Unternehmereigenschaft von Sozialversicherungsträgern	74
Genehmigung und Anzeigen von Immobilienmaßnahmen nach § 85 SGB IV	74
Rechtsgutachten zur Gewährung gemeinnütziger Darlehen	75
6.2 Digitalisierung in der Sozialversicherung	76
Rechtliche und technische Anforderungen für die Übermittlung von Anzeigen zur Auftragsdatenverarbeitung gem. § 80 Absatz 3 SGB X per De-Mail	76
6.3 Vergabe	77
Beschaffungsrichtlinien geprüft	77
Vergaberecht im Wandel	78

2. Teil
Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung

1. Schätzerkreis, Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich	80
1.1 Schätzerkreis	80
1.2 Gesundheitsfonds	80
1.2.1 Allgemeines	80
1.2.2 Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds	81
1.2.3 Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds	83
1.3 Risikostrukturausgleich	84
1.3.1 Grundlagen	84
1.3.2 Monatliches Abschlagsverfahren 2016	85
1.3.3 Jahresausgleich 2015	86
1.3.4 Weiterentwicklung	87
1.3.5 Ausblick	88
1.3.6 Gutachten zu Auslandsversicherten und Krankengeld	89
1.3.7 Gerichtsverfahren zum Risikostrukturausgleich	89
1.3.8 Sicherung der Datengrundlagen	90
1.4 Einkommensausgleich	91
2. Innovationsfonds und Krankenhausstrukturfonds	92
2.1 Innovationsfonds	92
2.2 Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Strukturen in der Krankenhausversorgung (Strukturfonds)	93
2.2.1 Errichtung eines Strukturfonds mit einem Volumen von 500 Millionen Euro	93
2.2.2 Grundsatzangelegenheiten und Aufbau eines	

Verwaltungsverfahren	93
2.2.3 Anträge und Auszahlungen im Berichtsjahr	94
2.2.4 Ausblick: Nachverteilungsverfahren	95
3. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)	96
3.1 Zulassungsstand	96
3.2 Auswirkungen rechtlicher Entwicklungen	97
Vertragsanpassungen	97
Qualitätsberichte	97
Evaluation	97
Ausblick: DMP – Perspektiven	97
3.3 DMP-Eingaben in 2016	98
4. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung	99
4.1 Finanzausgleich	99
4.2 Entwicklung des Mittelbestandes	100
4.3 Verwaltung der Mittel des Ausgleichsfonds	101
4.4 Beitragseinnahmen des Ausgleichsfonds	101
4.5 Leistungsausgaben des Ausgleichsfonds (Fördergelder) ..	102
4.6 Verwaltungskosten der sozialen Pflegeversicherung	103
4.7 Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung	104
4.8 Ausblick	105
5. Meldestelle/Ordnungswidrigkeitenbehörde für die privaten Versicherungsunternehmen	106
5.1 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen	106
5.2 Implementierung eines neuen elektronischen Meldeverfahrens	107
5.3 Aufsicht über die Zentrale Zulagenstelle für die private Pflegevorsorge	107
5.4 Ordnungswidrigkeitenverfahren gemäß § 121 Absatz 1 Nr. 7 SGB XI gegenüber privaten Versicherungsunternehmen	108
6. Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung	109
7. Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger (VdBS)	111
8. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung	112
3. Teil Sonderaufgaben	
1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz	115
1.1 Überwachung der Berufsausbildung	115
1.2 Ausbildungsplatzsituation	115
1.3 Überwachung und Beratung	117
1.4 Prüfungen	120
1.5 Entschädigung der Ehrenamtler	121
2. Mutterschaftsgeldstelle	122
3. Blick nach innen 2016	124

Anhang
Übersicht der Träger Organigramm

Überblick

Das Bundesversicherungsamt und seine Aufgaben

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

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

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

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

- Festsetzung, Zuweisung und Abrechnung der Zahlungen des Bundes an die Rentenversicherung
- Mitwirkung bei den Finanzschätzungen in der Rentenversicherung
- Durchführung der Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt folgende weitere Aufgaben:

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

Organisation des Bundesversicherungsamtes

Das Bundesversicherungsamt hat 590 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 47 Referate und drei Stabsstellen gegliedert. Siehe Organigramm Bundesversicherungsamt Seite 129.

Schlaglichter 2016

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

2016 wurde das Bundesversicherungsamt in der Öffentlichkeit insbesondere in seiner Rolle als Verwalter des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA wahrgenommen. Aber auch sonst gab es viel zu tun. In diesem Kapitel stellen wir einige Schlaglichter des letzten Jahres vor, die uns besonders bewegt haben. In den jeweiligen Kapiteln des Berichts finden sich vertiefte Darstellungen.

Neuerungen für das Bundesversicherungsamt

Der Gesetzgeber passt Gesetze und Regelungen den erforderlichen Entwicklungen an oder verabschiedet neue Gesetze. Oft sind dies lange Prozesse, die von unterschiedlichen Instanzen begleitet werden. Auch das Bundesversicherungsamt berät und begleitet den Bereich der Sozialgesetzgebung bei seiner Ausgestaltung und Weiterentwicklung. Mit der Verabschiedung neuer Gesetze können sich auch die Aufsichts- und Prüfgrundlagen des Bundesversicherungsamtes ändern.

Selbstverwaltungsstärkungsgesetz

Mit dem Selbstverwaltungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber in erster Linie sowohl die interne als auch die externe Kontrolle über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV gestärkt. Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens wurde zudem der IT-geprägten Weiterentwicklung des Prüfgeschehens Rechnung getragen, indem die bisherige Vorlagepflicht der Kranken- und Pflegekassen erweitert wurde. Mit der Änderung des § 274 SGB V können die Prüfdienste zukünftig von den Trägern verlangen, dass diese die für die Prüfung benötigten Unterlagen in einheitlicher elektronischer Form zur Verfügung stellen.

Zweites und Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG II und PSG III)

Der Gesetzgeber hat, um den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und auch die Pflegekassen im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und neuen Begutachtungsinstrumenten zu entlasten, die Wiederholungsbegutachtungen im zweiten Halbjahr 2016 grundsätzlich ausgesetzt. Eine Ausnahme bilden nur solche, bei denen eine gesundheitliche Verbesserung insbesondere aufgrund einer Rehabilitationsmaßnahme oder Operation zu erwarten ist. Mit dieser gesetzlichen Vorgabe gingen nicht alle Pflegekassen und MDK gleich um. Das Bundesversicherungsamt hat daher die Pflegekassen bei der Umsetzung dieser Vorgabe

ebenso wie allgemein bei der Auskunft und Beratung der Versicherten hierzu intensiv begleitet. Die Pflegekassen haben im Dezember 2016 aufgrund des zum 1. Januar 2017 in Kraft getretenen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Pflegebedürftigen ausführlich dazu informiert und mit Bescheid von der Pflegestufe in den neuen Pflegegrad übergeleitet. Inwieweit die Überleitung rechtskonform erfolgte, wird das Bundesversicherungsamt im Jahr 2017 noch prüfen.

Das zum 1. Januar 2017 in Kraft tretende PSG III stärkt die Rolle der Kommunen bei der Pflegeberatung. Insbesondere werden entsprechende Modellprojekte gefördert. Zu begleiten, inwieweit in der Praxis die Abstimmung zwischen Pflegekassen und Kommunen sowie die Abgrenzung der jeweiligen Zuständigkeiten funktioniert, wird auch eine wichtige Aufgabe des Bundesversicherungsamtes im Jahr 2017 sein.

Durch das PSG III wird zum 1. Januar 2017 auch aufgrund einer entsprechenden Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes das elektronische Meldeverfahren für die privaten Versicherungsunternehmen eingeführt. Dadurch wird das Meldeverfahren vereinfacht. Künftig werden die Meldungen derjenigen, die

keine private Pflegepflichtversicherung abgeschlossen haben oder mit sechs insgesamt vollen Monatsbeiträgen im Rückstand sind, nur noch elektronisch gemeldet. Das Bundesversicherungsamt und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) werden hierzu im Jahr 2017 eine Vereinbarung schließen.

Begleitung und Umsetzung weiterer Reformen

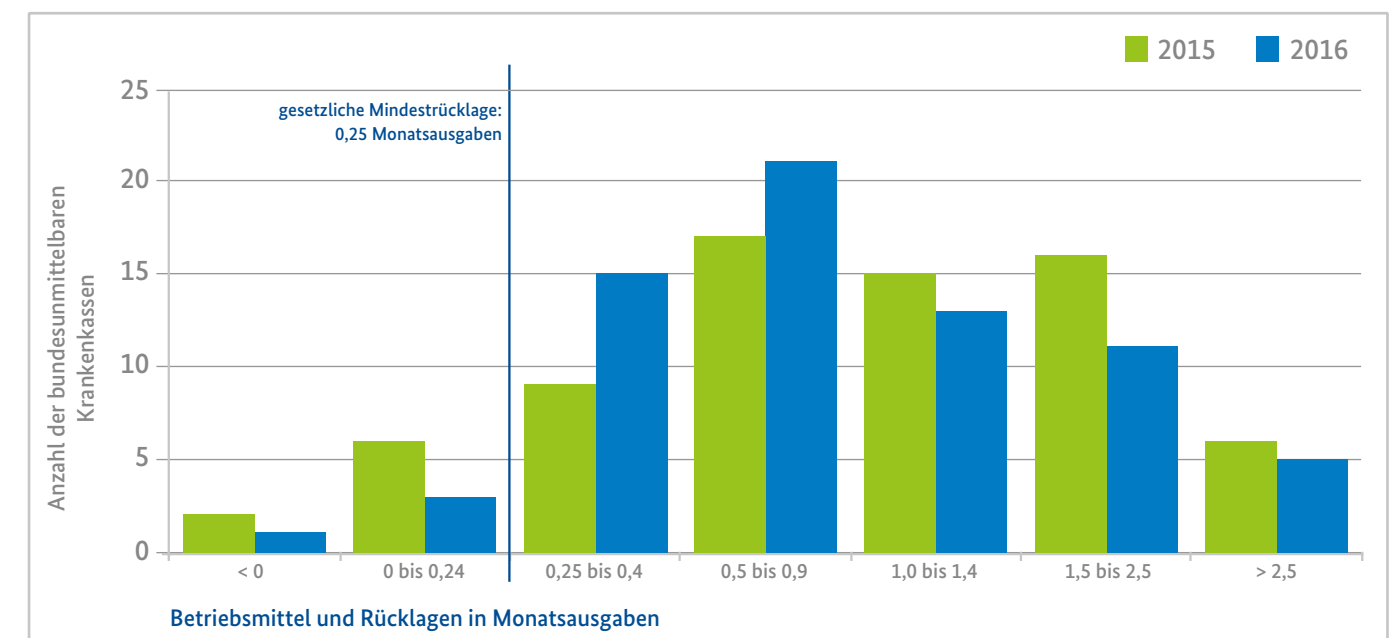
Das Bundesversicherungsamt hat in 2016 auch die Reformen zum 6. SGB IV-Änderungsgesetz, zum Bundesteilhabegesetz und zum Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) begleitet und hier konkrete Vorschläge ins Gesetzgebungsverfahren eingebracht.

Krankenversicherung

Finanzielle Lage insgesamt verbessert

Nach einem Überschuss der Ausgaben von 1,1 Milliarden Euro im Jahr 2015 erzielten die 69 bundesunmittelbaren Krankenkassen im Jahr 2016 einen Überschuss der Einnahmen in Höhe von 0,5 Milliarden Euro

Betriebsmittel und Rücklagen der bundesunmittelbaren Krankenkassen 2015 und 2016



Quelle: KV45, 4. Quartal 2015 mit 71 und 2016 mit 69 bundesunmittelbaren Krankenkassen, trunziert

und verfügten am Jahresende über ein Betriebsmittel- und Rücklagevermögen in Höhe von 7,9 Milliarden Euro, was 0,71 Monatsausgaben entsprach. Sowohl die Rechnungsergebnisse als auch die Höhe der vorhandenen Rücklagen unterschieden sich zwischen verschiedenen Krankenkassen zum Teil deutlich. So erzielten 39 Krankenkassen einen Überschuss der Einnahmen und 30 Krankenkassen einen Überschuss der Ausgaben. Um auch bei unvorhergesehenen Ausgabensteigerungen leistungsfähig zu bleiben, müssen bundesunmittelbare Krankenkassen eine Rücklage von mindestens einem Viertel einer Monatsausgabe vorhalten. 4 bundesunmittelbare Krankenkassen verfügten am Jahresende nicht in vollem Umfang über die vorgeschriebene Mindestrücklage in Höhe von 0,25 Monatsausgaben und 29 Krankenkassen verfügten über ein Betriebsmittel- und Rücklagevermögen von mehr als einer Monatsausgabe.

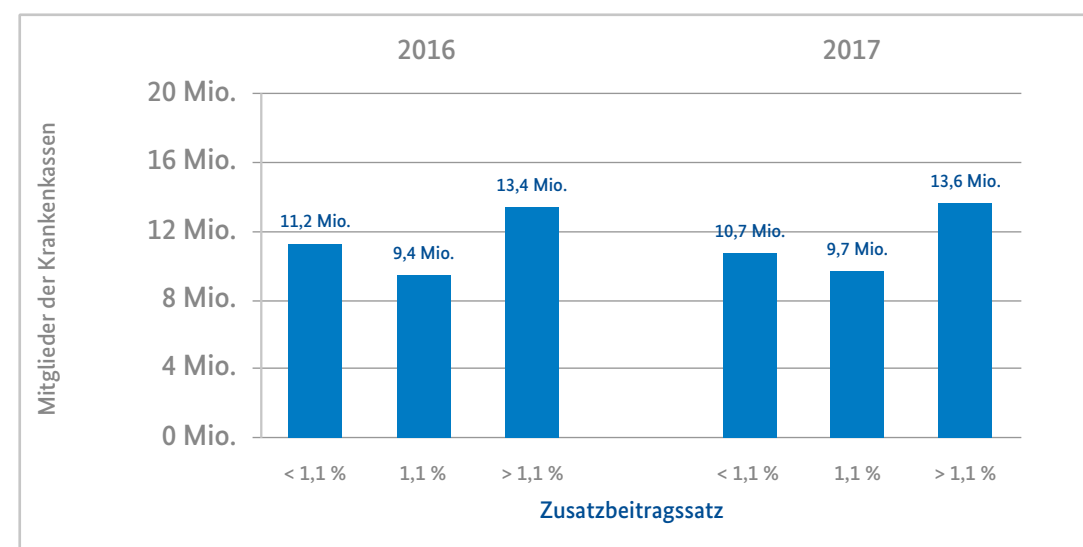
Mehr Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Zusatzbeitragssatz

Der vom Bundesministerium für Gesundheit für das Jahr 2016 bekanntgegebene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz lag bei 1,1 %. Am Jahresende galt dieser Zusatzbeitragssatz für 9,4 Millionen Mitglieder von 15 bundesunmittelbaren Krankenkassen. Für 11,2 Millionen Mitglieder von 35 Krankenkassen lag der Zusatz-

beitragssatz darunter, für 13,4 Millionen Mitglieder von 18 Krankenkassen lag der Zusatzbeitragssatz oberhalb von 1,1 %.¹ Für das Jahr 2017 hat das Bundesministerium für Gesundheit den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz mit 1,1 % unverändert gelassen. Da sich die Ertrags- und Vermögenssituationen der einzelnen Krankenkassen z.T. deutlich voneinander unterscheiden, bedeutet dies allerdings nicht, dass auch alle Krankenkassen ihre Beitragssätze stabil halten. Das Bundesversicherungsamt hat Ende 2016 die Haushaltspläne von 65 bundesunmittelbaren Krankenkassen für das Jahr 2017 geprüft und bei 15 Krankenkassen Erhöhungen des Zusatzbeitragssatzes um bis zu 0,6 % genehmigt. Für 9,7 Millionen Mitglieder von 17 Krankenkassen gilt seit Januar ein Zusatzbeitragssatz in Höhe von 1,1 %. Für 10,7 Millionen Mitglieder von 26 Krankenkassen gilt ein günstigerer und für 13,6 Millionen Mitglieder von 22 Krankenkassen ein höherer Zusatzbeitragssatz. Die Zahl der Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Zusatzbeitragssatz hat damit weiter zugenommen.

Im Rahmen seiner Aufsichtsführung hat das Bundesversicherungsamt die finanzielle Entwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen überwacht und

¹ Die ebenfalls unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes stehende Landwirtschaftliche Krankenkasse in der SVLFG erhebt aufgrund der anderen Beitragssystematik keinen Zusatzbeitrag.



hierbei insbesondere auf die Einhaltung der haushalts- und vermögensrechtlichen Vorschriften hingewirkt, damit eine solide Finanzierung der von den Krankenkassen zu leistenden Ausgaben jederzeit sichergestellt ist. Wird die vorgeschriebene Mindestrücklage (0,25 Monatsausgaben) in Anspruch genommen, muss sie wieder aufgefüllt werden. Bei der Bemessung der Höhe des Zusatzbeitragssatzes spielt daher die Höhe der vorhandenen Rücklage eine wichtige Rolle. Das Bundesversicherungsamt prüft die Beitragssatzkalkulation und entscheidet über die Genehmigungsfähigkeit des Zusatzbeitragssatzes jeder einzelnen Krankenkasse.

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

220 Milliarden Euro an Krankenkassen verteilt

Auch in diesem Tätigkeitsbericht wird wieder die Funktionsweise von Gesundheitsfonds (S. 80) und Morbi-RSA (S. 84) beschrieben und dargestellt, was sich geändert hat. Außerdem stellen wir Ihnen die Zahlen aus 2016 und die für 2017 erwarteten Zahlen vor.

Risikostrukturausgleich in der Diskussion

Der Risikostrukturausgleich ist zentrales Element einer „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ der gesetzlichen

Krankenversicherung, der einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im Einklang mit den Zielen der Sozialversicherung ermöglicht. Er soll die finanziellen Auswirkungen der ungleichen Versichertenstrukturen zwischen den Krankenkassen ausgleichen. Während diese grundlegende Zielsetzung weitgehend nicht mehr in Frage gestellt wird, sind die nähere Ausgestaltung und finanziellen Wirkungen Gegenstand teilweise kontrovers geführter Diskussionen zwischen den Krankenkassen. Der Risikostrukturausgleich unterliegt daher einer laufenden Überprüfung und Weiterentwicklung (S. 87).

Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat im Bundesversicherungsamt

Zur Unterstützung bei der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs besteht beim Bundesversicherungsamt seit dem Jahr 2007 ein Wissenschaftlicher Beirat, dem Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus verschiedenen gesundheitsökonomischen und medizinwissenschaftlichen Bereichen angehören. Vor dem Hintergrund der Diskussionen über die Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs wurde im Dezember 2016 der Wissenschaftliche Beirat vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Erstellung eines Sondergutachtens beauftragt, das die Wirkungen des Morbi-RSA überprüfen und die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Risikostrukturausgleichs empirisch abschätzen soll. Für die Dauer der Erstellung dieses Sondergutachtens wurde der bestehende Wissenschaftliche Beirat um den niederländischen RSA-Experten Prof. Dr. Wynand van de Ven und

den Wettbewerbsökonom Prof. Achim Wambach, PhD, erweitert (S. 87).

Gutachten zu Auslandsversicherten und Krankengeld vorgelegt

Ende 2015 und im Mai 2016 wurden die vom Bundesversicherungsamt in Auftrag gegebenen Gutachten zu zielgenaueren Zuweisungen für Auslandsversicherte und für Krankengeld im RSA vorgelegt. Die in diesen Gutachten entwickelten Vorschläge sollen in Folgegutachten mit Hilfe weiterer zu erhebender Daten überprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden. Diese Folgegutachten müssen spätestens Ende 2019 vorliegen.

Einflussnahme auf Diagnosedaten rechtswidrig

Grundlage für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind Datenmeldungen, die u.a. die ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen umfassen. Das Bundesversicherungsamt stellte zur Diskussion über Manipulationen dieser Daten klar, dass die zur Rechtfertigung einer „Diagnosekorrektur“ angeführte Unterscheidung zwischen dem sogenannten „right-coding“ und „upcoding“ für die Rechtmäßigkeit der Datenmeldungen unbeachtlich ist. Aus gutem Grund ist eine zusätzliche medizinische Bewertung oder Nacherfassung von Diagnosedaten im Risikostrukturausgleich nicht erlaubt. Im Vordergrund stehen der Sozialdatenschutz und die Einhaltung des Meldeverfahrens. Das Bundesversicherungsamt hat sich für eine Klarstellung eingesetzt, dass jede Art von Einflussnahme von Krankenkassen auf das ärztliche Kodierverhalten rechtswidrig ist und vertragliche Regelungen, die eine Vergütung allein für die Dokumentation bestimmter Diagnosen vorsehen, beendet werden. Die Aufsichtsbehörden haben dazu im November 2016 einvernehmliche Beschlüsse gefasst. Mit dem Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes erfolgte im April 2017 schließlich auch eine gesetzliche Klarstellung.

Einführung des Innovations- und des Strukturfonds gelungen

Da das Bundesversicherungsamt seit Jahren sowohl den Gesundheitsfonds in der Krankenversicherung als auch den Ausgleichsfonds in der Pflegeversicherung verwaltet, lag es für den Gesetzgeber nahe, das Bundesversicherungsamt auch mit der Verwaltung des Innovations- und des Strukturfonds zu beauftragen.

Mit dem Innovationsfonds werden Projekte im Bereich der neuen Versorgungsformen und Versorgungsforschung gefördert, um die Versorgung der Versicherten weiterzuentwickeln bzw. zu verbessern. Dafür steht in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich eine Förderungssumme von max. 300 Millionen Euro zur Verfügung. Die Mittel stammen abzüglich der Finanzierungsanteile der landwirtschaftlichen Krankenkasse je zur Hälfte von den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Während die Förderentscheidungen von einem beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichteten Innovationsausschuss getroffen werden, obliegt dem Bundesversicherungsamt die Erhebung und Verwaltung der Mittel. Das Bundesversicherungsamt berechnet die einzelnen Finanzierungsanteile der Krankenkassen und zahlt die Fördermittel aus.

Die Mittel des Strukturfonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro, die überwiegend der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen werden, dienen der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung. Die Förderung erfolgt nur, sofern die antragstellenden Länder, ggf. gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, ihrerseits mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten der Vorhaben tragen. Das Bundesversicherungsamt verwaltet dabei nicht nur die für die Förderung aus dem Strukturfonds zur Verfügung stehenden Mittel, sondern prüft insbesondere die von den Ländern eingereichten Anträge auf ihre Förderungsfähigkeit, entscheidet durch Bescheid und zahlt die zugewiesenen Mittel aus.



Gesundheitsförderung

Das Präventionsgesetz verpflichtet die Krankenkassen einerseits, unmittelbar mehr Geld in die betriebliche Gesundheitsförderung zu investieren. Um Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung darüber hinaus noch weiter zu fördern, hat der Gesetzgeber die bisherige Kann-Regelung zur Implementierung von Bonusprogrammen für Arbeitgeber und teilnehmende Versicherte zu einer Soll-Regelung geändert. Viele Krankenkassen haben bereits Satzungsregelungen dazu getroffen (S. 31).

Wirtschaftlichkeit der Bonusprogramme

Nahezu alle bundesunmittelbaren Krankenkassen bieten ihren Versicherten finanzielle Anreize über Bonusprogramme. Der Gesetzgeber fordert von den Krankenkassen, dass die Aufwendungen für solche Bonusprogramme nach § 65a Absatz 1 SGB V mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Lediglich 8 von 66 bundesunmittelbaren Krankenkassen konnten die Wirtschaftlichkeit ihrer Bonusprogramme für die Vergangenheit nicht nachweisen. In den Fällen, in denen die Programme keine Einsparungen erreichten, hat das Bundesversicherungsamt auf eine zeitnahe Anpassung des entsprechenden Bonusprogramms hingewirkt (S. 31).

Unechte Arbeitnehmerüberlassung als Outsourcing anzeigepflichtig

Schließen Krankenkassen Arbeitnehmerüberlassungsverträge, liegt eine echte Arbeitnehmerüberlassung nur dann vor, wenn die Mitarbeiter vollständig in den Kassenbetrieb integriert werden. Vertragsverhältnisse ohne diese Integration, bei denen Teile des Direktionsrechtes beim Entleiher verbleiben, sind keine echten Arbeitnehmerüberlassungsverträge, sondern ein anzeigepflichtiges Outsourcing einer Dienstleistung. Das Bundesversicherungsamt hat die Krankenkassen über die Rechtslage informiert und sie dazu aufgefordert, entsprechende Verträge entweder zu kündigen oder als Dienstleistungsverträge anzuzeigen (S. 37).

Kostenlose Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschafft

Krankenkassen dürfen ihren Versicherten keine kostenlose weltweite Auslandsreise-Krankenversicherung auf Grundlage eines Versicherungsvertrages mit einem privaten Versicherungsunternehmen anbieten. Dies entschied das Bundessozialgericht mit seinem Urteil vom 31. Mai 2016 und bestätigte damit das Bundesversicherungsamt in seiner Auffassung.

Wettbewerb facettenreich

Der RSA soll einen funktionsfähigen Kassenwettbewerb ermöglichen. Ob dies gelingt, hängt auch davon ab, ob die Krankenkassen sich unter Wettbewerbsgesichtspunkten an die „Spielregeln“ halten. Dies zu überprüfen und bei Bedarf auf ein rechtskonformes Verhalten hinzuwirken, ist Aufgabe des Bundesversicherungsamtes. Unlautere Mitgliederwerbung z.B. durch Wechselprämien (S. 23), Werbung von Flüchtlingen (S. 23) oder innovative Aktionen wie Verlosung von Mitgliedschaften (S. 24) und „analoge“ Anwendung von Verträgen (S. 32) aus wettbewerblichen Überlegungen oder Festhalten an unwirtschaftlichen Bonusregelungen (S. 31) gaben wieder viel Anlass für das Bundesversicherungsamt einzugreifen.

Zusammenarbeit mit der Wettbewerbszentrale

Da sich in der Aufsichtspraxis wiederholt thematische wie einzelfallbezogene Überschneidungen mit der Tätigkeit der Zentrale gegen unlauteren Wettbewerb e.V. (Wettbewerbszentrale) im Bereich gesetzliche Krankenversicherung ergeben haben, erfolgte auf Einladung des Bundesversicherungsamtes ein erstes Gespräch zwischen Vertretern des Bundesversicherungsamtes und der Wettbewerbszentrale. Dies vor dem Hintergrund, dass die Wettbewerbszentrale an einigen wettbewerbsrechtlichen Streitigkeiten zwischen und mit bundesunmittelbaren Krankenkassen beteiligt ist. Das Gespräch galt zunächst dem Austausch über gemeinsame wettbewerbsrechtliche Themen und eine mögliche weitere Zusammenarbeit. Ziel ist es u.a. den gegenseitigen Austausch von Informationen zu fördern. Weitere Gespräche und Kontakte sollen diesem konstruktiven ersten Schritt folgen.

Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V

Der PDK prüft regelmäßig die Beitragsfestsetzung, den Beitragseinzug und die Weiterleitung der Beiträge durch die Krankenkassen für hauptberuflich Selbstän-

dige und freiwillig Versicherte. Durch die im Jahr 2016 abgeschlossenen Prüfverfahren wurden Schäden für den Gesundheitsfonds in Höhe von 1,3 Millionen Euro festgestellt (S. 42).

Pflegeversicherung

Pflegekassen erweitern digitale Angebote

Die Pflegekassen setzten zunehmend auf Digitalisierung. So bieten sie neben allgemeinem Pflegecoaching, z.B. zu Erkrankungen, zur Einstufung und richtigen Pflege nun auch digitale Pflegekurse an, bei denen die Angehörigen von Pflegebedürftigen lernen können, wie sie pflegen, so z.B. das richtige Lagern. Als Ergänzung zu den herkömmlichen Pflegekursen begrüßt das Bundesversicherungsamt dieses Angebot, sofern dem Datenschutz dabei Rechnung getragen wird (S. 48).

Selbstbestimmung durch Einzelverträge stärken

Wenn Pflegebedürftige bestimmte Personen als Pflegekräfte beschäftigen wollen, sollen Pflegekassen Einzelverträge schließen. Dies können sie nicht mit dem Hinweis auf flächendeckende Versorgung durch Pflegedienste ablehnen (S. 46).

Sanktionszahlungen bei Verzögerung

Wenn Krankenkassen nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen Anträge auf Pflegeleistungen bescheiden, müssen sie 70 Euro pro angefangene Woche an die Antragsteller zahlen. Wie genau die Fristen zu berechnen sind, war Gegenstand von Erörterungen mit den Trägern (S. 47).

Rentenversicherung

Bundeszuschüsse auf hohem Niveau

Das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet die Mittel des Bundes, die an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt werden. Es legt in diesem Rahmen monatliche Vorschüsse fest und führt Jahresabrechnungen durch. Im Jahr 2016 wurden rund 87 Milliarden Euro an Bundesmitteln überwiesen. Dies entspricht ca. 30 % der Einnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Bund trägt somit wesentlich zur finanziellen Stabilität des Rentenversicherungssystems in Deutschland bei (S. 109).



Veränderungen in der Rente

Das Bundesversicherungsamt hat 2016 die Gesetzgebungsverfahren, die für seine Aufgabenwahrnehmung von Bedeutung sind, intensiv begleitet. Im Bereich des Rentenversicherungsrechts hat sich das Bundesversicherungsamt insbesondere mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) beschäftigt und auf der Grundlage seiner aus der Eingabenbearbeitung gewonnenen Erkenntnisse gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales Stellung zum Gesetzesentwurf genommen (S. 51).

Künstlersozialkasse

Ausgleichsvereinigungen als Alternative

Die Künstlersozialkasse und das Bundesversicherungsamt haben 2016 intensiv über zahlreiche sich im Rahmen von Ausgleichsvereinigungen nach § 32 KSVG stellende grundsätzliche Fragen diskutiert und gemeinsam Lösungen gefunden. Die Musterverträge über die Bildung und Fortführung von Ausgleichsvereinigungen und die Erstattung von Verwaltungskosten wurden umfangreich überarbeitet und größtenteils neuformuliert (S. 57).

Unfallversicherung

Auslandsversicherungen ergänzen Unfallversicherungsschutz

Erleiden Beschäftigte eines inländischen Unternehmens im Ausland einen Arbeitsunfall, kommt ihnen grundsätzlich der Versicherungsschutz der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung zugute. In bestimmten Fallkonstellationen kann es vorkommen, dass die Beschäftigten bei Auslandseinsätzen weder nach deutschem noch nach internationalem Recht abgesichert sind. Um diese Lücke zu schließen, können die

deutschen gesetzlichen Unfallversicherungsträger sogenannte Auslandsversicherungen für ihre Versicherten einrichten. Hiervon haben 2016 weitere Träger Gebrauch gemacht (S. 61).

Nachwirkungen der Fusionen noch spürbar

Nach dem der Fusionsprozess in der Unfallversicherung abgeschlossen ist, braucht das Zusammenwachsen einiger Träger Zeit. Das begleitet das Bundesversicherungsamt mit Prüfungen (S. 66) oder mit Diskussionen über überdimensionierte Vorstände (S. 65).

Gefahrtariffestsetzung auch rückwirkend möglich

In der gesetzlichen Unfallversicherung werden die Beiträge grundsätzlich anhand des Finanzbedarfs, der Arbeitsentgelte der Versicherten und der Gefahrklassen berechnet. Die Gefahrklassen werden in Gefahrtarifen ausgewiesen. Diese sind vom Bundesversicherungsamt zu genehmigen. In der Regel sind die Gefahrtarife bei Beginn ihres Geltungszeitraums bereits genehmigt und in Kraft. Hiervon abweichend war es 2016 erforderlich, einen Gefahrtarif rückwirkend in Kraft treten zu lassen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist dies grundsätzlich zulässig, allerdings dürfen sich die Beiträge für die Unternehmen maximal verdreifachen (S. 64).

Landwirtschaftliche Sozialversicherung

Einsparziele voraussichtlich erreicht

Das Ziel der Fusion verschiedener Träger zu einer landwirtschaftlichen Sozialversicherung war die Reduzierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten in den Sparten Renten-, Unfall- und Krankenversicherung. Der Blick auf die jeweiligen Personal- und Sachaufwände lässt erwarten, dass die SVLFG das vorgegebene Budget in allen Zweigen der Sozialversicherung einhalten wird (S. 68).

Vermischtes

Nutzung von De-Mail ermöglicht

Mit dem Gesetz zur Förderung der elektronischen Verwaltung sowie zur Änderung weiterer Vorschriften (sog. E-Government-Gesetz, in Kraft getreten am 1. August 2013) sind konkrete Formen elektronischer Kommunikation definiert worden, die eine gesetzlich angeordnete Schriftform ersetzen können. Dadurch soll insbesondere die Kommunikation mit der Verwaltung erleichtert und die Einrichtung elektronischer Verwaltungsdienste gefördert werden. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesversicherungsamt im letzten Jahr einen De-Mail-Zugang² insbesondere für Anzeigen von Auftragsdatenverarbeitung gemäß § 80 Absatz 3 SGB X eröffnet.

Da solche Anzeigen in der Regel umfangreiche Anlagen enthalten, geht das Bundesversicherungsamt davon aus, dass durch die Nutzung der elektronischen Kommunikation Druck- und Portokosten eingespart werden können. Welche konkreten Anforderungen hierbei zu berücksichtigen sind, haben wir auf S. 76 detailliert dargestellt.

Übrigens: auch bei Widersprüchen gegenüber Sozialversicherungsträgern können Versicherte wegen der Formvorschriften nicht nur eine einfache E-Mail schreiben, eine De-Mail wäre aber möglich (S. 54).

Herausforderung Digitalisierung

Das Bundesversicherungsamt hat sich im letzten Berichtsjahr intensiv mit der Digitalisierung in der Sozialversicherung befasst. Bei einer Vielzahl von Anfragen, Prüfungen und Beratungen ging es im Kern um leistungsrechtliche, datenschutzrechtliche und verwaltungsökonomische Problemstellungen (S. 24). Am Beispiel der Prüfung einer App wird deutlich, wie komplex das Thema ist (S. 26). Auch das Thema Online Coaching von Pflegenden muss differenziert betrachtet werden (S. 48).

Um Fragestellungen rund um die Digitalisierung in

² www.bundesversicherungsamt.de/bundesversicherungsamt/de-mail.html

der Sozialversicherung zukünftig besser zwischen den einzelnen Fachdisziplinen im Bundesversicherungsamt abstimmen zu können, ist ein Digitalausschuss eingerichtet worden, der einen regelmäßigen abteilungsübergreifenden Austausch sicherstellt. Als zentraler Ansprechpartner steht den Sozialversicherungsträgern das Bundesversicherungsamt unter der neu eingerichteten E-Mailadresse digitalausschuss@bvamt.bund.de zur Verfügung.

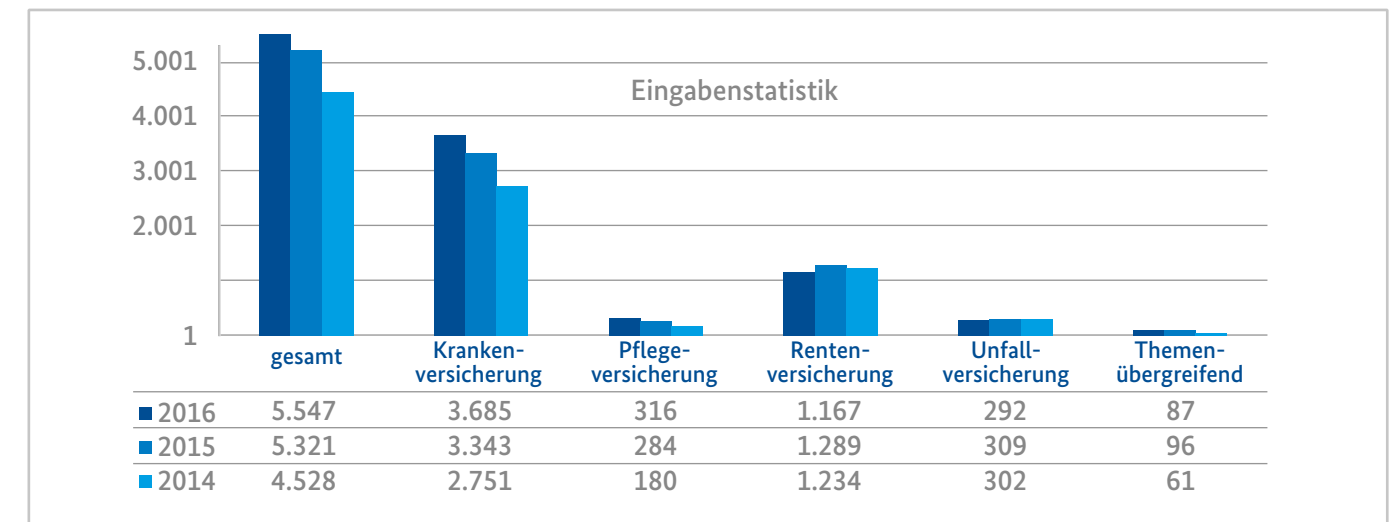
Umsetzung der neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung im Aufsichtsbereich

Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (kurz: EU-DS-GVO) ist am 14. April 2016 durch das EU-Parlament beschlossen worden und am 25. Mai 2016 in Kraft getreten. Anzuwenden sind die neuen europaweit einheitlichen Regeln ab dem 25. Mai 2018. Ungeachtet der politischen Diskussion, ob sich hierdurch das Datenschutzniveau insgesamt verbessert, steht aus Sicht der Rechtsaufsicht fest, dass es zu einer Umstellung der Datenschutzpraxis kommen wird, die heute noch nicht abschließend überblickt werden kann. Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr einige Beratungsanfragen zu der Umsetzung der EU-DS-GVO in der Praxis erhalten. Konkrete Antworten konnten allerdings noch nicht herausgearbeitet werden, da die Verordnung eine Reihe von Öffnungsklauseln für nationale Regelungen enthält, die bis zur Berichtslegung noch nicht alle durch den nationalen

Gesetzgeber ausgefüllt worden sind. Das Bundesversicherungsamt wird die weitere Diskussion und insbesondere die sich in der Praxis bei der Umsetzung ergebenden Fragestellungen weiter intensiv begleiten.

Träger müssen Beteiligungsgesellschaften besser kontrollieren

Sozialversicherungsträger können sich zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben an Gesellschaften des privaten Rechts beteiligen. Da es sich hierbei um wirtschaftlich tätige Geschäftsbetriebe handelt, sind sie auch mit dem Risiko der Zahlungsunfähigkeit oder der Überschuldung konfrontiert. Auf Grund finanzieller Engpässe einzelner Beteiligungsgesellschaften sah sich das Bundesversicherungsamt veranlasst, am 11. Mai 2016 ein Rundschreiben zur Beachtung der Regelungen der Insolvenzordnung zur Zahlungsunfähigkeit bzw. Überschuldung durch die Sozialversicherungsträger und deren Beteiligungsgesellschaften zu veröffentlichen. Um Hinweise auf eine drohende Insolvenz rechtzeitig zu erkennen, müssen die Sozialversicherungsträger stets umfassend über die wirtschaftliche Lage ihrer Beteiligungsgesellschaften informiert sein; d.h. es ist ein effektives Beteiligungsmanagement und -controlling vorzuhalten. Bei Vorliegen einer drohenden Liquiditätslücke oder bei Überschuldung oder bei Stellung eines Insolvenzantrags ist zudem das Bundesversicherungsamt unverzüglich zu informieren.



Geldanlagen in schwierigen Zeiten

Die Periode der Niedrigzinsen hält an, die Rücklagen der Sozialversicherungsträger sind in allen Zweigen auf einem guten Niveau. Nach wie vor kommt dem Geldanlagemanagement daher eine besondere Bedeutung zu. 2016 waren die Vertragsbedingungen von Investmentvermögen (S. 73) sowie die Auswirkungen des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes (S. 73) im besonderen Fokus.

Gemeinnützigkeit von Darlehen am Sozialrecht messen

Das Bundesversicherungsamt prüft die Genehmigungsanträge und Anzeigen von Vermögensanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger wie Grunderwerbe, Bauvorhaben sowie die Gewährung von Darlehen und Zuschüssen. 2016 lag das Gesamtvolumen mit mehr als 161 Millionen Euro etwas über dem Niveau des Vorjahres und erreichte fast wieder die Summe aus 2014 (S. 75). Mit einem Gutachten wurde die streitige Frage geklärt, ob die Gemeinnützigkeit von Darlehen sich am Steuerrecht oder am Sozialrecht misst (S. 75).

Zahl der Eingaben steigt weiter

Wie bereits im Jahr 2015 stieg auch 2016 die Anzahl der Beschwerden beim Bundesversicherungsamt kontinuierlich. Insbesondere in den Bereichen Kranken- und Pflegeversicherung nahm die Zahl der Eingaben zu. Insoweit kann festgehalten werden, dass sich die Zahl der Eingaben im Zeitraum von 2014 bis 2016 um über ein Drittel erhöht hat. Grundsätzlich lassen sich fast alle Eingaben im Bereich der Krankenversicherung den klassischen Grundthemen „Mitgliedschaft“, „Leistungen“ sowie „Beiträge“ zuordnen. In vielen Eingaben wird auch das Thema „Verwaltungsverfahren“ aufgegriffen.

Im Rahmen dieser grundsätzlichen Themen sind die Gegenstände der Eingaben breit gefächert. Allerdings sind teilweise spezifische Schwerpunkte festzustellen (Krankengeld: 381 Fälle, rückständige Beiträge: 185 Fälle, Ausstellung Kündigungsbestätigung: 137 Fälle, Hilfsmittel: 278 Fälle).

Bei den Eingaben, die die Soziale Pflegeversicherung betreffen, stehen die nach Auffassung der Beschwerdeführer zu niedrige Einstufung, die fehlende Abführung von Rentenversicherungsbeiträgen für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die unzureichende Beratung und die fehlende pauschale Zusatzzahlung im Vordergrund.

Als Schwerpunkte der Eingaben aus dem Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung mit Auslandsbezug lassen sich ausmachen: Begründung von Mitgliedschaften bei deutschen Krankenkassen nach Rückkehr aus dem Ausland, Fortführung einer Mitgliedschaft bei Verzug ins Ausland, Erhebung von Krankenkassenbeiträgen aus ausländischen Renten bzw. Versorgungsbezügen, verweigte Zustimmung zu einer geplanten Krankenhausbehandlung in einem anderen Staat der Europäischen Union sowie Gewährung von Verhinderungspflege bei Wohnsitz in einem anderen Staat.

Eindeutige Ursachen für die Steigerung der Eingabezahlen sind nicht erkennbar. Allerdings ist auf allgemeine Umstände hinzuweisen, welche eine Erhöhung der Eingabezahlen nahelegen. Insbesondere dürfte hier die weitere Verbreitung der E-Mail-Kommunikation zu nennen sein. Im Gegensatz zu früher verfügt (fast) jeder Versicherte durch die E-Mail über ein Kommunikationsmittel, mit dem schnell und kostengünstig beim Bundesversicherungsamt eine aufsichtsrechtliche Prüfung seines Falles veranlasst werden kann. Auch die zunehmende Möglichkeit für Versicherte, sich in den elektronischen Medien über Gesundheitsfragen zu informieren, dürfte eine Rolle spielen.

Im Bereich Unfallversicherung sind die Anliegen der Petentinnen und Petenten äußerst vielfältig. Sie betreffen die gesamte Bandbreite des Leistungs-, Beitrags- und Mitgliedschaftsrechts. Die Beschwerden bemängeln damit beispielsweise, dass Unfälle oder Krankheiten nicht als arbeits- bzw. berufsbedingt anerkannt würden, die Minderung der Erwerbsfähigkeit zu niedrig angesetzt sei, Gutachter befangen seien, das Verfahren insgesamt zu lange dauere, nicht ausreichend beraten werde, Rente oder Verletztengeld nicht oder nicht ausreichend gezahlt werde, Beiträge verlangt werden, obwohl niemand beschäftigt werde, die Beiträge oder die Gefahrklassen zu hoch seien, die Zuordnung zu einer bestimmten Gefahrtarifstelle, die Zuständigkeit einer bestimmten Berufsgenossenschaft, die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Unfallversicherung überhaupt und vieles mehr.

Im Bereich Rentenversicherung lag ein Schwerpunkt bei den Eingaben zum Thema Umsetzung des Gesetzes über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) durch die Rentenversicherungsträger. So hat das Bundesversicherungsamt 2016 wieder eine Reihe von Eingaben im Zusammenhang mit der sog. Mütterrente bearbeitet. Es waren vor allem Fälle zu prüfen, die die Anerkennung von Kindererziehungszeiten im Ausland betrafen. Eine fehlerhafte Bearbeitung durch die Rentenversicherungsträger konnte in keinem der Fälle festgestellt werden (S. 52).

Die mit dem RV-Leistungsverbesserungsgesetz ermöglichte vorzeitige abschlagsfreie Inanspruchnahme der Altersrente für besonders langjährig Versicherte nach § 236b SGB VI führte dazu, dass im Bundesversicherungsamt vermehrt Eingaben eingingen, in denen die Beschwerdeführer vortrugen, ihnen fehlten die für diese „Rente mit 63“ erforderlichen Beitragszeiten, da die Rentenversicherungsträger sie falsch beraten hätten. Ein solcher Beratungsmangel lag allerdings in keinem der Fälle vor (S. 53).

RSA-Klagen gehen zurück

Im Jahr 2016 war das Bundesversicherungsamt insgesamt an 28 neuen Rechtsstreiten – 25 Klagen und drei vorläufige Rechtsschutzverfahren – beteiligt. Gegenüber dem Vorjahr stellt dies eine leichte Steigerung der neuen gerichtlichen Verfahren dar (2015: 24 neue Rechtsstreite). Insgesamt stehen 28 neuen Rechtsstreiten 51 erledigte Verfahren gegenüber. Zum Ende des Jahres 2016 ist daher der Bestand an Rechtsstreiten, an denen das Bundesversicherungsamt beteiligt ist, von 94 Verfahren zu Beginn des Jahres 2016 auf 71 zum Ende des Jahres gesunken.

In 26 der 28 neuen Verfahren wurden gegen die Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes Klage erhoben, während das Bundesversicherungsamt lediglich in zwei neuen Gerichtsverfahren zwischen anderen Hauptbeteiligten beigelegt wurde.





22 der neuen Rechtsstreite betreffen dabei aufsichtsrechtliche Fragestellungen, während nur noch fünf Bescheide hinsichtlich der Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie die Verwaltung des Gesundheitsfonds beklagt wurden. Darüber hinaus hat ein neuer Rechtsstreit Ansprüche nach den Richtlinien zur Gewährung von Bundesbeihilfen zum Ausgleich von Härten im Rahmen der betrieblichen Altersfürsorge nach § 11 BVAG zum Gegenstand.

Im Laufe des Jahres 2016 sind 15 Urteile und Beschlüsse in Klagen und vorläufigen Rechtsschutzverfahren unter Beteiligung des Bundesversicherungsamtes ergangen, wobei elf der Entscheidungen bereits rechtskräftig geworden sind.

Fünf Rechtsstreite (zwei Revisionen, drei Nichtzulassungsbeschwerden) wurden dabei letztinstanzlich durch das Bundessozialgericht beendet, das in allen fünf Fällen zugunsten des Bundesversicherungsamtes entschieden hat.

Auch in den übrigen Rechtsstreiten vor den Landes-, Sozial- und Verwaltungsgerichten wurde in der weit überwiegenden Anzahl der Fälle die jeweilige Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes bestätigt. Insgesamt ergingen dabei in zwölf Rechtsstreiten Urteile bzw. Beschlüsse zugunsten des Bundesversicherungsamtes.

Besonders wichtig war dabei für das Bundesversicherungsamt die letztinstanzliche Bestätigung, die Regelungen des GKV-FQWG hinsichtlich der Zuweisungen für Auslandsversicherte rechtskonform umgesetzt zu haben (S. 89).

Darüber hinaus wurden 40 gerichtliche Verfahren auf nichtstreitigem Weg beendet (24 Klage- und Rechtsmittelrücknahmen, 13 Erledigungen, drei Vergleiche).

Ausbildung im Wandel begleiten

Die berufliche Bildung qualifiziert junge Menschen und sichert so den Fachkräftebedarf für die Zukunft. So wie die Sozialversicherung unterliegt dabei auch die Ausbildung einem stetigen Wandel.

Als zuständige Stelle hat das Bundesversicherungsamt diese Prozesse in zahlreichen Gesprächen mit Verantwortlichen aller Träger konstruktiv begleitet und zu einer fundierten Ausbildung in Theorie und Praxis beigetragen. Besonders erwähnenswert ist das Engagement der DRV Bund bei der Präqualifizierung junger Flüchtlinge (S. 118).

2016 hat das Bundesversicherungsamt über 3.000 Auszubildende betreut, 2.714 Prüfungen abgenommen und in 219 Veranstaltungen die Auszubildenden

und die Ausbilder beraten. Dabei hat es sich kritisch mit der als Folge der Strukturveränderungen fortschreitenden Tendenz zur Spezialisierung der Nachwuchskräfte während der Ausbildung auseinandergesetzt (S. 117).

Mutterschaftsgeld – Service verbessert

Rund 22.000 Frauen beantragten im Jahr 2016 Mutterschaftsgeld beim Bundesversicherungsamt, rund drei Viertel davon berechtigt. Die Gesamtausgaben lagen bei rund 3,1 Millionen Euro. Über die Beratungshotline wurden etwa 12.000 Beratungsgespräche geführt, außerdem rund 900 schriftliche Beratungsanfragen beantwortet. Der Rückgang der schriftlichen Anfragen um rund 35 % auf 900 gegenüber dem Vorjahr geht vermutlich auf die Ausweitung des Serviceangebotes im Internet www.mutterschaftsgeld.de zurück. Neben ausführlichen FAQ's werden dort seit Mitte 2016 die wichtigsten Informationen auch in den Sprachen Englisch, Türkisch und Russisch bereitgestellt.



1. Teil

Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

1. Krankenversicherung

1.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Kassenfusionen

Im Jahr 2016 begleitete und genehmigte das Bundesversicherungsamt vier Vereinigungsverfahren von Krankenkassen. Mit Wirkung zum 1. Januar 2017 fusionierten die energie-BKK und die E.ON Betriebskrankenkasse zur energie-BKK. Die BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU) und die landesunmittelbare Vereinigte BKK schlossen sich zur BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU) zusammen. Die pronova BKK und die Betriebskrankenkasse Braun-Gillette wurden zur pronova BKK. Die größte Vereinigung bildete der Zusammenschluss der BARMER GEK mit der Deutsche BKK zur BARMER Ersatzkasse (BARMER). Bereits zum 1. Juli 2016 wurde die Vereinigung der DAK-Gesundheit mit der BKK Beiersdorf AG zur DAK-Gesundheit genehmigt.

Mitgliederwerbung durch Zusagen von Wechselprämien

Mehrere Krankenkassen haben im Rahmen der Mitgliederwerbung Wechselprämien ausgelobt, um Neukunden anzusprechen und Mitglieder, die ihre Mitgliedschaft bereits gekündigt hatten, von einem Wechsel abzuhalten. Bei den Prämien handelte es sich überwiegend um Leistungen aus den satzungsgemäßen Bonusprogrammen der Krankenkassen, die unabhängig von der Mitgliederwerbung zu den Leistungen der Krankenkassen gehören. Jedoch wurden die Prämien teilweise ohne Rechtsgrundlage im Vorhinein und rechtswidrig ohne Vorliegen von Nachweisen über die zu erfüllenden Voraussetzungen der Bonusmodelle gewährt. Die Darstellung der „Prämien-Angebote“ war zudem teilweise irreführend. Auf Druck des Bundesversicherungsamtes wurden diese rechtswidrigen Werbeaktionen beendet.

Mitgliederwerbung in Flüchtlingseinrichtungen

Das Bundesversicherungsamt hatte sich mit einem Fall von Mitgliederwerbung in Flüchtlingseinrichtungen zu beschäftigen. Konkret unterhielten Vertriebsmitarbeiter einer Krankenkasse Kontakt zu dem Betreiber einer Flüchtlingseinrichtung und offerierten diesem, neben Serviceleistungen, auch Sachprämien, soweit Flüchtlinge/Asylbewerber ihr eröffnetes Wahlrecht zu Gunsten der betreffenden Krankenkasse ausüben.

Hierbei kam das Bundesversicherungsamt zu der Ansicht, dass derartige Werbeaktivitäten aufgrund der besonderen persönlichen wie räumlichen Situation der Betroffenen in Flüchtlingsunterkünften als wettbewerbswidrig einzustufen sind. Diese Art der Werbung ist mit dem sozialen Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen nicht vereinbar.

Personenbezogene Werbeaktivitäten vor Ort können einen unsachgemäßen Einfluss auf das Wahlrecht der Betroffenen darstellen (§§ 3 Abs. 4, 4 Nr. 2 UWG). Flüchtlinge werden keine Vorkenntnisse über das System der GKV in Deutschland und den sich hieraus ableitenden Leistungen, Wahlrechten und Pflichten haben. Verschärft würde die Einflussnahme, soweit die Einrichtungen monetäre Anreize zur Mitgliederwerbung erhielten, vor dem Hintergrund des besonderen Abhängigkeitsverhältnisses der Flüchtlinge zu den Einrichtungen und den dort Tätigen. Hinzu kommt, dass es sich um öffentliche Einrichtungen handelt, die zu einer gewissen Neutralität verpflichtet sind. Deshalb kommen Flüchtlingseinrichtungen aus Sicht des Bundesversicherungsamtes schon grundsätzlich nicht als Werber in Betracht. Die Angelegenheit hat letztlich durch die Abgabe einer kassenseitigen Unterlassungserklärung gegenüber dem Bundesversicherungsamt seine Erledigung gefunden.

Verlosung einer kostenlosen Jahresmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung

Eine Krankenkasse verlost im Wege eines exklusiven Eintrages auf ihrem Facebook-Auftritt eine 12-monatige Gratismitgliedschaft. Eine Teilnahme an dieser einmaligen Verlosung sollte durch Klick auf den „gefällt mir“-Button erfolgen. Diese Werbeaktion war unrechtmäßig und irreführend. Insbesondere aus beitragsrechtlichen Gründen zielte die Verlosung auf ein faktisch unmögliches Angebot, da es den Krankenkassen nicht erlaubt ist, auf die Erhebung von Beiträgen zu verzichten (§§ 223 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 76 SGB IV). Neben möglichen Schäden für den Gesundheitsfonds und weiteren Mitgliedschafts- und beitragsrechtlichen Fragestellungen, liegt ein Verstoß gegen die Aufklärungs- und Beratungspflichten der Krankenkassen vor. Die Bewerbung war ferner als unlauter im Sinne des § 5, 5a UWG zu werten.

Durch ein zügiges Einschreiten konnte, letztlich im Einvernehmen mit der Krankenkasse, die umgehende Beendigung der Aktion und die Löschung des besagten Eintrages erreicht und Vermögensschäden vermieden werden.

Verwendung vermeintlich gefälschter computergenerierter Unterschriften auf Kündigungserklärungen

Anfang des Jahres erreichten das Bundesversicherungsamt gehäuft Beschwerden verschiedener Krankenkassen über vermeintlich gefälschte Kündigungserklärungen zu Gunsten mehrerer anderer Krankenkassen. Hierbei wurden offenbar standardisierte Kündigungsschreiben verwendet, die sich bei näherer Betrachtung als nicht von den betroffenen Versicherten selbst unterschrieben erwiesen. Gemein hatten die Fälle zudem, dass die Kündigungserklärungen offenbar von einem Versicherungsvermittler (Makler) erstellt und an die bisherigen Krankenkassen versandt wurden.

Bei den Ermittlungen stellte sich heraus, dass zum einen oftmals eine zulässige telefonische Kontaktaufnahme von Makler zu Versicherten vorlag, zum anderen die Betroffenen eine mündliche Beauftragung

zum Kassenwechsel tatsächlich erteilt hatten. Die Wirksamkeit besagter Kündigungen war im Ergebnis, soweit im Innenverhältnis von Versichertem zu Versicherungsmakler eine ggf. auch mündliche Bevollmächtigung bestand, zu bejahen. Die Kündigungserklärung durfte auch vom Makler und ohne eigenhändige Unterschrift an die bisherige Krankenkasse versandt werden und ist dieser gegenüber gültig; § 175 SGB V schreibt keine besondere Form der Kündigung vor. Es handelt sich hier um eine einseitig empfangsbedürftige Willenserklärung, die weder nach SGB V noch nach BGB bestimmten Formvorschriften unterliegt. Da in den vorliegenden Fällen nicht der Versicherte, sondern der Makler die Kündigung und die Unterschrift „gefertigt“ hat, entscheidet sich Urheberschaft und Zurechnung nach den Regeln der §§ 164 ff. BGB. Die vorliegende Konstellation wurde hiernach als zulässiges Handeln unter fremden Namen gewertet, so dass die Kündigungserklärungen gegenüber den bisherigen Krankenkassen wirksam und diese wiederum zur Ausstellung einer Kündigungsbestätigung verpflichtet waren.

Digitalisierung in den Krankenkassen

Das Bundesversicherungsamt steht der digitalen Entwicklung offen gegenüber. Dennoch muss bei entsprechenden Anwendungen stets geprüft werden, ob diese verwaltungsökonomischen sowie sozial- oder datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen.

Als unproblematisch werden Apps mit allgemeinen Service-, Such- und Auskunftsfunktionen bewertet. Beispielhaft zu nennen sind Programme zur Pflege der Stammdaten des Versicherten, zur Diagnoseauskunft oder zur Anforderung einer digitalen Patientenquittung. Bei letzterer sind allerdings hohe Anforderungen an die Authentifizierung zu stellen, da besonders schützenswerte (Krankheits-/Behandlungs-) Daten an Versicherte übermittelt werden. Auch der Einsatz von Online-Fragebögen zur Erhebung von Daten für die Bestandspflege der Familienversicherung oder zur Überprüfung der beitragspflichtigen Einnahmen freiwillig Versicherter begegnet keinen aufsichtsrechtlichen Einwänden.



Beim Einsatz von sogenannten Bonus-Apps werden dann keine aufsichtsrechtlichen Bedenken gesehen, wenn diese allein für das Sammeln von Nachweisen für die in der Satzung der Krankenkasse vorgesehenen bonusfähigen Leistungen eingesetzt werden (Online-Gesundheitskonten). Probleme werfen jedoch Apps in Verbindung mit Tracking-Funktionen beziehungsweise der Anbindung von Sensoren (zum Beispiel Armbändern oder Uhren) auf, wenn und soweit diese selbst dem Nachweis sportlicher Betätigungen dienen sollen. Für die Gewährung von Bonusleistungen ist nach § 65a Absatz 1 SGB V die Teilnahme an einem qualitätsgesicherten Angebot zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens Voraussetzung. Dieser Anforderung genügen die gesammelten Bewegungsdaten mittels der vorgenannten Apps regelmäßig nicht (vergleiche Tätigkeitsbericht 2015, Seite 18). Eine sportliche Betätigung kann nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes Grundlage für eine Bonusgewährung sein, wenn diese nachweisbar und qualitätsgesichert erfolgt.

Nicht im Einklang mit dem Gesetz stehen zudem Apps, welche auf der Grundlage von durch die Versicherten selbst eingespeisten Gesundheits- und Verordnungsdaten eine Bewertung des aktuellen Gesundheitszustandes (Anamnese/Diagnose) vornehmen und Medikationen empfehlen. Insoweit ist auf den Arztvorbehalt zu verweisen. Auf der Aufsichtsbehörden-tagung vom 23. bis 24. November 2016 haben die Aufsichtsbehörden des

Bundes und der Länder die Zulässigkeit der elektronischen Übersendung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen hinsichtlich der zu beachtenden Formvorschriften erörtert. Das Bundesministerium für Gesundheit wurde im Ergebnis aufgefordert zu prüfen, ob es notwendig ist, durch gesetzliche Regelungen oder durch Einflussnahme auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung als Vertragspartner des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bezüglich der Formvorschriften bei der Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit auf eine elektronische Übermittlungsform hinzuwirken. Im Übrigen stimmten die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder überein, dass das elektronische Einreichen von Rechnungen und anderen Nachweisen, soweit es sich nicht um Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen handelt, rechtlich zulässig ist.

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes muss bei der Sachbearbeitung und Archivierung aber darauf geachtet werden, dass Aufzeichnungen, Buchungen und sonstige (digitale) Belege nicht in einer Weise verändert werden können, die dazu führen, dass der ursprüngliche Inhalt nicht mehr feststellbar ist (Sicherstellung der Integrität der Daten, revisionssichere Archivierung).

Erfolgt die weitere Bearbeitung der online zur Verfügung gestellten Daten und Dokumente ganz oder teilweise automatisiert, sind die Krankenkassen

gehalten, im Rahmen eines Risikomanagements zum Beispiel in Stichproben Originalunterlagen anzufordern. Im Ergebnis hält das Bundesversicherungsamt eine nachprüfbare Risikoanalyse und eine konzeptionelle Festlegung geeigneter Sicherheitsmaßnahmen bei automatisierter Verarbeitung im Hinblick auf eine pflichtgemäße Ermessensausübung für erforderlich (vergleiche § 20 Abs. 1 SGB X).

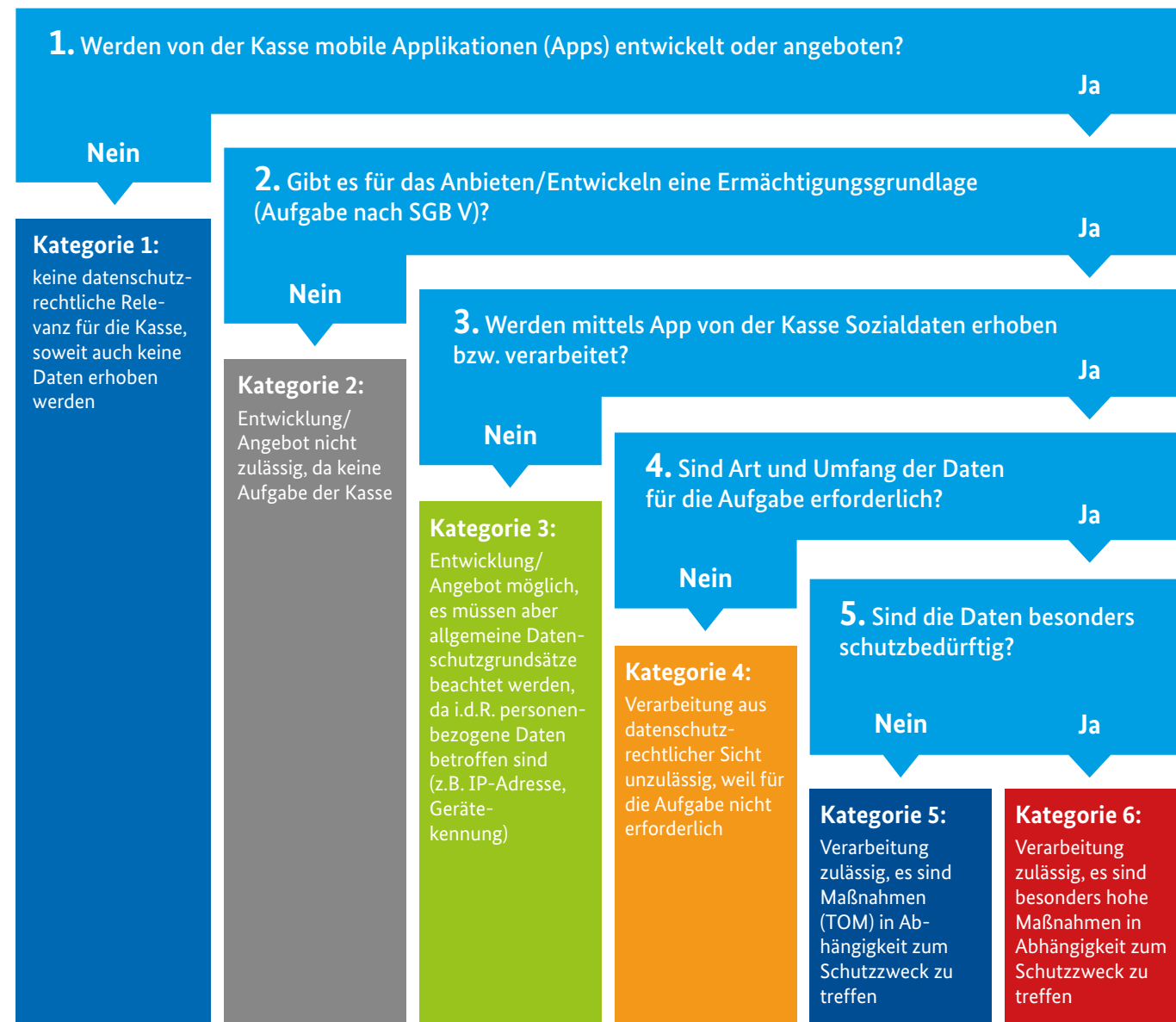
Apps und Datenschutz

Wie schon mehrfach ausgeführt, hat sich das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr mit der Digitalisierung in der Sozialversicherung befasst. Da es sich um

ein Querschnittsthema handelt, waren verschiedene fachliche Perspektiven zu berücksichtigen.

Die Ausgangsfrage, ob ein Einsatz von Apps datenschutzrechtlich zulässig ist, führt zu einer differenzierten Prüfung. Um diesen mehrstufigen Prüfprozess zu verdeutlichen, hat das Bundesversicherungsamt ein Struktogramm entwickelt, das die folgende Abbildung zeigt. Das Struktogramm kann zudem als Arbeitshilfe und Orientierungsrahmen für eine weitere Diskussion dienen.

Die Ausgangsfrage lautet aus datenschutzrechtlicher Sicht, wer verantwortlicher Anbieter der jeweiligen App ist (Frage 1). Ist der Sozialversicherungsträger



Anbieter der App, ist dieser auch als Adressat der datenschutzrechtlichen Vorgaben anzusehen. Bietet eine andere Stelle die jeweilige App an, ist diese Adressat der datenschutzrechtlichen Vorgaben. Bei den Prüfungen fielen in die Kategorie 1 u. a. die sog. Fitness-Apps bzw. Wearables, deren Anschaffung z. B. von den Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen bezuschusst werden können, die aber in der Regel nicht von den Krankenkassen entwickelt und angeboten werden. Auch wenn die Krankenkasse selbst aus datenschutzrechtlicher Sicht in diesen Fällen nicht verantwortlich ist, empfiehlt das Bundesversicherungsamt, nur datenschutzrechtlich unbedenkliche Apps zu bezuschussen, nicht zuletzt um das Risiko eines Reputationsschadens der Krankenkasse zu vermeiden.

Die nächste Frage bezieht sich auf die gesetzliche Aufgabenzuweisung und Grundlage für das Tätigwerden der Krankenkasse (Frage 2). Liegt eine solche nicht vor, beziehen sich die Funktionen der App auf Aufgaben, die nicht zum Aufgabenspektrum eines Sozialversicherungsträgers zählen. In die Kategorie 2 fallen beispielsweise Gesundheits-Apps, durch die Behandlungs- und Diagnosedaten verarbeitet werden, für die eine Krankenkasse auch auf nicht-elektronischem Wege keine Erhebungsbefugnis hätte.

Liegt jedoch eine Befugnisnorm für das Tätigwerden der Krankenkasse vor, müssen zusätzlich die Voraussetzungen einer datenschutzrechtlichen Befugnisnorm für die Datenerhebung und -verarbeitung erfüllt sein. Daher stellt sich zuerst die Frage, ob Sozialdaten

durch die App verarbeitet werden sollen (Frage 3). Werden keine Sozialdaten (§ 67 Abs. 1 SGB X) verarbeitet, was zum Beispiel bei reinen Auskunft- und Informations-Apps der Fall ist, können gleichwohl andere personenbezogene Daten (§ 3 Abs. 1 BDSG) verarbeitet werden, beispielsweise solche, die für die Funktionsfähigkeit der App relevant sind (z.B. die IP-Adresse des Nutzers). Daher sind in der Kategorie 3 allgemeine Datenschutzgrundsätze zu berücksichtigen, die u. a. in der Orientierungshilfe zu den Datenschutzanforderungen an die App-Entwicklung und App-Anbieter des sog. Düsseldorfer Kreises aufgeführt sind.³

Sind Sozialdaten betroffen, steht gemäß der datenschutzrechtlichen Befugnisnormen ferner die Frage im Raum, ob die Daten, die erhoben und verarbeitet werden sollen, für die Aufgabe des Sozialleistungsträgers von Art und Umfang her erforderlich sind (Frage 4). In die Kategorie 4 fallen Apps, die zwar vom Sozialversicherungsträger vor dem Hintergrund allgemeiner Beratungs- und Unterstützungsleistungen angeboten werden könnten, durch die aber Daten verarbeitet werden, für die keine Verarbeitungsbefugnis vorliegt. Als Beispiel können Tagebücher (Fitness, Diabetes etc.) angeführt werden, die zwar als solche, z. B. als Bestandteil einer Patientenschulungsmaßnahme, rechtmäßig sein können, für die es aus datenschutzrechtlicher Sicht aber keine Verarbeitungsbefugnis gibt.

³ Quelle: https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Orientierungshilfen/Artikel/OH_App.pdf?__blob=publicationFile&v=3, letzter Zugriff: 13.02.2017)

Diese Gesundheitsdaten dürfen insoweit auch nicht auf den Servern der Krankenkasse verarbeitet werden (möglicherweise aber lokal in der App des Versicherten, wenn geeignete Schutzmaßnahmen getroffen sind).

Ist eine Verarbeitung der Sozialdaten zulässig, steht abschließend die Frage im Raum, ob besonders schutzbedürftige Daten betroffen sind (Frage 5). Diese Frage zielt auf das Schutzniveau und den Aufwand für die Sicherheitsmaßnahmen. Sind keine besonders schutzbedürftigen Daten betroffen, sind zur Gewährleistung von Integrität, Vertraulichkeit, Verbindlichkeit und Authentizität „normale“ technische und organisatorische Maßnahmen zu ergreifen, die in Abhängigkeit des jeweiligen Schutzbedarfs geeignet und verhältnismäßig sind (vgl. § 78a SGB X). In die Kategorie 5 ist die große Gruppe der sog. Service-Apps einzusortieren, die ausschließlich der administrativen elektronischen Kommunikation mit den Sozialversicherungsträgern dienen.

Sind besonders schutzwürdige Daten im Sinne des § 67 Abs. 12 SGB X betroffen, ist eine Verarbeitung nur unter besonders hohen Sicherheitsvorkehrungen zulässig, die einen Missbrauch sehr unwahrscheinlich machen. In die Kategorie 6 fallen unter anderem Apps, die einen Zugang zu Gesundheitsdaten ermöglichen (z. B. zur elektronischen Patientenquittung gem. § 305 SGB V). Die technischen Hürden sind dabei insbesondere für die Authentifizierung regelmäßig sehr hoch anzulegen.⁴

Im Ergebnis stehen bei Prüfungen der Verwendung mobiler Applikationen im Bereich der Krankenversicherung durch das Bundesversicherungsamt konkrete datenschutzrechtliche oder sicherheitstechnische Problemstellungen nicht im Vordergrund. Entscheidend ist vielmehr die Frage, ob die mit einer Verarbeitung von Sozialdaten verbundene Aufgabe überhaupt zum Aufgabenkatalog der Krankenversicherung gehört und die Datenverarbeitung von der Art und vom Umfang

her für die entsprechende Aufgabe erforderlich ist. Wenn keine Aufgabenbefugnis der Krankenkasse vorliegt, folgt daraus, dass aus Sicht des Datenschutzes auch das Erheben und Verarbeiten von Sozialdaten durch die Krankenkassen nach § 284 Absatz 1 SGB V für das konkrete Vorhaben nicht zulässig ist. Diese Unzulässigkeit ist also meist nicht Folge der datenschutzrechtlichen Vorgaben, sondern folgt aus einem Verstoß gegen die gesetzliche Aufgabenzuweisung von Krankenkassen. Oft wird aber in der öffentlichen Diskussion der Eindruck erweckt, dass der Datenschutz Innovationen verhin-dere. Dies konnte das Bundesversicherungsamt in dieser Form so im Berichtsjahr nicht feststellen.

Fehlerhafte Berechnung von Fahrkosten

Das Bundesversicherungsamt hat bei mehreren gesetzlichen Krankenkassen festgestellt, dass diese Fahrkosten zu medizinischen Behandlungen nicht in gesetzlich vorgesehener Höhe, sondern lediglich pauschal erstatten. Gemäß § 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V wird bei Nutzung eines privaten Kfz der Höchstbetrag für die Wegstrecke-entschädigung nach dem Bundesreisekostengesetz als Fahrkosten anerkannt (z. Zt. 20 Cent/km). Dabei ist zwingend eine Vergleichsrechnung mit dem wirtschaftlich günstigsten Transportmittel (i. d. R. öffentlichen Verkehrsmitteln) vorzunehmen. Erstattungsfähig ist im Ergebnis der geringere Betrag. Mehrere Krankenkassen haben die gesetzlich vorgeschriebene Vergleichsberechnung nicht vorgenommen und stattdessen nur eine reduzierte Pauschale von lediglich 15 Cent/km an die Versicherten erstattet.

Die Krankenkassen wurden aufgefordert, ihr Verfahren der Rechtslage anzupassen. Im Dialog mit den betroffenen Krankenkassen konnte in allen Fällen eine Anpassung der Verfahrensweise an die geltenden rechtlichen Regelungen erreicht werden.

⁴ (vgl. hierzu die Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom 5. September 2014 und vom 18. April 2016. Siehe auch Leitfa-den Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten – Version 4.1 vom 22. April 2016 der Prüfdienste nach § 274 SGB V).



Beendigung der kostenlosen privaten Auslandsreise-Krankenversicherung

Das Bundessozialgericht bestätigte mit Urteil vom 31. Mai 2016 (Az.: B 1 A 2/15 R) die Auffassung der Vorinstanz und des Bundesversicherungsamtes, dass es nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen ist, ihren Versicherten einen kostenlosen weltweiten Auslandsreise-Krankenversicherungsschutz auf Grundlage eines Versicherungsvertrages mit einem privaten Versicherungsunternehmen anzubieten. Die Versicherten selbst müssen für eine über den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz hinausgehende Absicherung während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sorgen. In Konsequenz dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung nahmen die weiteren Krankenkassen, die gegen die ihnen gegenüber zu dieser Thematik erteilten Verpflichtungsbescheide des Bundesversicherungsamtes gerichtlich vorgegangen sind, ihre Klagen beziehungsweise Revisionen zurück, so dass die erteilten Verpflichtungsbescheide Bestandskraft erlangten. Folglich mussten die betroffenen Krankenkassen ihr Angebot eines kostenfreien Auslandsreise-Krankenversicherungsschutzes umgehend einstellen. Geachtet hat das Bundesversicherungsamt darauf, dass die jeweiligen Krankenkassen ihre Verträge mit den privaten Versicherungsunternehmen auch tatsächlich beendet und ihr Angebot eines kostenfreien Auslandsreise-Krankenversicherungsschutzes eingestellt haben. Im Aufsichtsbereich des Bundesversicherungsamtes ist damit sichergestellt, dass Versicherte

keinen kostenlosen Auslandsreise-Krankenversicherungsschutz mehr über ihre Krankenkasse erhalten.

Darüber hinaus ist sich das Bundesversicherungsamt mit den Aufsichtsbehörden der Länder einig, dass nach Vorliegen der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 31. Mai 2016 eine Weiterführung von beitragsfinanzierten Kooperationen zwischen Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen im Bereich der Auslandsreise-Krankenversicherung nicht möglich ist.

1.2 Satzung und Verträge

Flash Glukose Messung (FGM) als neue Satzungsleistung

Wie schon in den Vorjahren bleibt es weiterhin bei der anhaltenden Tendenz, zusätzliche Satzungsleistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V zu nutzen, um sich im Wettbewerb von anderen Krankenkassen zu unterscheiden. Als zusätzliche Leistung kam im Jahr 2016 neu hinzu die Bezuschussung oder vollständige Kostenübernahme für ein Flash Glukose Messsystem (FGM) bei Versicherten, die an Diabetes mellitus erkrankt sind.

Das System basiert auf der selbsttätigen Messung des Glukosewertes im Unterhautfettgewebe. Zur Nutzung des FGM legt der Versicherte einen Sensor an, der die Glukose-Messwerte automatisch ermittelt und

speichert. Zum Auslesen des Glukosespiegels wird ein Lesegerät nah an den Sensor gehalten, das dann den aktuellen Glukosespiegel, einen Glukose-Trendpfeil und den Glukoseverlauf der letzten 8 Stunden wiedergibt.

FGM kann (im Unterschied zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung) nicht zu Lasten der Regelversorgung erbracht werden. FGM wird nicht vom Beschluss des G-BA vom 16. Juni 2016 zur Bewertung kontinuierlicher interstitieller Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (real-time Continuous Glucose Monitoring (rtCGM)) erfasst. Es ist den gesetzlichen Krankenkassen aber möglich, ihren Versicherten die Kostenübernahme von FGM als Satzungsleistung auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V als Hilfsmittel anzubieten. Von den 66 bundesunmittelbaren Krankenkassen bieten 20 Krankenkassen diese zusätzliche Leistung an (Stand Ende 2016).

Kürzung von Satzungsleistungen im laufenden Jahr

Eine größere Zahl von Eingaben hat das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr zu der Frage erreicht, ob und unter welchen Bedingungen gesetzliche Krankenkassen im laufenden Kalenderjahr bisher gewährte Satzungsleistungen kürzen können.

So hat eine Krankenkasse die Leistungen aus einem existierenden Bonusprogramm im laufenden Kalenderjahr um mehr als 60 % gekürzt. Eine andere hat die Zahl der Osteopathie-Behandlungen, für die die Kosten übernommen werden, herabgesetzt. Eine weitere Krankenkasse hat die Leistungen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung, für die die Kosten in der Vergangenheit vollständig übernommen wurden, deutlich reduziert.

In allen Fällen wurde von den Versicherten die Frage gestellt, ob und unter welchen Voraussetzungen die Krankenkassen Satzungsleistungen im laufenden Kalenderjahr reduzieren können. Insbesondere wurde die Frage gestellt, welche Informationspflichten die Krankenkassen in solchen Fällen gegenüber den Versicherten treffen.

Nach § 11 Abs. 6 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität vorsehen. Bei den Satzungsleistungen handelt es sich um freiwillige Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Zur Frage, inwieweit durch Rechtsänderung in bestehende Rechtspositionen eingegriffen werden kann, hat sich das Bundessozialgericht (BSG) mehrfach geäu-

ßert. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG kann generell kein Schutz des Vertrauens darauf anerkannt werden, dass das Satzungsrecht für alle Zukunft unverändert so bestehen bleiben wird, wie es bei der Begründung der Mitgliedschaft bestand (Urteil vom 30.05.2006, Az: B 1 KR 15/05 R).

Grundsätzlich müssen die Versicherten Eingriffe in Rechtspositionen deshalb dulden. Dies gilt insbesondere im Bereich von Leistungen, über deren Gewährung und Höhe die Krankenkasse in ihrer Satzung selbst verfügen kann und deren Umfang im SGB V nicht konkretisiert ist.

Für Änderungen, die im laufenden Kalenderjahr beschlossen werden, ist die Gestaltung einer Übergangsregelung zwar denkbar, diese ist aber rechtlich nicht vorgeschrieben, ebenso wenig wie eine besondere Informationspflicht.

Für die geänderte Satzung gelten Veröffentlichungspflichten, die von der Krankenkasse zu erfüllen sind. Eine Pflicht zur gesonderten schriftlichen Information an alle – oder an alle betroffenen – Versicherten sehen die gesetzlichen Regelungen aber nicht vor.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Boni für Arbeitgeber und versicherte Arbeitnehmer

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

Der Bonus für BGF an den Arbeitgeber und an den Versicherten ist hierbei aus rechtlichen und inhaltlichen Gründen voneinander zu trennen. Die Krankenkassen können weiterhin Einzelheiten zum Arbeitgeberbonus in entsprechenden Verträgen zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber regeln. Dies gilt aber

nicht für den Bonus an den versicherten Arbeitnehmer. Aufgrund der gesetzlichen Änderung von § 65a Absatz 2 SGB V zu einer Sollregelung sind die Voraussetzungen und die Höhe des Bonus für den versicherten Arbeitnehmer nunmehr gesondert in der Satzung zu regeln.

50 von 66 bundesunmittelbaren Krankenkassen haben eine Regelung zum Bonus für Arbeitgeber, und 27 Krankenkassen eine Regelung zum Bonus an den versicherten Arbeitnehmer in ihrer Satzung aufgenommen (Stand Ende 2016).

Evaluation der Bonusprogramme

Nahezu alle der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterliegenden Krankenkassen haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Regelungen für ein versichertenbezogenes Bonusprogramm nach § 65a Absatz 1 SGB V in ihrer Satzung zu treffen. Für Krankenkassen, die nach ihrer Satzung einen Bonusanspruch gewähren, verlangt § 65a Absatz 3 Satz 1 SGB V, dass die Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 1 aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Nach § 65a Absatz 3 Satz 2 SGB V haben die Krankenkassen regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Sofern keine Einsparungen erzielt werden, dürfen gemäß Absatz 3 Satz 3 der Vorschrift keine Boni gewährt werden.

Die Krankenkassen, die für ihre Versicherten einen entsprechenden Bonus vorsehen, weisen die sich hieraus ergebenden Einsparungen durch Evaluationsberichte nach. Die Dokumentation und Auswertung der Kosten und des Nutzens der vergangenen drei Jahre orientiert sich an bestimmten Kriterien, die das Bundesversicherungsamt vorgegeben hat.

Die bundesunmittelbaren Krankenkassen geben, gerechnet pro Kopf ihrer Versicherten, zwischen 0,68 Euro und 32,96 Euro (vorläufige Zahlen aus dem Jahr 2016) für ihre Bonusprogramme aus. Die Auswertung der Bonusprogramme mit Stand Ende 2016 ergab überwiegend positive Ergebnisse, das heißt



die Mehrheit der Krankenkassen (ca. 71% = 47 von 66 Krankenkassen) konnte bisher Einsparungen durch die Bonusprogramme belegen. Der Evaluationsbericht von zehn Krankenkassen wird derzeit geprüft bzw. liegt nicht in aktueller Form vor. Eine Krankenkasse hat bislang kein Bonusprogramm in ihrer Satzung vorgesehen. 8 von 66 bundesunmittelbaren Krankenkassen konnten die Wirtschaftlichkeit ihres Bonusprogramms für die Vergangenheit nicht nachweisen. In den Fällen, in denen die Programme keine Einsparungen erreichten, drängte das Bundesversicherungsamt auf Änderungen in der Ausgestaltung der Bonusprogramme.

Keine Einzelkostenübernahmen durch „analoge“ Anwendung von Selektivverträgen

Im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit hat das Bundesversicherungsamt festgestellt, dass in der Vergangenheit einige Krankenkassen ihren Versicherten Kosten für Leistungen aus Selektivverträgen erstattet haben, welche die Krankenkasse nicht selbst abgeschlossen und denen sie auch nicht beigetreten sind. Bestehende Selektivverträge anderer Krankenkassen wurden lediglich „analog“ angewandt.

Versicherte können durch ihre Teilnahmeerklärung freiwillig an den Selektivverträgen ihrer Krankenkasse teilnehmen, § 140a Abs. 4 Satz. 1 SGB V. Voraussetzung ist jedoch, dass die Krankenkasse den Selektivvertrag, an dem der Versicherte teilnehmen will, selbst abgeschlossen hat bzw. ihm beigetreten ist. Dies ergibt sich aus § 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V, wonach die Krankenkassen über die Erbringung von Sach- und Dienstleistungen Verträge mit den Leistungserbringern nach den Vorschriften des Vierten Kapitels schließen. Hierdurch entsteht Rechtssicherheit über den Umfang des Versorgungsangebots für die Versicherten sowie über die Rechte und Pflichten zwischen der Krankenkasse und ihren Vertragspartnern.

Übernimmt eine Krankenkasse demnach Kosten für Leistungen innerhalb eines Selektivvertrages, der für sie gar nicht gilt, erfolgt die Leistung ohne Rechtsgrund.

Dies ist deswegen bedenklich, weil bestimmte Regelungsinhalte des § 140a SGB V gerade dem Schutz der

Versicherten dienen, wie insbesondere das Erfordernis einer Teilnahme- und Widerrufserklärung sowie bestimmte Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer. Dies gewährleistet, dass die Versicherten vor ihrer Teilnahme über die Vertragsinhalte und Vertragsbedingungen umfassend und transparent informiert werden. Dies ist bei einer lediglich analogen Anwendung eines Selektivvertrages nicht gewährleistet, so dass hier die Regelungen zum Schutz der Versicherten unterlaufen werden können.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass bei Kostenübernahmen für Leistungen ohne Rechtsgrund die Einleitung eines Vorstandsregressverfahrens nach § 12 Abs. 3 SGB V in Betracht kommen kann. Die bundesunmittelbaren Krankenkassen wurden daher mit Rundschreiben vom 26. Oktober 2016 über die geltende Rechtslage informiert und gebeten, Kosten für Leistungen nur auf der Grundlage eigener Selektivverträge bzw. solcher Selektivverträge, denen Sie beigetreten sind, zu erstatten.

Umgehung von Anzeigepflichten für sog. Outsourcingverträge durch unechte Arbeitnehmerüberlassungsverträge

Einer der Schwerpunkte des Jahres 2016 im Bereich Outsourcing (§ 197b SGB V – Aufgabenerledigung durch Dritte) war die Prüfung von „unechten“ Arbeitnehmerüberlassungsverträgen, mit denen einige Krankenkassen den Umfang der ausgegliederten Aufgaben über die gesetzlichen Grenzen hinaus ausdehnen. Dabei wird mit einem privaten Dritten an Stelle eines nach § 97 SGB X anzeigepflichtigen Dienstleistungsvertrages ein Arbeitnehmerüberlassungsvertrag geschlossen, der jedoch die gesetzlichen Voraussetzungen nach § 1 des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) nicht erfüllt.

Rechtlich einwandfreie Arbeitnehmerüberlassung kennzeichnet, dass der Verleiher dem Entleiher Arbeitskräfte zur Verfügung stellt, die in dessen Betrieb eingegliedert sind und ihre Arbeit allein nach Weisungen des Entleihers und in dessen Interesse ausführen. Im Gegensatz dazu verbleiben bei den bekannt gewordenen unechten Arbeitnehmerüberlassungs-



verträgen die überlassenen Mitarbeiter im Betrieb des Dienstleisters (Verleiher). Wenn die Krankenkasse der Form halber einen Mietvertrag über Büroräume am Sitz des Dienstleisters abschließt, ist dies ein untauglicher Versuch, eine Zuordnung zum eigenen „Betrieb“ zu bewirken.

Die beteiligten Krankenkassen werten dies nicht mehr als Aufgabenerledigung durch einen Dritten, sondern als eigene Aufgabenwahrnehmung, für die die rechtlichen Beschränkungen im Bereich Outsourcing, Datenschutz und Vergaberecht nicht mehr greifen. Eine solche Form der Arbeitnehmerüberlassung führt jedoch zu einer Umgehung der Anzeigepflichten nach § 80 SGB X (Datenverarbeitung im Auftrag) und § 97 SGB X (Durchführung von Aufgaben durch Dritte), die dem Sozialdatenschutz und der Kontrolle der Sozialversicherungsträger durch die Aufsichtsbehörde dienen. Eine solche Umgehung ist unzulässig.

Nach einem Schriftwechsel mit der Bundesagentur für Arbeit und einer Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit hat das Bundesversicherungsamt die Krankenkassen in einem Rundschreiben über die Rechtslage informiert und zur Meldung aller laufenden Verträge mit einer solchen Form der unechten Arbeitnehmerüberlassung aufgefordert. Entsprechende Verträge sind entweder zu kündigen oder als Dienstleistungsverträge nach den §§ 80 und 97 SGB X

anzuzeigen. Die Rückmeldungen hierzu zeigten, dass verschiedene Dienstleister dieses Geschäftsmodell anbieten, um ihr Geschäftsfeld auch über die gesetzlichen Einschränkungen des Outsourcings hinaus auszudehnen. Die Bearbeitung der eingegangenen Meldungen wird im Jahr 2017 fortgesetzt.

Einflussnahme auf das Kodierverhalten der Ärzte seitens der Krankenkassen

Im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit konnte das Bundesversicherungsamt feststellen, dass seitens der Krankenkassen verschiedene Strategien verfolgt werden, um auf das Kodierverhalten der Vertragsärzte Einfluss zu nehmen. Die Ärzte sind gesetzlich verpflichtet, Diagnosen für Abrechnungszwecke aufzuzeichnen und nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der aktuellen deutschen Fassung (ICD-10-GM) zu verschlüsseln. Diese Kodierungen sind zugleich von erheblicher Bedeutung für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs, weil u.a. auf dieser Grundlage die Risikozuschläge ermittelt werden, die wiederum die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bestimmen (Näheres zur Berechnung S. 84 ff).

Die Krankenkassen versprechen sich von einer Beeinflussung letztlich erhöhte Zuweisungen aus dem

morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Im Berichtszeitraum haben sich die für die Sozialversicherung zuständigen Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder intensiv zu dieser Thematik ausgetauscht und im Ergebnis auf ihrer 89. Arbeitstagung am 23. und 24. November 2016 in München gemeinsame Beschlüsse gefasst, um eine einheitliche Rechtsanwendung herbeizuführen. Zudem stieß diese Thematik auch auf ein starkes Interesse in der Politik und Medienlandschaft, so dass das Bundesversicherungsamt auch hier vermehrt für Auskünfte und Stellungnahmen zur Verfügung gestanden hat.

Zunächst sind an dieser Stelle die sog. Betreuungsstrukturverträge zu nennen, die in der Regel so aufgebaut sind, dass sie den Vertragsärzten im Zusammenhang mit inhaltlichen Regelungen zur Versorgungsstruktur auch Vorgaben zur Dokumentation von Diagnosen im Rahmen der Abrechnung machen. Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit dieser Verträge ist, dass die gesetzlichen Vorgaben (§ 73a SGB V i. d. bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung oder § 140a SGB V) eingehalten werden. So muss es sich etwa um ein Hausarztmodell oder ein Modell der vernetzten Praxen handeln und die Verträge müssen Teilnahmeverfahren für die Versicherten und ärztlichen Leistungserbringer vorsehen. Sofern in Verträgen eine gesonderte Vergütung allein für eine vollständige und zutreffende Diagnose des Vertragsarztes vorgesehen ist, also ohne irgendeine ärztliche Leistung zu vereinbaren, ist das unzulässig. Denn die Vertragsärzte sind bereits nach § 295 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V verpflichtet zu diagnostizieren, die Diagnosen aufzuzeichnen und zu übermitteln. Es wäre unzulässig, den Vertragsärzten allein für eine ihnen ohnehin per Gesetz obliegende Verpflichtung eine gesonderte Vergütung zu zahlen.

Daneben hatte sich das Bundesversicherungsamt mit der Fallgestaltung der sogenannten „Kodierberatungen“ zu befassen. Hier werden die ärztlichen Leistungserbringer durch eigene Mitarbeiter der Krankenkassen oder durch beauftragte Dienstleister mit dem Ziel kontaktiert, eine Optimierung des Kodierverhaltens der Ärzte zu erreichen. Eine größere Krankenkasse hat auf die Intervention des Bundesversicherungs-

amtes hin diese „Kodierberatung“ eingestellt. Mit dem am 11. April 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) hat der Gesetzgeber klargestellt, dass sowohl die nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten als auch die „Kodierberatung“ unzulässig sind.

Bestimmung von Schiedspersonen

Krankenkassen schließen gemäß § 132a Abs. 4 SGB V über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung Verträge mit den Leistungserbringern. Einigen sich die Krankenkasse und der Leistungserbringer nicht auf einen Vertragsinhalt oder Teile eines Vertrages, wird der Vertragsinhalt von einer von den Vertragspartnern zu bestimmenden unabhängigen Schiedsperson festgelegt. Kommt es auch zu keiner Einigung auf eine Schiedsperson, kann die Bestimmung einer Schiedsperson durch das Bundesversicherungsamt gemäß § 132a Abs. 4 Satz 8 SGB V beantragt werden. Das Bundesversicherungsamt ist zuständig, wenn sich der Antrag gegen eine bundesunmittelbare Krankenkasse richtet.

Im Jahr 2016 hatte das Bundesversicherungsamt insgesamt gegenüber 68 Krankenkassen Anträge auf Bestimmung einer Schiedsperson gemäß § 132a Abs. 2 Satz 7 SGB V (a.F.) zu bearbeiten. Richtet sich ein Antrag nicht nur gegen bundesunmittelbare, sondern auch gegen landesunmittelbare Krankenkassen, erfolgt – sofern erforderlich – auch ein Austausch mit der/den zuständigen Landesaufsicht(en). In der Regel erfolgt die Antragstellung durch den Leistungserbringer oder seinen Verband. Einmal stellte die Krankenkasse einen Antrag auf Bestimmung einer Schiedsperson, um eine durchgängige Versorgung ihrer Versicherten nicht zu gefährden. Hier war es in den bilateralen Verhandlungen zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse nicht zu einer Einigung auf eine neue Vergütung gekommen.

1.3 Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung

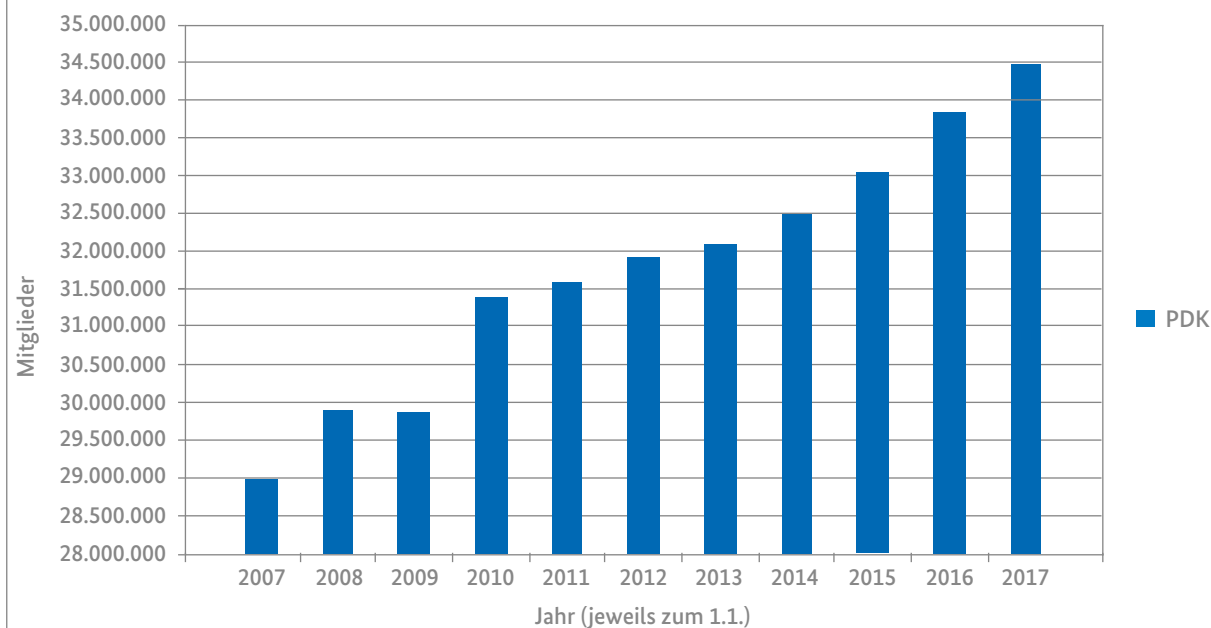
Zusätzlich zum aufsichtsrechtlichen Tätigwerden führt das Bundesversicherungsamt mit seinem Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung drei unterschiedliche Arten von Prüfungen durch. Dies sind Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V und § 46 SGB XI, Prüfungen der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach § 252 SGB V sowie Prüfungen der Datenmeldungen nach § 42 RSAV. Eine Übersicht über die verschiedenen Prüfungen, die in den Jahren 2015 und 2016 abgeschlossen wurden, ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Wie in den Vorjahren ist die Gesamtzahl der Versicherten und Mitglieder in den vom PDK zu prüfenden Krankenkassen bei einer nur leichten Verringerung der Anzahl der bundesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen (von 69 auf 66) weiter gestiegen. Die Zahl der Versicherten erhöhte sich um ca. 555.000, die Zahl der Mitglieder um knapp 640.000 Personen (vgl. Abbildungen).

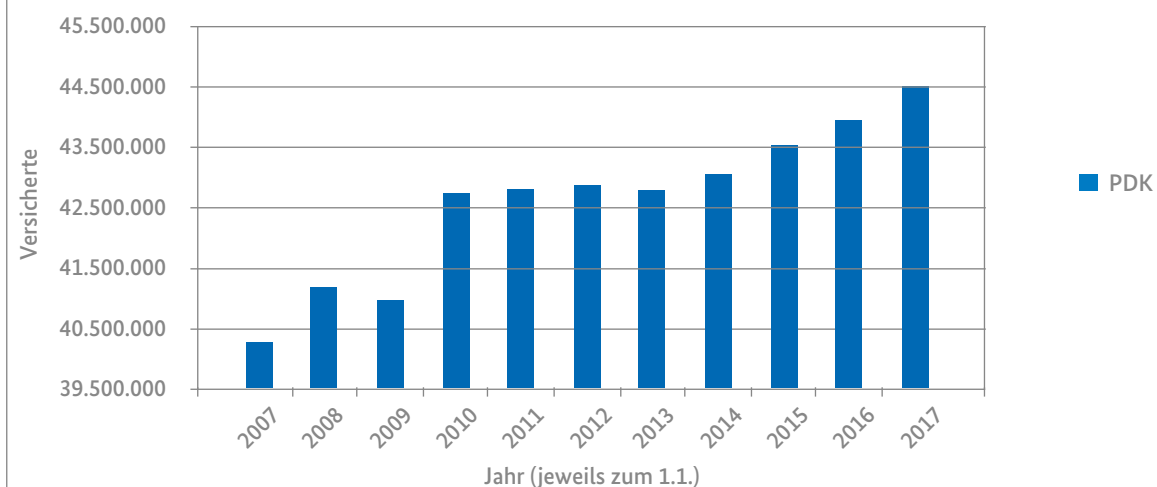
Tabelle: In 2016 durchgeführte und abgeschlossene Prüfungen

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2016	Durchgeführte Prüfverfahren 2015
Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI		
Standardprüfungen	58	53
Allgemeine Verwaltung	12	10
Finanzen / Kassensicherheit	12	7
Mitgliedschaft / Beiträge	1	5
Leistungen Krankenversicherung	9	10
Leistungen Pflegeversicherung	9	13
DRG	5	4
Eigenbetriebe	3	3
EDV / Informationstechnik	6	1
Prüfungen Spitzenverbände	1	1
Nachprüfungen	1	4
Allgemeine Verwaltung	0	1
Leistungen Pflegeversicherung	0	1
Eigenbetriebe	1	0
Leistungen Krankenversicherung	0	1
EDV / Informationstechnik	0	1
Prüfungen nach § 252 SGB V		
Standardprüfungen	13	4
Sonderprüfungen	1	0
Prüfungen nach § 42 RSAV		
Standardprüfungen	75	81
Versichertenzeiten / DMP	14	81
Morbi RSA	61	0
Summe Prüfungen	148	142

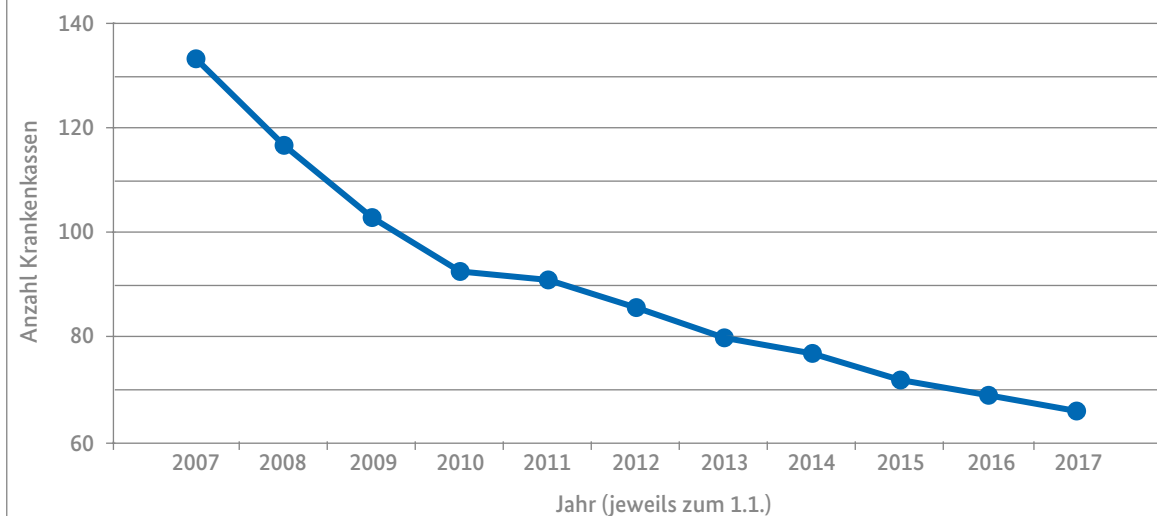
Mitgliederentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Versichertenentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Anzahl bundesunmittelbarer Krankenkassen



1.3.1 Allgemeine Verwaltung

Unterschiedliche Prämien für Neukunden

Bei einer Krankenkasse fiel im Rahmen einer Prüfung auf, dass für die Gewinnung neuer Mitglieder unterschiedlich hohe Prämien an die Werber gezahlt wurden. Die Krankenkasse machte die Höhe der Prämie abhängig vom Beschäftigungs- und Einkommensstatus. So wurde für Auszubildende fünf Euro, für Arbeitnehmer zehn Euro und für Rentner keine Prämie gezahlt. Dadurch schuf die Krankenkasse einen Anreiz, sich mehr auf die Personenkreise zu konzentrieren, die die höchste Prämie einbringen. Zwar ist es rechtlich zulässig, sich mit bestimmten Marketingaktionen auf bestimmte Gruppen (z.B. Schulabgänger) zu konzentrieren. Solche Aktionen richten sich aber von vornherein nicht an eine bestimmte, auszuwählende oder ausgewählte Person, sondern sind allgemein ausgerichtet. Es fehlt an einer Konkretisierung einer Rechtsbeziehung der Krankenkasse zum Einzelnen. Eine unterschiedliche Prämie je nach Beschäftigungs- und Einkommensstatus des neuen Mitglieds ist hingegen rechtswidrig, weil sie – bezogen auf eine konkrete Person – zu einer mittelbaren Diskriminierung führt. Die Krankenkasse sagte zu, die Regelungen nicht mehr anzuwenden und sie ersatzlos aus der Dienstvereinbarung zu streichen. Da diese Zusage auch nach drei Monaten noch nicht umgesetzt war, musste der Prüfdienst dies anmahnen. Er wird die Angelegenheit weiterhin im Auge behalten.

Vergaberecht

Die Dienstanweisungen zur Beschaffung und Vergabe der Krankenkassen waren in der Vergangenheit Gegenstand aufsichtsrechtlicher Prüfungen nach § 88 Abs.1 SGB IV (siehe S. 78). Der PDK griff die Thematik anschließend im Rahmen seiner Prüfungen nach § 274 SGB V auf und überzeugte sich davon, ob die Krankenkassen die Hinweise der Aufsicht umgesetzt hatten und ob das Vergaberecht auch ansonsten beachtet wurde. Dabei stellte der PDK fest, dass die vom Aufsichtsreferat gegebenen Hinweise weitestgehend umgesetzt wurden bzw. kurz vor der Umsetzung standen. Der PDK fand jedoch – wie auch in den Vorjahren – wieder Beschaffungsvorgänge, die freihändig vergeben wurden, anstatt sie öffentlich auszuschreiben. Teilwei-

se fehlten Vergleichsangebote oder die Vergabedokumentationen waren verbesserungswürdig. Außerdem fielen auch wieder einige langjährige Geschäftsbeziehungen auf, die nicht oder nicht regelmäßig vom Träger überprüft wurden.

Aufgabenauslagerung

Krankenkassen können unterstützende Hilfstätigkeiten auf Dritte auslagern. Machen sie davon Gebrauch, sind sie jedoch verpflichtet, die Aufsichtsbehörde zeitnah und umfassend über die Aufgabenübertragung oder eine Änderung zu unterrichten, damit der zuständigen Aufsichtsbehörde vor der Aufgabenübertragung oder Änderung ausreichend Zeit zur Prüfung bleibt. Näheres ist dem Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes zum Anforderungskatalog Outsourcing vom 14.05.2012 zu entnehmen. Die Krankenkassen kommen dieser Anzeigepflicht nicht in jedem Fall nach, wie der PDK bei seinen Prüfungen immer wieder feststellt. Außerdem ist bei jeder Aufgabenauslagerung von der Krankenkasse regelmäßig zu prüfen, ob die ausgelagerten Aufgaben ordnungsgemäß ausgeführt werden. Dies kann durch eine eigene, oder eine in Auftrag gegebene Revision erfolgen. Die Krankenkassen sind darüber hinaus auch verpflichtet, in regelmäßigen Abständen erneute Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen anzustellen, um kritisch zu hinterfragen, ob die Aufgabenwahrnehmung durch den bisherigen, einen anderen Dienstleister oder die eigenständige Aufgabenwahrnehmung durch die Krankenkasse wirtschaftlicher ist. Unter Hinweis auf diese Rechtspflichten sagten die geprüften Krankenkassen entweder eine entsprechende Verfahrensweise zu oder teilten mit, dass sie die Aufgabenauslagerung auslaufen ließen.

1.3.2 IT-Prüfungen

Elektronische Kommunikation

Auch im vergangenen Jahr setzten viele Krankenkassen vermehrt auf Digitalisierung in verschiedenen Prozessen, um Verwaltungskosten zu senken, Geschäftsprozesse zu optimieren und Organisationsstrukturen effizienter zu gestalten. Im engen Austausch werden die Sozialversicherungsträger bei der Entwicklung der digitalen Produkte wie Online-Geschäftsstellen und

mobilen Applikationen (sog. Apps) durch das Bundesversicherungsamt begleitet.

Der Prüfdienst stellte sich der Herausforderung und setzte auch für das Jahr 2016 einen Handlungsschwerpunkt in diesem Bereich.

Aus Sicht des Prüfdienstes ist es wichtig, Krankenkassen bzw. Arbeitsgemeinschaften bereits bei der Erstellung von Konzepten und Anwendungen zu beraten. Schon im frühen Stadium können so wesentliche Weichenstellungen getroffen und konzeptionelle Grundlagen bestimmt werden:

- Zieldefinition und Bezug zu den Aufgaben einer Kranken-/Pflegekasse
- Analyse bestehender interner und externer (elektronischer) Prozesse bzw. deren Entwicklung (Gestaltung /Optimierung zusammenhängender Prozesse)
- Fertigung einer Risikoanalyse mit Risikobewertung und Maßnahmen zur Risikobewältigung bzw. -minimierung
- Umsetzung der Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit (Erstellung eines entsprechenden Clusters)
- Wirtschaftlichkeitsuntersuchung
- Maßnahmen des fachlichen Risikomanagements
- Einhaltung der fachrechtlichen Vorgaben bei der Erhebung, der Verarbeitung und Nutzung von Daten (z.B. valide Nachweisbasis).

Wie auch in den Vorjahren informierte der Prüfdienst die Krankenkassen im Rahmen von Vorträgen und beratenden Gesprächen über die Empfehlungen, damit Krankenkassen bereits im Entwicklungsstadium von Projekten die Empfehlungen berücksichtigen können. Eine wichtige Hilfe und Grundlage der Beratung sind gut vorbereitete Unterlagen der Krankenkassen zu den geplanten Projekten.

Weiterhin erfolgten Prüfungen von Konzepten und Systemen und Anwendungen „im Echtbetrieb“ (siehe Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes 2015, S. 38/39); insbesondere anhand der folgenden Kriterien:

- Authentifizierung der Nutzerinnen/Nutzer, abgestellt auf die Anforderungen für die gewünschten fachlichen Anwendungen

- Integrität der übermittelten Daten
- sichere Datenübertragung
- revisionssichere Speicherung
- systematische und konsistente Gestaltung der Verfahren der elektronischen Kommunikation insgesamt
- medienbruchfreie Verbindung mit (automatisierter) Sachbearbeitung (Anbindung an die „Kernprozesse“)
- Dokumentation und Speicherung der technischen und fachlichen Algorithmen bei parametergesteuerter Sachbearbeitung.

Welche Anforderungen die Prüfdienste des Bundes und der Länder an die elektronische Kommunikation und die Speicherung von Daten stellen, ist in dem „Leitfaden Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten“ in neuer Version im April 2016 veröffentlicht worden.⁵ Dort finden sich unter anderem Ausführungen zur Speicherung elektronisch eingehender Daten, zu Scanprozessen und zur automatischen Texterkennung sowie zu Aufbewahrungsfristen und Löschung von Daten. Um den Veränderungen in der digitalen Entwicklung weiter gerecht zu werden, bleibt die Anpassung des Leitfadens auch vor dem Hintergrund gesetzlicher und technischer Entwicklungen eine Daueraufgabe.

Softwareprüfung zur Erstellung von Satzarten

Die Prüfdienste des Bundes und der Länder haben unter der Federführung des PDK im Bundesversicherungsamt erneut (nach 2008 und 2011) bei allen Kassenarten die Schwerpunktprüfung der Softwareentwicklung im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 SGB V durchgeführt. Diese Prüfungen wurden im Jahr 2015 begonnen und in 2016 fortgesetzt. Sie umfassten die Verfahrensweise bei der Softwareentwicklung und dem Testverfahren für die Erstellung der an die RSA-Stelle des Bundesversicherungsamtes zu liefernden Satzarten, den sog. Morbi-RSA Satzarten 100, 110, 400, 500, 600 und 700.

⁵ Als „Leitfaden Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten“ auf der Internet-Website des Bundesversicherungsamtes veröffentlicht: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/PDK/2016-04-22_Leitfaden_Version4.1.pdf

Bei mehreren Prüfungen wurde festgestellt, dass einige Krankenkassen auch dann Morbiditätsinformationen melden, wenn sie im Rahmen von Erstattungsfällen nach §§ 102 ff SGB X oder von anderen Versicherungsträgern keine Leistungsaufwendungen (mehr) hatten. Insbesondere kommt es in Fällen mit Krankenhausaufenthalten dazu, dass die Krankenkassen in Unkenntnis der Leistungspflicht eines anderen Kostenträgers bis zur Klärung der Kostentragung vorerst die Krankenhausaufwendungen übernommen und im weiteren Verfahren die vollständigen Leistungsaufwendungen erstattet bekommen haben. Gleichwohl melden sie die Entlassungsdiagnosen aus der vollstationären Krankenhausversorgung zum Risikostrukturausgleich. Die Prüfdienste haben daher Krankenkassen dahingehend beraten, in Krankheitsfällen, in denen zum einen eine Leistungsverpflichtung bestanden und zum anderen ein anderer Kostenträger die Leistungsaufwendungen nachträglich erstattet hat, diese Diagnosen in der Satzart 500 nicht zu melden.

1.3.3 Leistungen der Krankenkassen

Wirtschaftlichkeit von Teilungsabkommen

Eine Krankenkasse setzte bei der Durchsetzung von Regressansprüchen gegenüber Haftpflichtversicherungen Rahmenteilungsabkommen ein, obwohl sie vorher keine Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchgeführt hatte. Die Abkommen sahen vor, Scha-

denfälle ohne Prüfung der Haftungsfrage bis zu einem festgelegten Limit nach vereinbarten Quoten abzurechnen. Die Krankenkasse konnte nicht begründen, wie die unterschiedlichen Haftungsquoten und Limits festgelegt wurden und insbesondere, ob die Teilungsabkommen wirtschaftlich waren. Ohne eine Wirtschaftlichkeitsuntersuchung besteht das Risiko, dass die Krankenkasse gegen die Pflicht zur rechtzeitigen und vollständigen Erhebung der Einnahmen verstößt. Der PDK empfahl daher der Krankenkasse, Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen ggf. auch gemeinsam mit anderen Krankenkassen und den Verbänden der Krankenkassen durchzuführen. Der Träger trug daraufhin das Anliegen an den zuständigen BKK Landesverband heran.

Doppelabrechnung der Betreuung von Schwangeren

Der PDK stellte bei der Betreuung von Schwangeren wiederholt rechtswidrige Doppelabrechnungen hinsichtlich der Gebührenordnungsposition 01770 fest. Diese Gebührenordnungsposition kann pro Quartal und Patientin nur einmal für alle Beratungen und Untersuchungen, die entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien im Schwangerschaftsverlauf vorgesehen sind, abgerechnet werden. Ein Arztwechsel im Quartal, begründet unabhängig davon, ob er von der Patientin ausging oder aus anderen Gründen erfolgte, keinen Anspruch auf erneute Abrechnung. Der PDK empfahl den betroffenen Krankenkassen, den Daten-



bestand mittels einer Prüfroutine auf entsprechende Doppelabrechnungen zu prüfen und Überzahlungen aus Doppelabrechnungen unter Beachtung der gesetzlichen Verjährungsfristen bei den jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen geltend zu machen. Sollten sich Anhaltspunkte für eine potentiell betrügerische Abrechnung ergeben, empfahl der PDK auch die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzuschalten. Diese Empfehlungen waren auch Gegenstand eines Informationsschreibens an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen. Die Prüfdienste der Länder, die die landesunmittelbaren Krankenkassen prüfen, und die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wurden nachrichtlich informiert.

Forderungen gegenüber ausländischen Trägern

Bei einer Krankenkasse waren 4.533 ausländische Versicherte im Jahr 2015 zur Leistungsaushilfe im Inland (Deutschland) eingeschrieben. Diese Möglichkeit haben Versicherte, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse in einem EU/EWR-Staat oder einem Abkommensland versichert sind und ihren Wohnsitz in Deutschland haben. Nach Vorlage eines entsprechenden Berechtigungsscheines können diese eingeschriebenen Versicherten alle Sachleistungen nach deutschem Kassenrecht nutzen, ohne selbst Mitglied der deutschen gesetzlichen Krankenkasse zu sein. Ein Anspruch auf Geldleistungen (z.B. Krankengeld) gegenüber der deutschen Krankenkasse besteht nicht. Die Behandlungskosten für diese Versicherten beliefen sich bei der genannten Krankenkasse für die Jahre 2012 bis 2015 auf ca. 300.000 Euro. Gemäß Art. 35 der VO (EG) Nr. 883/04 sind diese Behandlungskosten vom zuständigen ausländischen Träger zu erstatten. Bedingt durch einen Mitarbeiterwechsel hat es die Krankenkasse versäumt, die Behandlungskosten den zuständigen ausländischen Trägern rechtzeitig in Rechnung zu stellen.

Die Krankenkasse sicherte zu, inzwischen verjährte Forderungen von 300.000 Euro bei der Vermögensschaden-Haftpflicht-Versicherung geltend zu machen.

Rückforderung von Zuzahlungen

Bei einigen Leistungen sieht das Gesetz eine Zuzahlung der Versicherten vor. In der Praxis kommt

es jedoch immer wieder vor, dass Versicherte diese Zuzahlung nicht an den Leistungserbringer (z.B. in einer Rehabilitationseinrichtung oder beim Taxifahrer für den Krankentransport) entrichten. In diesen Fällen muss dann die Krankenkasse den Zuzahlungsbetrag geltend machen.

Eine Krankenkasse forderte in den letzten drei Jahren keine Zuzahlungen von den Versicherten an. Erst die Prüfung des PDK deckte diesen Fehler auf. Insgesamt generierte der PDK über 68.000 offene Zuzahlungs-Fälle mit einem ausstehenden Zuzahlungsvolumen von über 2,2 Millionen Euro für die Jahre 2013 bis 2016. In ihrer Stellungnahme führte die Krankenkasse dieses Versäumnis auf technische Probleme in Zusammenhang mit einer EDV-Anwendung zurück und sagte umgehend Maßnahmen zu, die Forderungen nachzuerheben. Sechs Monate später gab die Krankenkasse an, zwischenzeitlich über 90 Prozent der betroffenen Versicherten angeschrieben bzw. angemahnt zu haben. Sie überwache nun die ausstehenden Zahlungseingänge.

Krankenhausabrechnungen (DRG)

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Nach dem BSG-Urteil vom 23.06.2015 (Az.: B 1 KR 21/14 R) darf eine geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung bei Patienten unter 60 Jahren nicht abgerechnet werden. Um zu klären, ob dieses Urteil in der Praxis berücksichtigt wird, selektierte der PDK Fälle ab dem Aufnahmejahr 2015, in denen bei Patienten unter 60 Jahren eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung abgerechnet wurde. Die Prüfung des PDK ergab, dass in den geprüften Fällen das Urteil bei der Rechnungsprüfung nicht beachtet wurde und empfahl daher die Sensibilisierung der Sachbearbeitung der Krankenkasse bezüglich dieser Thematik.

Mehrfachkodierung

Der PDK ermittelte Fälle, in denen es zu mehrfachen Abrechnungen des OPS 8-85 (Extrakorporale Zirkulation und Behandlung von Blut) gekommen ist. Er legte sein Augenmerk darauf, ob die Krankenkasse eine Doppelabrechnung (mehrfache Vergütung für dieselbe Leistung durch Zeitüberschneidung der einzelnen OPS Codes) der durchgeführten Behandlungen prüft.

Die Doppelverschlüsselung (Zeitüberschneidung) eines OPS 8-85 führt ggf. zu einer unzulässigen Erhöhung des Zusatzentgelts. Nach der einschlägigen Richtlinie zur Kodierung von OPS 8-85 ist die Dauer vom Beginn bis zum Ende einer Behandlung zu ermitteln. Bei mehreren Anwendungen eines kontinuierlichen Verfahrens während eines stationären Aufenthaltes ist jede Anwendung mit einem Kode zu verschlüsseln (keine Addition der Behandlungszeiten). Ein Filterwechsel oder eine vergleichbare technisch bedingte Unterbrechung eines kontinuierlichen Verfahrens begründen jedoch keine erneute Verschlüsselung. In mehreren der geprüften Fälle hatten sich die Behandlungszeiten (Dauer) der verschlüsselten OPS Codes überschritten und zu einer Erhöhung der Zusatzentgelte geführt. Die Krankenkasse hatte keine entsprechende Prüfung und Beanstandung vorgenommen.

Der PDK empfahl, zukünftig Fälle, in denen ein OPS 8-85 mehrfach verschlüsselt wurde, einer noch intensiveren Prüfung durch die Sachbearbeitung zu unterziehen.

Beatmung von Neugeborenen

Bei einer seiner Prüfungen selektierte der PDK Fälle, in denen eine maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen abgerechnet wurde und bei denen die Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen erfolgte. Er prüfte anschließend, ob gleichzeitig Beatmungsstunden abgerechnet wurden. Die Kodierung von Beatmungsstunden hat unter Umständen massive Auswirkungen auf die Einstufung in eine DRG Fallpauschale und somit auf die Höhe des Erlöses. Nach den Deutschen Kodierrichtlinien der Jahre 2012 bis 2015 wird die maschinelle Beatmung folgendermaßen definiert: „Maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten.“ Bei der Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen handelt es sich medizinisch-physikalisch um keine maschinelle Beatmung. Gemäß den Empfehlungen 317 und 524 der MDK-Kodierempfehlungen ist daher die Erfassung von

Beatmungsstunden beim Einsatz dieser Kanülen nicht zulässig. Hierüber besteht auch Konsens mit dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling.

Der PDK empfahl, beim Einsatz von High-Flow-Nasenkanülen eine Verschlüsselung von teuren Beatmungszeiten nicht zu akzeptieren.

1.3.4 Finanzen und Kassensicherheit

Zugriffsberechtigungen

Bei den Prüfungen spielten die vielfältigen Aspekte der Kassensicherheit sowohl hinsichtlich organisatorischer Maßnahmen zur Unterschlagungsprophylaxe als auch und vor allem zur Schwachstellenanalyse eine große Rolle. Beispielsweise wurden – wie schon in den Vorjahren – auch im Prüfbjahr 2016 relativ häufig kritische Zugriffsberechtigungen und Funktionskennungen für Bedienstete der Krankenkassen festgestellt. Dies führte stets zu den Empfehlungen, regelmäßige Risikoanalysen in Bezug auf die Aufgabenwahrnehmung durchzuführen und durch wirksame interne Kontrollmechanismen ein Höchstmaß an Unterschlagungsprophylaxe sicherzustellen. Außerdem wurden die Träger beraten, nicht erforderliche Zugriffsberechtigungen und Funktionskennungen zu löschen.

Kontenrahmen und Berücksichtigung des Ausfallrisikos

Relativ häufig mussten Krankenkassen darauf hingewiesen werden, ihre Forderungen und Verpflichtungen den Vorgaben des Kontenrahmens entsprechend zu buchen. Außerdem buchte z.B. eine Krankenkasse die Kosten der Gegenstände der beweglichen Einrichtung nicht auf dem Konto 7130 (Gegenstände der beweglichen Einrichtung), sondern fehlerhaft auf dem Konto 7131 (Abschreibungen von Gegenständen der beweglichen Einrichtung). Wiederholt wurde bei Forderungen gegenüber Dritten das Ausfallrisiko, z.B. in Form von Prozessrisiken hinsichtlich der Haftungsquote oder die Zahlungsunfähigkeit bzw. Zahlungsunwilligkeit des Schuldners, nicht berücksichtigt. Dies führte dazu, dass kassenseitig die Vermögenssituation besser dargestellt wurde, als sie tatsächlich war.

Rechtswidrige Verpflichtungsbuchungen

Bei einer Krankenkasse fiel auf, dass sie Verpflichtungsbuchungen in der Jahresrechnung vorgenommen hatte für solche systemrelevanten Träger, die sie nach ihrer Einschätzung als potentiell gefährdet eingestuft hatte und von einer Schließung bedroht sah. Nach § 77 Abs. 1a Satz 1 und 2 SGB IV hat die Jahresrechnung einer Krankenkasse ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkasse zu vermitteln. Die gesetzlichen Vertreter der Krankenkasse haben bei der Unterzeichnung der Jahresrechnung nach bestem Wissen schriftlich zu versichern, dass die Jahresrechnung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild im Sinn des Satzes 1 vermittelt. Die Erfassung von künftigen Verbindlichkeiten durch Rückstellungen ist dem geltenden System der Rechnungslegung in der Sozialversicherung, mit Ausnahme der Rückstellungen zur Altersversorgung (§ 171e SGB V, § 12 SVRV), fremd. Auch in den weiteren einschlägigen Gesetzen und Verordnungen der Sozialversicherungsträger finden sich keine Regelungen bezüglich der Bildung von Rückstellungen bspw. für drohende Verluste aus schwebenden Geschäften, wie sie das HGB vorsieht. Die Bildung solcher Rückstellungen würde die Einheitlichkeit der Rechnungslegung in der Krankenversicherung einschränken.

Allein das Vorhandensein einer nach eigenen Maßstäben ermittelten möglichen Haftung für geschlossene Krankenkassen rechtfertigt es nicht, eine Verpflichtungsbuchung einzustellen.

Da die geprüfte Krankenkasse eine andere Rechtsauffassung vertritt, hat das Bundesversicherungsamt zwischenzeitlich eine aufsichtsrechtliche Beratung nach § 89 Abs. 1 Satz 1 SGB IV durchgeführt. Das Ergebnis steht noch aus.

Rückstellungen für Altersversorgung und Beihilfe

Gegenstand aller Prüfungen im Bereich Finanzen war zudem die Frage, ob und wie die gesetzlichen Krankenkassen ihrer Verpflichtung nachkommen, Rückstellungen für die Altersversorgung und etwaige Beihilfeansprüche ihrer Bediensteten zu bilden. Neben den unterschiedlichen Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung lag das Hauptaugenmerk des Prüfdienstes vor allem darauf, ob durch die

Rückstellungen die Altersversorgungsverpflichtungen vollständig erfasst sind und in ihrer Höhe durch aktuelle versicherungsmathematische Gutachten bestätigt wurden. Im Ergebnis konnte bei der überwiegenden Zahl der geprüften Sachverhalte festgestellt werden, dass die Verfahrensweise der Krankenkassen nicht zu beanstanden ist.

1.3.5 Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V

Gegenstand und Schadensfeststellung

Gegenstand dieser Prüfung sind die Beitragsfestsetzung, der Beitragseinzug und die Weiterleitung der Beiträge für freiwillige Mitglieder, Versorgungsbezieher, Studenten und Praktikanten, Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, Rentenantragssteller und Rehabilitanden durch die Krankenkassen. Der Schwerpunkt der Prüfung lag bei der Personengruppe der hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen. Im Rahmen einer versichertenbezogenen und einer kontenbezogenen Stichprobenprüfung wird der dem Gesundheitsfonds durch die fehlerhafte Bearbeitung entstandene Schaden je Einzelfall ermittelt. Das Ziel der Prüfung besteht darin, die Einnahmen des Gesundheitsfonds, an den die Krankenkassen die Beiträge weiterzuleiten haben, sicherzustellen. Der PDK konnte im Jahr 2016 insgesamt 15 Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V

i. V. m. der Prüfverordnung sonstige Beiträge abschließen. 18 Prüfungen wurden im Jahr 2016 eingeleitet, von denen eine bereits abgeschlossen werden konnte. In allen Prüfverfahren wurde den Krankenkassen nach der Erstsichtung der Stichprobenfälle die Gelegenheit gegeben, fehlende Unterlagen nachzureichen, fehlerhafte Entscheidungen zu korrigieren und Beiträge im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten bei den Versicherten nachzufordern. Insgesamt wurde nach Abschluss der Prüfverfahren durch den Prüfdienst im Jahr 2016 ein Schaden für den Gesundheitsfonds in Höhe von 1,3 Millionen Euro festgestellt. Im Rahmen der versichertenbezogenen Stichprobenprüfung wurden 279.081,90 Euro Beitragsschaden sowie 14.686,94 Euro Zinsschaden errechnet. Bei der kontenbezogenen Stichprobenprüfung wurde ein Schadensbetrag in Höhe von 849.438,49 Euro zuzüglich eines Zinsschadens in Höhe



von 158.518,65 Euro festgestellt. Im Bereich der versichertenbezogenen Stichprobenprüfung entstanden die Beitragsschäden u. a. dadurch, dass die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit niedriger festgesetzt wurden als im maßgeblichen Einkommensteuerbescheid nachgewiesen. Ebenso ist ein häufig auftretender Fehler, dass eine Beitragsreduzierung für die Vergangenheit vorgenommen wurde, obwohl die gesetzlichen Grundlagen die Beitragsreduzierung nur für die Zukunft zugelassen hätten. Daneben konnten wir Fehler bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen feststellen, weil Einnahmen aus Kapitalvermögen oftmals unberücksichtigt blieben.

Entwicklung einer Prüfsoftware

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die Prüfung durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder nach einheitlichen Maßstäben zu erfolgen hat. Bausteine dieser einheitlichen Maßstäbe sind u.a. die Verwendung gleichartiger Datengrundlagen, vergleichbarer Prüfansätze und die einheitliche Erfassung und Übermittlung der Prüfergebnisse. Für eine Optimierung des Prüfverfahrens entwickelt der PDK derzeit gemeinsam mit der Abteilung 7 (Informationstechnik) im Bundesversicherungsamt eine Prüfsoftware, um eine schnellere und einfachere Prüfung zu gewährleisten. Durch das neue Programm soll das gesamte Prüfverfahren von der Einleitung bis zur Erstellung des Prüfberichtes technisch unterstützt werden. Es ist geplant, die Software nach Abschluss der Entwicklung auch den Prüfdiensten der Länder zur Verfügung zu stellen.

Abgrenzung der haupt- und nebenberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit

Zur Beitragseinstufung selbständig Erwerbstätiger ist zwischen einer haupt- und nebenberuflich ausgeübten selbständigen Erwerbstätigkeit zu unterscheiden. Für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige ist als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze, mindestens jedoch der vierzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße und für Mitglieder, die einen Gründungszuschuss oder eine entsprechende Leistung erhalten, der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen. Für nebenberuflich selbständig Erwerbstätige gilt als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Hauptberuflich selbständig Erwerbstätige haben daher grundsätzlich höhere Beiträge zu zahlen als sonstige freiwillig Versicherte.

Um eine einheitliche Rechtsanwendung durch die Krankenkassen sicherzustellen, hat der GKV-Spitzenverband die „Grundsätzlichen Hinweise zum Begriff der hauptberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit“ als Entscheidungshilfe mit empfehlendem Charakter veröffentlicht. Darin legt der GKV-Spitzenverband Grundannahmen fest, bei deren Vorliegen im Regelfall Hauptberuflichkeit gegeben ist. Die Grundannahmen berücksichtigen stets die wirtschaftliche Bedeutung und den zeitlichen Aufwand der selbständigen Tätigkeit. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass die

Prüfung im Zweifelsfall nicht schematisch, sondern im Rahmen einer Gesamtschau vorzunehmen ist.

Bei einer Prüfung fiel dem PDK auf, dass eine Krankenkasse damit wirbt, dass hauptberuflich selbständige Mitglieder ihren Versicherungsstatus überprüfen lassen können, um in den Genuss niedrigerer Beiträge zu kommen, sofern die selbständige Tätigkeit nach Überprüfung nicht mehr als hauptberuflich angesehen wird. Im Rahmen ihres internen Verwaltungsverfahrens wendet die Krankenkasse zur Abgrenzung der haupt- und nebenberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit die „Grundsätzlichen Hinweise“ des GKV-Spitzenverbandes dergestalt an, dass sie immer dann, wenn nicht sowohl das zeitliche als auch das wirtschaftliche Kriterium der Grundannahmen erfüllt ist, von einer nebenberuflichen Tätigkeit ausgeht. Nach Auffassung des PDK sehen die „Grundsätzlichen Hinweise“, wenn sich anhand der Grundannahmen das Vorliegen der Hauptberuflichkeit nicht eindeutig ermitteln lässt, aber eine Prüfung im Rahmen einer Gesamtschau vor. Durch die „abgekürzte“ Prüfung der Krankenkasse besteht die Gefahr, dass ohne ausreichende Feststellungen oder rechtswidrig von Nebenberuflichkeit ausgegangen wird.

Kommt der PDK nach einer Prüfung der Einzelfälle im Rahmen einer Gesamtschau zu dem Ergebnis, dass durch das von der Krankenkasse angewandte Prüfverfahren Nebenberuflichkeit angenommen wurde, obwohl tatsächlich eine hauptberufliche Tätigkeit vorliegt, liegt ein Beitragsschaden des Gesundheitsfonds vor.

Beitragsfestsetzung anhand einer Auskunft der Finanzbehörde

Dem PDK fiel bei seinen Prüfungen auf, dass Krankenkassen die Beitragsfestsetzung für Versicherte, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, teilweise aufgrund von Auskünften der Finanzbehörden durchführten. Dies erfolgte insbesondere dann, wenn das Mitglied auch nach Aufforderung keine Einkommensnachweise vorlegte.

Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der

monatlichen Beitragsbemessungsgrenze. Der Nachweis für ein geringeres Einkommen ist vom Mitglied vorzulegen. Eine reine Auskunft der Finanzbehörde über die Höhe des Einkommens ist kein ausreichender Einkommensnachweis, denn ein Nachweis für Arbeitseinkommen und Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung ist über den aktuellen Einkommensteuerbescheid zu führen. Hat die Krankenkasse lediglich aufgrund einer Auskunft der Finanzbehörde die Beiträge niedriger festgesetzt, ohne dass der aktuelle Einkommensteuerbescheid vorlag, liegt eine fehlerhafte Bearbeitung der Krankenkasse vor, die zu einem Beitragsschaden für den Gesundheitsfonds führt.

1.3.6 Tätigkeit der Prüfgruppe nach § 274 Abs. 1 S. 2 SGB V

Im Jahr 2016 wurde eine Prüfung des GKV-Spitzenverbandes in Berlin durchgeführt. Prüft Themen waren die Beschaffungsrichtlinie, die Sicherheit des Zahlungsverkehrs und die Prozesse zur Information der Mitgliedskassen mittels Rundschreiben. Eine Prüffeststellung von besonderer Bedeutung bestand darin, dass der GKV-Spitzenverband die Auffassung vertritt, nicht der Anwendungspflicht der Vergabe- und Vertragsordnungen VOL/A bzw. VOB/A zu unterliegen. Da diese Rechtsfrage bis zum Abschluss der Prüfung strittig blieb, wurde diese Frage an das Bundesministerium für Gesundheit als zuständige Rechtsaufsicht abgegeben. Die Beschaffungsrichtlinie des GKV-Spitzenverbandes wird zur Zeit überarbeitet. Weiterhin wurden Prüfungen der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) als eigenständige Abteilung des GKV-Spitzenverbandes in Bonn und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin eingeleitet sowie örtliche Erhebungen durchgeführt. Die DVKA wurde in den Bereichen Beschaffungsrichtlinie, Kostenabrechnung und Wahrnehmung der Aufgaben als Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung geprüft. Die Prüfung der KBV erstreckte sich auf die Bereiche Beschaffung, Notfallmanagement und Vermögensverwaltung. Beide Prüfungen werden aller Voraussicht nach im ersten Halbjahr 2017 abgeschlossen sein.



2. Pflegeversicherung

2.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Umsetzung der Reformen

Das Bundesversicherungsamt begleitete die umfassende Reform der Pflegeversicherung durch die drei Pflegestärkungsgesetze aktiv, indem es zu den Gesetzesentwürfen umfassende Stellungnahmen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit abgab und die Umsetzung durch die bundesunmittelbaren Pflegekassen überwachte. Die Zahl der Eingaben nahm leicht zu – offenkundig auch durch die Reformen –, wobei die zeitliche Verzögerung der Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung, die Einstufung und die Beiträge zur Rentenversicherung Schwerpunkte der insgesamt 316 Eingaben bildeten. Mit Einführung des Ersten und Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I und II) erhalten Pflegebedürft-

tige und ihre Angehörigen deutlich mehr Unterstützung. Vor allem Demenzerkrankte und andere kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftige erhalten seit 2017 sukzessive die gleichen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung wie körperlich Pflegebedürftige.

Des Weiteren wurde zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff mit fünf Pflegegraden eingeführt. Hier war das Bundesversicherungsamt im Berichtszeitraum in die Vorbereitung der Umsetzung einbezogen und wird insbesondere die „automatische“ Überleitung der bisherigen Pflegebedürftigen durch die Pflegekassen aufsichtsrechtlich begleiten.

Bereits zum 1. Januar 2016 wurde die Pflegeberatung gestärkt. Unter anderem erhalten pflegende Angehörige einen eigenen Anspruch auf Pflegeberatung. Da Eingaben immer wieder belegen, dass sich viele Pfl-

gebedürftige und ihre Angehörigen nicht ausreichend beraten fühlen, wird das Bundesversicherungsamt die Verwaltungspraxis der Pflegekassen auch weiterhin in diesem Bereich aufsichtsrechtlich intensiv überwachen. Demgegenüber sind die Neuregelungen durch das im Wesentlichen am 1. Januar 2017 in Kraft getretene PSG III für das Bundesversicherungsamt nur mittelbar von Bedeutung. Unter anderem wird hier Folgendes normiert:

Die Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege dient insbesondere der Verbesserung der Steuerung, Kooperation und Koordination von Beratung und Pflege in den Kommunen. Wesentlich sind dabei die Sicherstellung der Versorgung, die Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (z. B. Begleitung der Pflegebedürftigen bei Arztbesuchen) und die Pflegeberatung.

Zudem werden verschiedene Maßnahmen geregelt, um Abrechnungsbetrug in der Pflege zu verhindern, z.B. durch umfassendere Prüfungen durch Kranken- und Pflegekassen.

Einzelverträge nach § 77 Abs. 1 SGB XI

Nach § 77 Absatz 1 Satz 1 SGB XI sollen die Pflegekassen Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um die häusliche Pflege und Betreuung sowie die hauswirtschaftliche Versorgung (seit 01.01.2017: die körperbezogene Pflege, die pflegerische Betreuung sowie die Haushaltsführung im Sinne des § 36 SGB XI) sicherzustellen. Dadurch sollen Pflegebedürftige die Möglichkeit erhalten, eine Pflege entsprechend ihrer individuellen Wünsche zu erhalten, und ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. In der Gesetzesbegründung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (BT-Drs. 16/7439, S. 69) sind als Beispiele die Pflege von einer Kraft desselben Geschlechts oder derselben Religion, Kultur und Weltanschauung benannt. Zugleich soll dem Vorrang der ambulanten Pflege Rechnung getragen werden. Ausnahme sind Verträge mit Verwandten und Verschwägerten bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit den Pflegebedürftigen in häuslicher Gemein-

schaft leben. Diese sind nach § 77 Absatz 1 2. Halbsatz SGB XI nicht zulässig, um nicht eine Möglichkeit zu eröffnen, das eigentlich in solchen Fällen zum Tragen kommende Pflegegeld nach § 37 Absatz 3 SGB XI zu umgehen. Dies gilt auch, wenn es sich bei den Verwandten um ausgebildete Pflegepersonen handelt (s. hierzu Urteil des BSG vom 18.03.1999, Az.: B 3 P 8/98 R).

Da die Pflegekassen bis 2012 von dieser Möglichkeit nur wenig Gebrauch gemacht haben und offenkundig die Pflegebedürftigen darüber auch kaum informiert haben, wurde mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) mit Wirkung zum 30.10.2012 die bisherige „Kann-Regelung“ in eine stärker verpflichtende „Soll-Regelung“ umgestaltet. Seitdem werden von den Pflegekassen mehr Einzelverträge abgeschlossen. Allerdings gehen einige Pflegekassen immer noch davon aus, dass sie bei dem Vertragsabschluss ein Ermessen haben. Dies ist nicht der Fall. Vielmehr sind die Pflegekassen grundsätzlich verpflichtet, derartige Einzelverträge bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zu schließen. Zu dieser Verpflichtung wird in der Gesetzesbegründung zum PNG (BT-Drs. 17/9369; S. 45) Folgendes ausgeführt:

„Die Änderung im neu gefassten Absatz 1 stärkt die praktische Umsetzung der Regelung, indem die „Kann“-Regelung zur „Soll“-Regelung weiterentwickelt wird. Dadurch müssen die Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit geeigneten Pflegekräften eingehen, soweit keine konkreten Gründe vorliegen, die dem entgegenstehen.“

Eine Pflegekasse kann den Abschluss eines Einzelvertrags insbesondere nicht mit der Begründung verweigern, eine flächendeckende Versorgung durch ambulante Pflegedienste sei bereits sichergestellt (Klie/Krahmer/Plantholz, Kommentar zum Sozialgesetzbuch XI, 4. A. 2013, Rn 7 zu § 77). Diese Voraussetzungen beschränken sich nach § 77 Absatz 1 Satz 2 SGB XI darauf, dass die Pflegekasse mit der Pflegekraft einen Vertrag schließt, der die zu erbringenden Leistungen nach Inhalt, Umfang und Qualität, die Vergütung der erbrachten Leistungen sowie die Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung regelt. Die Pflegekraft muss dabei grund-

sätzlich keine besonderen Qualifikationen erfüllen, vielmehr ist auf den Einzelfall abzustellen. Allerdings müssen geeignete Maßnahmen der Qualitätssicherung vereinbart werden. Nach § 77 Absatz 2 2. Halbsatz SGB XI findet insofern § 112 SGB XI Anwendung. Die Qualität der Pflege ist nach der Gesetzesbegründung zum PNG (BT-Drs. 17/9369, S. 45) nicht nur zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zu prüfen, sondern auch auf Dauer zu gewährleisten, insbesondere auch im Vertretungs- bzw. Verhinderungsfall. Sie muss dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechen. Beispielhaft benennt die Gesetzesbegründung die Anwendung der Expertenstandards und geeignete Maßnahmen der Qualitätssicherung, einschließlich der Pflegedokumentation durch die Einzelpflegekraft (a. a. O.).

Zu beachten ist, dass gemäß § 77 Absatz 1 Satz 4 SGB XI die Pflegekräfte mit den Pflegebedürftigen selbst kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Dies bedeutet, dass sogenannte Arbeitgeber- oder Assistenzmodelle nicht im Rahmen des § 77 Absatz 1 SGB XI durchgeführt werden dürfen. Dadurch wird vermieden, dass den entsprechenden Pflegebedürftigen faktisch die deutlich höheren Pflegesachleistungen nach § 36 Absatz 3 SGB XI zur Verfügung stehen, im Gegensatz zu dem Pflegegeld nach § 37 Absatz 1 Satz 3 SGB XI.

Die Pflegekassen sollten bei dem Abschluss von Einzelverträgen diese Aspekte beachten und auch die Pflegebedürftigen zu dieser Möglichkeit in entsprechenden Fällen individuell beraten.

Pauschale Zusatzzahlung nach § 18 Abs. 3b SGB XI

Nach § 18 Absatz 3b Satz 1 SGB XI sind die Pflegekassen verpflichtet, Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung 70 Euro für jede begonnene Woche zu leisten, wenn sie nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags einen schriftlichen Bescheid erteilen. Dies gilt unter anderem auch bei Nichteinhaltung der verkürzten Begutachtungsfrist von einer Woche nach § 18 Absatz 3 Satz 3 SGB XI, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und entweder Hinweise vorliegen, dass eine Begutachtung zur Sicherstellung der Weiterversorgung und Betreuung notwendig ist (§ 18 Absatz 3 Satz 3 Nummer 1 SGB XI) oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde (§ 18 Absatz 3 Satz 3 Nummer 2 SGB XI) oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) vereinbart wurde (§ 18 Absatz 3 Satz 3 Nummer 3 SGB XI).



Die Pflegekassen haben zum Teil einen gesonderten Antrag für die Sanktionszahlung des § 18 Absatz 3b SGB XI für erforderlich erachtet und für den Fristbeginn auf den Eingang eines förmlichen Antragsformulars abgestellt. Da es sich nicht um eine Leistung der Pflegeversicherung im Sinne des § 28 SGB XI, sondern eine gesetzlich geregelte Sanktionszahlung handelt, ist für diese Zahlung jedoch kein Antrag erforderlich. Für den Fristbeginn der 25-Arbeitstage-Frist bzw. der verkürzten Begutachtungsfrist ist maßgeblich, wann der formlose Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung nach § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB XI der Pflegekasse vorliegt. D.h. es reicht eine Willensäußerung gegenüber der Pflegekasse, aus der hervorgeht, dass Pflegeleistungen begehrt werden.

In § 18 Absatz 3b Satz 2 SGB XI ist geregelt, dass die Sanktionszahlung nicht zu leisten ist, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat. Dies haben viele Pflegekassen zum Anlass genommen nach Krankenhausaufenthalt und Rehabilitationskuren während der „normalen“ 25-Arbeitstage-Frist die Fristberechnung neu zu beginnen. Nach dem Willen des Gesetzgebers läuft die Frist allerdings nur für den Zeitraum nicht, in dem eine erforderliche Begutachtung in der Häuslichkeit nicht möglich ist, danach wird jedoch die ursprüngliche Frist fortgesetzt. Daher ist es für die Pflegekasse wichtig sicherzustellen, dass sie zügig über die Entlassung aus dem Krankenhaus oder die Rehabilitationseinrichtung informiert wird.

Sofern die Antragsteller zwingend notwendige Angaben nicht machen, hat die Pflegekasse diese Verzögerung im Sinne von § 18 Absatz 3b Satz 2 1. Halbsatz SGB XI nicht zu vertreten. Sie muss allerdings darauf hinwirken, dass sie unverzüglich die notwendigen Angaben erhält. Nur wenn die Antragsteller die entsprechenden Angaben nicht in angemessener Zeit innerhalb der Frist ergänzt oder einer möglichen Auskunftserteilung durch Dritte nicht zustimmt, können die entsprechenden Arbeitstage bis zur Nachholung der Angaben außer Betracht gelassen werden. Dies gilt auch, soweit eine Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit aufgrund fehlender Mitwirkung der Antragsteller (z. B. aufgrund fehlender Angaben oder aufgrund einer Absage der Begutachtung) nicht zum geplanten Termin durchgeführt werden kann. In

diesen Fällen ist die Pflegekasse verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass der Medizinische Dienst unverzüglich einen neuen Termin anbietet. Die fehlende Mitwirkung der Antragsteller ist im Zweifelsfall von der Kasse nachzuweisen.

Vielfach stellten die Pflegekassen auch Fragen nach dem Fristende. Hier ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) bewusst an Stelle der bisherigen Fünf-Wochen-Frist eine 25-Arbeitstage-Frist normiert hat. Dadurch wollte er klarstellen, dass es sich um eine Bearbeitungsfrist handelt. Zugleich wollte er sicherstellen, dass die bisher als Folge regionaler Feiertage unterschiedliche Anzahl von Bearbeitungstagen vereinheitlicht wird (s. Begründung des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 18/6688, S. 133). Maßgebend ist daher für die Pflegekassen das Datum, an dem der entsprechende Bescheid die Pflegekasse „verlässt“ (Postausgang/Absendung). Zu Beweis Zwecken und für Prüfungen ist die Absendung nachvollziehbar zu dokumentieren. Inzwischen hat das Bundesversicherungsamt am 20. März 2017 ein Rundschreiben zu der Thematik veröffentlicht.

Online-Coaching durch die Pflegekassen auf der Grundlage des § 45 SGB XI

Die Pflegekassen haben gemäß § 45 Absatz 1 SGB XI für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen gemäß § 45 Absatz 1 SGB XI unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um das soziale Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Beratung 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 Absatz 2 SGB XI entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

Die Pflegekassen setzen diesen gesetzlichen Auftrag vermehrt über sogenannte „Online-Coaching-Programme“ um. Die Ausgestaltung dieser Programme erfolgt dabei ganz unterschiedlich. Einige Kurse setzen den Schwerpunkt auf der psychologischen Unterstützung zur Beratung und Prävention der seelischen Belastungen des Pflegealltags, indem sie ein psychologisches Berater-Team zur Seelsorge einsetzen. Andere Programme bieten anhand von Videos eine anschauliche Hilfestellung für die Anwendung von Pflegehilfsmitteln oder die praktische Kenntnisvermittlung von Pflegetätigkeiten, wie bspw. das richtige, rückenschonende Stützen beim Waschen, Anziehen und Umbetten. Neben solchen praktischen Pflegetipps sehen einige Anbieter auch eine rechtliche Beratung vor. Informationen erfolgen hier z. B. zu dem Leistungsspektrum der Pflegeversicherung und der Antragstellung der begehrten Pflegeleistung.

Diese Online-Kursangebote nutzen die Möglichkeiten der zunehmenden Digitalisierung und bieten eine schnelle und jederzeit verfügbare Hilfestellung in der Pflege. Diese neue Art der Angebote kommt im besonderen Maß der gesetzgeberischen Intention nach, neue ehrenamtliche Pflegepersonen und Berufsinteressenten (BT-Drs. 15/5262, S. 116) „anzuworben“. Gerade über Webauftritte im Internet wird auch die jüngere Generation angesprochen. Diese wird dringend benötigt, um dem demografisch bedingten wachsenden Pflegebedarf gerecht zu werden. Dennoch bringt die Digitalisierung der Pflegekurse auch neue Herausforderungen mit sich. Fraglich ist z. B., welcher Maßstab an die Ausgestaltung der Kurse gestellt wird. Der Gesetzgeber hatte bei der Erteilung des Auftrags, Pflegekurse einzurichten, keine Digitalisierung, sondern einen klassischen Schulungskurs vor Augen. Dieser sollte z.B. im Rahmen eines mehrtägigen Pflegeseminars neben der Vermittlung praktischer Pflorgetechniken gerade den direkten Austausch der Kursteilnehmer mit fachlich und pädagogisch ausgebildeten Kursleitern für individuelle Fragestellungen ermöglichen (BT-Drs. 15/5262, S. 116). Ein Online-Pflegekurs, der standardisierte Videos zu Pflorgetechniken zeigt, kann spezielle Fragen des Einzelfalls (bisher) nicht beantworten. Auch ein korrigierendes, individuelles Eingreifen beim Erlernen der Pflorgetech-

niken ist noch nicht möglich, ebenso wenig wie der vom Gesetzgeber gewünschte aktive Austausch mit anderen Pflegepersonen. Schulungsbedarf besteht in allen Altersgruppen. Der Zugang zu Kursangeboten der Pflege muss daher weiterhin auch den Personen ermöglicht werden, die über keine technischen Kenntnisse oder Anrufmöglichkeiten verfügen. Eine Aufgabe wird es somit sein, im Prozess der Digitalisierung die individuelle Beratung und den breiten Zugang zu Informationen für alle Generationen nicht aus den Augen zu verlieren. Hieran geknüpft ist die Einhaltung, der gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit, bei Bedarf Hausbesuche durchzuführen. Für die Pflegeversicherung besteht somit die spannende Aufgabe, die Vorteile der Digitalisierung zur Verbesserung der Pflegequalität zu nutzen und gleichzeitig den gesetzlichen Vorgaben umfassend gerecht zu werden.

2.2 Feststellungen des Prüfdienstes

Automatisiertes Genehmigungsverfahren

Kranken- und Pflegekassen greifen zunehmend auf Webplattformen zurück, welche die unmittelbare elektronische Abwicklung und Steuerung von Hilfsmittelversorgungen erleichtern sollen. Verfahrenstechnisch stellen die Leistungserbringer über die Plattform elektronische Kostenvoranschläge an die Krankenkasse, diese prüft grundsätzlich den Vorgang und genehmigt wiederum auf elektronischem Weg. Zur weiteren Optimierung des Versorgungsprozesses besteht die Möglichkeit, über eine in der Anwendung integrierte Versichertenprüfung das Genehmigungsverfahren vollelektronisch zu automatisieren, d.h. die Plattform erteilt bei einer fehlerlosen Versichertenprüfung den Leistungserbringern die allein auf elektronischem Weg durchgeführte Bewilligung.

Eine Pflegekasse legte unter Zugrundelegung der Hilfsmittelpositionsnummern betragsabhängige Grenzen fest und fixierte unter anderem den Betrag für Pflegebetten in Höhe der Versorgungspauschale. Eine vom Prüfdienst durchgeführte Überprüfung der Pflegehilfsmittel hat ergeben, dass Versicherte bei

zahlreichen Versorgungen nicht zum Personenkreis der Pflegebedürftigen zählten. Als Ursache für die fehlerhafte Zuordnung hat der Prüfdienst ermittelt, dass nach Eingang des elektronischen Kostenvorschlages die Software zwar eine Versichertenidentitätsprüfung durchführt, jedoch keine Überprüfung der von den Leistungserbringern erfassten Angaben im Feld „Versicherungsart“ (hier: entweder Kranken- oder Pflegeversicherung) stattfindet. In den aufgezeigten Fällen bestimmten die Leistungserbringer zu Unrecht, dass die Pflegeversicherung zuständig ist. Die Pflegekasse wurde aufgefordert, den Geschäftsprozess der automatisierten Genehmigung zu überprüfen und die Umbuchung der zu Unrecht von der Pflegeversicherung getragenen Hilfsmittelkosten zu veranlassen.

Pflegesachleistungen bei 24-Stunden-Intensivpflege

Die Verteilung der Eintrittspflicht zwischen Krankenkasse und Pflegekasse bei 24-Stunden-Pflege orientiert sich – bei Vorliegen der Ausgangssituation – nach der BSG-Rechtsprechung vom 17.06.2010 (Az.: B 3 KR 7/09 R). Danach ist die von der Pflegekasse geschuldete „reine“ Grundpflege zeitlich zu erfassen und zur Hälfte vom Anspruch auf die ärztlich verordnete, rund um die Uhr erforderliche Behandlungspflege abzuziehen, weil während der Durchführung der Grundpflege weiterhin Behandlungspflege – auch als Krankenbeobachtung – stattfindet und beide Leistungsbereiche gleichrangig nebeneinander stehen. Die Pflegekasse hat die Kosten der Hälfte des Zeitaufwands der „reinen“ Grundpflege zu tragen, jedoch begrenzt auf den Höchstbetrag für die Sachleistungen der dem Versicherten zuerkannten Pflegestufe. Wiederholt stellte der PDK fest, dass die Pflegekassen den Anteil für verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen nicht von der Grundpflege abziehen („reine“ Grundpflege). Dadurch mindern sie den von der Krankenkasse für die häusliche Krankenpflege zu leistenden Vergütungsanspruch zum Nachteil der Pflegekasse.

Der PDK empfahl den Pflegekassen, in jedem Einzelfall den Anteil für verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen von der Grundpflege abziehen.

Abrechnungen ambulanter Pflegeleistungen und Häuslicher Krankenpflege

Berichte in den Medien über fehlerhafte Abrechnungen bis hin zu Abrechnungsbetrug im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegesachleistungen und Häuslicher Krankenpflege waren Anlass für die Prüfdienste des Bundes und der Länder sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten verstärkt mit dieser Thematik zu befassen. Die Prüfdienste haben sich als ersten Schritt auf eine bundesweit einheitliche Abfrage verständigt. Die Träger wurden um Beantwortung eines Fragenkatalogs zum Abrechnungsverfahren gebeten. Die Antworten werden zurzeit ausgewertet und auf mögliche Prüfansätze hin untersucht. Noch für das Jahr 2017 ist als zweiter Schritt der Start einer gemeinsamen Schwerpunkt-Prüfung der Prüfdienste des Bundes und der Länder geplant. Ziel der Prüfung soll nicht nur die Aufdeckung fehlerhafter Abrechnungen und Betrugereien sein, sondern es sollen insbesondere auch präventive Maßnahmen aufgezeigt werden, die es den Kranken- und Pflegekassen zukünftig besser ermöglichen, fehlerhafte Abrechnungen und Betrugereien frühzeitig zu erkennen. In diesem Zusammenhang dürften die neuen Kontrollmöglichkeiten der Kranken- und Pflegekassen, die mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz zum 1.01.2017 in Kraft getreten sind, eine Hilfe sein.



3. Rentenversicherung

3.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Begleitung von Gesetzgebungsverfahren

Das Bundesversicherungsamt hat gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum Entwurf des Flexirentengesetzes Stellung genommen. Ausdrücklich begrüßt hat es die im Rahmen der Flexibilisierung des Hinzuverdienstrechts vorgesehene Ersetzung der monatsbezogenen Hinzuverdienstgrenze durch eine auf das Kalenderjahr bezogene Hinzuverdienstgrenze sowie die Abkehr vom sog. „Fallbeilprinzip“, nach dem schon ein geringes Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze zu erheblichen Rentenüberzahlungen führen konnte. Sowohl das bei der Prüfung der monatsbezogenen Hinzuverdienstgrenze zu beachtende Vormonatsprinzip als auch das „Fallbeilprinzip“

waren für die Rentenbezieher kaum nachvollziehbar und führten beim Bundesversicherungsamt zu zahlreichen Eingaben von Betroffenen.

Hinsichtlich der in § 34 Abs. 3c und 3d SGB VI vorgesehenen Verfahrensweise bei der jährlich vorzunehmenden Neubestimmung des voraussichtlichen kalenderjährlichen Hinzuverdienstes sowie bei der rückwirkenden Korrektur des bisher berücksichtigten Hinzuverdienstes für das vorangegangene Kalenderjahr hat das Bundesversicherungsamt aber darauf hingewiesen, dass diese Regelungen zu einem erheblichen Mehraufwand bei der Sachbearbeitung der Rentenversicherungsträger führen werden. Zudem hat es zu bedenken gegeben, dass sowohl die jährlichen Überprüfungen als auch die jährlichen Neuberechnungsbescheide bei den wenigsten Rentenbeziehern auf Verständnis stoßen dürften.

Das Bundesversicherungsamt hat zudem dargelegt, dass sich insbesondere bei den vorzeitig in Anspruch genommenen Altersrenten (zum Teil aber auch bei den Erwerbsminderungsrenten) geänderte Zugangsfaktoren ergeben können, was wiederum Probleme im Rahmen der zu erteilenden Renteninformationen und Rentenauskünfte sowohl bei Alters- als auch bei Erwerbsminderungsrentnern mit sich bringen dürfte. Da die auch von der Rentenversicherung geäußerten Bedenken zum neuen Hinzuverdienstrecht im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens nicht berücksichtigt wurden, bleibt abzuwarten, ob sich aufgrund der zum 1. Juli 2017 in Kraft tretenden neuen Hinzuverdienstregelungen viele Rentner an das Bundesversicherungsamt wenden werden.

Neben dem Flexirentengesetz hat sich das Bundesversicherungsamt insbesondere mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (6. SGB IV-ÄndG) befasst. Besonders begrüßt hat das Bundesversicherungsamt, dass mit § 108 Abs. 2 SGB VI die von ihm wiederholt angeregte gesetzliche Grundlage für die Rückforderung überzahlter Beitragszuschüsse an Rentenbezieher nach § 106 SGB VI für die Fälle geschaffen wurde, in denen eine Krankenkasse rückwirkend das Vorliegen von Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung feststellt und rückwirkend das bislang als freiwillige Versicherung durchgeführte Versicherungsverhältnis in ein Pflichtversicherungsverhältnis umstellt. Zu dieser Problematik hatten das Bundesversicherungsamt immer wieder Eingaben erreicht. Darüber hinaus hat das 6. SGB IV-ÄndG die im Tätigkeitsbericht 2015 beschriebenen erforderlichen Änderungen des § 137b SGB VI für die Satzungsneuregelungen der Seemannskasse enthalten, so dass diese inzwischen genehmigt werden konnten.

Sog. Mütterrente – Kindererziehung im Ausland

Auch im Berichtsjahr wandten sich viele Mütter an das Bundesversicherungsamt, weil der zuständige Rentenversicherungsträger ihnen aufgrund der im Ausland erfolgten Kindererziehung keine Kindererziehungszeiten bzw. keinen Zuschlag an persönlichen Entgelt-

punkten (sog. Mütterrente) bewilligt hat. Überwiegend waren es Frauen, die ihre Ehemänner während deren Auslandspromotion oder ihrer durch den Deutschen Akademischen Austauschdienst vermittelten Lehrtätigkeit an ausländischen Universitäten begleitet und daher ihre Kinder im Ausland erzogen haben. Das zum 1. Juli 2014 in Kraft getretene RV-Leistungsverbesserungsgesetz vom 23. Juni 2014 regelt unter anderem, dass sich bei einem Rentenbeginn ab dem 1. Juli 2014 die Kindererziehungszeiten für vor 1992 geborene Kinder um zwölf Kalendermonate verlängern. Damit können Mütter, die ihre vor dem 1. Januar 1992 geborenen Kinder erzogen haben, nunmehr 24 Kalendermonate Kindererziehungszeit erhalten. Demgegenüber erhalten Versicherte, die bereits am 30. Juni 2014 einen Anspruch auf eine Rente hatten, einen Zuschlag an persönlichen Entgeltpunkten für Kindererziehung nach § 307d SGB VI, wenn für den 12. Kalendermonat nach Ablauf des Monats der Geburt eines vor dem 1. Januar 1992 geborenen Kindes bereits eine Kindererziehungszeit angerechnet wurde. Der Zuschlag entspricht dabei weiteren zwölf Monaten an Kindererziehungszeit. Ob aber Kindererziehungszeiten anerkannt werden können, beurteilt sich nach den §§ 56 und 249 SGB VI.

Zeiten der Kindererziehung werden regelmäßig in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung als Pflichtbeiträge nur anerkannt und entschädigt, wenn die Erziehung in Deutschland stattfindet. Denn die Erziehungszeiten sollen dafür entschädigen, dass der Erziehende sich der Erziehung seines Kindes gewidmet hat und aus diesem Grund keiner versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit in Deutschland nachgegangen ist. Das Gesetz bezieht eine Erziehung im Ausland nur unter bestimmten Voraussetzungen ein und stellt diese der in Deutschland erfolgten gleich. Hierfür ist erforderlich, dass die erziehende Person oder der sie begleitende Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner auch während der Auslandserziehung eine enge Beziehung zur deutschen Arbeits- und Erwerbswelt hat. Diese enge Beziehung liegt insbesondere vor, wenn unmittelbar vor der Geburt oder während der Erziehung Pflichtbeiträge zur deutschen Rentenversicherung wegen einer Beschäftigung im Ausland (z.B. bei einer Entsendung ins Ausland durch

einen deutschen Arbeitgeber) gezahlt wurden. Gleiches gilt, wenn vom Ehegatten oder Lebenspartner für die Auslandsbeschäftigung nur deshalb keine deutschen Pflichtbeiträge gezahlt wurden, weil er versicherungsfrei (z.B. als Beamter) oder von der deutschen Versicherungspflicht befreit war.

Diese Voraussetzungen gelten auch, wenn Kinder aufgrund einer wissenschaftlichen Tätigkeit eines Elternteils im Ausland erzogen werden. Ausnahmeregelungen sieht das deutsche Rentenrecht insoweit nicht vor. In den vom Bundesversicherungsamt geprüften Fällen waren die Voraussetzungen für eine gleichgestellte Auslandserziehung nicht erfüllt, so dass die Kindererziehungszeit sowie die Mütterrente vom Rentenversicherungsträger zu Recht abgelehnt wurden.

Altersrente für besonders langjährig Versicherte

Die Altersrente für besonders langjährig Versicherte nach § 236b SGB VI, die sog. „Rente mit 63“, setzt unter anderem voraus, dass die Wartezeit von 45 Jahren erfüllt ist. In mehreren Fällen trugen Beschwerdeführer dem Bundesversicherungsamt vor, sie hätten sich vor Jahren für die Zahlung freiwilliger Beiträge oder eine Antragspflichtversicherung entschieden, wenn der Rentenversicherungsträger sie dahingehend beraten hätte, dass sie mit diesen zusätzlichen Beiträgen die Wartezeit hätten erfüllen können. Sie verlangten, im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs die Beitragszahlung nachholen zu können bzw. sie so zu stellen, als hätten sie die Beiträge gezahlt.

Einen Beratungsmangel konnte das Bundesversicherungsamt allerdings in keinem der Fälle feststellen. Es bestand entweder überhaupt kein Anlass für eine Beratung oder die Zahlung der freiwilligen Beiträge bzw. die Antragspflichtversicherung war zum Zeitpunkt der Beratung keine naheliegende Option. Darüber hinaus beanstandeten die Beschwerdeführer hinsichtlich der Voraussetzungen der „Rente mit 63“ zu einem Zeitpunkt nicht zutreffend beraten worden zu sein, zu dem diese Regelung noch in keiner Weise abzusehen war.

Altersrente für langjährig Versicherte

Einer im März 1944 geborenen Petentin wurde von einem der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Rentenversicherungsträger ihrem Antrag entsprechend ab dem 1. September 2012 eine Altersrente für langjährig Versicherte bewilligt. Im Nachgang vertrat die Petentin jedoch die Auffassung, dass ihr bereits nach Vollendung ihres 65. Lebensjahres im März 2009 zum 1. April 2009 eine Regelaltersrente zustehe. Zwar konnte diesem Anliegen aus rechtlichen Gründen nicht entsprochen werden. Im Rahmen der Bearbeitung stellte das Bundesversicherungsamt allerdings fest, dass bei der Rentenberechnung gemäß § 77 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2b SGB VI ein höherer Zugangsfaktor hätte berücksichtigt werden müssen, weil die Petentin die Altersrente erst nach Erreichung der Regelaltersgrenze in Anspruch genommen hat.

Nach dem Hinweis des Bundesversicherungsamtes berechnete der Rentenversicherungsträger die Altersrente unter Beachtung der o.g. Vorschrift neu, was für die Petentin zu einer Erhöhung des monatlichen Rentenzahlungsbetrages, einem Nachzahlungsbetrag in Höhe von 10.767,38 Euro sowie einer Zinszahlung von 190,83 Euro führte.

Rentenbeginn

Einer Petentin, die sich hinsichtlich des Verfahrens und der Entscheidungen ihres Rentenversicherungsträgers über Anträge auf Leistungen zur Teilhabe und auf Erwerbsminderungsrente an das Bundesversicherungsamt gewandt hatte, konnte nach medizinischer Feststellung schließlich eine Rente wegen voller Erwerbsminderung gewährt werden. Maßgebend für den Rentenbeginn war nach § 116 Abs. 2 SGB VI die Antragstellung der Leistung zur Teilhabe. Weil in dem Rehabilitationsverfahren mehrere Antrags- und Erledigungsdaten gespeichert wurden, ist der Rentenversicherungsträger bei seiner Entscheidung zunächst jedoch von einem falschen Antragsdatum ausgegangen. Nach Klärung mit allen zuständigen Bereichen und entsprechender medizinischer Würdigung konnte das Bundesversicherungsamt erreichen,

dass rückwirkend für weitere 34 Monate eine Rente wegen Erwerbsminderung bewilligt und nach Abrechnung aller Erstattungsansprüche eine Nachzahlung von knapp 22.000 Euro ausgezahlt wurde.

Versicherungsrechtliche Anspruchsvoraussetzungen

Bei einem Petenten wurde eine teilweise und später eine volle Erwerbsminderung auf Dauer festgestellt. Weil die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bzw. Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 i.V.m. Abs. 4 SGB VI nicht erfüllt waren, da in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung nicht mindestens für drei Jahre Pflichtbeiträge entrichtet wurden, hat der Rentenversicherungsträger die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente zunächst abgelehnt. Bei seiner Entscheidung hat der Rentenversicherungsträger jedoch eine Sonderregelung übersehen, wonach ein bis zu dreimonatiger Überbrückungstatbestand zwischen zwei Zeiträumen mit zu berücksichtigen ist, wenn die Zeit zwar keine Anrechnungszeit, jedoch eine Anrechnungszeittatsache wegen Arbeitslosigkeit im Sinne des § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI ist. Hierdurch waren die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, sodass im Ergebnis eine Erwerbsminderungsrente in Höhe von monatlich knapp 900 Euro zu bewilligen war. Weil zudem noch ein früherer Leistungsfall für die teilweise Erwerbsminderung festgestellt wurde, konnte nach Anrechnung aller Hinzuverdienste und Erstattungsansprüche eine Nachzahlung inklusive Zinsen von über 27.000 Euro ausgezahlt werden.

Bearbeitung von Widersprüchen im Bereich Rehabilitation

Legen Versicherte gegen ablehnende Entscheidungen der Deutschen Rentenversicherung Bund im Bereich Rehabilitation Widersprüche ein, fordert der Rentenversicherungsträger seine Versicherten zunächst auf, diese zu begründen. Hierfür setzt die Deutsche Rentenversicherung Bund den Versicherten Fristen. Erfolgt innerhalb der gesetzten Fristen keine Begründung durch die Versicherten, weshalb sie mit der ablehnenden Entscheidung nicht einverstanden sind,

wird in der Regel nochmals an die Einreichung der Widerspruchsbegründung erinnert.

Im Rahmen der Bearbeitung von Eingaben und Petitionen ist dem Bundesversicherungsamt eine missverständliche Formulierung in der Geschäftsanweisung Rehabilitation aufgefallen, nach welcher die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund die Vorgänge bearbeiten. In dieser war ausgeführt, dass nach Ablauf der gesetzten Frist zur Widerspruchsbegründung der Widerspruch zurückgewiesen werden muss, sollte eine Widerspruchsbegründung innerhalb der gesetzten Frist unterbleiben. Diese Verfahrensweise war aufsichtsrechtlich zu beanstanden, weil die Sozialversicherungsträger im Widerspruchsverfahren stets zu prüfen haben, ob die durch den Widerspruch beanstandete Entscheidung der Sach- und Rechtslage entspricht. Eine fehlende Widerspruchsbegründung berechtigt indes nicht, einen Widerspruch zurückzuweisen, ohne die ursprüngliche Entscheidung vorher zu überprüfen.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat die Anregung des Bundesversicherungsamtes aufgegriffen und ihre Geschäftsanweisung Rehabilitation entsprechend geändert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden nunmehr angewiesen, in diesen Fällen die Entscheidung nach Aktenlage zu überprüfen.

Erhebung von Widersprüchen per einfacher E-Mail

Im Rahmen einer Aufsichtsprüfung nach §§ 87 ff. SGB IV stellte das Bundesversicherungsamt fest, dass die Rentenversicherungsträger unterschiedlich mit per einfacher E-Mail erhobenen Widersprüchen umgehen. Während ein Rentenversicherungsträger den vom Versicherten per E-Mail eingelegten Widerspruch nicht anerkannte, vertrat ein anderer Rentenversicherungsträger die Auffassung, dass Versicherte auch per unsignierter E-Mail Widerspruch erheben können, wenn bestimmte Bedingungen vorliegen. Das Bundesversicherungsamt hat mit dem Grundsatz- und Querschnittsbereich der Deutschen Rentenversicherung Bund erörtert, ob die per einfacher E-Mail erhobenen Widersprüche dem Schriftformerfordernis des § 84 Abs. 1 SGG entsprechen. Ergebnis war, dass

ein Widerspruch „schriftlich“ per E-Mail nur mit qualifizierter elektronischer Signatur bzw. per De-Mail erhoben werden kann. Die Gemeinsamen Rechtlichen Anweisungen aller Rentenversicherungsträger wurden daraufhin dementsprechend gefasst.

Erhebung von Verzugszinsen im Rahmen der Regressbearbeitung

Das Bundesversicherungsamt hat sich im Berichtsjahr intensiv mit der Regressbearbeitung in Rehabilitationsfällen sowie allgemeinen Verfahrensabläufen bei der Deutschen Rentenversicherung Bund im Hinblick auf die Erhebung von Verzugszinsen im Rahmen der nach § 116 SGB X übergegangenen Leistungsansprüche befasst.

Das Bundesversicherungsamt wies darauf hin, dass der Regressanspruch bereits zum Zeitpunkt des Schadensereignisses auf den Sozialversicherungsträger übergeht und dass hinsichtlich der Fälligkeit eines nach übergeleitetem Recht geltend zu machenden Regressanspruchs nicht darauf abgestellt werden kann, ob der Regressanspruch streitig oder unstreitig ist. Es obliegt dem Sozialversicherungsträger, die Voraussetzungen sachlicher und personeller Art zu schaffen, damit eine sachgerechte Bearbeitung und zeitnahe Verfolgung der nach § 116 SGB X übergeleiteten Regressansprüche sichergestellt ist. Hierzu gehört auch ein konsequentes Inverzugsetzen hinsichtlich ausstehender Regressforderungen. Unterbleibt dieses, kommt eine Verletzung der Regelungen des § 76 SGB IV in Betracht. Nach § 76 Abs. 1 SGB IV sind die Versicherungsträger dazu verpflichtet, die ihnen zustehenden Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben. Das Bundesversicherungsamt machte deutlich, dass hierzu auch die Geltendmachung von Verzugszinsen gehört, die im Wege des Regresses anfallen, wenn der Ersatzpflichtige die nach § 116 SGB X übergegangene Forderung nicht fristgerecht begleicht. Nach Abschluss der Erörterungen wurde Einvernehmen darüber erzielt, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund künftig auch in streitigen Regressfällen grundsätzlich Verzugszinsen erhebt. Zusätzlich wurden Festlegungen zur grundsätzlichen Verfahrensweise bei der Erhebung von Verzugszinsen im Rahmen der

nach § 116 SGB X übergeleiteten Ansprüche getroffen. Der Rentenversicherungsträger hat zugesagt, seine Arbeitsanweisungen entsprechend zu überarbeiten.

Statistik des Betriebsprüfendienstes

Nach § 28p Abs. 1 Satz 1 SGB IV prüfen die Rentenversicherungsträger mindestens alle vier Jahre bei den Arbeitgebern, ob diese ihre Meldepflichten und ihre sonstigen Pflichten nach dem SGB IV, die im Zusammenhang mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag entstehen, ordnungsgemäß erfüllen. Sie prüfen insbesondere die Richtigkeit der Beitragszahlungen und der Meldungen.

Nach § 28p Abs. 7 Satz 1 SGB IV sind die Rentenversicherungsträger verpflichtet, die Ergebnisse ihrer Prüfungen statistisch zu erfassen und diese bis zum 31. März eines jeden Jahres für das abgelaufene Kalenderjahr der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Mitteilung umfasst insbesondere die Anzahl der zu prüfenden Betriebe, die durchgeführten Prüfungen, die Beitragsnachforderung und die Beitragsgutschriften. Die Prüfübersicht soll für die Aufsichtsbehörden nachvollziehbar die vollständige Überprüfung aller Arbeitgeber innerhalb von vier Jahren dokumentieren. Den Aufsichtsbehörden soll eine Kontrolle ermöglicht werden, ob die Rentenversicherungsträger ihrem gesetzlichen Prüfauftrag aus § 28p SGB IV vollumfänglich nachkommen.

Die Prüfübersicht wurde in 2016 um die Anzahl der manuell stillgelegten Betriebe ergänzt.

Renteneinstellung aufgrund nicht rechtzeitig vorliegender Lebensbescheinigung

Das Bundesversicherungsamt erreichen immer wieder Eingaben von im Ausland lebenden Rentnern, die sich darüber beschwerten, dass ihre Rente nicht mehr ausgezahlt wird.

Zu einer vorübergehenden Einstellung der Rentenzahlung kann es kommen, wenn im Ausland lebende Bezieher deutscher Renten die angeforderte Erklärung zum Weiterbezug einer Rente (sog. Lebensbescheinigung) nicht oder verspätet übersenden.



Während die Rentenversicherungsträger über die Meldebehörden Kenntnis vom Tod eines in Deutschland lebenden Rentners erhalten, erfahren sie von einem Sterbefall im Ausland nur, wenn ein ausländischer Versicherungsträger oder ein Dritter diesen meldet. Aus diesem Grund fordert der Renten Service der Deutschen Post AG, der für die Rentenversicherungsträger die Renten auszahlt und auch die weitere Rentenberechtigung überwacht, von den im Ausland lebenden Beziehern einer deutschen Rente einmal jährlich eine Lebensbescheinigung an. Diese Bescheinigung muss vom Berechtigten eigenhändig unterschrieben und von einer amtlichen Stelle des Wohnortes, bei der der Rentner persönlich vorzusprechen hat, bestätigt werden. Der Rentner ist auch im Rahmen seiner Mitwirkungspflichten gehalten, die vervollständigte Bescheinigung bis Mitte August des Jahres zurück zu senden. Liegt die Erklärung dann nicht vor, wird im September an die Einsendung erinnert und auf eine mögliche Zahlungseinstellung zu November hingewiesen, wenn die Lebensbescheinigung nicht im Oktober vorliegt. Von dem doch für alle Beteiligten umständlichen Verfahren der jährlichen Lebensbescheinigung kann dann abgesehen werden, wenn mit dem ausländischen Staat, in dem der Rentner lebt, ein sog. maschineller Sterbedatenabgleich mit den ausländischen Versicherungsträgern vereinbart ist. Dann nämlich meldet der ausländische Versicherungsträger die ihm gemeldeten Sterbefälle, so dass die Rentenversicherungsträger frühzeitig Kenntnis vom Tod eines Rentenbeziehers

erhalten. Durch die Einstellung von ggf. nicht mehr zustehenden Renten sollen Überzahlungen der Rentenversicherungsträger und damit letztlich der Versichertengemeinschaft reduziert bzw. verhindert werden.

Rentenbezieher im Ausland sind gut beraten, wenn sie für eine fristgerechte Einreichung der vervollständigten Lebensbescheinigung etwaige längere Postlaufzeiten berücksichtigen sowie die Erklärung direkt dem Renten Service der Deutschen Post AG und nicht über den Umweg über den Rentenversicherungsträger übersenden. Ebenso sollten Rentenbezieher Umzüge ins Ausland und Adressänderungen dem Renten Service der Deutschen Post AG frühzeitig bekannt geben. Nur hierdurch lässt sich erreichen, dass Schreiben des Renten Service bzw. der Rentenversicherungsträger auch zugestellt werden können und keine Renteneinstellungen wegen unzustellbarer Post erfolgen.

Internationale Kontakte/Konferenzen

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr die Gespräche zwischen den deutschen und den italienischen, niederländischen sowie den kroatischen Rentenversicherungsträgern begleitet. Bei der deutsch-italienischen, der deutsch-niederländischen und der deutsch-kroatischen Verbindungsstellenbesprechung ging es vor allem um materiell-rechtliche

Fragen zum jeweiligen nationalen Recht sowie zu den seit 1. Mai 2010 bzw. im Verhältnis zu Kroatien seit 1. Juli 2013 anwendbaren Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009. Ebenso wurden bei den Gesprächen der Verbindungsstellen die Auswirkungen der verschiedenen Organisationsreformen und nationalen Rechtsänderungen diskutiert sowie Verfahrensfragen abgestimmt, um im Interesse der Versicherten die langwierigen Verwaltungsverfahren insgesamt zu beschleunigen.

Verbindliche Entscheidungen nach § 138 SGB VI

Verbindliche Entscheidungen nach § 138 SGB VI
Im Jahr 2016 hat das Bundesversicherungsamt drei von der Deutschen Rentenversicherung Bund in ihrer Funktion als Grundsatz- und Querschnittsträger nach § 138 SGB VI getroffene verbindliche Entscheidungen geprüft. Zu einer dieser verbindlichen Entscheidungen, die zur Klärung einer grundsätzlichen Fach- und Rechtsfrage zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung aller Rentenversicherungsträger aus dem Bereich Rente getroffen wurde, hat das Bundesversicherungsamt Erörterungen mit der Deutschen Rentenversicherung Bund geführt.

Erörtert wurde, ob die Teilnahme eines Versicherten am Berufsgrundschul-/Berufsgrundbildungsjahr (BGJ) den Anrechnungszeitatbestand des Fachschulbesuches erfüllt.

Ausgleichsvereinigungen nach dem KSVG

Zur Zahlung von Künstlersozialgabe verpflichtete Unternehmen können nach § 32 KSVG Ausgleichsvereinigungen bilden, 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. Das Bundesversicherungsamt hat die entsprechenden Verträge zwischen den Unternehmen, die eine Ausgleichsvereinigung bilden wollen, und der Künstlersozialkasse zu prüfen und ihnen zuzustimmen.

Aus der Änderung des § 32 KSVG zum 1. Januar 2015 durch das Künstlersozialabgabestabilisierungsgesetz und der zwischen der Künstlersozialkasse und dem Bundesversicherungsamt abgestimmten grundsätzlichen Möglichkeit, als maßgebende abweichende Berechnungsgröße auch individuelle Prozentsätze für die einzelnen Mitglieder einer Ausgleichsvereinigung zuzulassen, haben sich eine Reihe von grundsätzlichen Fragestellungen ergeben. Diese hat das Bundesversicherungsamt im vergangenen Jahr intensiv mit der Künstlersozialkasse diskutiert.

Gemeinsam wurden die bisherigen Musterverträge für die Bildung und Fortführung von Ausgleichsvereinigungen mit Gruppenprozentsätzen und individuellen Prozentsätzen überprüft und Formulierungen für Neufassungen abgestimmt. Besonderen Wert wurde dabei auf die Regelungen zu der gesetzlich vorgeschriebenen regelmäßigen Überprüfung der abweichenden Berechnungsgrößen und die sich anschließende Anpassung der Verträge gelegt.

Des Weiteren hat das Bundesversicherungsamt ein Konzept zur Erhöhung der Verwaltungskostenerstattung erarbeitet, welches die in den letzten Jahren gestiegenen Personalkosten berücksichtigt. Die Künstlersozialkasse hat die entsprechenden Änderungen bereits umgesetzt.

Parallel zu der Überarbeitung der Musterverträge hat das Bundesversicherungsamt im Jahr 2016 einer Vereinbarung über die Bildung einer neuen Ausgleichsvereinigung und vier Vereinbarungen, mit denen bereits bestehende Ausgleichsvereinigungen fortgeführt werden, genehmigt. Zudem hat es drei Zusatzvereinbarungen und drei Verträge über die Erstattung von Verwaltungskosten zugestimmt.

3.2 Prüfung

Prüfverfahren Beitragserstattung nach § 210 SGB VI

Die Prüfverfahren zum Thema „Beitragserstattung nach § 210 SGB VI“ konnte das Bundesversicherungsamt bei zwei seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträgern zwischenzeitlich abschließen.

Die Beitragserstattung ist eine einmalige Geldleistung der Rentenversicherungsträger, bei der das bisherige Versicherungsverhältnis aufgelöst und Ansprüche aus den bis zur Erstattung zurückgelegten Zeiten nicht mehr bestehen (§ 210 Abs. 6 SGB VI).

Das Bundesversicherungsamt bat beispielsweise einen Rentenversicherungsträger, zur besseren Nachvollziehbarkeit der Berechnung des Zinsanspruches neben den allgemeinen Ausführungen zur Verzinsung zusätzliche Angaben und die Darstellung der Berechnung als Kurzformel im Bescheid aufzuführen. Darüber hinaus wies das Bundesversicherungsamt darauf hin, dass die Entscheidung über die Verzinsung in Form eines Verwaltungsaktes zu treffen ist. Der Rentenversicherungsträger folgte schließlich im Ergebnis den Anregungen des Bundesversicherungsamtes.

Nach § 210 Abs. 1a SGB VI werden auf Antrag Beiträge u. a. an Versicherte erstattet, die versicherungsfrei sind, sofern die allgemeine Wartezeit nicht erfüllt ist. Das Vorliegen von Versicherungsfreiheit muss nachgewiesen werden. Das Bundesversicherungsamt hatte gebeten, zur aktuellen Ermittlung der Versicherungsfreiheit den Einsatz einer zusätzlichen Dienstbescheinigung zu prüfen, mit der der Versorgungsträger die für die Entscheidung des Antrags auf Beitragserstattung erforderlichen Angaben tätigen kann. Der Rentenversicherungsträger hat den Vorschlag des Bundesversicherungsamtes aufgegriffen, so dass ein solcher Vordruck der Sachbearbeitung aller Rentenversicherungsträger künftig zur Verfügung stehen wird. Eine weitere Überarbeitung des maßgeblichen Vordrucks erfolgte – auf Veranlassung des Bundesversicherungsamtes – hinsichtlich der Prüfung des Vorliegens einer bestehenden Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI. Damit ist die Prüfung, ob Versicherte die Beschäftigung, für die sie in der Vergangenheit von der Versicherungspflicht befreit wurden, noch ausüben, sichergestellt.

Erstattung von zu Unrecht entrichteten Beiträgen nach § 26 SGB IV

Die Prüfverfahren zum Thema „Erstattung von zu Unrecht entrichteten Beiträgen nach § 26 SGB IV“ konnten bei zwei Rentenversicherungsträgern abgeschlossen werden.

Nach § 26 Abs. 2 SGB IV sind zu Unrecht entrichtete Beiträge zu erstatten, es sei denn, dass der Leistungsträger bis zur Geltendmachung des Erstattungsanspruchs aufgrund dieser Beiträge oder für den Zeitraum, für den die Beiträge zu Unrecht entrichtet worden sind, Leistungen erbracht oder zu erbringen hat.

Das Bundesversicherungsamt bat einen Rentenversicherungsträger, den für die Beanstandung zu Unrecht gezahlter freiwilliger Beiträge vorgesehenen Vordruck zu modifizieren und eine Änderung der internen Arbeitsanweisung im Hinblick auf das für die Überweisung des Erstattungsbetrages vorgesehene Konto vorzunehmen. Beide Anregungen hat der Rentenversicherungsträger aufgegriffen.

In einem Einzelfall wurde durch das Bundesversicherungsamt festgestellt, dass sich alle benötigten Angaben für das Erstattungsverfahren aus dem Akteninhalt ergeben haben und eine Erstattung zu einem früheren Zeitpunkt hätte erfolgen können. Der Rentenversicherungsträger kam aufgrund dieser Anmerkung zu dem Ergebnis, dass sich ein Anspruch auf Verzinsung in Höhe von 22,75 Euro für den Versicherten ergeben hat.

Der andere der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehende Rentenversicherungsträger hat aufgrund einer grundsätzlichen Anmerkung erklärt, den Bescheid über die Beanstandung von freiwilligen Rentenversicherungsbeiträgen um einen Text zur Korrektur des Zulassungsbescheides zu ergänzen und – um dem Bestimmtheitsgrundsatz des § 33 SGB X gerecht zu werden – entsprechend anzupassen.

Prüfverfahren „Überzahlungen von Renten“ und „Überzahlungen von Überbrückungsgeldern“

Das Bundesversicherungsamt hat aufsichtsrechtliche Prüfungen zu den Themen Überzahlungen von Renten und Überbrückungsgeldern bei den seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträgern durchgeführt. Die Aufsichtsprüfungen erstreckten sich hierbei schwerpunktmäßig auf das Aufhebungsverfahren (insbesondere die Vorschriften §§ 45, 48 SGB X), das Rückforderungsverfahren (insbesondere § 50 SGB X) sowie das Beitreibungsverfahren (insbesondere Aufrechnung, Verrechnung, Stundung, Niederschlagung und Erlass – §§ 51, 52 SGB I sowie § 76 Abs. 2 SGB IV) der Rentenversicherungsträger.

Diese Prüfverfahren konnte das Bundesversicherungsamt zwischenzeitlich abschließen. Es wurden ca. 120 Vorgänge je Träger geprüft.

Im Ergebnis haben die Rentenversicherungsträger mehrere Arbeits- und Dienstanweisungen aufgrund der aufsichtsrechtlichen Prüfungen geändert. Des Weiteren erfolgten – auf Veranlassung des Bundesversicherungsamtes hin – verschiedene Veränderungen der Satzung der Seemannskasse. Beispielsweise wurde die Regelung des § 17 der Satzung der Seemannskasse (SSmK) neu gefasst. Die vorgenannte Vorschrift sah bis zur Änderung vor, dass die Leistung nach Erreichen der Regelaltersrente taggenau für 24 Monate gezahlt wird. In den Fällen, in denen die laufende Zahlung aufgrund der Aufnahme seemännischer Tätigkeiten der Versicherten jedoch zu unterbrechen war, hätte der Gesamtzahlungszeitraum im Sinne des § 17 SSmK taggenau um den Unterbrechungszeitraum bzw. die Unterbrechungszeiträume verlängert werden müssen. Der Träger verlängerte den Gesamtzahlungszeitraum allerdings nicht taggenau um den Unterbrechungszeitraum, sondern stellte die Zahlung der Leistung nach § 17 SSmK regelmäßig erst zum Ende des Kalendermonats der Verlängerung ein. Folglich erhielten Versicherte, bei denen die Zahlung unterbrochen wurde, die vorgenannte Leistung für einen längeren als den gesetzlich vorgeschriebenen 24-monatigen Bezugszeitraum.

Der Träger initiierte erfolgreich ein Verfahren zur Änderung bzw. Modifizierung seiner Satzung, so dass die Leistung im Sinne des § 17 SSmK nun nicht mehr für taggenaue 24 Monate, sondern für 24 Kalendermonate gezahlt wird.

Infolge der Prüfungen des Bundesversicherungsamtes ergaben sich Zahlbetragsauswirkungen (Nachzahlungen, Überzahlungen, Stundungszinsen und Zinsen) in Höhe von insgesamt ca. 20.000 Euro.

Prüfverfahren „Leistungen zur Teilhabe“

Das Bundesversicherungsamt hat die aufsichtsrechtlichen Prüfungen zum Thema „Leistungen zur Teilhabe“ bei zwei bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern fortgeführt und nunmehr größtenteils abgeschlossen. Im Rahmen dessen wurden ca. 330 Vorgänge je Rentenversicherungsträger geprüft. Hierbei wurden insbesondere die Themengebiete „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“, „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ sowie „Kraftfahrzeughilfe“ nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung geprüft. Die Aufsichtsprüfungen erstreckten sich schwerpunktmäßig auf die vollumfängliche medizinische Sachverhaltsaufklärung, Berechnung von Übergangs- und Verpflegungsgeldern bzw. Fahrkosten, Bearbeitungsdauer sowie die hierfür notwendigen Verwaltungsverfahren der Rentenversicherungsträger.

Der überwiegende Anteil der im Rahmen der durchgeführten aufsichtsrechtlichen Prüfungen getroffenen Anmerkungen bezog sich auf Fehler und Versäumnisse der Träger in Einzelfällen, dennoch wurden auch wenige Fehlerschwerpunkte grundsätzlicher Art festgestellt.

So fiel in einer Vielzahl von Vorgängen eines Rentenversicherungsträgers auf, dass die Anträge auf Leistungen zur Teilhabe mit unzutreffendem Datum – meist lag das gespeicherte Antragsdatum zeitlich nach dem tatsächlichen Antragsdatum im Sinne des § 16 SGB I – erfasst und weiterbearbeitet worden sind. Infolgedessen erhielten die betroffenen Versicherten Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheide mit fehler-

haften Antragsdaten. Ferner kann diese unzutreffende Speicherung bzw. Erfassung der Antragsdaten zu einem fehlerhaften Rentenbeginn im Sinne des § 116 Abs. 2 SGB VI führen. Demnach gilt der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben als Antrag auf Rente, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind und ein Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erwarten ist oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert haben.

Folglich kann ein fehlerhaft gespeichertes Datum eines Antrages auf Leistungen zur Teilhabe ebenfalls zu einem fehlerhaften Rentenanspruchsdatum und somit zu einem verspäteten Rentenbeginn im Sinne des § 99 Abs. 1 SGB VI führen.

Der betroffene Rentenversicherungsträger änderte seine Dienstanweisung und die damit verbundene Verfahrensweise, so dass die zutreffende Erfassung bzw. Speicherung von Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe zukünftig gewährleistet ist.

Infolge der Prüfungen des Bundesversicherungsamtes ergaben sich Zahlbetragsauswirkungen (Nachzahlungen, Überzahlungen und Zinsen) in Höhe von insgesamt ca. 25.000 Euro.

Ausblick: neue Prüfschwerpunkte in der Renten- und Künstlersozialversicherung

Auch im Jahr 2017 greift das Bundesversicherungsamt viele interessante Prüfthemen auf dem weiten Feld der gesetzlichen Rentenversicherung und der Künstlersozialversicherung auf.

Bereits weit fortgeschritten sind beispielsweise zwei Aufsichtsprüfungen bei der Künstlersozialkasse. Sie beziehen sich auf die Feststellung und die Überprüfung der Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz. Hier hat das Bundesversicherungsamt insgesamt 300 Fälle überprüft. Prüfgegenstände waren unter anderem die Künstler- bzw. Publizisteneigenschaft (§ 2 KSVG) und die für die Versicherungsfreiheit bedeutsame Einkommenspro-

gnose (vgl. die §§ 3, 12 KSVG: maßgeblich ist das voraussichtliche Arbeitseinkommen des Künstlers bzw. Publizisten). Die Erörterung der Prüffeststellungen mit der Künstlersozialkasse läuft.

Auch die knappschaftliche Rentenversicherung bildet im Jahr 2017 einen Prüfschwerpunkt des Bundesversicherungsamtes. Hier laufen drei Prüfverfahren zu den Themen „Rente für Bergleute“, „Knappschaftsausgleichsleistung“ und „Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute“.

Aufgreifen wird das Bundesversicherungsamt ferner Prüfthemen mit Auslandsbezug. Eingeleitet sind insoweit Aufsichtsprüfungen zur zwischenstaatlichen Rentenberechnung.

Einen weiteren Prüfschwerpunkt wird die Pflichtversicherung bilden. Auf diesem Gebiet hat das Bundesversicherungsamt Prüfverfahren zur Pflichtversicherung von Selbständigen eingeleitet.



4. Unfallversicherung

4.1 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Auslandsversicherung

Einer der Tätigkeitsschwerpunkte im Berichtszeitraum war die aufsichtsrechtliche Begleitung der Errichtung einer Auslandsversicherung bei der Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB) und bei der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) sowie die daran anschließenden Beitritte in die bereits bestehende gemeinsame Einrichtung einer Auslandsversicherung der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM), der Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (BGHW), der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) und

der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

Für den Fall, dass weder über das EU-Recht, noch das Abkommensrecht, noch die Ausstrahlungsregelungen des SGB VII der Schutz der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung für die Dauer einer Auslandstätigkeit hergeleitet werden kann, haben die Träger der Unfallversicherung auf der Grundlage der §§ 140 ff. SGB VII die Möglichkeit, durch Beschluss ihrer Vertreterversammlungen (VV) eine besondere Auslandsversicherung einzurichten. Sie ist eine freiwillige Versicherung und erfasst vor allem Fälle, in denen während eines Auslandseinsatzes das inländische Beschäftigungsverhältnis ruht.

Ferner können Träger, die dieselbe Aufsichtsbehörde haben vereinbaren, die Auslandsversicherung als gemeinsame Einrichtung zu errichten. Die Grundla-

gen für die Arbeit der gemeinsamen Einrichtung der Auslandsversicherung werden in den sog. „Richtlinien für die Auslandsversicherung“ definiert. Die Beschlüsse und die Richtlinien bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

Die VV der UVB hat am 25. November 2015 beschlossen, für ihre Unternehmer rückwirkend zum 1. Januar 2015 eine Auslandsversicherung zu errichten und mit dieser der genannten gemeinsamen Einrichtung beizutreten und deren Richtlinien anzuwenden. Die korrespondierenden Zustimmungsbeschlüsse der VV der BG ETEM, BGW, BGHW und VBG zum Beitritt der UVB wurden in der Zeit vom 1. Dezember 2015 bis 31. Januar 2016 gefasst.

Der rückwirkende Beitritt der UVB war zum einen notwendig, damit zu Gunsten der Versicherten der ehemaligen Eisenbahnunfallkasse (EUK), welche eine eigene Auslandsversicherung unterhielt und mit der Errichtung der UVB zum 1. Januar 2015 in die UVB eingegliedert wurde, ein unterbrechungsfreier Versicherungsschutz gewährleistet werden konnte. Gleichzeitig sollte der Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung auch auf die Konstellationen

erstreckt werden, in denen kurzfristig freiwillige oder ehrenamtliche Helfer für befristete Auslandseinsätze in Katastrophengebieten gewonnen werden mussten.

Die VV der BGN hat am 12. November 2015 beschlossen, für ihre Unternehmer zum 1. Januar 2016 eine Auslandsversicherung zu errichten und mit dieser der oben genannten gemeinsamen Einrichtung beizutreten. Die korrespondierenden Beschlüsse der VV der BG ETEM, BGW, BGHW, VBG und UVB wurden in der Zeit vom 1. Dezember 2015 bis 31. Januar 2016 gefasst.

Insgesamt lagen 20 Beschlüsse zur Genehmigung vor. Die Genehmigungsbescheide des Bundesversicherungsamtes sind am 24. Februar 2016 ergangen.

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

Wie in den letzten Jahren in den Tätigkeitsberichten thematisiert, führt das Bundesversicherungsamt nicht nur die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger (§ 87 Abs. 1 und 2, § 90 Abs. 1 SGB IV), sondern ihm ist ebenfalls die Rechtsaufsicht

über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) für die in § 87 Abs. 3 Satz 1 SGB IV genannten Aufgaben übertragen worden.

Im Rahmen der Aufsichtstätigkeit über die DGUV hat das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr 2016 insbesondere die Änderungen der Verträge zur Durchführung der Heilbehandlung nach § 34 Abs. 3 Satz 1 SGB VII begleitet. Vertragspartner auf Seiten der Leistungserbringer sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Vertragsgegenstände sind die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte und Zahnärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung. Im Berichtsjahr beschäftigte sich das Bundesversicherungsamt vor allem mit Änderungen der ärztlichen und zahnärztlichen sowie der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen. Ein weiteres Aufsichtsthema war die von der DGUV angestrebte Überarbeitung der seit dem 1. Januar 1998 gültigen Gemeinsamen Richtlinien der Unfallversicherungsträger über Wohnungshilfe nach § 41 Abs. 4 SGB VII. Hier hat das Bundesversicherungsamt sich im Berichtsjahr mit der Prüfung eines von der DGUV übersandten Änderungsentwurfs beschäftigt. Rechtliche Anmerkungen ergaben sich hierzu jeweils nicht. Schließlich fand in 2016 das seit Beginn der Aufsicht über die DGUV inzwischen fest etablierte und insbesondere einem Gedankenaustausch zum Aufsichtsbereich dienende turnusmäßige Gespräch zwischen Bundesversicherungsamt und DGUV statt.

Änderung der Unfallversicherungs-obergrenzenverordnung

Durch das 7. Besoldungsänderungsgesetz vom 3. Dezember 2015 hat der Gesetzgeber die Stellenobergrenzen für bestimmte Beförderungsmänter in § 26 des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) geändert und die Bundesobergrenzenverordnung (BOgrV) aufgehoben. Hierdurch hat er die Höchstgrenzen für die Zahl der Beförderungsmänter im Bereich der Bundesverwaltung mit Wirkung vom 1. Januar 2016 angehoben. Für die Beförderungsmänter bei den bundesunmittelbaren gewerblichen Berufsgenossenschaften und der

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – SVLFG – galt dagegen die Unfallversicherungsobergrenzenverordnung (UVOGrV) zunächst unverändert weiter. Diese Verordnung wird von § 26 BBesG nicht erfasst, da sie nicht auf dem BBesG, sondern auf Artikel VIII § 1 Absatz 6 Satz 1 des Zweiten Gesetzes zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern (2. BesVNG) vom 23. Mai 1975 beruht.

Die Stellenobergrenzen der geltenden UVOGrV entsprachen aber weitgehend den bis zum 31. Dezember 2015 maßgeblichen Stellenobergrenzen nach § 26 Absatz 1 BBesG und der aufgehobenen BOgrV, nicht aber der ab dem 1. Januar 2016 geltenden Neuregelung des § 26 BBesG durch den Bundesgesetzgeber. Dies benachteiligte die o.g. Berufsgenossenschaften und die SVLFG hinsichtlich der höchstzulässigen Anzahl der Stellenobergrenzen für bestimmte Beförderungsmänter gegenüber den Bundesbehörden ohne erkennbaren Sachgrund, für die die Neufassung des § 26 BBesG unmittelbar gilt.

Daher hat der Verordnungsgeber die bis zum 2. Dezember 2016 geltende UVOGrV für die o.g. bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger durch eine neue namensgleiche Verordnung mit Wirkung vom 3. Dezember 2016 abgelöst. Nach § 1 Absatz 1 der Neufassung der UVOGrV dürfen nunmehr die Anteile der Beförderungsmänter bei den bundesunmittelbaren gewerblichen Berufsgenossenschaften und der SVLFG die in § 26 Absatz 1 BBesG festgelegten Obergrenzen nicht überschreiten. Hierdurch werden die Höchstgrenzen für die Zahl der Beförderungsmänter im Bereich der Bundesverwaltung auf die bundesunmittelbaren Körperschaften übertragen. Das Bundesversicherungsamt wird bei der Genehmigung der Stellenpläne der dienstordnungsmäßigen Angestellten der o.g. bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger gemäß § 69 Absatz 4 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) weiter darauf achten, dass diese entsprechende Stellen nur ausbringen, soweit sie unter Anwendung angemessener und anerkannter Methoden der Personalbedarfsermittlung begründet sind und eine sachgerechte Stellenbewertung jeweils nachgewiesen ist.



Gefahrtarifangelegenheiten

Im Berichtsjahr war das Bundesversicherungsamt mit sieben Gefahrtarifangelegenheiten befasst. Diese reichten von Anfragen zur Zulässigkeit einzelner Regelungen im Gefahrtarif über Anträge auf Durchführung einer Vorprüfung der Genehmigungsfähigkeit bis hin zu den eigentlichen Genehmigungsverfahren.

Der Gefahrtarif und die darin gebildeten Gefahrklassen sind gemäß §§ 153 Abs. 1, 157 Abs. 1 SGB VII wesentliche Faktoren für eine gerechte Verteilung der Beiträge. Diese werden nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind, im Wege der Umlage festgesetzt (§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). In der Regel sind deshalb die Gefahrtarife mit Beginn der Tarifperiode bereits in Kraft. Darüber hinaus ist es grundsätzlich ebenfalls zulässig, erst im Laufe eines Umlagejahres für dasselbe einen neuen Gefahrtarif aufzustellen. Dies war im Berichtsjahr 2016 der Fall; das Bundesversicherungsamt erreichte der entsprechende Genehmigungsantrag eines Unfallversicherungsträgers. Bei der Entscheidung über den Antrag hielt das Bundesversicherungsamt an seiner bisherigen Genehmigungspraxis fest (siehe Tätigkeitsberichte 2008 – Seite 66 und 2010 – Seite 45). Diese orientiert sich an der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts Urteil vom 29. November 1973, Az.: 8/2 RU 33/70). Demnach liegt in Fällen wie dem obigen eine unechte Rückwirkung vor. Diese ist grundsätzlich zulässig, findet aber ihre sachlichen Grenzen im Gebot der Rechtssicherheit und des daraus folgenden Vertrauensschutzes (BSG, a.a.O.). Bereits in der Vergangenheit verneinte das Bundesversicherungsamt anknüpfend an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (a.a.O.) deshalb die Einhaltung maßvoller Grenzen, wenn die zu erwartende Beitragsschuld der betroffenen Unternehmen durch die Rechtsänderung um mehr als das Dreifache erhöht wird. Diese Vorgabe wurde hinsichtlich des dem Bundesversicherungsamt vorgelegten Gefahrtarifs beachtet, damit war dessen Genehmigung möglich.

Weitere Schwerpunkte waren die Auslegung des § 157 Abs. 2 und 3 SGB VII. Ein Gefahrtarif ist nach

Tarifstellen zu gliedern, in denen Gefahrengemeinschaften nach Gefährdungsrisiken unter Berücksichtigung eines versicherungsmäßigen Risikoausgleichs gebildet werden. Zur Abstufung der Beiträge werden Gefahrklassen festgestellt, die aus dem Verhältnis der gezahlten Leistungen zu den Arbeitsentgelten berechnet werden. In der Folge müssen die Tarifstellen mit höheren Entschädigungslasten entsprechend dem höheren Grad der Unfallgefahr auch mit höheren Gefahrklassen belegt werden. Diese Stufung muss auch bei grundsätzlich möglichen Nivellierungen der Gefahrklassen durch Ausgleichsfaktoren u.a. erkennbar bleiben. Damit wird zudem dem allgemein in § 157 SGB VII innewohnenden Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung Rechnung getragen.

Ferner bestanden seitens des Bundesversicherungsamtes erhebliche rechtliche Bedenken gegenüber der Einführung pauschaler Höchstbeiträge oder Höchstgefahrklassen. D.h., die maximal zulässige Gefahrklasse wird ausgehend von einem maximal festgelegten Beitrag errechnet. Gemäß § 157 Abs. 3 SGB VII werden die Gefahrklassen aus dem Verhältnis der gezahlten Leistungen zu den Arbeitsentgelten berechnet. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG (u.a. Urteil vom 24. Februar 2004, Az.: B 2 U 31/03 R) handelt es sich nicht um einen reinen Rechenakt nach der Formel „gezahlte Leistungen dividiert durch Arbeitsentgelte“, sondern um einen Zusammenfluss rechnerischer und wertender bzw. gewichtender Faktoren, der nicht nachrechenbar, wohl aber nachvollziehbar sein muss. Für das Bundesversicherungsamt ist entscheidend, dass Grundlage der Berechnung der Gefahrklassen die Gegenüberstellung der Leistungen und Arbeitsentgelte ist. Die Beitragsberechnung findet erst im Anschluss bzw. ausgehend von den festgelegten Gefahrklassen statt. Insoweit widersprechen Höchstbeitrag und Höchstgefahrklasse auch § 153 Abs. 1 SGB VII, nach dem die Gefahrklasse Berechnungsgrundlage der Beiträge ist. Das Bundesversicherungsamt hält an seiner bisherigen Auffassung fest.

Das Bundesversicherungsamt wirkte im Rahmen eines kooperativen Austausches mit den Unfallversicherungsträgern auf die Beachtung seiner vorstehenden Positionierung hin.

Umsetzung der Gesetzesänderungen zum Melderecht in Satzungen (Lohnnachweisverfahren)

Durch das Fünfte Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (5. SGB IV-ÄndG) vom 5. April 2015 sind am 1. Januar 2017 u. a. Gesetzesänderungen zum Melderecht in Kraft getreten, wonach das für die Unternehmerinnen und Unternehmer geltende Lohnnachweisverfahren in den kommenden Jahren auf eine rein elektronische Lösung umgestellt wird. Allerdings ist nach der geltenden Rechtslage für die Meldejahre 2016 und 2017 bis zum 31. Dezember 2018 neben dem elektronischen Verfahren der Lohnnachweis auch in der bisherigen Form (z. B. Papierform) parallel zu verwenden (§§ 165, 218 f SGB VII).

Dieser Rechtslage haben im Berichtsjahr 2016 bereits einige Berufsgenossenschaften Rechnung getragen und Änderungen ihrer Satzungsregelungen zum bisherigen Entgeltnachweisverfahren beantragt. Nach der entsprechenden Prüfung konnte das Bundesversicherungsamt die Satzungsänderungen genehmigen.

Die gesetzlichen Änderungen haben zudem Einfluss gefunden in die aktuelle Fassung des Musters einer Satzung für die Mitglieder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV – (Satzungsmuster) in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung, die zuvor vom Bundesversicherungsamt geprüft wurde. Weitere Unfallversicherungsträger haben zudem im Berichtszeitraum in Absprache mit dem Bundesversicherungsamt Vorbereitungen getroffen, dementsprechende Satzungsänderungen im Verlauf des Jahres 2017 zu beschließen.

Angemessenheit der Größe des Vorstandes

Mit einer Berufsgenossenschaft wurde intensiv die Angemessenheit der Größe des Vorstandes erörtert. Der Vorstand der Berufsgenossenschaft bestand aus insgesamt 40 Mitgliedern, d.h. je 20 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Im Vergleich mit den anderen Berufsgenossenschaften verfügt sie damit mit Abstand über den zahlenmäßig größten Vorstand. Dabei handelt es sich bei dieser Berufsgenossenschaft eher um einen der kleineren



bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger. Die Vertreterversammlung dieser Berufsgenossenschaft setzt sich aus je 30 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlung sowie deren Zusammensetzung bestimmt sich nach den §§ 43 Absatz 1 Satz 1 und 2, 44 Absatz 1 Nr. 1 SGB IV. Gemäß § 43 Absatz 1 Satz 2, Hs. 1 SGB IV hat die Vertreterversammlung höchstens 60 Mitglieder.

Auch wenn das Gesetz, mit Ausnahme von § 44 Absatz 6 Satz 1 SGB IV, keine vergleichbaren Höchstgrenzen für die Größe des Vorstandes benennt und die Selbstverwaltung bei der Festlegung der Vorstandsgröße innerhalb der Mindest- und Obergrenzen frei ist, ist das Bundesversicherungsamt dennoch der Auffassung, dass die Mitgliederzahl jeweils deutlich kleiner sein sollte als die der sie wählenden Vertreterversammlung. Eine Obergrenze ergibt sich mittelbar aus der angemessenen Relation zur Mitgliederzahl der Vertreterversammlung.

Unter Berücksichtigung des Grundsatzes sparsamer und wirtschaftlicher Haushaltsführung sowie unter dem Gesichtspunkt der Funktionsfähigkeit des Gremiums ist die Größe des Vorstandes mit 40 Mitgliedern nicht angemessen. Angemessen ist die Größe des Vorstandes dann, wenn sie einem Viertel bis zu einem Drittel der Vertreterversammlung entspricht. Da eine Verkleinerung des Vorstandes trotz Hinweise seitens des Bundesversicherungsamtes bislang nicht in die Satzung aufgenommen worden ist, wird das Bundesversicherungsamt mit der Berufsgenossenschaft weiterhin einen aufsichtsrechtlichen Dialog führen. Der Ausgang bleibt abzuwarten.

4.3 Prüfung

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

Das Bundesversicherungsamt hat seine themenübergreifende Aufsichtsprüfung zum Stand der Fusionsumsetzungen fortgesetzt, an der die Prüfreferate mehrerer Abteilungen beteiligt waren. Die Aufsichtsprüfung deckte ein breites Themenspektrum ab. Im Wesentlichen umfasste sie drei Schwerpunkte:

- Maßnahmen zum Erreichen der Zielorganisation. Der geprüfte Unfallversicherungsträger war stufenweise durch mehrere Teilfusionen entstanden. Dabei war eine komplett neue Zielorganisation zu definieren und zu schaffen. Im Rahmen der Prüfung wurde untersucht, welche organisatorischen und personellen Maßnahmen bereits durchgeführt wurden bzw. noch erforderlich sein werden, um die angestrebte Zielorganisation zu erreichen. Diese erfordern dann wiederum ein neues Standort- und Raumkonzept, das neben Fragen zum Erwerb, zum Verkauf und zur Bewirtschaftung von Liegenschaften ebenfalls überprüft wurde.
- Angleichung der Arbeitsweisen (einheitliche Richtlinien, Arbeitsanweisungen, Vordrucke, Softwareprogramme) in den Bereichen Personal, allgemeine Verwaltung und Leistungen. In diesem Zusammenhang wurden auch die Umsetzung und die wirtschaftliche Einführung der IT-Systeme geprüft.
- Kosten der Fusion und Fusionsrendite. Hier wurden z.B. die Ausgaben für den Einsatz externer Berater im Rahmen des Fusionsprozesses, Fusionsfeiern und die Selbstverwaltung geprüft.

Bei dieser Aufsichtsprüfung hat das Bundesversicherungsamt beispielsweise folgendes festgestellt: Die Organisationseinheiten der Fusionspartner in der angestrebten Aufbauorganisation waren soweit wie möglich zu einheitlichen Arbeitsbereichen zusammengeführt, auch wenn die praktische Umsetzung noch

nicht in allen Bereichen abgeschlossen war. Ein vollständiges Raumkonzept und eine Büroraumrichtlinie der derzeit genutzten Liegenschaften konnten nicht vorgelegt werden. Der Unfallversicherungsträger hat dies noch nachzuholen. Die Angleichung der Arbeitsweisen ist in vielen Bereichen erfolgt.

So wurde der Zusammenschluss aus den ursprünglichen Trägern bei der Integration der unterschiedlich strukturierten und skalierten IT-Landschaft erfolgreich absolviert. Die im Rahmen der Fusion neu erarbeitete Beschaffungsrichtlinie entsprach den vergaberechtlichen Regelungen und enthielt nur wenige Mängel. Dem Träger wurde empfohlen, diese bei einer anstehenden Aktualisierung der Richtlinie zu beseitigen.

Im Leistungsbereich hat die Prüfung gezeigt, dass der Unfallversicherungsträger zahlreiche Arbeitsregeln zu verschiedenen Themen erlassen und Maßnahmen zur Sicherstellung der Vereinheitlichung von Arbeitsweisen getroffen hatte. Dennoch wurden zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen allen Bezirksverwaltungen festgestellt (unter anderem bedingt durch regionale Einflüsse wie beispielsweise der Infrastruktur im Allgemeinen wie auch in der Gesundheitsversorgung sowie branchen- und betriebspezifische Unterschiede). Die Berufsgenossenschaft hat hier noch Spielraum zur weiteren Verbesserung. Allerdings zeugen die Unterschiede teilweise (z.B. im Rahmen von Begutachtungen, Vorlagen bei beratenden Ärzten und der nachfolgenden Rentenfeststellung durch vorläufige Entschädigung oder Gesamtvergütung) auch von einer funktionierenden Leistungsverwaltung, welche im Rahmen der Eigenständigkeit der Bezirksverwaltungen diese regionalen Besonderheiten (im Sinne des o.g. Beispiels: Gutachter in berufsgenossenschaftlichen Kliniken oder Gutachter, die nur wenige Fälle bearbeiten) berücksichtigt. Davon können im besten Fall alle Beteiligten, insbesondere Versicherte, Unternehmer, Verwaltung, Mitarbeiter/innen und Ärzte, profitieren.

Hinsichtlich der Kosten der Fusion und einer Fusionsrendite ist eine abschließende Aussage über die tatsächlichen, fusionsbedingten Kosten und Einspa-

rungen nicht möglich, da eine Abgrenzung fusionsbedingter und fusionsunabhängiger Effekte nicht immer eindeutig vorgenommen werden kann. Allerdings ist deutlich geworden, dass der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit während des Fusionsprozesses nicht immer beachtet wurde:

Insbesondere hinsichtlich der durchgeführten Fusionsfeiern hat das Bundesversicherungsamt daher noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Versicherungsträger ihre Mittel nur für die Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben sowie die notwendigen Verwaltungskosten verwenden dürfen. Fusionsbedingte Einsparungen konnten bei den Verwaltungskosten durch den Wegfall von Mietkosten und der fusionsbedingten Schließung von Geschäftsstellen wie auch bei den Aufwendungen für die Selbstverwaltung festgestellt werden. Des Weiteren wurde festgestellt, dass der Unfallversicherungsträger auch über Wohnimmobilien verfügt. Da Wohnimmobilien nicht zur Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben gemäß § 30 Abs. 1 SGB IV dienen, muss der Träger diese Immobilien grundsätzlich veräußern. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der geprüfte Unfallversicherungsträger – trotz festgestellter Probleme – zum Prüfzeitpunkt bereits einen guten Stand erreicht hat.

Das Bundesversicherungsamt wird dem Fusionsprozess in der gesetzlichen Unfallversicherung weiterhin einen hohen Stellenwert einräumen und entsprechende Aufsichtsprüfungen durchführen.



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 auch in 2016 bei der Haushaltsplanung 2017 und der Haushaltsbewirtschaftung 2016 beratend begleitet. Dabei mussten insbesondere die bis zum 31. Dezember 2016 umzusetzenden gesetzlichen Einsparvorgaben für die Verwaltungs- und Verfahrenskosten berücksichtigt werden.

Der vom Vorstand der SVLFG aufgestellte Haushaltsplan 2017 mit einem Gesamtvolumen von rund 7,25 Milliarden Euro (+37 Millionen Euro gegenüber 2016) wurde fristgerecht vorgelegt und seitens des Bundesversicherungsamtes am 21. Dezember 2016 genehmigt.

Die SVLFG hat gemäß § 71 d Abs. 2 SGB IV sicherzustellen, dass Kosten, die für die Erfüllung von Aufgaben mehrerer oder aller Versicherungszweige entstehen, durch geeignete Verfahren sachgerecht

auf die Versicherungszweige aufgeteilt werden. Die Kostenverteilung ist ebenfalls durch das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft zu genehmigen. In 2016 hat die SVLFG zusammen mit den Genehmigungsbehörden in einer Arbeitsgruppe an einer Weiterentwicklung des Kostenverteilverfahrens gearbeitet. Durch die Berücksichtigung aktueller Arbeitsmengenentwicklungen in den einzelnen Versicherungszweigen wird nunmehr eine zielgenauere Verwaltungskostenzuordnung ermöglicht. Dieses mit allen Beteiligten abgestimmte, neue Verfahren kommt erstmals für das Haushaltsjahr 2017 zur Anwendung.

Verwaltungskostenbudgetierung bei der SVLFG

Seit ihrer Entstehung zu Beginn des Jahres 2013 ist die SVLFG aufgrund von Vorgaben des Gesetzgebers gehalten, die jährlichen Verwaltungs- und Verfahrenskosten für die Durchführung der landwirtschaftlichen Unfallversicherung, der Alterssicherung der Landwirte und der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zu reduzieren. Für die landwirtschaftliche Unfallversicherung sollten die Verwaltungs- und Verfahrenskosten spätestens im Jahre 2016 nicht mehr als 95 Millionen Euro betragen (vgl. § 187a SGB VII). Für die landwirtschaftliche Alterskasse lag die Grenze gemäß § 79 ALG bei 66 Millionen Euro und in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (LKV) gemäß § 18a KVLG 1989 bei 91 Millionen Euro.

Über die Entwicklung der Personal- und Sachkosten hatte die SVLFG dem Bundesversicherungsamt, unter anderem wegen einer im Bereich der LKV vorsorglich erfolgten Etatisierung einer globalen Minderausgabe, im zweiten Halbjahr 2016 monatlich zu berichten.

Die danach bei der SVLFG zu beobachtende Entwicklung der jeweiligen Personal- und Sachaufwände lässt erwarten, dass die SVLFG das Budget in allen Zweigen der Sozialversicherung einhalten wird. Eine endgültige Bewertung kann erst im Juli 2017 erfolgen, wenn die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der SVLFG vorliegen.

Nach den weiteren Planungen wird die SVLFG dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft bis zum 31. Dezember 2017 einen Bericht zur Entwicklung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten vorlegen, den die beiden Ministerien sodann mit einer Stellungnahme an den Deutschen Bundestag und den Bundesrat weiterzuleiten haben.

Die Erreichung der Zielbudgets setzt die Schaffung schlanker und zukunftssicherer Strukturen, die Verringerung des Koordinierungsaufwands und in der Folge die Einsparung von Personal voraus. Mit Unterstützung des Bundesversicherungsamtes hat die SVLFG sämtliche Aufgabenbereiche umfassend auf mögliche Einsparpotentiale untersucht und im Februar 2016 die mittlerweile fünfte und letzte Fassung des Rahmenkonzepts zur Budgetierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten vorgelegt. Einige der Maßnahmen befassten sich mit der Reduzierung der Sachkosten. Die überwiegende Anzahl der Maßnahmen betraf jedoch die Optimierung von Verwaltungsabläufen, die die Versetzung von Beschäftigten in den Vorruhestand/einstweiligen Ruhestand ermöglichten und so die auf das Budget anzurechnenden Personalkosten senkten. Die Zahl der Beschäftigten hat sich seit Errichtung der SVLFG zum 1. Januar 2013 bis zum Juli 2016 von 5.409 um 986 auf 4.423 Vollzeitbeschäftigte reduziert. Den zur Bewältigung ihrer Aufgaben erforderlichen Personalbedarf hat die SVLFG gemäß § 69 Abs. 6 SGB IV mit Ausnahme des Bereichs Prävention zum Ende des Jahres 2016 ermittelt. Im Herbst 2017 soll auch der Soll-Personalbedarf für die Prävention und weniger weiterer kleinerer Organisationseinheiten feststehen, so dass die SVLFG in der Folge für das Jahr 2018 den ersten Soll-Stellenplan aufstellen kann.

Die Aufbauorganisation in den operativen Bereichen Versicherung, Mitgliedschaft, Beitrag (VMB) sowie Leistung und Prävention wurde zum 1. November 2016 angepasst. Die bisherigen acht regionalen Arbeitsbereiche wurden in drei neue Arbeitsbereiche, die Dienstleistungszentren Nord (Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sach-

sen-Anhalt, Thüringen), Mitte (Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Baden-Württemberg) und Süd (Bayern) zusammengefasst. Der Arbeitsbereich „Grundsatz- und Querschnittsaufgaben“ ist in den Bereichen VMB, Leistung und Prävention erhalten geblieben. Bestimmte Aufgabenfelder der jeweiligen Bereiche werden zukünftig konzentriert bzw. zentralisiert in Kompetenzzentren bearbeitet.

5.2 Satzung

Im Bereich der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (SVLFG) hatte sich das Bundesversicherungsamt im Berichtszeitraum auch mit Satzungsnachträgen des Trägers zu befassen. Schwerpunkte lagen bei Änderungen der Beitragsvorschussregelung und der Grundbeitragsregelung.

5.3 Prüfung

Aufsichtsprüfungen in der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung im Bereich der Landwirtschaftlichen Alterskasse

Mit der Vereinigung zur Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau zum 1. Januar 2013 gingen auch die davor eigenständigen Alterskassen im bundeseinheitlichen Sozialversicherungsträger auf, der in Angelegenheiten der Alterssicherung der Landwirte die Bezeichnung landwirtschaftliche Alterskasse führt (§ 49 Satz 2 ALG).

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2016 erstmals bundesweit eine Prüfung der Alterskasse im Leistungswesen mit dem Schwerpunkt der Bearbeitung von Renten wegen Alters aller bis zum 31. Oktober 2016 bestehenden Regionen durchgeführt. Für einige Organisationseinheiten dauern die Erhebungen noch an.

Die Aufsichtsprüfung erstreckt sich schwerpunktmäßig auf die Überprüfung der Verwaltungsverfahren, insbesondere hinsichtlich der Laufzeiten zwischen Antragsstellung und Bescheiderteilung im Rahmen

einer beschleunigten Bearbeitung nach § 17 Abs. 1 SGB I, und die Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen von Renten wegen Alters (§ 11 ALG) sowie der vorzeitigen Altersrenten (§ 12 Abs. 1 und 2 ALG) an Landwirte nach § 1 Abs. 2 ALG und Ehegatten eines Landwirts nach § 1 Abs. 3 ALG. Bei den Erhebungen wird u. a. besonderes Augenmerk auf die korrekte Anhebung der maßgebenden Altersgrenzen sowie die korrekte Umsetzung einiger gesetzlicher Neuregelungen zum 1. Januar 2016 gerichtet. Hierbei handelt es sich z. B. um Änderungen in den Voraussetzungen zur Hofabgabe (z. B. zum zulässigen Rückbehalt oder zu Abgaben unter Ehegatten) sowie die Möglichkeit des Erhalts von Zuschlägen zu Altersrenten bei späterer Inanspruchnahme von Renten.



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 letzten Abfrage zum Stichtag 31. Dezember 2015 wurde wiederum die Einhaltung der Einlagensicherungsgrenzen geprüft. Im Falle einer Insolvenz

eines Kreditinstituts können die damit einhergehenden Zahlungsverzögerungen nicht nur die Sicherheit der Geldanlagen, sondern auch die Liquidität eines Trägers beeinträchtigen. Dies gilt insbesondere auch bei Vorliegen einer einseitigen Vermögensanlage (sog. Klumpenrisiko). Dieses Risiko lässt sich vor allem durch Streuung der Anlagebeträge auf mehrere Kreditinstitute reduzieren. Deshalb wurde ergänzend geprüft, ob die Träger auch eine ausreichende Risikostreuung vorgenommen haben.

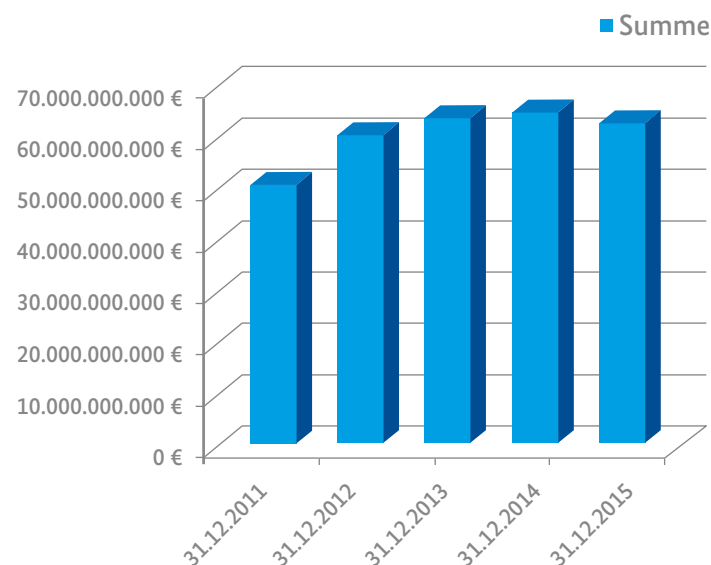
Aus der durchgeführten Erhebung lassen sich folgende Erkenntnisse ableiten:
Im Gegensatz zu den beiden Vorjahren, in denen alle Träger die jeweiligen Einlagensicherungsgrenzen der Kreditinstitute eingehalten hatten, wurde in 2015 eine Überschreitung festgestellt. Der betreffende Träger wurde um künftige Beachtung der Einlagensicherungsgrenzen gebeten.
Die Vermögensanlage und -verwaltung von sieben Sozialversicherungsträgern wies zum 31. Dezember 2015

Klumpenrisiken auf (2012: 21; 2013: 15; 2014: 12). Bei sechs dieser Träger wurden bereits in den Vorjahren Klumpenrisiken festgestellt. Alle Träger wurden aufgefordert, zukünftig auf eine ausreichende Risikostreuung zu achten.

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten hat zudem Folgendes ergeben:

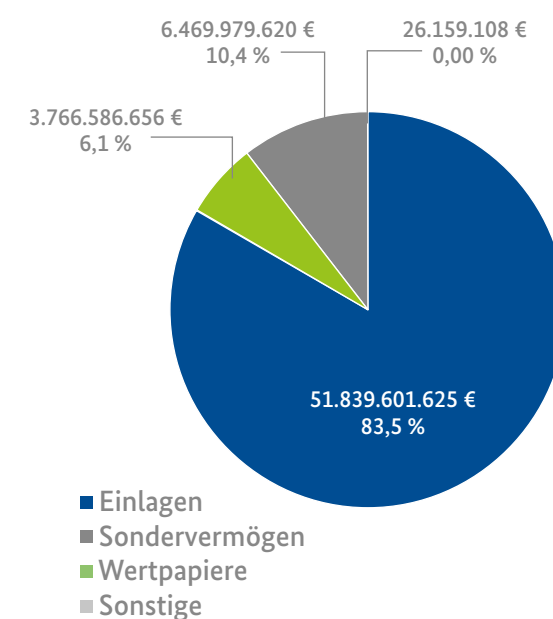
Die geprüften Sozialversicherungsträger verfügten Ende 2015 über ein liquides Anlagevermögen in Höhe von rund 62,1 Milliarden Euro (2014: 64,1 Milliarden Euro). Die liquiden Mittel der Krankenversicherungsträger reduzierten sich um 3,4 %, die der Rentenversicherungsträger um 5,2 %. Im Gegensatz dazu verzeichneten die Unfallversicherungsträger einen Anstieg der liquiden Mittel um 1,6 %. Die Entwicklung der Geldanlagebestände aller bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger (SVT) seit 2011 ist der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.

Abbildung 1: Entwicklung der Geldanlagenbestände aller bundesunmittelbaren SVT 2011 bis 2015



Die Anlagestruktur (nachfolgende Abbildung) stellte sich zum 31. Dezember 2015 wie folgt dar: Rund 83,5 % der Anlagen wurde in Einlagen getätigt (Ende 2014: 84,3 %; Ende 2013: 83,1 %). Der Anteil der Investmentvermögen am gesamten Anlagevermögen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr von 9,9 % auf 10,4 % (2013: 8,2 %). Der in einzelne Wertpapiere investierte Anteil stieg von 5,8 % auf 6,1 % (2013: 8,7 %). In dieser Anlagekategorie sind Staatsanleihen, Pfandbriefe und andere Schuldverschreibungen zusammengefasst.

Abbildung 2: Anlagenstruktur



Entsprechend den Spezialvorschriften des SGB VI haben die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See die Nachhaltigkeitsrücklage zu fast 100 % in Einlagen angelegt. Auch bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen stellen die Sicht- und Termingelder mit 76,7 % der liquiden Mittel die dominierende Anlageform dar. Deren Anteil am Gesamtvermögen in der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich aber gegenüber dem Vorjahr um 1,6 %-Punkte (2014: 78,3 %, 2013: 74,0 %) reduziert. Der Anteil der Mittel, die längerfristig in Investmentvermögen gemäß § 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB IV investiert wurden, stieg gegenüber dem Vorjahr von 9,3 % auf 10,3 % (2013: 8,6 %). Die Anlagestruktur der bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger blieb in 2015 nahezu unverändert. Wie bereits im Vorjahr entfielen rund 63,0 % der liquiden Mittel auf die Anlagekategorie Einlagen sowie rund 33,0 % auf Investmentvermögen gemäß § 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB IV.

Eine im Jahr 2016 durchgeführte Sonderprüfung von Schuldscheindarlehen, Schuldverschreibungen und Investmentvermögen bei ausgewählten Sozialversicherungsträgern ergab, dass die Vertragsbedingungen von einigen Investmentvermögen nicht den Zulässigkeitsvoraussetzungen der §§ 80, 83 SGB IV entsprechen. Die Träger wurden aufgefordert, bei den Kapitalverwaltungsgesellschaften auf eine SGB-konforme Anpassung der Vertragsbedingungen der Investmentvermögen hinzuwirken oder aber deren Anteile zu veräußern.

Auswirkungen des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes (SAG)

Das Bundesversicherungsamt hat in seinen Rundschreiben vom 23. Dezember 2015 und vom 11. Januar 2017 über mögliche Auswirkungen des SAG auf die Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger informiert. Das SAG wurde durch das Abwicklungsmechanismusgesetz geändert (AbwMechG, BGBl. I, 2015, S. 1864). Mit dem AbwMechG wurde in § 46f Abs. 5 bis 7 des Kreditwesengesetzes in der Fassung ab 1. Januar 2017 die Rangfolge von Verbindlichkeiten bei Bankeninsolvenzen geändert, was spiegelbildlich auch

bei der Bankenabwicklung Anwendung findet. Die Neuregelung kann sich nachteilig auf Vermögensanlagen von Sozialversicherungsträgern auswirken. Die Sicherheit von Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger kann durch Abwicklungsmaßnahmen nach § 77 SAG beeinträchtigt werden. Zu den Abwicklungsmaßnahmen gehören unter anderem das Instrument der Beteiligung der Inhaber relevanter Kapitalmarktinstrumente und das Instrument der Gläubigerbeteiligung (sog. Bail-in). Dabei können bestimmte Einlagen von Gläubigern zur Sanierung bzw. Abwicklung bestandsgefährdeter Finanzinstitute herangezogen werden. § 97 SAG legt dabei die Reihenfolge der Haftung fest.

Unmittelbare Folgen für die Sozialversicherung können sich aus einem Abwicklungsfall auf bankbezogene Anlagen ergeben, bis hin zu einem Ausfall. Bankbezogene Anlagen sind z.B. Giro-, Tages- und Festgeldkonten oder Bankanleihen. Dazu gehören auch die Vermögensanlagen, die über eine freiwillige Sicherungseinrichtung der Kreditwirtschaft abgesichert sind. Betroffen sind auch Anlagen in Aktien von Geschäftsbanken.

Somit erfordert die Bewertung dieser Risiken ein effektives Anlagecontrolling durch den jeweiligen Sozialversicherungsträger. Hierbei ist insbesondere die Bonität (möglicher) Kontrahenten sowohl vor der Investition als auch regelmäßig während der Laufzeit entsprechender Vermögensanlagen zu überprüfen.

Beachtung insolvenzrechtlicher Vorschriften

Soweit es gesetzlich zulässig ist, können sich Sozialversicherungsträger an privatrechtlich organisierten Kapital- oder Personengesellschaften beteiligen. Überwiegend werden diese in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) geführt. Derzeit betreiben die Sozialversicherungsträger, die unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes stehen, rund 150 Beteiligungsgesellschaften bzw. Arbeitsgemeinschaften. Da es sich bei den Beteiligungsgesellschaften und den Arbeitsgemeinschaften um wirtschaftlich tätige Geschäftsbetriebe handelt, sind sie auch mit entsprechenden Bonitäts- und Liquiditäts-

tätsrisiken konfrontiert. Dazu gehören insbesondere die Zahlungsunfähigkeit und die Überschuldung. Bei Vorliegen einer Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung gemäß §§ 17, 19 Insolvenzordnung (InsO) müssen die Mitglieder der Geschäftsführung oder die Abwickler spätestens drei Wochen nach Eintritt des Tatbestandes einen Eröffnungsantrag auf Insolvenz stellen (§ 15a InsO).

Aufgrund finanzieller Engpässe einzelner Beteiligungsgesellschaften bzw. Arbeitsgemeinschaften sah sich das Bundesversicherungsamt veranlasst, am 11. Mai 2016 ein Rundschreiben zur Beachtung der Insolvenzordnung durch die Sozialversicherungsträger zu veröffentlichen. Dadurch sollen die Sozialversicherungsträger zur Beachtung der Insolvenzordnung durch ihre Beteiligungsgesellschaften nachdrücklich angehalten werden. Das setzt voraus, dass die Sozialversicherungsträger stets umfassend über die wirtschaftliche Lage ihrer Beteiligungsgesellschaften informiert sind, um Hinweise auf eine drohende Insolvenz rechtzeitig zu erkennen; d.h. es ist ein effektives Beteiligungsmanagement und -controlling vorzuhalten. Das Bundesversicherungsamt ist bereits bei Vorliegen einer drohenden Liquiditätslücke oder bei Überschuldung einer Beteiligungsgesellschaft unverzüglich zu informieren. Ebenso ist eine sofortige Unterrichtung erforderlich, wenn gemäß § 15a InsO ein Insolvenzantrag gestellt worden ist.

Umsatzsteuerliche Unternehmer-eigenschaft von Sozialversicherungsträgern

Durch das Steueränderungsgesetz vom 2. November 2015 (BGBl. I S. 1834) wurden die Regelungen zur Unternehmereigenschaft von juristischen Personen des öffentlichen Rechts neu gefasst. Nach § 2b Umsatzsteuergesetz (UStG) knüpft die Umsatzsteuerpflicht einer juristischen Person des öffentlichen Rechts nicht mehr an den Betrieb gewerblicher Art an. Stattdessen gilt seit dem 1. Januar 2017 eine juristische Person des öffentlichen Rechts nur dann nicht als Unternehmer im Sinne des § 2 UStG, soweit sie Tätigkeiten ausübt, die ihr im Rahmen der öffentlichen Gewalt obliegen, keine größere Wettbewerbsverzerrung vorliegt und

keine weitere Ausnahme des § 2b UStG zutrifft. Das bedeutet, dass juristische Personen des öffentlichen Rechts seit 1. Januar 2017 grundsätzlich Unternehmer im Sinne des UStG sind, wenn sie nicht hoheitlich handeln. Diese Neuregelung der Umsatzsteuerpflicht hat Auswirkungen auf die umsatzsteuerliche Beurteilung des gesamten wirtschaftlichen Handelns eines Sozialversicherungsträgers. Alle Geschäftsbereiche eines Sozialversicherungsträgers, die Einnahmen erzielen, können ggf. umsatzsteuerpflichtig werden. Das betrifft alle Einnahmen, die nicht aus Beiträgen generiert werden. Dazu gehören Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Verkäufen, Personalgestellungen, etc. Unter Einnahmen sind nicht nur Geldeinnahmen, sondern zum Beispiel auch Sachspenden von Sponsoren zu verstehen. Das Optionsrecht in § 27 Absatz 22 Satz 3 UStG eröffnete jedoch auch den Sozialversicherungsträgern die Möglichkeit, bis zum 1. Januar 2021 umsatzsteuerlich weiterhin nach altem Recht behandelt zu werden. Die Inanspruchnahme dieses Optionsrechts musste bis zum 31. Dezember 2016 gegenüber dem zuständigen Finanzamt erklärt werden.

Aufgrund der Auswirkungen der Änderungen im Umsatzsteuerrecht für die Sozialversicherungsträger hat das Bundesversicherungsamt mit Rundschreiben vom 30. August 2016 den bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern empfohlen, alle Unternehmensbereiche zu prüfen, die Einnahmen erzielen und ggf. umsatzsteuerpflichtig sein könnten. Diese umfassende Prüfung sollte bis Jahresende 2016 vorgenommen werden, um rechtzeitig über die Ausübung des Optionsrechts entscheiden zu können.

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 Bundesversicherungsamtes unter der Rubrik „Finanzen und Vermögen“ abrufbar ist. Dieser umfasst neben den Ausführungen zu den verfahrenstechnischen Fragen und der Erläuterung der für die Prüfung vorzulegenden Unterlagen insbesondere Hinweise zu den Themenkomplexen Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen, Vergaberecht, Grunderwerb und Einräumung von Erbbaurechten sowie zu der Bemessung von Büro-räumflächen. Im Jahr 2016 wurde für Immobilienmaßnahmen einschließlich der Darlehensfinanzierungen ein Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 161,5 Millionen Euro genehmigt bzw. angezeigt:

Immobilienmaßnahmen der Sozialversicherungsträger nach § 85 SGB IV			
Anlage-gegenstand	Anlagevolumen in Millionen Euro		
	2014	2015	2016
Genehmigungen			
Darlehen	35,3	34,4	21,3
Grunderwerbe	29,3	1,1	21,2
Baumaßnahmen	32,8	88,3	21,0
Anzeigen			
Darlehen	-	-	40
Zuschüsse	12,6	28,3	18,9
Baumaßnahmen	52,6	5,3	39,1
Summe	162,6	157,4	161,5

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

Maßnahmenbereich	2014	2015	2016
Genehmigungen von Darlehen	109	75	73
Genehmigungen von Grunderwerben	5	1	3
Genehmigungen von Baumaßnahmen	12	7	7
Anzeigen von Darlehen	-	-	2
Anzeigen von Zuschüssen	62	68	72
Anzeigen von Baumaßnahmen	16	2	7
	204	154	164

Im Jahr 2016 hat das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über insgesamt 66 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von 770,5 Millionen Euro geführt (2015: 66 laufende Projekte mit 791,5 Millionen Euro Volumen; 2014: 63 laufende Projekte mit 765,5 Millionen Euro Volumen). Bei fünf Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt 20,9 Millionen Euro hat das Bundesversicherungsamt die Abschlussberichte geprüft (2015: 2 Projekte mit 3,9 Millionen Euro Volumen; 2014: 12 Projekte mit 75,2 Millionen Euro Volumen).

Rechtsgutachten zur Gewährung gemeinnütziger Darlehen

Das Bundesversicherungsamt hat ein Rechtsgutachten zum Thema „Gewährung eines gemeinnützigen Darlehens nach § 83 Abs. 1 Nr. 7 SGB IV“ bei Professor Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer in Auftrag gegeben. Anlass war die streitige Rechtsfrage, ob der Begriff der „Gemeinnützigkeit“ steuerrechtlich im Sinne der Abgabenordnung (AO), so die überwiegende Literaturmeinung, oder sozialrechtlich im Sinne der gesetzlichen Aufgabenerfüllung nach § 30 SGB IV, so die bisherige Auffassung unter anderem des Bundesversicherungs-

amtes, auszulegen ist. Die Rechtsfrage ist Gegenstand eines sozialgerichtlichen Rechtsstreits.

Nach § 83 Abs. 1 Nr. 7 SGB IV kann die Rücklage in Beteiligungen an gemeinnützigen Einrichtungen, soweit die Zweckbestimmung der Mittelhingabe vorwiegend den Aufgaben des Sozialversicherungsträgers dient, sowie in Darlehen für gemeinnützige Zwecke angelegt werden. Professor Steinmeyer kommt in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass die Gewährung gemeinnütziger Darlehen nach § 83 Abs. 1 Nr. 7 SGB IV im Zusammenhang mit der gesetzlichen Aufgabenerfüllung des jeweiligen Sozialversicherungsträgers stehen muss. Nach § 30 Abs. 1 SGB IV dürfen Sozialversicherungsträger nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben sowie die Verwaltungskosten verwenden. Es kommt auf die Versichertengemeinschaft des jeweiligen Sozialversicherungsträgers an. Die Pflicht zur Zusammenarbeit nach § 86 SGB X ist zu berücksichtigen. Der Gutachter unterstützt somit die vom Bundesversicherungsamt vertretene Auslegung im sozialrechtlichen Sinn.

Nicht angewendet werden kann, so der Gutachter in Übereinstimmung mit dem Bundesversicherungsamt, der steuerrechtliche Katalog des § 52 Abs. 2 AO. Darlehen, die jenseits ihres Aufgabenbereichs liegen, z.B. Darlehen zur Förderung des Hundesports (§ 52 Abs. 2 Satz 1 Nr. 23 AO), sollen Sozialversicherungsträger

nicht vergeben dürfen. Das Gutachten legt dar, dass das Sozialrecht anderen Zwecken und Aufgaben dient als das Steuerrecht.

Nach § 80 Abs. 1 SGB IV sind die Mittel des Versicherungsträgers so anzulegen und zu verwalten, dass ein Verlust ausgeschlossen erscheint (Grundsatz der Sicherheit der Anlage), ein angemessener Ertrag erzielt wird und eine ausreichende Liquidität gewährleistet ist. Diese Kriterien sind, so der Gutachter, auch bei der Gewährung gemeinnütziger Darlehen zu beachten.

6.2 Digitalisierung in der Sozialversicherung

Rechtliche und technische Anforderungen für die Übermittlung von Anzeigen zur Auftragsdatenverarbeitung gem. § 80 Abs. 3 SGB X per De-Mail

Das Bundesversicherungsamt hat 2016 einen De-Mail-Zugang für Anzeigen von Auftragsdatenverarbeitung gemäß § 80 Absatz 3 SGB X eröffnet. Für eine solche Übermittlung mittels De-Mail sind zwei Voraussetzungen zu beachten: Zum einen dürfen keine besonders schutzbedürftigen Informationen auf diesem Wege übermittelt werden und zum anderen muss als Versandart eine sogenannte absenderbestätigte De-Mail

gewählt werden. Was den Schutzbedarf der zu übermittelnden Daten anbelangt, ist zu berücksichtigen, dass die De-Mail zwar durch die Transportverschlüsselung einen gewissen Vertraulichkeitsschutz bietet, dieser aber nach Ansicht der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit für besonders schutzbedürftige Daten wie z. B. Gesundheitsdaten nicht ausreicht. Soweit die Anzeigunterlagen nach Einschätzung des Sozialversicherungsträgers eines besonderen Schutzes bedürfen, hier z. B. besonders sensible Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse, ist eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung erforderlich (vgl. die mittlerweile aktualisierte Handreichung der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zur datenschutzgerechten Nutzung von De-Mail vom 22. März 2017). Eine solche Verschlüsselungsmöglichkeit ist zwischenzeitlich vom Bundesversicherungsamt eingerichtet worden. Ein entsprechender Schlüssel wurde in der De-Mail-Infrastruktur hinterlegt (vgl. aktualisiertes Rundschreiben vom 8. Mai 2017 unter <http://www.bundesversicherungsamt.de/aufsicht/datenverarbeitungdatenschutz>). Alternativ könnte in diesen besonderen Fällen weiterhin der Postweg genutzt werden.

Zur besonderen Versandart ist als Ausgangspunkt der § 80 Absatz 3 SGB X zu nennen. Hier ist für Anzeigen von Auftragsdatenverarbeitungen die Schriftform gesetzlich vorgegeben. Gemäß § 36a Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 SGB I kann eine angeordnete Schriftform bei Anzeigen durch Versendung eines elektronischen Dokuments per De-Mail ersetzt werden, wenn ein Verfahren gemäß der Vorgaben in § 5 Absatz 5 De-Mail-Gesetz gewählt wird. Danach müssen die sogenannten Diensteanbieter eine sichere Anmeldung durch den Absender ermöglichen und eine solche mittels qualifizierter elektronischer Signatur auch bestätigen. Aus diesem Grund wird diese Versandart auch als absenderbestätigt bezeichnet.⁶

⁶ (vgl. ausführlich Bundesministerium des Inneren: Minikommentar zum Gesetz zur Förderung der elektronischen Verwaltung sowie zur Änderung weiterer Vorschriften; Quelle: http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/IT-Netzpolitik/E-Government/E-Government-Gesetz/e-government-gesetz_node.html, letzter Zugriff: 13.02.2017).

6.3 Vergabe

Beschaffungsrichtlinien geprüft

Von Oktober 2014 bis April 2016 hat das Bundesversicherungsamt die Beschaffungsrichtlinien der seiner Aufsicht unterstehenden 67 gesetzlichen Krankenkassen, eines Rentenversicherungsträgers sowie von vier Arbeitsgemeinschaften geprüft. Außerdem hat es sich im Berichtszeitraum mit Beschaffungsrichtlinien von fusionierten Berufsgenossenschaften befasst.

Ziel war es, den geprüften Einrichtungen Empfehlungen zur Optimierung der vorhandenen Beschaffungsrichtlinien an die Hand zu geben, um den zielgerichteten und rechtskonformen Umgang mit dem Vergaberecht zu unterstützen und zu fördern. In aller Regel wurde dieses „Prüfangebot“ gerne angenommen.

Die Prüfung erfolgte in enger Abstimmung mit dem Prüfdienst der Kranken- und Pflegeversicherung (s. dortigen Beitrag „Vergaberecht“).

Nahezu alle bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen wie auch die anderen geprüften Sozialversicherungsträger und Arbeitsgemeinschaften verfügen inzwischen über Beschaffungsrichtlinien. Abgesehen von Einzelfällen bieten sie ein gutes Fundament für vergaberechtskonforme Beschaffungen. Insbesondere größere Sozialversicherungsträger haben sich gute und detaillierte Regelungen gegeben, die häufig praktische Anweisungen zu den internen Zuständigkeiten bis hin zu einer Qualitätskontrolle enthalten.

Doch auch kleinere Mängel waren festzustellen. Stellvertretend seien folgende Ergebnisse der Prüfung hervorgehoben:

In Einzelfällen fiel negativ auf, dass Krankenkassen in der Regel über die Trägerunternehmen Waren und Dienstleistungen bezogen und nur in geringem Maße Vergabeverfahren durchführten. Indessen sind die Sozialversicherungsträger als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung dem strikten Neutralitätsgebot verpflichtet. Daher ist die Beziehung zu einem Trägerunternehmen vergaberechtlich ohne Relevanz, sodass potenzielle Bieter nicht von vornherein ausgeschlossen werden dürfen.



Häufig enthielten die Beschaffungsrichtlinien gesetzlicher Krankenkassen Regelungen, wonach bei Auftragswerten zwischen 500 Euro und 25.000 Euro kein oder ein vereinfachtes Vergabeverfahren durchgeführt werden müsse. Im Rahmen der Prüfung wurden diese Krankenkassen darauf aufmerksam gemacht, dass das Vergaberecht im Unterschwellenbereich einer simplifizierten Lösung entgegensteht. So lässt sich ein sogenannter Direktkauf gem. § 3 Abs. 6 VOL/A bei einem Auftragswert über 500 Euro nicht rechtfertigen, und nach § 3 Abs. 1 Satz 4 VOL/A sollen mindestens drei Bewerber zur Abgabe eines Angebots aufgefordert werden.

Die Prüfung der Beschaffungsrichtlinien bot generell Gelegenheit für einen Hinweis auf die bereits im Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom 30. April 2014 dokumentierte Aufsichtspraxis, wonach bis zu einem Auftragswert von 25.000 Euro aufsichtsrechtlich nicht interveniert wird, wenn der Sozialversicherungsträger einen Auftrag freihändig vergibt.

Wiederholt ließen die vorgelegten Beschaffungsrichtlinien Aussagen zu den vergaberechtlichen Dokumentationspflichten vermissen. In diesen Fällen wurden die Sozialversicherungsträger auf die in den einschlägigen Bestimmungen enthaltenen vergaberechtlichen Mindestanforderungen an eine Vergabedokumentation hingewiesen.

Rechtlich nicht vorgeschrieben, aber einem öffentlichen Auftraggeber als Instrument wirtschaftlicher und rechtskonformer Auftragsvergaben zu empfehlen, sind zentrale Vergabestellen. Die Anregung, Vergabestellen zu schaffen, wurde denjenigen Sozialversicherungsträgern gegeben, die im Zeitpunkt der Prüfung der Beschaffungsrichtlinien nicht über derartige Einrichtungen verfügten.

Die Prüfung der Beschaffungsrichtlinien erfolgte auf Grundlage des alten Rechtszustandes. Sowohl der Oberschwellen- als auch der Unterschwellenbereich haben inzwischen grundlegende Änderungen erfahren.

Vergaberecht im Wandel

Der Gesetzgeber ist mit der Modernisierung des Vergaberechts seiner Verpflichtung zur Transforma-

tion verschiedener europäischer Richtlinien in nationales Recht nachgekommen. Das entsprechende Regelwerk des Kartellvergaberechts, das Anwendung findet, wenn der Auftragswert den maßgeblichen EU-Schwellenwert erreicht oder überschreitet, ist zum 18. April 2016 in Kraft getreten. Während insbesondere der 4. Teil des GWB (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen) sowie die Vergabeverordnung umfassend novelliert worden sind, galt es von der VOL/A-EG und der VOF Abschied zu nehmen, deren Anwendungsgebiet im Wesentlichen nun in der Vergabeverordnung behandelt wird. Für den Aufsichtsbe- reich des Bundesversicherungsamtes hervorzuheben sind nach dem Wegfall des früheren Begriffspaares der prioritären und der nicht prioritären Dienstleistungen die besonderen Bestimmungen für öffentliche Aufträge über soziale und andere besonderen Dienstleistungen. Darunter sind beispielsweise die Aufträge über gesundheitsbezogene Dienstleistungen zu subsumieren. Für Aufträge über soziale Dienstleistungen gilt abweichend vom sonstigen Kartellvergaberecht etwa ein anderer, nämlich höherer Schwellenwert. Der öffentliche Auftraggeber kann außerdem neben dem offenen und dem nicht offenen Verfahren zwischen dem Verhandlungsverfahren mit Teilnahmewettbewerb, dem wettbewerblichen Dialog und der Innovationspartnerschaft wählen.

Die Reform des Unterschwellenbereichs ist hingegen noch nicht abgeschlossen. Hier sind die weiteren Entwicklungen abzuwarten

Das Bundesversicherungsamt wird im Sinne seiner dialogorientierten Aufsichtspraxis die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger über die wesentlichen Änderungen im neuen Recht informieren. Das erfolgt zum einen durch das seit vielen Jahren bewährte Instrument der Rundschreiben, zum anderen steht das Bundesversicherungsamt für Fragen zum Verständnis und zur Auslegung des neuen Rechts zur Verfügung.

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 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.

Nach Auswertung der Ergebnisse dieser Schätzung wird der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V für das Folgejahr vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegt und jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres bekannt gemacht. Die Schätzung dient ebenso als Grundlage für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach den §§ 266 und 270 SGB V sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V. Für das Jahr 2017 erwartet der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 214,7 Milliarden Euro. Darin enthalten ist ein Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Milliarden Euro sowie eine Zuführung aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 1,5 Milliarden

Euro. Die voraussichtlichen zuweisungsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen in 2017 betragen laut Schätzerkreis 229 Milliarden Euro. Damit unterschreiten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die zu erwartenden Ausgaben der Krankenkassen um 14,4 Milliarden Euro. Das Bundesministerium für Gesundheit hat nach Auswertung der Ergebnisse den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2017 wie bereits auch für 2016 auf 1,1 % festgesetzt. Bei dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz handelt es sich um eine rechnerische Größe für die Gesetzliche Krankenversicherung insgesamt. Die kassenindividuellen Zusatzbeitragsätze werden demgegenüber auf der Grundlage der einzelnen Haushaltspläne von den Selbstverwaltungen der Krankenkassen festgelegt. Schätzergebnisse, Berichte und weitere Informationen stellt das Bundesversicherungsamt unter <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/schaetzerkreis.html> zur Verfügung.

1.2 Gesundheitsfonds

1.2.1 Allgemeines

Der Gesundheitsfonds nach § 271 SGB V ist ein vom Bundesversicherungsamt verwaltetes Sondervermögen, in das alle für die Finanzierung der Krankenversicherung vorgesehenen Mittel fließen. Hierzu gehören in erster Linie die von den Krankenkassen eingezogenen Krankenversicherungsbeiträge aus dem allgemeinen einheitlichen Beitragssatz und den kassenindividuellen Zusatzbeitragsätzen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Krankenversicherungsbeiträge für Rentner und die Minijob-Zentrale Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ab. Weitere Direktzahler sind die Bundesagentur

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

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

Die Gesamthöhe der Zuweisungen an die Krankenkassen legt das Bundesversicherungsamt im Herbst des Vorjahres verbindlich fest. Grundlage hierfür ist die Prognose des Schätzerkreises. Diese Schätzung liefert auch die Grundlage für die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen als maßgebliche Berechnungsgröße des Einkommensausgleichs.

1.2.2 Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

Das Jahr 2016 hat der Gesundheitsfonds mit einem Überschuss der Ausgaben in Höhe von rund 864,0 Millionen Euro abgeschlossen, davon entfallen rund 278,6 Millionen Euro auf den Saldo des Einkommensausgleichs. Den Einnahmen in Höhe von rund 219,7 Milliarden Euro stehen Ausgaben in Höhe von rund 220,54 Milliarden Euro gegenüber. Der überwiegende Teil der Einnahmen entfällt mit rund 205,8 Milliarden Euro auf Beitragseinnahmen (einschließlich Zusatzbeiträge), die sonstigen Einnahmen (Bundeszuschuss, Zinsen und Übrige Einnahmen) belaufen sich auf 13,9 Milliarden Euro. Von den Ausgaben entfallen rund 220,3 Milliarden Euro auf Zahlungen an die Krankenkassen (Zuweisungen und Zahlungen aus dem Einkommensausgleich), rund 152,7 Millionen Euro

auf die Zuführungen aus der Liquiditätsreserve an den Innovations- und den Strukturfonds und rund 52,0 Millionen Euro auf die Netto-Verwaltungskosten. Diese setzen sich aus der Einzugskosten-Vergütung der Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rund 36,0 Millionen Euro, den Kosten für Beitragsprüfungen von 5,4 Millionen Euro, den sonstigen Vergütungen an andere von rund 2,7 Millionen Euro, den DMP-Vorhaltekosten von 1,5 Millionen Euro sowie den originären Verwaltungskosten des Bundesversicherungsamtes von rund 6,5 Millionen Euro zusammen. Einzelheiten zu den Rechnungsergebnissen des Gesundheitsfonds können dem jährlichen erscheinenden Begleitbericht zur Jahresrechnung entnommen werden (<http://www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds/finanzergebnisse/amtliche-statistiken.html>).

Rechnungsergebnis 2016 des Gesundheitsfonds in Euro (lt. KJ 1)

Beitragseinnahmen	205.815.662.288,41
davon aus Zusatzbeiträgen:	13.885.798.930,39
Sonstige Einnahmen (z.B. Bundeszuschuss, Zinsen)	13.858.435.127,64
Einnahmen gesamt	219.674.097.416,05
Zahlungen an Krankenkassen	220.333.382.812,16
davon für Einkommensausgleich:	14.164.429.832,07
Verwaltungskosten	52.031.336,25
Zuführung an Innovations- und Strukturfonds	152.673.566,17
Ausgaben gesamt	220.538.087.714,58
Überschuss der Ausgaben	-863.990.298,53

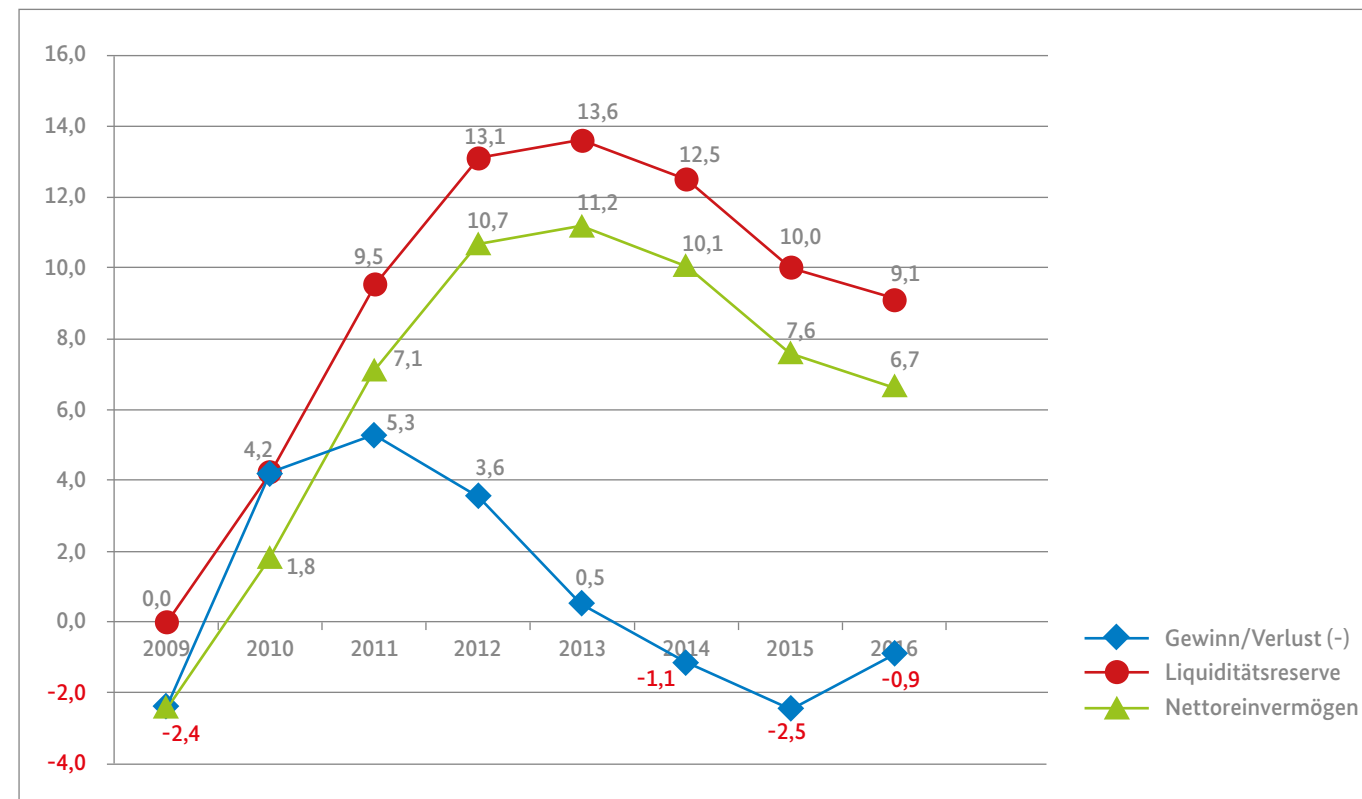
Der Ausgabenüberschuss des Jahres 2016 führt zu einem weiteren Abbau des Vermögens des Gesundheitsfonds. Der buchmäßige Wert der Liquiditätsreserve beläuft sich zum 31. Dezember 2016 auf 9,1 Milliarden Euro. Unter Berücksichtigung des Defizits des Jahres 2009 in Höhe von 2,4 Milliarden Euro, das nach Buchungsbestimmungen dauerhaft in der Vermögensrechnung auszuweisen ist, beläuft sich das

Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds zum 31. Dezember 2016 auf 6,7 Milliarden Euro.

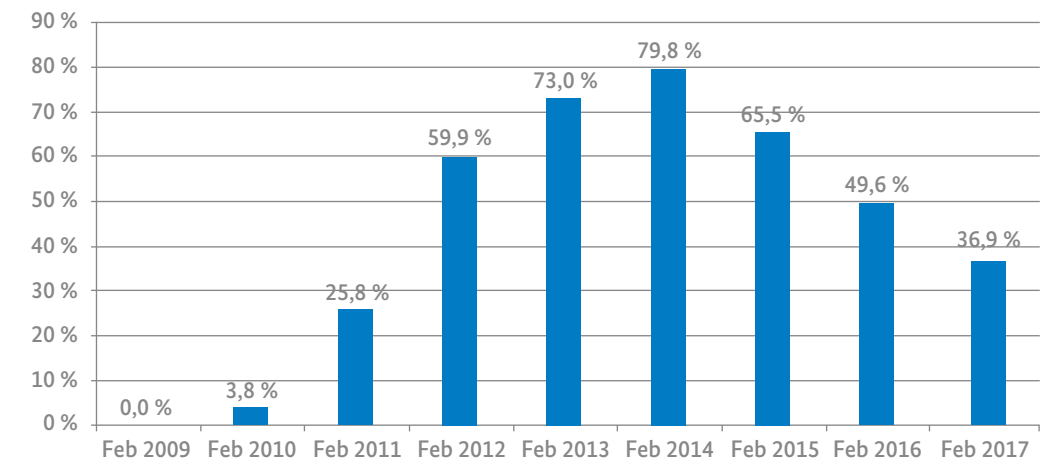
Die monatlichen Zahlungen an die Krankenkassen erfolgen regelmäßig im Zeitraum vom 16. des Ausgleichsmonats bis zum 15. des darauf folgenden Monats, so dass der monatliche Zuweisungsanspruch einer Krankenkasse spätestens zum 15. des Folgemonats erfüllt wird. Innerhalb eines Auszahlungsmonats zahlt der Gesundheitsfonds Teilbeträge auf den monatlich festgestellten Zuweisungsbetrag einer Krankenkasse aus. Dazu schüttet der Gesundheitsfonds arbeitstäglich seine Einnahmen an die Krankenkassen

aus. Die konkrete Höhe der täglichen Zuweisungen hängt von der Höhe der täglichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und somit von den Fälligkeitsterminen der verschiedenen Beitragsarten und des Bundeszuschusses ab.

Der Gesundheitsfonds verwendet am ersten Tag eines Auszahlungsmonats den überwiegenden Teil seiner liquiden Mittel zur Auszahlung von Zuweisungen, so dass sich dieser Tag aufgrund des hohen Vermögens des Gesundheitsfonds seit einigen Jahren als der auszahlungsstärkste Tag innerhalb eines Auszahlungsmonats etabliert hat.



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



Aus der obigen Abbildung wird deutlich, dass aufgrund des Vermögensabbaus und einer geänderten Geldanlagestrategie des Gesundheitsfonds die Krankenkassen am 1. Tag des Auszahlungsmonats Februar 2017 „nur“ noch 36,9 % ihrer monatlichen Zuweisungssumme erhielten, während dieser Anteil im Februar 2014 noch bei 79,8 % lag.

1.2.3 Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds

Die Prüfung der Beitragsverwaltung, des Beitragseinzugs und der Beitragsweiterleitung ist in verschiedenen Vorschriften geregelt. 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 auf die Krankenversicherung entfallenden Anteile am Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Die entsprechenden Vor-Ort-Prüfungen wurden im Jahr 2016 flächendeckend bei rund 200 Prüfstellen durchgeführt. Der Bereich der sonstigen Beiträge wird gem. § 252 Absatz 5 SGB V durch die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen geprüft. Die Prüfungen werden von allen Prüfdiensten turnusmäßig vorgenommen, die Prüfberichte erhält das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds, das bei

Pflichtverletzungen der Einzugsstellen durch Bescheid Schadensersatz zu Gunsten des Gesundheitsfonds geltend macht.

Eine Krankenkasse erhob dabei Klage vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, die die Frage einer etwaig eingetretenen Verjährung zum Gegenstand hatte. Die Krankenkasse vertrat dabei die Auffassung, dass durch den Beginn einer Prüfung keine Hemmung der Verjährungsfristen eintreten würde. Demgegenüber vertrat das Bundesversicherungsamt die Auffassung, dass mit Beginn der Prüfung eine entsprechende Hemmung der Verjährung eintrete. Im Laufe des Verfahrens hat die Krankenkasse die Klage zurückgenommen und das Prüfergebnis gegen sich gelten lassen. Der Gesetzgeber hat diesen Sachverhalt aufgegriffen und mit der Ergänzung des § 25 Abs. 2 SGB IV, der die Verjährung bei Beitragsansprüchen regelt, Rechtsklarheit geschaffen.

Nach § 251 Abs. 5 SGB V und § 60 Abs. 3 SGB XI ist das Bundesversicherungsamt für die Prüfung der Beitragszahlung der Bundesagentur für Arbeit und der zugelassenen kommunalen Träger für die Bezieher von Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II zuständig. Die örtlichen Erhebungen werden dabei durch Prüfteams von drei Krankenkassen und eines Landesverbands im Auftrag des Bundesversicherungsamtes durchgeführt. Auf Grundlage der Prüfergebnisse werden Beiträge zur

Kranken- und Pflegeversicherung nachgefordert sowie Säumniszuschläge erhoben. 2016 wurden, wie auch im Vorjahr, insgesamt 38 Einrichtungen (vier Agenturen für Arbeit, 28 gemeinsame Einrichtungen und sechs zugelassene kommunale Träger) geprüft. Die sich daraus ergebenden Beitragsnachforderungen und Säumniszuschläge für die Kranken- und Pflegeversicherung belaufen sich auf ca. 11,5 Millionen Euro.

Die Entwicklung der Beitragseinnahmen und die Entwicklung der Beitragsrückstände für den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags sowie der sonstigen Beiträge werden auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes veröffentlicht (<http://www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds/beitragsaufkommen-und-rueckstaende.html>).

1.3 Risikostrukturausgleich

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 wür-

de, 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

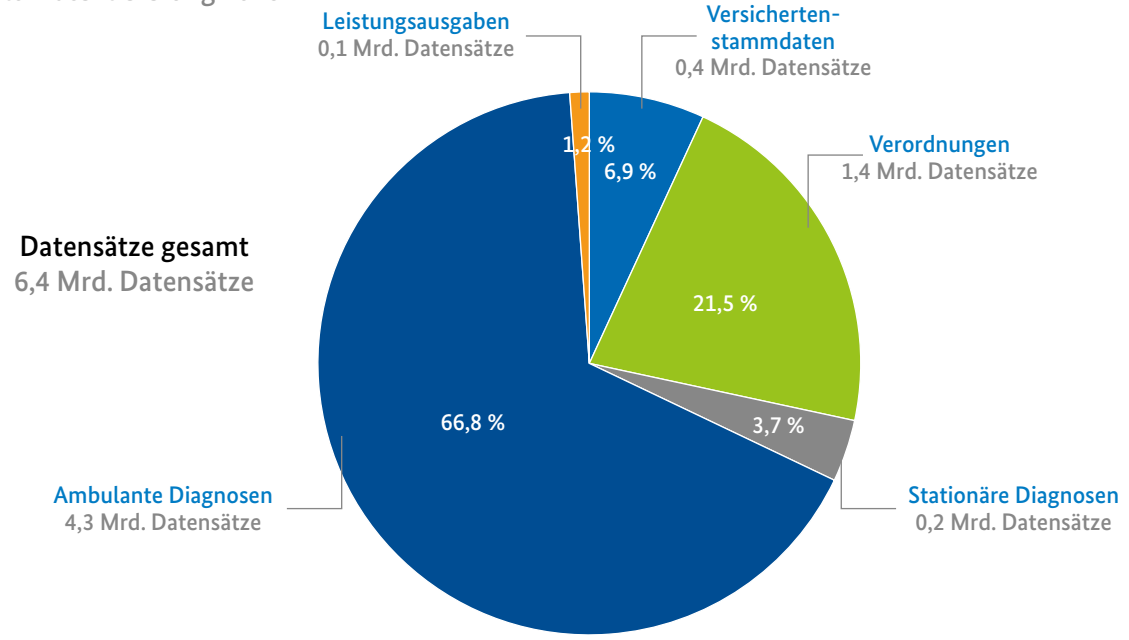
- alters- und geschlechtsadjustierte Zu- und Abschläge für 40 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG),
- risikoadjustierte Zuschläge für sechs Erwerbsminderungsgruppen (EMG),
- risikoadjustierte Zuschläge für 197 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) (im Jahr 2016),
- Krankengeldzuschläge differenziert nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentenstatus, sowie
- gesonderte Regelungen zur Ermittlung der Zuschläge für Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben, und Zuschläge für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland.

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 je Versicherten und die standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen.

Das Bundesversicherungsamt berechnet die Höhe der Zuweisungen und führt den Zahlungsverkehr durch (§ 39 Abs. 1 RSAV). Das Verfahren ist als monatliches Abschlagsverfahren mit drei Strukturanpassungen und einem abschließenden Jahresausgleich ausgestaltet. Grundlage für die Berechnungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind umfangreiche Datenmeldungen der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt, da die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von sämtlichen abgerechneten ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen erfasst wird. Insgesamt wurden im Jahr 2016 mehr als 6,4 Milliarden Datensätze angenommen und verarbeitet.

Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als monatliche Abschlagszahlungen. Dabei findet jeden Monat eine Anpassung an veränderte Versichertenzahlen statt. 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.

Schaubild Datenlieferung 2016



1.3.2 Monatliches Abschlagsverfahren 2016

Die Berechnungswerte für das Abschlagsverfahren 2016 hatte das Bundesversicherungsamt bereits mit der „Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2016“ am 13. November 2015 veröffentlicht. Die Grundpauschale je Versicherten wurde für 2016 auf Basis des im vorangegangenen Schätzerkreises ermittelten Gesamt-Zuweisungsvolumens für 2016 mit monatlich rund 243 Euro bekanntgegeben.

Die folgende Tabelle zeigt die Zuweisungen 2016 nach der zweiten Strukturanpassung. Die Zuweisungen für das Ausgleichsjahr 2016 werden nochmals im Rahmen der dritten Strukturanpassung im März 2017 und endgültig im Rahmen des Jahresausgleichs im November 2017 angepasst.

Wie hier deutlich wird, werden die Zuweisungen bezogen auf die im Schätzerkreis erwarteten Ausgaben für Pflichtleistungen, Verwaltungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen ermittelt. Da das Ge-

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2016 (einschließlich 1. und 2. Strukturanpassung)						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 40 RSAV	Gesamt
AOK	80,1 Mrd. €	3,9 Mrd. €	0,501 Mrd. €	0,419 Mrd. €	-5,1 Mrd. €	79,7 Mrd. €
BKK	27,5 Mrd. €	1,5 Mrd. €	0,213 Mrd. €	0,112 Mrd. €	-2,1 Mrd. €	27,2 Mrd. €
VdEK	79,4 Mrd. €	4,0 Mrd. €	0,553 Mrd. €	0,340 Mrd. €	-5,7 Mrd. €	78,6 Mrd. €
IKK	13,9 Mrd. €	0,7 Mrd. €	0,106 Mrd. €	0,063 Mrd. €	-1,1 Mrd. €	13,8 Mrd. €
KBS	6,8 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,033 Mrd. €	0,041 Mrd. €	-0,4 Mrd. €	6,8 Mrd. €
GKV	207,8 Mrd. €	10,4 Mrd. €	1,406 Mrd. €	0,975 Mrd. €	-14,4 Mrd. €	206,2 Mrd. €

samt-Zuweisungsvolumen jedoch auf die Höhe der für 2016 erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds zu begrenzen ist, wird bereits im monatlichen Abschlagsverfahren eine mitgliederbezogene Veränderung in Form einer Kürzung der Zuweisungen vollzogen.

1.3.3 Jahresausgleich 2015

Im November 2016 erfolgte die abschließende Feststellung der Zuweisungen für das Jahr 2015

(Jahresausgleich 2015). Insgesamt wurden den Krankenkassen rund 198,3 Milliarden Euro über den Risikostrukturausgleich zugewiesen. Die endgültige Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten ist der folgenden Übersicht zu entnehmen.

Dem zugesagten Zuweisungsvolumen für 2015 in Höhe von rund 198,3 Milliarden Euro standen tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von mehr als 209,1 Milliarden Euro gegenüber. In der Summe

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2015						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen – Pandemie	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 40 RSAV	Gesamt
AOK	75,443 Mrd. €	3,799 Mrd. €	0,324 Mrd. €	0,389 Mrd. €	-3,783 Mrd. €	76,2 Mrd. €
BKK	29,292 Mrd. €	1,632 Mrd. €	0,154 Mrd. €	0,118 Mrd. €	-1,762 Mrd. €	29,4 Mrd. €
VdEK	72,161 Mrd. €	3,859 Mrd. €	0,350 Mrd. €	0,292 Mrd. €	-4,181 Mrd. €	72,5 Mrd. €
IKK	13,423 Mrd. €	0,753 Mrd. €	0,071 Mrd. €	0,057 Mrd. €	-0,827 Mrd. €	13,5 Mrd. €
KBS	6,631 Mrd. €	0,300 Mrd. €	0,022 Mrd. €	0,038 Mrd. €	-0,289 Mrd. €	6,7 Mrd. €
GKV	196,950 Mrd. €	10,344 Mrd. €	0,921 Mrd. €	0,894 Mrd. €	-10,842 Mrd. €	198,3 Mrd. €

über alle Krankenkassen deckte das zugesagte Zuweisungsvolumen 94,8 % der Ausgaben. Daraus resultiert eine mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen in Form einer Kürzung in Höhe von rund 10,8 Milliarden Euro.

Wie vom Gesetzgeber vorgegeben, hat das Bundesversicherungsamt im November 2016 zeitgleich mit dem Jahresausgleich 2015 auch eine Korrektur des Vorjahres durchgeführt. Hierbei erfolgte eine Neuberechnung von Zuweisungen auf Grundlage der Korrekturmeldungen der Krankenkassen von Versicherungentagen und -status für das Jahr 2014. In diesem Bereich können sich aus verschiedenen Gründen auch nachträglich noch Änderungen ergeben. Das Verfahren ermöglicht daher eine einmalige Korrektur dieser Daten.

1.3.4 Weiterentwicklung

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

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

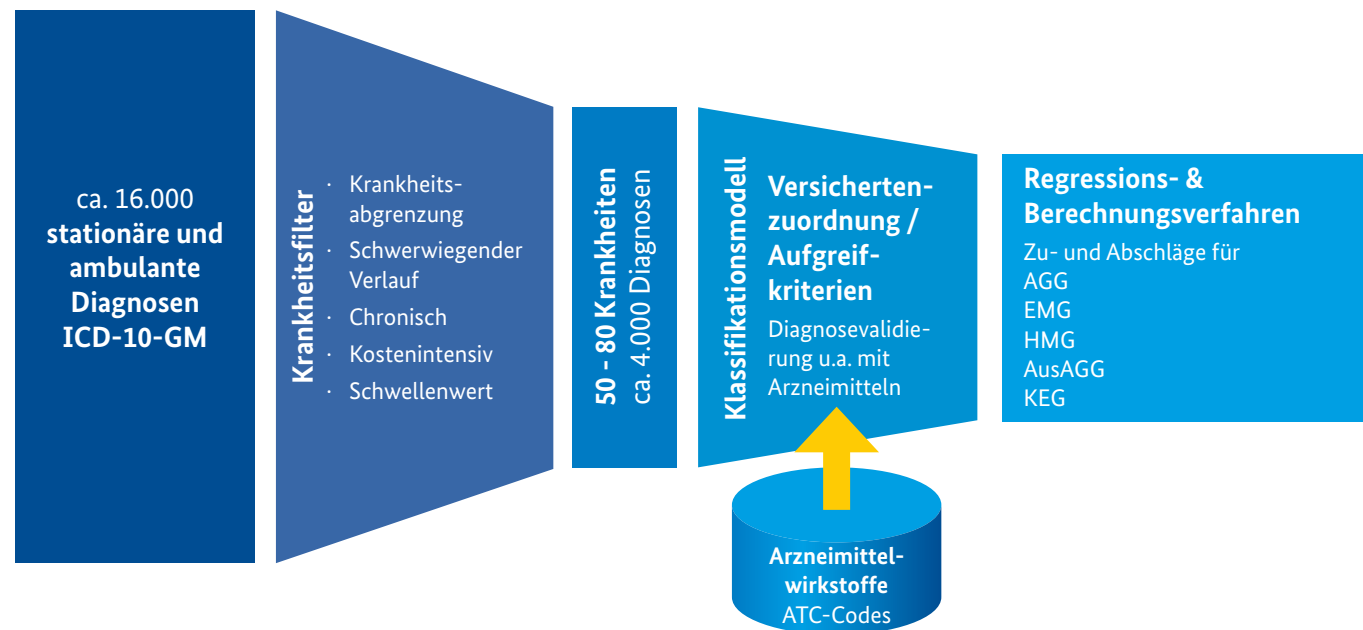
Bei diesen Fragen wird das Bundesversicherungsamt vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beraten. Dem Beirat gehören Prof. Dr. Saskia Drösler (stv. Vorsitzende), Prof. Dr. Edeltraut Garbe, Prof. Dr. Joerg Hasford, Dr. Ingrid Schubert, Prof. Dr. Volker Ulrich, Prof. Dr. Jürgen Wasmann (Vorsitzender) und Prof. Dr. Eberhard Wille an. Dem Wissenschaftlichen Beirat obliegt die jährliche Überprüfung der Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten. Das Ergebnis dieser Überprüfung stellt eine Empfehlung dar, auf dessen Grundlage das Bundesversicherungsamt die entsprechenden Festlegungen nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes zu treffen hat.

Basierend auf den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats für die im Ausgleichsjahr 2017 zu berücksichtigenden Krankheiten war bereits am 16. Dezember 2015 der erarbeitete Festlegungsentwurf in das vorgesehene Anhörungsverfahren gegeben worden. Aus rund 16.000 Codes nach der amtlichen Diagnoseklassifikation ICD-10-GM (International Classification of Diseases, German Modification) wurden 360 Krankheiten gebildet. Nach Auswertung der Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes und weiterer Verbände und Institutionen hat das Bundesversicherungsamt am 29. Februar 2016 die nach § 31 Absatz 1 Satz 2 RSAV zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2017 festgelegt und bekannt gegeben. Bei dieser Krankheitsauswahl sind im Vergleich zum Vorjahr die drei Krankheiten „Adipositas (mit Krankheitsbezug)“, „Peptische Ulkuserkrankungen“ sowie „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ entfallen bzw. „Agranulozytose und Neutropenie“, „Akute schwere Lebererkrankung“ sowie „Gastrointestinale Blutungen und gastrointestinale Varizen“ ergänzt worden.

Weiter werden nach den Grundsätzen des § 29 RSAV mit dem vom Bundesversicherungsamt festzulegenden Versichertenklassifikationsmodell Risikozuschläge auf der Grundlage von Diagnosen und verordneten Arzneimitteln bzw. deren Arzneimittelwirkstoffen ermittelt. Der Wissenschaftliche Beirat hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2016 einen Vorschlag für die Anpassung des vom Bundesversicherungsamt ausgewählten Modells beraten und beschlossen.

Der auf Grundlage der Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats erarbeitete Entwurf zur Anpassung des Klassifikationsmodells für 2017 wurde am 8. Juli 2016 durch das Bundesversicherungsamt veröffentlicht und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und abschließender Beratung mit dem Wissenschaftlichen Beirat am 30. September 2016 als Festlegung für das Ausgleichsjahr 2017 bekannt gegeben. Für das Ausgleichsjahr 2017 enthält das Klassifikationsmodell insgesamt 449 Diagnosegruppen. 119 dieser Diagnosegruppen haben Arzneimittel als Aufgreifkriterium definiert. Für die Zuordnung eines Versicherten zu einer Diagnosegruppe muss hier gleichzeitig mit der entsprechenden Diagnose eine passende Arzneimittel-

Schaubild: Von der Diagnose zum Risikozuschlag



verordnung vorliegen. Alle Diagnosegruppen führen in 199 Morbiditätsgruppen, welche auf die bestehenden 26 Krankheitshierarchien verteilt bleiben. Weitergehende Informationen zum Risikostrukturausgleich werden im Internet unter <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich.html> zur Verfügung gestellt.

1.3.5 Ausblick

Mit Erlass vom 13. Dezember 2016 wurde der Wissenschaftliche Beirat vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, bis zum 30. September 2017 in einem Sondergutachten die Wirkungen des Morbi-RSA zu überprüfen sowie die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA empirisch abzuschätzen. Für die Dauer der Erstellung dieses Sondergutachtens ist der bestehende Wissenschaftliche Beirat um den niederländischen RSA-Experten Prof. Dr. Wynand van de Ven und den Wettbewerb-ökonom Prof. Achim Wambach, PhD, erweitert worden.

Um Anregungen der Krankenkassen im Sondergutachten zu berücksichtigen, wurde der GKV-Spitzenverband vom Beirat zum Untersuchungsumfang angehört.

Als eine wesentliche Grundlage für die Überprüfung der Wirkung des Morbi-RSA dienen die Ergebnisse der Evaluation des Jahresausgleichs 2009, die der Wissenschaftliche Beirat in seinem Evaluationsbericht 2011 vorgestellt hat. Auf Basis der mittlerweile weiteren abgeschlossenen Jahresausgleiche können die bisherige Wirkung des Morbi-RSA überprüft und die Auswirkungen verschiedener Ansätze zur Veränderung analysiert werden.

Der Arbeitsauftrag umfasst neben deskriptiven Auswertungen des RSA insbesondere Analysen zur Prävalenzgewichtung bzw. Wegfall der Krankheitsauswahl, zum Ausgleich von Morbiditätsrisiken im RSA (hier u. a. Analyse der Auswirkungen der Streichung des Merkmals „Erwerbsminderungsrentner“ und der DMP-Pauschale), zu unterschiedlichen Ausgabensstrukturen, zu unterschiedlichen Varianten zur Einführung eines Risikopools, zur Manipulationsresistenz, zu Präventionsanreizen im RSA, zur Berücksichtigung der Verwaltungsausgaben im RSA sowie zu möglichen Interdependenzen zwischen den jeweiligen Ansätzen.

1.3.6 Gutachten zu Auslandsversicherten und Krankengeld

Der Wissenschaftliche Beirat hatte in seinem Evaluationsbericht aus dem Jahr 2011 auf erheblichen Forschungsbedarf bei der zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland (Auslandsversicherte) hatten, hingewiesen. Der Gesetz- und Verordnungsgeber hatte dies aufgegriffen und aufgrund der Komplexität dieser Thematik mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) einen mehrstufigen Forschungs- und Analyseprozess aufgesetzt.

So war das Bundesversicherungsamt 2014 mit der Vergabe zweier explorativer Gutachten beauftragt worden, die sich näher mit den vom Beirat aufgeworfenen Fragestellungen auseinandersetzen sollten. Das Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte wurde Ende Dezember 2015 vorgelegt, das Gutachten zu Zuweisungen für Krankengeld am 31. Mai 2016. Beide Gutachten wurden vom Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen erstellt.

Auf Basis der mit den Gutachten gelieferten wissenschaftlichen Forschungsergebnisse wurden durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) die für die weitere Analyse möglicher Ausgleichsmodelle bzw. deren Bestimmungsfaktoren notwendigen zusätzlichen Datenerhebungen definiert und normiert. Das Bundesversicherungsamt hat die Entwicklung in 2016 intensiv fachlich begleitet und beratend mitgewirkt.

Weiter wurde das Bundesversicherungsamt durch das HHVG mit der Vergabe von Folgegutachten beauftragt, die die in den Erstgutachten entwickelten Modelle auf Grundlage der vorgenannten zusätzlich erhobenen Daten sowie der nach § 30 Absatz 1 RSAV erhobenen Daten überprüfen und zur Umsetzungsreife weiterentwickeln sollen.

1.3.7 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 zehn offene Verfahren am Ende des Jahres 2016.



So hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 25.10.2016 die Umsetzung der Neuregelung des GKV-FQWG zur Berechnung der Zuweisungen für Auslandsversicherte im Jahresausgleich 2013 für rechtmäßig erklärt. Die Neuregelungen des GKV-FQWG waren mit Wirkung vom 1. August 2014 in Kraft getreten. Zur Umsetzung dieser Neuregelungen hatte das Bundesversicherungsamt in den Jahresausgleichen für die Jahre 2013 und 2014 die für jedes Ausgleichsjahr vorab vorzunehmenden Festlegungen (§ 31 Abs. 4 RSAV) unterjährig an die geänderte Rechtslage angepasst. Der Klage einer Ortskrankenkasse gegen den Jahresausgleich 2013 war durch das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen mit Urteil vom 29. Oktober 2015 erstinstanzlich stattgegeben worden. Die durch das Bundesversicherungsamt eingelegte Revision beim Bundessozialgericht führte allerdings zur Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils.

Das Bundessozialgericht führt in seiner Entscheidung aus, das Bundesversicherungsamt habe rechtmäßig festgelegt, dass die Höhe der Zuweisungen für Auslandsversicherte im Rechtssinne zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben begrenzt sei auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppe. Die Rechtsänderung durch das GKV-FQWG zielt auf einen gerechteren, weniger verzerrenden Zuweisungsmodus, um dem Grundanliegen des RSA besser gerecht zu werden. Es fehle jegliche Rechtfertigung, diese Zielsetzung nicht so früh wie nach der Rechtsordnung möglich umzusetzen. Das beklagte Bundesversicherungsamt habe schon nach Wortlaut und Regelungssystem der Rechtsgrundlagen mit Blick auf die eigenständige umfassende Regelung des § 31 Abs. 5 RSAV für Auslandsfälle so verfahren dürfen.

1.3.8 Sicherung der Datengrundlagen

Grundlage für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind Datenmeldungen der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt, die u.a. die ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen umfassen. Die Prüfung dieser Daten erfolgt einerseits durch das Bundesversicherungsamt in seiner Funktion als Durchführungsbehörde auf der Grundlage des

§ 273 SGB V, andererseits finden gem. § 42 RSAV Prüfungen vor Ort durch die Prüfdienste statt. Bei der Prüfung nach § 273 SGB V unterzieht das Bundesversicherungsamt die von den Krankenkassen für ihre Versicherten gemeldeten Morbiditätsdaten einer Überprüfung, deren Ziel es ist, rechtswidrig erzeugte und gemeldete Daten zu identifizieren und die von der Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhaltenen Zuweisungen nachträglich zu kürzen. Die 2015 begonnenen Einzelfallprüfungen der Daten des Berichtsjahres 2010 nach § 273 Abs. 3 Satz 1 SGB V wurden im Jahr 2016 fortgeführt. 35 Prüfverfahren wurden inzwischen beendet, bei 15 Krankenkassen dauern die Prüfungen noch an. Darüber hinaus wird gegen sechs Krankenkassen auf der Grundlage von § 273 Abs. 3 Satz 2 SGB V wegen des Verdachts auf rechtswidrige Diagnosenacherfassung unter Berufung auf §§ 106/106a SGB V ermittelt.

Das Bundesversicherungsamt hat sich für eine Klarstellung eingesetzt, dass jede Art von Einflussnahme von Krankenkassen auf das ärztliche Kodierverhalten rechtswidrig ist und dass selektivvertragliche Regelungen, die eine Vergütung allein für die Dokumentation bestimmter Diagnosen vorsehen, beendet werden. Diesbezüglich haben die Aufsichtsbehörden im November 2016 einvernehmliche Beschlüsse gefasst. Mit dem Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) erfolgte im Jahr 2017 darüber hinaus auch eine gesetzliche Klarstellung. Mit diesem Gesetz wurde außerdem ausdrücklich klargestellt, dass unter dem Vorwand von Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen durchgeführte Nacherfassungen und Veränderungen von bereits übermittelten Diagnosen rechtswidrig sind. Ob die nacherfassten Diagnosen medizinisch korrekt sind oder nicht, spielt hierbei keine Rolle.

Im Jahr 2016 hat das Bundesversicherungsamt von zwei Krankenkassen Korrekturbeträge in Höhe von rund 9 Millionen Euro erhoben, die im Rahmen des Jahresausgleichs 2016 an die GKV ausgeschüttet werden.

1.4 Einkommensausgleich

Der Einkommensausgleich nach § 270a SGB V stellt sicher, dass die unterschiedliche Einkommensstruktur der Mitglieder der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führt. Ohne einen solchen Ausgleich würden die Krankenkassen mit identischen Zusatzbeitragssätzen unterschiedlich hohe Beitragseinnahmen erzielen mit der Folge, dass die Zusatzbeitragssätze letztlich nicht mehr vergleichbar wären und der Wettbewerb die bessere Einkommensstruktur, nicht jedoch die bessere Wirtschaftlichkeit belohnen würde. Jede Krankenkasse erhält durch diesen Ausgleich daher die Einnahmen aus dem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, die sie erzielen würde, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder dem Durchschnitt in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprächen. Der Einkommensausgleich wird wie folgt durchgeführt.

Die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V erheben, erhalten vom Bundesversicherungsamt aus dem Gesundheitsfonds die Beträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder in der Höhe, wie er sich auf Basis des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes sowie der voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ermittelt. Durch diesen Einkommensausgleich erhalten Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen einen höheren Betrag vom Gesundheitsfonds als sie abgeführt haben und umgekehrt.

Das Verfahren ist – entsprechend dem Verfahren des Risikostrukturausgleichs – als monatliches Abschlagsverfahren mit drei Strukturanpassungen und einem abschließenden Jahresausgleich im Folgejahr ausgestaltet.

Im November 2016 wurde erstmalig der Jahresausgleich im Einkommensausgleich für das Jahr 2015 durchgeführt, der Jahresausgleich für das Jahr 2016 wird im November 2017 durchgeführt.

2. Innovationsfonds und Krankenhausstrukturfonds

2.1 Innovationsfonds

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde zum 1. Januar 2016 ein Innovationsfonds eingerichtet, 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 maximalen Laufzeit von vier 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. Dem Bundesversicherungsamt wurde die Aufgabe übertragen, die Finanzmittel des Innovationsfonds zu erheben und zu verwalten. Für die Verwaltung und Rechnungslegung des Innovationsfonds nutzt das Bundesversicherungsamt aus verwaltungsökonomischen Gründen die Strukturen des Gesundheitsfonds.

Die jährliche Fördersumme von maximal 300 Millionen Euro wird nach Abzug des Finanzierungsanteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse von knapp einem Prozent jeweils zur Hälfte durch die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Die Aufteilung der Finanzierungsanteile auf die einzelnen Krankenkassen erfolgt nach der Zahl der Versicherten. Zur Verfahrensvereinfachung werden die Finanzierungsanteile mit den monatlichen

Zuweisungen verrechnet, der Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse, die am Risikostrukturausgleich nicht teilnimmt, wird mit dem weiterzuleitenden Bundeszuschuss verrechnet. Die Finanzierungsanteile werden entsprechend der im Risikostrukturausgleich üblichen Systematik in monatlichen Abschlägen, drei Strukturanpassungen und einer abschließenden Festsetzung in einem Jahresausgleich erhoben.

Neben der Berechnung und dem Einbehalt der einzelnen Finanzierungsanteile verwaltet das Bundesversicherungsamt die einbehaltenen Mittel und zahlt diese nach Veranlassung der Geschäftsstelle an die Fördermittelempfänger aus. Nicht bewilligte Mittel werden anteilig zurückgeführt. Einzelheiten zur Weiterleitung sowie Verwaltung der Mittel und zum Auszahlungsverfahren sind in der in 2016 erarbeiteten Bestimmung im Benehmen mit dem Innovationsausschuss und dem GKV-Spitzenverband geregelt.

Nach dem Rechnungsergebnis für 2016 betragen die Gesamtausgaben des Innovationsfonds 289,3 Millionen Euro. Davon entfallen 212,5 Millionen Euro auf Projekte im Bereich der neuen Versorgungsformen, 70,5 Millionen auf Projekte im Bereich der Versorgungsforschung und 6,3 Millionen Euro auf Verwaltungskosten. Die Verwaltungskosten des Bundesversicherungsamtes betrugen 0,3 Millionen Euro, und die des Gemeinsamen Bundesausschusses 6,0 Millionen Euro.

2.2 Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Strukturen in der Krankenhausversorgung (Strukturfonds)

2.2.1 Errichtung eines Strukturfonds mit einem Volumen von 500 Millionen Euro

Zum 1. Januar 2016 wurde beim Bundesversicherungsamt ein Fonds in Höhe von 500 Millionen Euro zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung eingerichtet (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; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden.

Voraussetzung für die Förderung 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.

Die Mittel des Strukturfonds in Höhe von 500 Millionen Euro stammen zu rund 99 Prozent aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, die übrigen Mittel werden von der landwirtschaftlichen Krankenkasse aufgebracht. Da die privaten Krankenversicherungen von der ihnen seitens des Gesetzgebers eingeräumten Option, sich an der Förderung zu beteiligen, keinen Gebrauch gemacht haben, wird das Fördervolumen auch nicht entsprechend erhöht. Das Bundesversicherungsamt hat die eigenen Aufwendungen, die bis zum 31. Dezember 2020 voraussichtlich entstehen, auf 4,7 Millionen Euro geschätzt. Darin enthalten sind auch die Kosten für die Auswertung der Wirkungen der Förderung nach § 14 KHG. Für die Förderung von strukturverbessernden Vorhaben aus dem Fonds steht

den Bundesländern damit effektiv ein Betrag in Höhe von 495,3 Millionen Euro zur Verfügung. Die auf die einzelnen Länder entfallenden Anteile wurden auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes veröffentlicht (http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Strukturfonds/Kst-Schl_2015.pdf).

2.2.2 Grundsatzangelegenheiten und Aufbau eines Verwaltungsverfahrens

Im Jahr 2016 waren zunächst umfangreiche Vorbereitungsarbeiten erforderlich, um die Förderung aus dem neu errichteten Strukturfonds zu etablieren. So bedurfte es der Klärung zahlreicher Fragestellungen, die den Ablauf des Antragsverfahrens, den Umfang der von den Ländern vorzulegenden Antragsunterlagen, die Auslegung der Fördertatbestände, die Anforderungen an die Verwendungsnachweise sowie die EU-rechtlichen Rahmenbedingungen der Förderung betrafen. Zu diesem Zweck wurden die maßgeblichen Aspekte im Rahmen von zwei Arbeitstreffen mit Vertretern aller Bundesländer und des Bundesministeriums für Gesundheit erörtert.

In einem nächsten Schritt galt es, Grundsätze für ein effizientes und rechtssicheres Verwaltungsverfahren zur Förderung aus dem Strukturfonds zu erarbeiten und im Hinblick auf spezifische Gestaltungs-, Verfahrens- und Rechtsschutzfragen festzulegen. Ebenso wurden die für die Abwicklung des Auszahlungsverfahrens und die Rechnungslegung erforderlichen Vorbereitungen getroffen.

Darüber hinaus war das Bundesversicherungsamt mit konzeptionellen Vorarbeiten und der Erstellung von Unterlagen befasst, um in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels in Auftrag zu geben. Auf Grundlage dieser Auswertung wird das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag einen Bericht über den durch die Förderung bewirkten Strukturwandel vorlegen (§ 14 KGH). Eine Entscheidung über die Beauftragung wurde 2016 noch nicht getroffen.



Schließlich hatte das Bundesversicherungsamt das Antragsgeschehen berichtsförmig aufzubereiten. Es ist verpflichtet, regelmäßig dem Bundesministerium für Gesundheit, den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen zum Stand 31. Dezember eines Jahres eine Mitteilung über den Stand der Förderung zu übermitteln (§ 3 Abs. 3 KHSFV). Der erstmals zum Stand 31. Dezember 2016 zu erstellende Bericht wurde zu Beginn des Jahres 2017 übermittelt.

2.2.3 Anträge und Auszahlungen im Berichtsjahr

Bis zum 31. Dezember 2016 haben die Länder beim Bundesversicherungsamt zunächst neun Anträge auf Förderung von Vorhaben aus dem Strukturfonds gestellt. Diese Anträge verteilen sich auf vier Bundesländer. Die übrigen Bundesländer haben im Jahr 2016 noch keinen Antrag gestellt.

Zusammen genommen umfassten die Anträge alle drei der in § 1 Abs. 1 Nr. 1 - 3 KHSFV aufgeführten

Fördertatbestände; in der Mehrzahl ging es um die Konzentration von Versorgungskapazitäten. Bis Ende 2016 wurden zwei der im Berichtszeitraum gestellten Anträge – mittlerweile bestandskräftig – beschieden; in beiden Fällen wurden Fördermittel in dem beantragten Umfang bewilligt. Von den verbleibenden Anträgen gingen fünf im Dezember 2016 im Bundesversicherungsamt ein. Zwei dieser im Dezember 2016 gestellten Anträge wurden unmittelbar nach der Jahreswende positiv beschieden. Darüber hinaus war das Bundesversicherungsamt mit diversen Voranfragen verschiedener Bundesländer befasst, die künftige Vorhaben betrafen und bei denen das Bundesversicherungsamt um Stellungnahme etwa zur Auslegung von Fördertatbeständen oder um klarstellende Hinweise zum Antragsverfahren bzw. um „Vorprüfung“ gebeten wurde.

Bis zum 31. Dezember 2016 haben vier Länder (Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz) beim Bundesversicherungsamt Fördermittel in Höhe von insgesamt 110.507.500 Euro

beantragt. Dies entspricht einem Anteil von 22,3 % an dem im Strukturfonds insgesamt zur Verfügung stehenden Fördervolumen in Höhe von 495,3 Millionen Euro Differenziert nach Vorhaben entfallen von den 2016 insgesamt beantragten Mitteln 250.000 Euro auf Anträge, die ausschließlich auf Schließungen von Krankenhäusern bzw. Teilen von akutstationären Versorgungseinrichtungen (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 KHSFV) gerichtet sind. Für die Förderung von standortübergreifenden Konzentrationen von Versorgungseinrichtungen (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV) wurden 101.293.500 Euro beantragt, 440.000 Euro wurden für die Förderung einer Umwandlung eines Teils einer akutstationären in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung geltend gemacht. Für „kombinierte“ Vorhaben, die sowohl eine Schließung als auch eine Konzentration bzw. Umwandlung von Versorgungsstrukturen zum Gegenstand haben, wurden Mittel in Höhe von 8.524.000 Euro beantragt.

Bis zum 31. Dezember 2016 hat das Bundesversicherungsamt insgesamt 9.328.500 Euro an Fördermitteln aus dem Strukturfonds ausgezahlt. Die Summe der Auszahlungen in Höhe von 9.328.500 Euro entspricht 1,9 % des im Strukturfonds zur Verfügung stehenden Fördervolumens in Höhe von 495,3 Millionen Euro. Die für die Verwaltung der Mittel und für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamtes beliefen sich einschließlich der im Jahr 2015 angefallenen Vorlaufkosten auf 308.631 Euro und wurden aus den Mitteln des Strukturfonds erstattet.

Näheres ergibt sich aus dem Bericht des Bundesversicherungsamtes an das Bundesministerium für Gesundheit über den Stand der Förderung (31. Dezember 2016) abrufbar auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes unter www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds-strukturfonds

2.2.4. Ausblick: Nachverteilungsverfahren

Die Länder haben noch bis zum 31. Juli 2017 die Möglichkeit, Anträge auf Auszahlung von Fördermitteln an das Bundesversicherungsamt zu stellen (§ 4 Abs. 1 KHSFV) und ihren Anteil abzurufen. Für die Förderung von Vorhaben, für die nach dem 1. September 2017 Anträge gestellt werden, wird gemäß § 5 Abs. 1 KHSFV ein Nachverteilungsbetrag verwendet (näher dazu § 5 Abs. 1 S. 2 KHSFV). Das Bundesversicherungsamt entscheidet über die Anträge in der Reihenfolge ihres Eingangs und zahlt die Mittel aus, bis der Betrag von 500 Millionen Euro abzüglich der Aufwendungen des Bundesversicherungsamtes ausgeschöpft ist (§ 5 Abs. 2 S. 1 KHSFV). Das Bundesversicherungsamt teilt den Ländern unverzüglich die Höhe des Nachverteilungsbetrages mit (§ 5 Abs. 1 S. 3 KHSFV). Die Mitteilung erfolgt durch Veröffentlichung auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes.



3. Strukturierte Behandlungsprogramme

Das Bundesversicherungsamt ist für die zentrale Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen (Disease Management Programme oder DMP) der bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen zuständig. Ziel dieser Programme ist es, die Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern, insbesondere durch leitlinienorientierte Behandlung und Koordinierung der Behandlungsprozesse über die Grenzen der einzelnen Versorgungsebenen hinweg.

Behandlungsprogramme können derzeit für sechs Indikationen angeboten werden: Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 (DM 1 bzw. DM 2), Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD).

3.1. Zulassungsstand

Derzeit sind insgesamt 9.966 Program Zulassungen mit über 7,9 Millionen eingeschriebenen Versicherten – von denen 1,2 Millionen an mehr als einem DMP teilnehmen – erteilt (Ende 2015: 9.966 Programme mit über 7,7 Millionen Versicherten; Ende 2014: 9.917 Programme mit über 7,5 Millionen Versicherten). Bei allen Indikationen steigen weiterhin die Teilnehmerzahlen an – mit Ausnahme von Brustkrebs, bei der die Teilnahmen sinken.

Indikation	Zulassungen	Teilnahmen an DMP 2016	Teilnahmen an DMP 2015
Asthma bronchiale	1.684	923.353	884.109
Brustkrebs	1.620	108.419	111.315
COPD	1.695	744.048	712.709
DM 1	1.565	193.662	183.173
DM 2	1.723	4.135.307	4.042.844
KHK	1.679	1.832.484	1.788.605
Insgesamt	9.966	7.937.273	7.722.755

Stand: 31. Dezember 2016

3.2 Auswirkungen rechtlicher Entwicklungen

Vertragsanpassungen

Zum 1. Juli 2016 ist die Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft getreten, mit der die bisherigen Regelungen zur Indikation DM 2 aus den Anlagen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) in die G-BA-Richtlinien überführt wurden. Insoweit mussten die Krankenkassen im Rahmen der einjährigen Anpassungsfrist gemäß § 137g Abs. 2 Satz 1 SGB V ihre Verträge an die Rechtsänderungen anpassen. Die Anpassungsfrist läuft noch bis zum 30. Juni 2017. 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, Rehabilitations-einrichtungen und Datenstellen vor.

Qualitätsberichte

Nachdem die Krankenkassen erstmals zum 1. Oktober 2015 gemäß § 137f Absatz 4 Satz 2 SGB V Qualitätsberichte für die Indikationen KHK und DM 1 vorgelegt hatten, konnte deren Prüfung ohne größere Beanstandungen im Jahr 2016 abgeschlossen werden. Zukünftig sind diese Qualitätsberichte dem Bundesversicherungsamt jährlich zum 1. Oktober vorzulegen.

Evaluation

Gleichfalls zu prüfen war die erstmalige Durchführung der Evaluation durch die Krankenkassen nach dem Inkrafttreten der neuen Regelungen des G-BA (§ 6 der DMP-Anforderungen-Richtlinie). 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.

Ausblick: DMP – Perspektiven

Schon länger wird diskutiert, die bestehenden sechs DMP-Indikationen zu ergänzen. Durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) wurde eine Regelung in § 137f Abs. 1 SGB V eingeführt, nach der der G-BA bis zum 31. Dezember 2016 neue geeignete Krankheiten im Rahmen der DMP festlegen soll. Insbesondere sollen für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen entsprechende Richtlinien beschlossen werden. Diese Richtlinien wurden bisher noch nicht beschlossen. Darüber hinaus hatte der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, Leitlinienrecherchen zu den möglichen neuen Indikationen Herzinsuffizienz, rheumatoide Arthritis, Osteoporose, chronischer Rückenschmerz und Depression durchzuführen. Diese liegen dem G-BA inzwischen vor. Am weitesten fortgeschritten sind die Beratungen des

G-BA zu der Indikation Herzinsuffizienz, die bisher als Modul Bestandteil der DMP- Indikation KHK war und nun in eine eigene DMP-Indikation überführt werden soll.

Unabhängig von den möglichen neuen Indikationen werden die rechtlichen Vorgaben in den Richtlinien des G-BA für die bestehenden Indikationen regelmäßig überarbeitet, da der G-BA gemäß § 137f Absatz 2 SGB V seine Richtlinien nach § 91 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. Im laufenden Jahr stehen die Überarbeitungen von mindestens drei Indikationen bevor, die entsprechende Rechtsanpassungen der Programme durch die Krankenkassen und Prüfungen durch das Bundesversicherungsamt auslösen.

3.3 DMP-Eingaben in 2016

Im Fokus der Eingaben im Bereich DMP standen Beschwerden von Versicherten wegen der vorzeitigen bzw. zeitweiligen Beendigung ihrer Teilnahme an einem DMP durch die Krankenkasse. Als neuen Themenschwerpunkt ergab sich 2016 die informationelle Selbstbestimmung im Rahmen der Strukturierten Behandlungsprogramme.

So beehrte ein Beschwerdeführer Auskunft über sämtliche im Rahmen seiner Teilnahme am DMP DM 2 erhobenen Laborwerte. Ihm konnte bestätigt werden, dass die Angaben seiner Krankenkasse der geltenden Rechtslage entsprechen und dass sich die im Rahmen des DMP DM 2 zu erhebenden Laborwerte in den letzten Jahren nicht geändert haben.

Ein weiterer Beschwerdeführer wandte sich mit seiner Eingabe gegen die Betreuung durch einen externen Dienstleister im Rahmen des Reminding. Diesem wurde erläutert, dass die Übertragung dieser Aufgaben an Dritte rechtlich zulässig ist.

Die im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Dienstleister erhobenen Daten dürfen ausschließlich für die DMP und deren Auswertung verwandt werden. Um dies und die Wahrung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sicherzustellen, werden parallel zu den Dienstleisterverträgen separate Datenschutzvereinbarungen abgeschlossen, in welchen umfangreiche Schutzmaßnahmen der sensiblen Versichertendaten vereinbart sind. Es wird sichergestellt, dass die Daten ausschließlich für die Erfüllung der in Auftrag gegebenen Dienstleistungen verwandt werden.



4. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung in Deutschland ist eine Einheit. Es gilt ein für alle 117 bundes- und landesunmittelbaren Pflegekassen (Stichtag 31.12.2016) einheitlicher Beitragssatz gemäß § 55 Abs. 1 SGB XI zuzüglich eines eventuellen Zuschlages für nicht Kindererziehende gemäß § 55 Abs. 3 SGB XI. Konsequenterweise werden die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. Dies erfordert die Durchführung eines ausgabenorientierten Finanzausgleichs nach den §§ 66 ff. SGB XI zwischen allen Pflegekassen in Form eines Liquiditätsausgleichs.

Diese Aufgabe nimmt das Bundesversicherungsamt als Verwaltungsbehörde wahr. Indem es den Finanzausgleich durchführt, überwacht es zugleich die Finanzentwicklung und meldet die entsprechenden Zahlen monatlich dem Bundesministerium für Gesundheit. Es verwaltet den Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI als gemeinschaftliches Sondervermögen der gesamten

sozialen Pflegeversicherung, über den der Finanzausgleich abgewickelt wird. In dieser Eigenschaft sammelt das Bundesversicherungsamt auch zentral 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.

Darüber hinaus nimmt es zusätzlich Aufgaben im Bereich der Beitrags- und Leistungsverwaltung der sozialen Pflegeversicherung wahr.

4.1 Finanzausgleich

Die Pflegekassen müssen über hinreichende liquide Mittel verfügen, um ihren Zahlungsverpflichtungen unabhängig davon nachkommen zu können, wann die Beitrags- und sonstigen Einnahmen bei den Pflegekassen eingeht. 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.

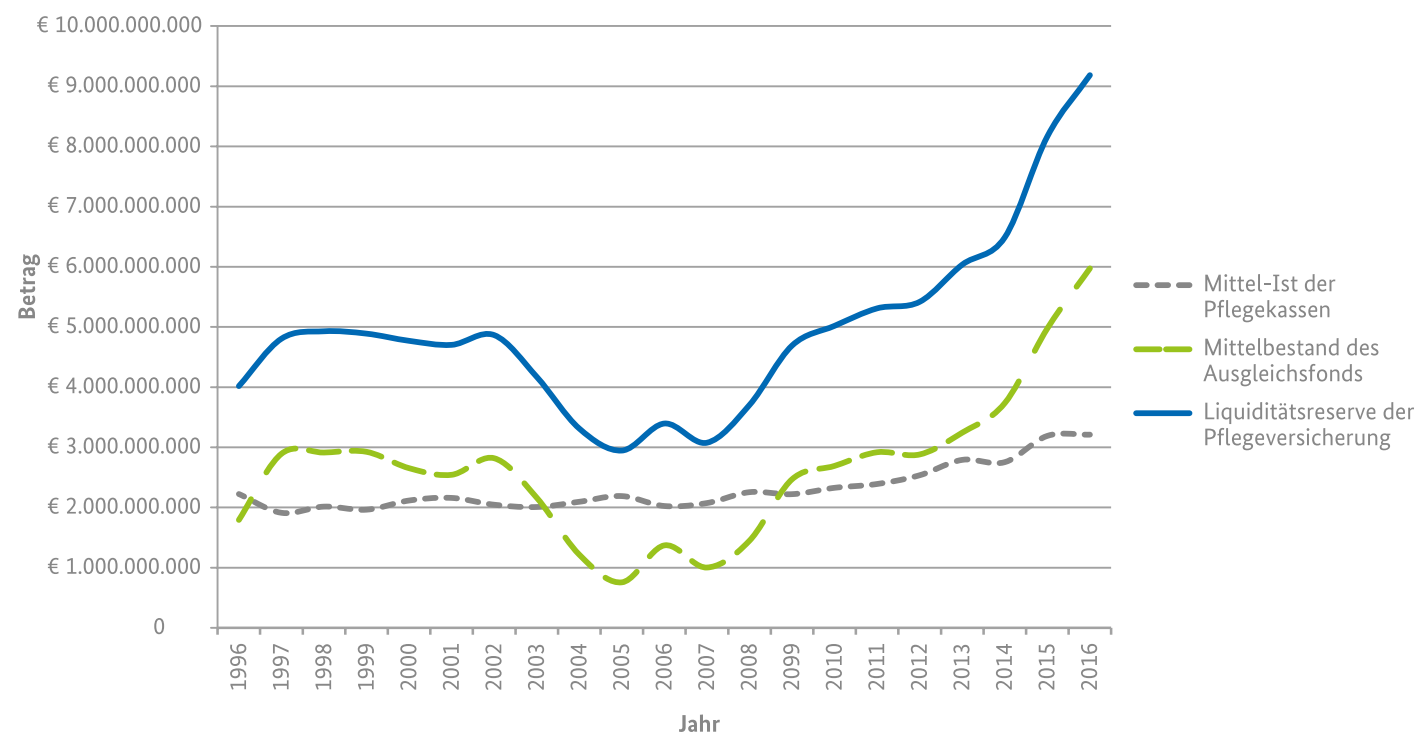
Im monatlichen vom Bundesversicherungsamt durchgeführten Finanzausgleich werden das Betriebsmittel- und Rücklage-Soll dem Ist-Bestand gegenübergestellt. Diejenigen Pflegekassen, deren Mittel-Ist das Soll übersteigt, führen den überschüssenden Betrag an den Ausgleichsfonds als Sondervermögen der sozialen Pflegeversicherung ab. Hieraus erhalten diejenigen Pflegekassen, die ein entsprechendes Mitteldefizit ausweisen, einen Ausgleich bis zur Höhe des Betriebsmittel- und Rücklagesolls.

Der Ausgleichsfonds zahlte zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand im Jahre 2016 insgesamt rund 10,886 Milliarden Euro an die Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rund 907 Millionen Euro. Von den Pflegekassen erhielt er insgesamt rd. 6,315 Milliarden Euro und an direkten Beitragseinnahmen (siehe 4.4.) rund 6,863 Milliarden Euro.

4.2 Entwicklung des Mittelbestandes

Zum Ende des Jahres 2016 verfügte der Ausgleichsfonds über Mittel in Höhe von rund 5,974 Milliarden Euro und die Pflegekassen über Mittel in Höhe von rund 3,211 Milliarden Euro. Zusammen bilden diese beiden Mittelbestände die Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von rund 9,185 Milliarden Euro. Zu Beginn des Jahres betrug sie noch 8,172 Milliarden Euro und erhöhte sich somit um rund 1,013 Milliarden Euro binnen eines Jahres. Die angesammelten Überschüsse sind Ausdruck der ergänzenden Zweckbestimmung des Ausgleichsfonds, die in den nächsten Jahren zu erwartenden Ausgabesteigerungen aufzufangen und somit den Beitragssatz kurz- und mittelfristig stabil halten zu können. Die grafische Darstellung der Entwicklung der Liquiditätsreserve im nachstehenden Liniendiagramm verdeutlicht, dass sich der Mittelbestand des Ausgleichsfonds und der Liquiditätsreserve stets parallel entwickelt haben, während das Mittel-Ist der Pflegekassen annähernd gleichbleibend war und nur durch die jeweiligen Beitragssatzanhebungen (im Zuge

Entwicklung des Mittelbestandes der sozialen Pflegeversicherung



korrespondierender Leistungsanhebungen) der letzten Jahre ein höheres Niveau erreichte. Der Finanzausgleich hat dieser Entwicklung zweckgemäß liquiditätssichernd Rechnung getragen.

Folgende markante Entwicklungen der Vergangenheit hatten unmittelbaren Einfluss auf die Höhe der Liquiditätsreserve:

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

Die zum 1. Januar 2017 erfolgte neuerliche Beitragssatzanhebung auf dann 2,55% wird im nächsten Tätigkeitsbericht für das Jahr 2017 Berücksichtigung finden werden.

4.3 Verwaltung der Mittel des Ausgleichsfonds

Die risikogerechte Anlage und Verwaltung der Mittel des Ausgleichsfonds stellt eine weitere Aufgabe dar, die sich im gegenwärtigen Markt- und Zinsumfeld als besonders herausfordernd erweist.

Sofern der Ausgleichsfonds dabei Anlagen in der privaten Kreditwirtschaft tätigt, stellt die Einstufung eines Kreditinstituts in eine bestimmte Ratingklasse durch eine oder mehrere anerkannte Ratingagenturen ein wichtiges Kriterium im Rahmen von Anlageentscheidungen dar. Um hierbei eine möglichst breite Basis insbesondere auch zur Risikoeinschätzung von Geldanlagen zu erhalten, bewertet das Bundesversicherungsamt regelmäßig alle Kreditinstitute, mit denen der Ausgleichsfonds Geschäftsbeziehungen unterhält, hinsichtlich der aktuellen Geschäftszahlen, der perspektivi-

schen Entwicklung der Kapitalmärkte sowie hinsichtlich sonstiger aktueller Wirtschafts- und Finanzfragen. Das Anlagenmanagement muss dabei den spezifischen Erfordernissen des Zahlungsverkehrs des Ausgleichsfonds und der aktuellen Zinssituation Rechnung tragen. Die Mittel werden daher überwiegend als Termingeld verwaltet mit verschiedenen Laufzeiten und wenigen Wertpapieren. So konnten im Jahre 2016 trotz des aktuellen Satzes der Einlagenfazilität der Europäischen Zentralbank in Höhe von -0,40% noch Vermögenserträge in Höhe von rund 4 Millionen Euro erzielt werden.

4.4 Beitragseinnahmen des Ausgleichsfonds

Zur Entlastung der Pflegekassen nahm der Ausgleichsfonds als besondere Aufgabe auch im Jahre 2016 wieder bestimmte Beiträge direkt und zentral an. Hierzu gehören:

- die Pflegeversicherungsbeiträge aus Renten seitens der Deutschen Rentenversicherung und der Knappschaft-Bahn-See,
- die vom Gesundheitsfonds weitergeleiteten Pflegeversicherungsbeiträge aus Arbeitslosengeld I und II,
- die vom Gesundheitsfonds weitergeleiteten Pflegeversicherungsbeiträge der Künstlersozialkasse,
- die vom Gesundheitsfonds weitergeleiteten Pflegeversicherungsbeiträge nach der KV/PV-Pauschalbeitragsverordnung,
- die direkt von der Bundesagentur für Arbeit gezahlten pauschalen Kinderlosenzuschläge für ALG I-Empfänger sowie
- die von diversen Sozialleistungsträgern überwiesenen Pflegeversicherungsbeiträge für Personen, die weder gesetzlich noch privat pflegeversichert sind.

Diese direkten Beitragszahlungen finden unmittelbar Eingang in die Berechnungen des monatlichen Finanzausgleichs. Da die Pflegeversicherung wie eingangs ausgeführt eine Einheit darstellt, ist es rechnerisch unerheblich, ob die Beitragseinnahmen direkt an den Ausgleichsfonds oder zunächst an die Pflegekassen gezahlt werden.

4.5 Leistungsausgaben des Ausgleichsfonds (Fördergelder)

Als besondere Aufgabe oblag dem Bundesversicherungsamt auch im Jahr 2016 wieder die Auszahlung der nachfolgend ausgeführten Fördergelder der sozialen Pflegeversicherung aus dem Ausgleichsfonds. Die Auszahlung erfolgt jeweils nach Auszahlungsaufforderung durch eine hierfür in den jeweiligen Förderbereichen bestimmte zuständige Stelle, welche die Anträge der Fördergeldempfänger erhält und auch bescheidet:

- Modellvorhaben des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI
- Anschubfinanzierung der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses sowie der von ihm in Auftrag zu gebenden Forschungsvorhaben zur Qualitätsforschung in der Pflegeversorgung nach § 8 Abs. 4 SGB XI
- Förderung 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 (jeweils alte Fassung)
- Angebote der Selbsthilfe in der Pflege einschließlich Modellvorhaben nach § 45d Abs. 2 SGB XI (alte Fassung)
- 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

Niedrigschwellige Betreuungsangebote, Angebote des Ehrenamts, Modellvorhaben		
Bundesland	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	964	3.722
Bayern	254	1.129
Berlin	338	1.212
Brandenburg	126	1.160
Bremen	0	0
Hamburg	24	496
Hessen	179	1.665
Mecklenburg-Vorpommern	20	130
Niedersachsen	166	1.909
Nordrhein-Westfalen	150	4.572
Rheinland-Pfalz	85	217
Saarland	51	342
Sachsen	33	168
Sachsen-Anhalt	39	370
Schleswig-Holstein	88	374
Thüringen	118	377
Summe	2.635	17.843

Angebote der Selbsthilfe einschließlich Modellvorhaben		
Bundesland	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	0	0
Bayern	0	0
Berlin	73	400
Brandenburg	27	245
Bremen	3	88
Hamburg	4	28
Hessen	5	5
Mecklenburg-Vorpommern	7	5
Niedersachsen	35	169
Nordrhein-Westfalen	0	0
Rheinland-Pfalz	0	0
Saarland	0	0
Sachsen	2	5
Sachsen-Anhalt	0	0
Schleswig-Holstein	0	0
Thüringen	5	33
Summe	161	978

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 Abs.2 SGB XI (alte Fassung) stehen als Obergrenze Mittel in Höhe von 0,10 Euro pro Versicherten zur Verfügung, das ebenfalls nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt wird. Für beide Bereiche gibt es die Möglichkeit der haushaltstechnischen Übertragung der Fördermittel in das unmittelbar folgende Kalen-

derjahr. Diese beiden 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.

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 Verwaltungskosten der sozialen Pflegeversicherung

Die Aufgaben der Pflegekassen werden von den Mitarbeitern der Krankenkassen (bei denen die jeweilige Pflegekasse errichtet ist) wahrgenommen. Die damit verbundenen Verwaltungskosten werden den Krankenkassen von den Pflegekassen im Wege einer Pauschale erstattet, die für die gesamte soziale Pflegeversicherung derzeit 3,5% des Mittelwertes aus Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben beträgt. Sie wird nach einem bestimmten Verteilungsfaktor auf die einzelnen Pflegekassen umgelegt. Die Anteile der Beitragseinnahmen für die Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds werden dabei herausgerechnet, da die Verwaltung dieser Beitragsteile kein zusätzlicher Verwaltungsaufwand für die Pflegekassen darstellt und ihre Berücksichtigung zu einem ungerechtfertigten Aufwuchs der Pauschale führen würde. Das Verfahren der Berechnung und die Verteilung der Pauschale hat der GKV-Spitzenverband in einer Verwaltungskostenbestimmung gemäß § 46 Abs. 3 SGB XI geregelt. Das Bundesversicherungsamt übernimmt als Verwaltungsbehörde die Durchführung der Verteilung und der Berechnung.

Die Verwaltungskostenpauschale wird vorab durch eine Schätzung der Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen des kommenden Jahres über die Ermittlung eines vorläufigen Faktors berechnet und nach Vorliegen der endgültigen Ergebnisse neu ermittelt. Für das Jahr 2016 (Abrechnung im Jahr 2017) betrug die von den Pflegekassen an die Krankenkassen vorläufig gezahlte Verwaltungskostenpauschale insgesamt rund 977,526 Millionen Euro. Die Verwaltungskostenschlussabrechnung ergab eine endgültig zu leistende Verwaltungskostenpauschale in Höhe von rund 990,9 Millionen Euro. Somit war eine Nachzahlung der Pflegekassen an die Krankenkassen in Höhe von rund 13,4 Millionen Euro erforderlich.

Nähere Informationen finden sich auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes (www.bundesversicherungsamt.de/Ausgleichsfonds/Finanzausgleich/Pflege-Verwaltungskosten)

4.7 Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Gesamteinnahmen und -ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für das Jahr 2016 sowie über die Veränderungsraten im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahreswerten.

Die Veränderungsraten auf der Einnahmen- und der Ausgabenseite beruhen auf Preis- und Mengeneffekten. Mehrausgaben entstehen sowohl durch die demografisch bedingte Zunahme der Anzahl an pflegebedürftigen Menschen als auch infolge der speziell durch das PSG I 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. Mehrein-

nahmen 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 2016 ergab sich in der sozialen Pflegeversicherung ein Überschuss in Höhe von rund 1,025 Milliarden Euro.

Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung 2016		
	Beträge 2016 absolut in Mio. €	Veränderungen gegenüber 2015 in %
EINNAHMEN		
Beitragseinnahmen	rd. 31.956	+ 4,4
Sonstige Einnahmen	rd. 73	- 11,09
Einnahmen insgesamt	32.029	+ 4,36
AUSGABEN		
Leistungsausgaben	rd. 28.289	+ 6,20
Verwaltungskosten	rd. 1.028	+ 15,03
Hälfte der Kosten des MDK	rd. 394	+ 5,82
Zuführung zum Vorsorgefonds	rd. 1.288	+ 17,11
Sonstigen Ausgaben	rd. 5	+ 0,00
Ausgaben insgesamt	rd. 31.004	+ 6,88
Jahresüberschuss	rd. 1.025	

Quelle: Statistiken PVM und PV45

4.8 Ausblick

Bereits mit Wirkung zum 1. Januar 2016 ist das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften („Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II“, BGBl I 2015, Nr. 54, S. 2424 ff.) in Kraft getreten. Wesentliche Teile werden ab 2017 wirksam. Kern des Gesetzes ist die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes mit der Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens, das den Grad der Selbständigkeit ermittelt und auf dieser Grundlage fünf Pflegegrade bestimmt. Die damit einhergehende umfangreiche Anpassung und Ausweitung der Leistungen sieht zur Gegenfinanzierung eine Erhöhung des Beitragssatzes um weitere 0,2 Beitragssatzpunkte zum 1. Januar 2017 vor. Ebenfalls zu diesem Zeitpunkt tritt als neuer Leistungsbereich die Beteiligung der Pflegekassen an der Förderung von regionalen Pflegenetzwerken nach § 45c Abs. 9 SGB XI hinzu. Solche regionalen Netzwerke bestehen in und aus der freiwilligen und strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren, die sich an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligen. Die Auszahlung der zu gewährenden Fördergelder – maximal 20.000 Euro pro Jahr und Kreis bzw. kreisfreier Stadt, von denen insgesamt 402 existieren – obliegt dem Ausgleichsfonds. Die Entscheidung über die jeweilige Auszahlung treffen die Landesverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem jeweiligen Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Ferner werden die bisherigen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote umbenannt in Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Des Weiteren ist das Dritte Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften („Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III“, BGBl. I 2016; Nr.65, S. 3191 ff.) in Kraft getreten. Im Zentrum dieses Gesetzes steht die Pflegeberatung in den Kommunen. Auch dieses Gesetz beinhaltet neue Aspekte der Leistungsgewährung mit Auswirkungen auf die Auszahlung von Fördergeldern durch den Ausgleichsfonds. So sieht es erweiterte Möglichkeiten der Übertragung von Fördergeldern nach § 45c SGB XI (neue Fassung) vor und schafft die Möglichkeit,

dass sich die Kommunen auch in Form von Personal- und Sachleistungen anstelle in Form von Geldleistungen am jeweiligen Förderaufwand beteiligen können.

Zu den Neuregelungen im verwaltungsinternen Bereich des Bundesversicherungsamtes gehört, dass der gesamte Zahlungsverkehr im Rahmen des monatlichen Finanzausgleichs nunmehr vollständig über die Deutsche Bundesbank erfolgt. Der Zahlungsverkehr wird damit wesentlich dispositionsfreundlicher, da der bisherige manuelle Koordinationsaufwand – mehrere Bankkonten mit Einzahlungen decken mehrere Konten mit Auszahlungen – deutlich vereinfacht wird.

Statistische Detailangaben sind 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) zusammen gestellt.



5. Meldestelle/Ordnungswidrigkeiten-behörde für die privaten Versicherungsunternehmen

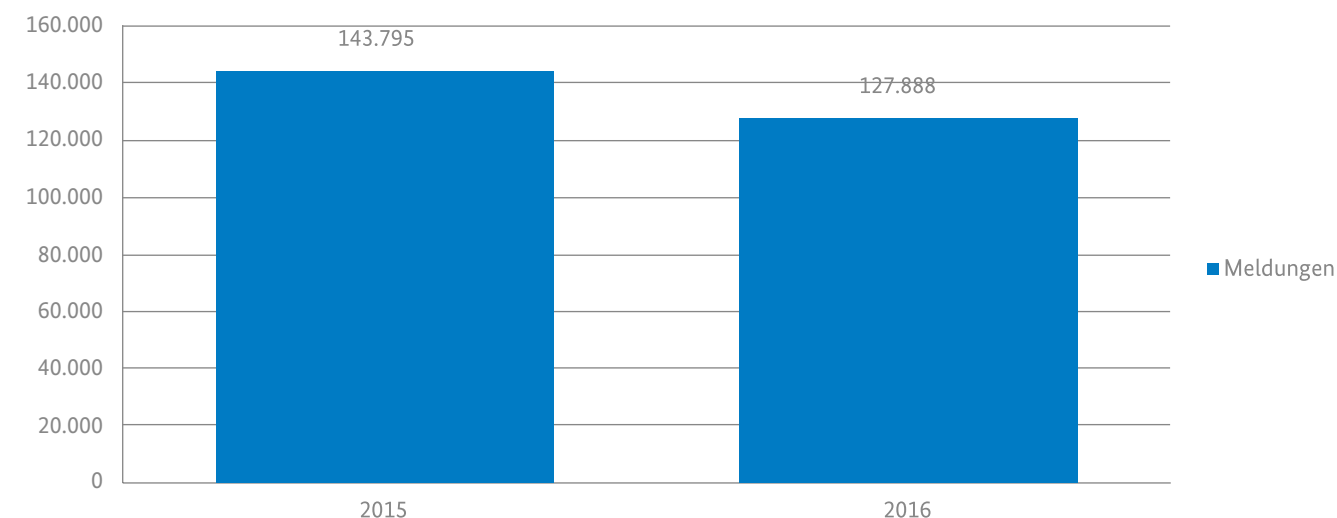
5.1 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen

Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, sind verpflichtet, zur Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten (vgl. § 23 SGB XI). Um sicherzustellen, dass diese Personen auch tatsächlich dauerhaft ihre Pflicht zur Absicherung des Pflegefallrisikos erfüllen, sind den privaten Versicherungsunternehmen Kontroll- und Meldepflichten auferlegt. So

sind insbesondere 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 SGB XI).

Im Berichtsjahr wurden an das Bundesversicherungsamt 127.888 solcher Meldungen erstattet. Die Anzahl der Meldungen ist damit im Vergleich zum Vorjahr etwas zurückgegangen. Überwiegend handelt es sich dabei um Meldungen aufgrund eines Prämienverzuges der Versicherungsnehmer.

Meldungen



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

5.2 Implementierung eines neuen elektronischen Meldeverfahrens

Im Berichtsjahr wurden Meldungen immer noch überwiegend in Papierform abgegeben.

Um diesen Ressourcenaufwand zu begrenzen und das Meldeverfahren für alle Beteiligten zu vereinfachen, wurde in einem ersten Schritt zur Weitergabe der Meldungen an die Bußgeldstellen ein sicherer FTP-Server beim Bundesversicherungsamt installiert. Auf diesem werden die Meldungen für jede Bußgeldstelle gesondert verschlüsselt hinterlegt und können von der jeweiligen Bußgeldstelle abgerufen werden. Nach einer Testphase hat sich die Teilnahme der Bußgeldstellen an dem elektronischen Meldeverfahren merklich verstärkt, so dass die Aussicht besteht, das elektronische Verfahren bei allen Bußgeldstellen einzusetzen.

Mit der Neufassung des § 51 Absatz 1 Satz 3 SGB XI hat der Gesetzgeber dem Bundesversicherungsamt und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nunmehr verbindlich vorgegeben, bis zum 31. Dezember 2017 eine Vereinbarung für ein elektronisches Meldeverfahren zwischen den privaten Versicherungsunternehmen und dem Bundesversicherungsamt zu treffen.

Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Verpflichtung leisten das Bundesversicherungsamt und der Verband der Krankenversicherung e. V. aktuell gemeinsam entsprechende Vorarbeiten.

5.3 Aufsicht über die Zentrale Zulagenstelle für die private Pflegevorsorge

Durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) wurde das Bundesversicherungsamt zum 1. Januar 2014 mit der Rechtsaufsicht über die Zentrale Zulagenstelle für die private Pflegevorsorge (ZfP) bei der DRV Bund betraut (§ 128 Abs. 5 Satz 5 SGB XI). In Ausübung der Rechtsaufsicht über die ZfP hat das Bundesversicherungsamt die Schwerpunktprüfungen bei der ZfP fortgesetzt. Prüfformen waren zum Beispiel Finanzen,

Kassensicherheit, Schwachstellenanalyse, Rückforderung von Zulagen, das Festsetzungsverfahren sowie die Prüfung der Kommunikationshandbücher.

5.4 Ordnungswidrigkeitenverfahren gemäß § 121 Absatz 1 Nr. 7 SGB XI gegenüber privaten Versicherungsunternehmen

Das Bundesversicherungsamt ist zuständige Verwaltungsbehörde zur Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten (§ 121 Abs. 1 Nr. 7 SGB XI), die private Versicherungsunternehmen schuldhaft (leichtfertig oder vorsätzlich) begehen, wenn sie ihrer Verpflichtung zur Datenübermittlung an die ZfP (§ 128 Absatz 1 Satz 4 SGB XI) nicht oder nicht sachgerecht nachkommen. Im Jahr 2016 wurde ein Ordnungswidrigkeitenverfahren gegen ein privates Versicherungsunternehmen durchgeführt. Obwohl im Vorfeld angegeben worden war, dass der Antragsteller wegen eines Arbeitsunfalls bereits Pflegegeld nach dem Sozialgesetzbuch Siebtes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung – (SGB VII) bezieht, hatte die Versicherung gegenüber der Zentralen Stelle für Pflegevorsorge bestätigt, dass es sich beim Versicherungsnehmer um eine zulagenberechtigte Person und damit um einen förderfähigen Versicherungsvertrag (§ 127 SGB XI) handelt. Aufgrund des Pflegegeldbezugs vor Vertragsabschluss gehört der Versicherungsnehmer jedoch nicht zum zulagenberechtigten Personenkreis (§ 126 Satz 1, 2 SGB XI). Intention der privaten Pflegevorsorge ist, grundsätzlich nur künftige ungewisse Ereignisse zu versichern.

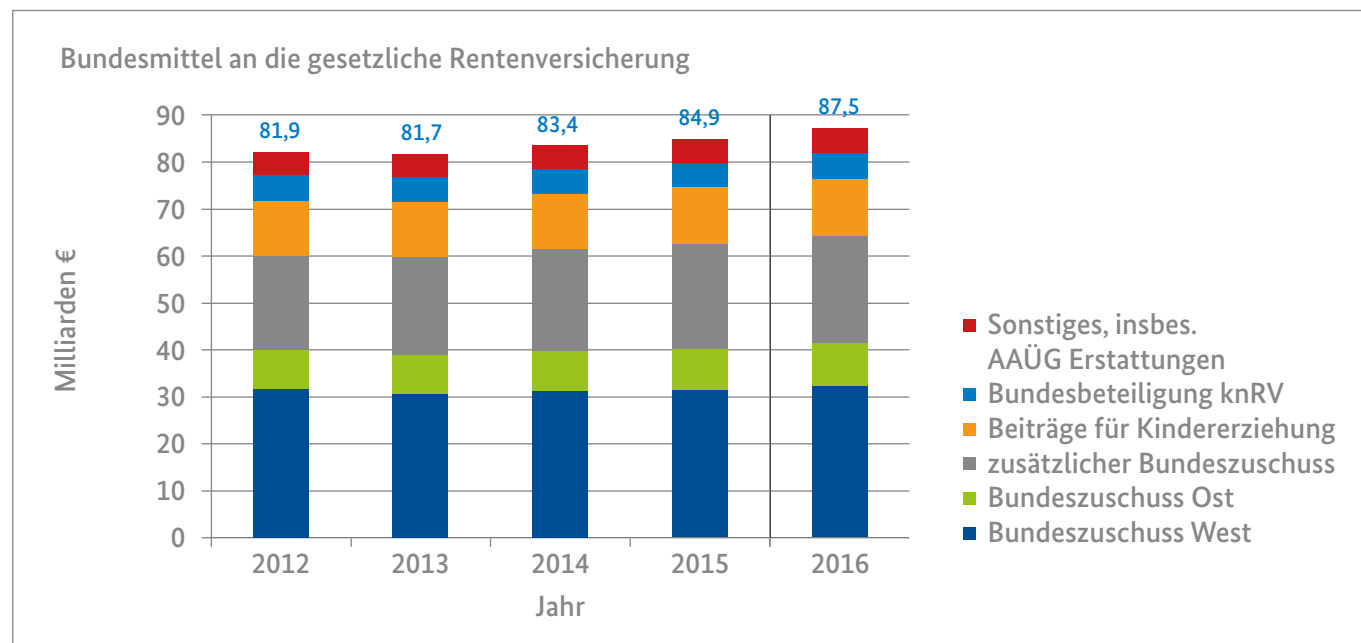


6. Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung

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 2016 auf insgesamt rund 87,4 Milliarden Euro beliefen. Davon betragen die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung rund 64,5 Milliarden Euro und die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten (KEZ) knapp 12,5 Milliarden Euro. Die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) betrugen 2016 noch rund 5,2 Milliarden Euro. Ein Teil der Zahlungen

nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2016: 2,7 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. 7,3 Milliarden Euro aus, die im Folgejahr abgerechnet werden. Die Entwicklung der Abrechnungsbeträge der letzten fünf Jahre ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

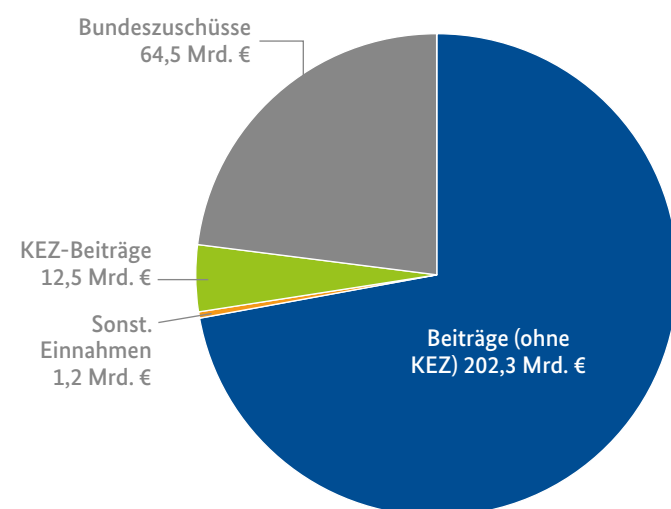


Die allgemeine Rentenversicherung (ARV) verfügte im Jahr 2016 über Einnahmen in Höhe von ca. 280 Milliarden Euro. Die Bundeszuschüsse machen damit 23,0 % der Gesamteinnahmen der ARV aus. Zusammen mit den Beiträgen für Kindererziehungszeiten und sonstigen Erstattungen finanzierte der Bund in 2016 29,3 % der Gesamteinnahmen ARV.

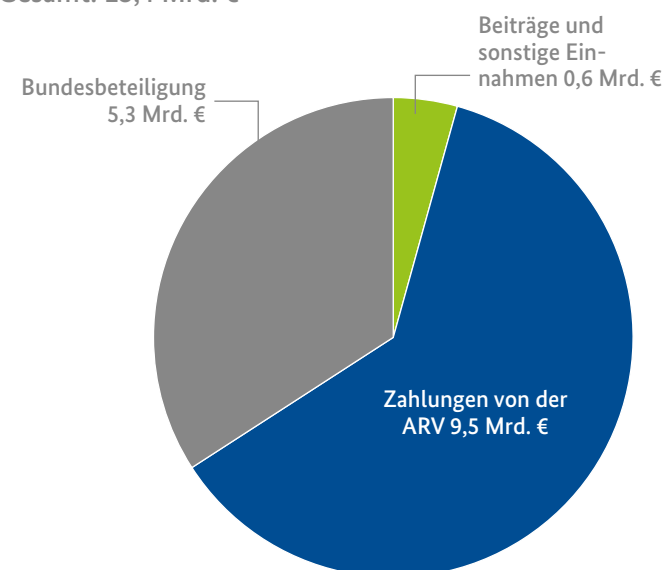
In der knappschaftlichen Rentenversicherung (KnRV) zahlt der Bund keinen festen Zuschuss zu den Ausgaben. Der Bund übernimmt nach § 215 SGB VI vielmehr

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 2016 von 5,3 Milliarden Euro standen lediglich rund 0,6 Milliarden Euro an Beitragseinnahmen gegenüber. Darüber hinaus erhielt die KnRV Zahlungen der ARV in Höhe von rund 9,5 Milliarden Euro, insbesondere zur Deckung des Anteils der Leistungen an ihre Versicherten, der auf Versicherungszeiten der ARV entfällt.

Einnahmen der ARV 2016
Gesamt: 280,5 Mrd. €



Einnahmen der KnRV 2016
Gesamt: 15,4 Mrd. €



7. Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger

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 künftigen 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 für die Festsetzung, Zuwei-

sung 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. In den Folgejahren wird der Mittelbedarf auf voraussichtlich über 80 Millionen Euro jährlich 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.

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 (sog. Überaltlast), die hierzu nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis stehen, werden von allen Berufsgenossenschaften gemeinsam getragen.

Für das Ausgleichsjahr 2016 hat das Bundesversicherungsamt im März 2017 die Lastenverteilung berechnet. Insgesamt wurden rd. 758 Millionen Euro von fünf ausgleichspflichtigen Berufsgenossenschaften auf vier ausgleichsberechtigte Berufsgenossenschaften umverteilt (Ausgleichsjahr 2015: 737 Millionen Euro, Ausgleichsjahr 2014: 754 Millionen Euro). Die Ergebnisse sind im Einzelnen in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Lastenverteilung 2016	
Berufsgenossenschaft	Ausgleichsbeträge *
Rohstoffe und chemische Industrie	397.402.277,08 €
Holz und Metall	31.952.341,74 €
Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	- 92.901.599,94 €
Nahrungsmittel und Gastgewerbe	9.987.698,98 €
Bauwirtschaft	317.985.908,84 €
Handel und Warenlogistik	- 159.204.205,89 €
Verwaltung	- 392.334.044,72 €
Transport und Verkehrswirtschaft	- 25.789.498,68 €
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	- 87.098.877,41 €

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

1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz

1.1 Überwachung der Berufsausbildung

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

Im Jahr 2016 betreute das Bundesversicherungsamt über 3.000 Auszubildende in den Berufen Sozialversicherungsfachangestellte/r, Verwaltungsfachangestellte/r, Kaufmann/-frau für Büromanagement und Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen sowie Fachinformatiker/in der Fachrichtungen Anwendungsbetreuung und Systemintegration.

Als Prüfungsamt hat das Bundesversicherungsamt rund 2.700 Aus- und Fortzubildende in 34 Zwischen-, Abschluss- und Fortbildungsprüfungen geprüft. Dafür waren 168 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 219 Informations- und Beratungsveranstaltungen durch.

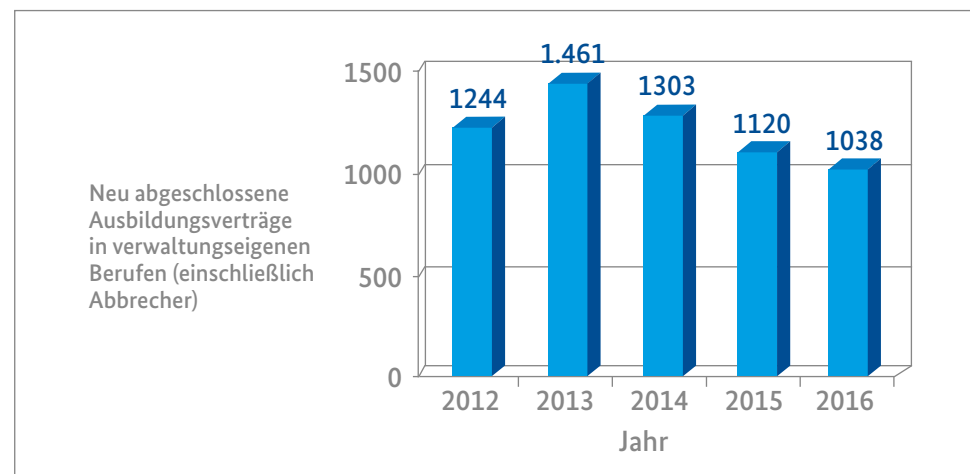
1.2 Ausbildungsplatzsituation

Am Stichtag 31.12.2016 betreute das Bundesversicherungsamt insgesamt 3.090 Ausbildungsverhältnisse (um die abgebrochenen Ausbildungsverhältnisse bereinigte Anzahl) der Einstellungsjahrgänge 2014 bis 2016 in den verwaltungseigenen Berufen. Davon 3.061 Ausbildungsverhältnisse zu Sozialversicherungsfachangestellten (SFA) und 21 zu Kaufleuten im Büromanagement (KAB), außerdem 8 Ausbildungsverhältnisse zu Verwaltungsfachangestellten beim Bundesversicherungsamt selbst.

Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge bei den Sozialversicherungsträgern in den verwaltungseigenen Berufen ist mit 1.038 deutlich geringer als im Vorjahr (1.120). Hiervon entfielen 1.033 auf SFA und 5 KAB. Damit ist im Berichtsjahr die Einstellungszahl erneut gesunken (rd. 7 % im Vergleich zum Vorjahr).

Außer der Deutschen Rentenversicherung Bund, die mit 137 Ausbildungsverträgen sieben Verträge mehr abgeschlossen hat als im Vorjahr, ist bei allen Trägern ein deutlicher Rückgang der Ausbildungszahlen zu verzeichnen: Im Bereich der Krankenversicherung minus 9,6 %, bei der Knappschaft-Bahn-See minus 7,1 % und bei der Unfallversicherung minus 7,8 %. Bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau wurde ein Ausbildungsvertrag weniger als im Vorjahr abgeschlossen.

3. Teil Sonderaufgaben



Im Einstellungsjahrgang 2016 verfügen rund 79,29 % der Auszubildenden über einen Hoch- oder Fachhochschulabschluss und 20,71 % über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss.

Neben den bei den Sozialversicherungsträgern abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen in verwaltungseigenen Berufen, für die allein das Bundesversicherungsamt zuständige Stelle ist, wurden von den Sozialversicherungsträgern im Berichtsjahr auch zahlreiche Ausbildungsverträge in den Berufen Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen und Kaufmann/Kauffrau im Dialogmarketing abgeschlossen. Die Anzahl der Ausbildungsverhältnisse zu Kaufleuten im Gesundheitswesen steigt 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 IHK erfolgt die Eintragung der Ausbildungsverhältnisse und die Prüfungsabnahme.

Zurückhaltend zeigen sich die Sozialversicherungsträger immer noch bei der Ausbildung von Kaufleuten für Büromanagement. Wurden schon bei der Einführung dieses neuen Berufs, der die drei Ausbildungsberufe Fachangestellte/-r für Bürokommunikation, Kaufmann/Kauffrau für Bürokommunikation und Bürokaufmann/-kauffrau ersetzt, im Jahr 2014 nur 14 Ausbildungsverträge im Bereich der Krankenversicherung und der Unfallversicherung abgeschlossen, so waren es im Berichtsjahr nur noch 5, diesmal ausschließlich bei der Unfallversicherung.

Verteilung der Ausbildungsverhältnisse in verwaltungseigenen Berufen auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

Einstellungsjahr	Sozialversicherungsfachangestellte					Verwaltungsfachangestellte					Fachangestellte für Bürokommunikation/Kaufleute für Büromanagement				
	KV	RV	KBS	LSV	UV	KV	RV	KBS	LSV	UV	KV	RV	KBS	LSV	UV
2012	912	77	121	7	123	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
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

1.3 Überwachung und Beratung

Im Berichtszeitraum hat das Bundesversicherungsamt als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz bundesweit in 219 Veranstaltungen 3.150 angehende Sozialversicherungsfachangestellte, Kaufleute im Gesundheitswesen sowie Fachinformatiker der Fachrichtung Anwendungsbetreuung und Systemintegration beraten.

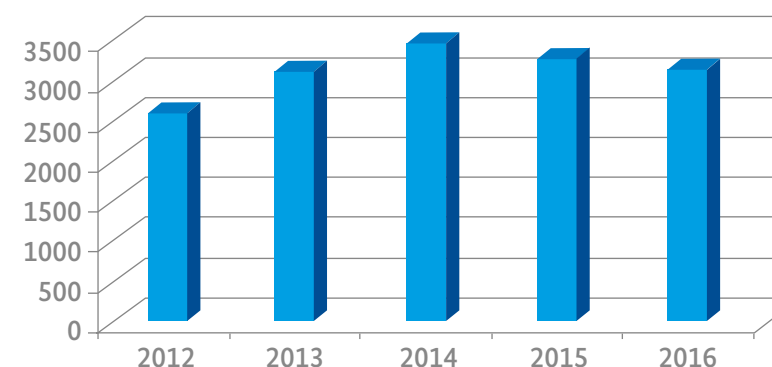
Zur Unterstützung der hauptamtlichen Ausbildungsberater waren diesmal zusätzlich drei vom Bundesversicherungsamt bestellte, ehrenamtliche Berater mit im Einsatz, die aus ihrer Tätigkeit in Prüfungsausschüssen oder als Lehrkräfte der Bildungseinrichtungen über langjährige Erfahrungen in der beruflichen Bildung verfügen.

In den Lehrgängen bei den Sozialversicherungsträgern informierten die Ausbildungsberater die Nachwuchskräfte über alles, was mit der Ausbildung zu tun hat, insbesondere über den Ablauf und Inhalt der Zwischenprüfung und Abschlussprüfung. Dabei kamen auch die Auszubildenden zu Wort und konnten im anschließenden Erfahrungsaustausch über den Ablauf und die Qualität ihrer Ausbildung berichten. Die Auswahl der besuchten Geschäftsstellen erfolgte überwiegend nach allgemeinen organisatorischen Kriterien, wie zum Beispiel Anzahl der anzutreffenden Auszubildenden oder der Termin der letzten Beratung. Bei zahlreichen Geschäftsstellenberatungen haben die Ausbildungsberater helfend und beratend zur Seite stehen können, aber auch in den Lehrgangsberatungen wurden die Berater auf Defizite in der praktischen Ausbildung aufmerksam gemacht, die beim anschließenden Besuch in den Geschäftsstellen erörtert wurden.

Anzahl der beratenen Auszubildenden

	Lehrgänge	Geschäftsstellen	gesamt	gesamt in %
KV	2193	164	2357	74,83
RV	243	11	254	8,06
UV	232	11	243	7,71
SVLFG	45	0	45	1,43
KBS	236	15	251	7,97
Summe:	2949	201	3150	100

Anzahl der beratenen Auszubildenden nach Jahren



Die Ausbildung verlief bei allen Sozialversicherungsträgern insgesamt sehr verantwortungsvoll und zukunftsweisend. Die Auszubildenden werden sorgfältig ausgewählt, in Theorie und Praxis intensiv geschult und genießen Anerkennung.

Besonders Positives ist von der Deutschen Rentenversicherung Bund zu berichten. Der Träger engagiert sich vorbildlich bei der Berufsqualifizierung und damit der Integration junger Flüchtlinge in Deutschland. So startete dort im Herbst – nachdem das entsprechende Konzept mit dem Bundesversicherungsamt abgestimmt und die Verträge dort registriert worden waren – eine sogenannte Einstiegsqualifizierung für 18 junge Menschen aus Syrien, Afghanistan, Äthiopien, Turkmenistan und aus dem Iran. Mit dieser Einstiegsqualifizierung sollen die jungen Leute für die Ausbildungsberufe „Sozialversicherungsfachangestellte/r“ oder „Fachinformatiker/in“ ausbildungsfähig gemacht werden. Außerdem werden sie sprachlich intensiv gefördert. Absolvieren sie die Einstiegsqualifizierung erfolgreich, erhalten sie von der Deutschen Rentenversicherung Bund die vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten in einem betrieblichen Zeugnis bescheinigt und können sich für die entsprechende Ausbildung bewerben. Das Bundesversicherungsamt wird die Qualifizierungsmaßnahme weiterhin begleiten und jeden Absolventen zertifizieren.

Im besonderen Fokus des Bundesversicherungsamtes standen auch im Berichtsjahr wieder die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und dort insbesondere die Ersatzkassen. Denn mit den fundamentalen Strukturveränderungen der letzten Jahre wurden auch die Ausbildungssysteme umfassend neustrukturiert. Bei vielen Trägern wurde die Zahl der Ausbildungsstandorte ebenso reduziert wie die der Lehrgangszentren. Die Ausbildungsverläufe wurden nicht zuletzt auch auf Anregung des Bundesversicherungsamtes besser strukturiert. Das bedeutet mehr Transparenz bei den Ausbildungszielen, eine bessere Koordination der Einsatzplanung und konstruktivere Feedback- und Bewertungsmechanismen.

Auffällig aber auch die Unterschiede: Manche Kassen bilden ausschließlich Sozialversicherungsfachangestellte aus und zwar im gesamten Spektrum von

Theorie und Praxis, andere spezialisieren ihre Nachwuchskräfte – soweit zulässig – auf ein Arbeitsgebiet und vermitteln den Rest in Hospitationen oder durch digitales Lernen. Einige Träger bilden Sozialversicherungsfachangestellte und Kaufleute im Gesundheitswesen parallel aus. Wiederum andere nur noch Kaufleute im Gesundheitswesen.

Das Bundesversicherungsamt hat all diese Konzepte und Prozesse in enger Abstimmung mit den Trägern konstruktiv begleitet und Verbesserungsvorschläge gemacht, wo diese erforderlich waren.

Dazu war nicht selten Überzeugungsarbeit nötig, denn die Verantwortlichen der Träger verweisen in Gesprächen immer wieder darauf, dass der Spezialist und nicht mehr der „Allrounder“ gefragt sei. Für das Bundesversicherungsamt sind jedoch die gesetzlichen Vorgaben verpflichtend. Sie fordern eine umfassende gründliche Ausbildung in Theorie und Praxis, um den Auszubildenden auch im Fall der Nichtübernahme berufliche Perspektiven zu eröffnen.

Nach Überprüfung der Ausbildungskonzeptionen in den vergangenen Jahren bestand ein Arbeitsschwerpunkt des Bundesversicherungsamtes darin, nachzuhalten, dass diese auch absprachegemäß in der Praxis umgesetzt und fortgeführt werden.

Zum Beispiel war zu ermitteln, ob in einem Fachzentrum Mitgliedschaft und Beiträge durch digitale Übermittlung von Leistungsfällen die breite Palette der Leistungsthemen auch tatsächlich praxisgerecht vermittelt werden kann. Dabei standen nicht nur die Organisation und die technischen Abläufe im Fokus, sondern auch die Frage, ob die Schulungsräume zur Praxisvermittlung überhaupt geeignet sind. Ebenso wichtig war zu überprüfen, ob im betreffenden Beitragszentrum auch Ausbilder zur Verfügung stehen, die nicht nur über Kenntnisse und Erfahrungen im Beitragswesen verfügen, sondern auch für die Vermittlung von Themen aus dem Leistungsbereich wie z.B. für Krankenhausabrechnungen oder Zahnersatz sachkundig genug sind.

Ein anderer großer Träger fängt die Lücken in der Praxisausbildung in bestimmten Fachzentren durch Hospitationen in benachbarten Fachzentren mit



anderen Themenschwerpunkten auf. Im Sinne einer kostengünstigen Organisation bildet dieser Träger Sozialversicherungsfachangestellte nur noch in Großstädten aus, wo kaum Fahrt- oder Übernachtungskosten anfallen. Zu prüfen war dort: Werden diese Hospitationen tatsächlich durchgeführt, wie ist die Einsatzplanung, reicht die Dauer der Hospitationen für eine umfassende Praxisausbildung aus und wann im Ausbildungsverlauf beginnt die intensive Sachbearbeitung zur Vorbereitung auf das spätere Arbeitsgebiet?

Frühe Beendigung der Ausbildung und anschließende ausbildungsfremde Sachbearbeitung ist leider nicht unüblich. Besonders Träger, die ihre Auszubildenden nicht mehr in die Berufsschule sondern in wesentlich kürzeren betriebsinternen Lehrgängen schulen und dazu in Fachzentren spezialisieren, neigen dazu, die Ausbildungsaktivitäten bereits ab Mitte des zweiten Ausbildungsjahres zugunsten der Sachbearbeitung einzustellen.

Das ist verständlich und es ist womöglich sogar motivierend für die jungen Leute, wenn sie bereits in reale Arbeitsprozesse einbezogen werden. Aber auch hier verweist das Bundesversicherungsamt auf die Ausbildungsordnung und den Ausbildungsrahmenplan.

Das Bedürfnis der Kassen nach einer kurzen praxisnahen Ausbildung ist womöglich auch ein Grund dafür,

dass die Einstellungszahlen für Kaufleute im Gesundheitswesen weiter steigen. Deren Ausbildungsordnung eröffnet den Trägern nämlich eine deutlich freiere und individuellere Gestaltung der Ausbildung. Das darf aber nicht zu einem Qualitätsmangel und langfristig zu einer schlechter qualifizierten Mitarbeiterschaft führen.

Das Bundesversicherungsamt hat daher auch in diesem Ausbildungsberuf in zahlreichen Gesprächen mit Verantwortlichen eine möglichst umfassende und facettenreiche Ausbildung angemahnt. Ziel sollte nicht nur die Deckung des momentanen Personalbedarfs sein, sondern darin bestehen, den jungen Menschen eine breite berufliche Handlungsfähigkeit zu verschaffen. Mit Erfolg, denn alle großen Träger haben durch eine Erhöhung der Zahl der Lehrgangswochen die theoretischen Kenntnisse erheblich erweitert. Es gibt aber auch noch Träger, die sich nach wie vor trotz vielfältiger Strukturveränderungen allein auf den für Sozialversicherungsträger klassischen Ausbildungsberuf des Sozialversicherungsfachangestellten konzentrieren und gar keine Kaufleute im Gesundheitswesen ausbilden. In dem Zusammenhang hatte das Bundesversicherungsamt das Ausbildungskonzept einer großen Krankenkasse zu prüfen, das erstmalig eine einheitliche Ausbildung für alle Auszubildenden dieser Kasse regelt und alle bisweilen in Beratungen beklagten Ungleichbehandlungen der Auszubildenden

in den rund 70 Regionaldirektionen ausräumen will. Es war als Pilotprojekt schon im Jahr 2015 für die Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr gestartet worden und hatte bereits positive Auswirkungen gezeigt. Dem umfassenden Konzept, in dem von der Gewinnung der künftigen Auszubildenden bis zum Abschluss der Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten alles geregelt ist, konnte nach eingehender Prüfung ohne weiteres „grünes Licht“ gegeben werden.

Die Arbeit des Bundesversicherungsamtes beschränkte sich aber nicht auf die Überwachung und Begleitung der großen Strukturveränderungen. Das Tagesgeschäft der Ausbildungsberater bestand auch aus der Beantwortung und Bearbeitung der „kleinen Probleme“. In mehr als hundert Anfragen zu allen Aspekten der Ausbildung, ob telefonisch, persönlich oder per E-Mail, waren unter anderem Überforderung, Lernprobleme, Fragen zu Verlängerung oder Verkürzung der Ausbildung, zum Nachteilsausgleich, zur Teilzeitausbildung oder Bitten um die Versetzung in andere, heimatnähere Ausbildungsstandorte die Themen. In den meisten Fällen konnte geholfen werden.

1.4 Prüfungen

Im Jahr 2016 hat das Bundesversicherungsamt 2.714 Prüflinge und damit etwas mehr als im Vorjahr (2015: 2696) geprüft.

An 10 Zwischenprüfungen nahmen 1.142 Auszubildende zu SFA und zwei angehende VFA teil. Dabei wurden 69 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 13 Abschlussprüfungen, bei denen 86 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 1.367 Prüflinge teil, darunter 16 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf SFA entfielen 1.363 Prüflinge, drei auf den Ausbildungsberuf VFA und einer auf den Ausbildungsberuf FAB. 1.346 Prüflinge bestanden die Prüfung (98,5 %). Unter den 1.363 Prüflingen für den Beruf SFA waren 57, die nach § 45 Absatz 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Von diesen kam einer von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und alle anderen von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin/zum Krankenkassenfachwirt nahmen insgesamt 78 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie von der BARMER GEK teil. Neun davon kamen von landesunmittelbaren Kassen und wurden vom Bundesversicherungsamt in Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die noch keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Fünf Prüfungsausschüsse waren im Einsatz. 74 Prüflinge bestanden die Prüfung. Bei der Organisation wurde das Bundesversicherungsamt von der BKK Akademie, der IKK Akademie und der BARMER GEK unterstützt.

Die im Dezember 2015 begonnene Fortbildungsprüfung zur Sozialversicherungsfachwirtin/zum Sozialversicherungsfachwirt für 34 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wurde in diesem Jahr abgeschlossen. Dabei waren drei Prüfungsausschüsse im Einsatz. 32 Prüflinge bestanden die Prüfung. Außerdem konnten zwei Prüfungswiederholer in diesem Jahr die Fortbildung in einer Wiederholungsprüfung erfolgreich beenden.

Zudem hat das Bundesversicherungsamt sieben Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 77 Ausbilderinnen und Ausbilder – und damit weniger als im Vorjahr (2015: 99 Ausbilder) – teilnahmen. 47 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei Krankenkassen, 18 bei Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und 12 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Alle Prüfungsteilnehmer und -teilnehmerinnen bestanden die Prüfung.

Für den neuen Ausbildungsberuf Kaufmann/Kauffrau für Büromanagement, der seit 1. August 2014 unter anderem den Fachangestellten für Bürokommunikation ablöst, hat das Bundesversicherungsamt erstmalig den ersten Teil der gestreckten Abschlussprüfung durchgeführt. An zwei Prüfungsterminen nahmen insgesamt 12 Prüflinge von Betriebskrankenkassen und der Unfallkasse des Bundes teil. Es wurde jeweils ein Prüfungsausschuss eingesetzt.

Als Herausforderung stellte es sich für das Bundesversicherungsamt dar, geeignete Prüfungsorte für den stark IT-gestützten ersten Teil der Abschlussprüfung zu finden. Idealerweise wird dieser Prüfungsteil bei den Berufsschulen durchgeführt, weil nur dort die prüfungstechnisch geforderte IT-Ausstattung zur Verfügung steht. In einem Fall musste das Bundesversicherungsamt aber die Unterstützung einer IHK in Anspruch nehmen, was leider für das Amt nicht kostenneutral blieb.

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.

1.5 Entschädigung der Ehrenamtler

Am 1. Juni 2016 ist die neue, vom Bundesversicherungsamt erstellte Entschädigungsregelung in Kraft getreten. Damit wurde erstmalig eine einheitliche Regelung zur Aufwandsentschädigung aller beim Bundesversicherungsamt im Rahmen des Berufsbildungsgesetzes ehrenamtlich tätigen Personen geschaffen. Mit einer deutlichen – auch über die reine Inflationsrate hinausgehende – Anhebung der Beträge soll das freiwillige und anererkennungswerte Engagement der Ehrenamtler stärker als bisher unterstützt und entsprechend gewürdigt werden.



2. Mutterschaftsgeldstelle

Die Mutterschaftsgeldstelle beim Bundesversicherungsamt ist seit über drei Jahrzehnten für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes nach § 13 Abs. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG) zuständig. Maximal 210 Euro können Frauen erhalten, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und zu Schutzfristbeginn vor der Entbindung in einem Arbeitsverhältnis stehen. Bestand für die anspruchsberechtigten Frauen unmittelbar vor diesem Zeitpunkt Arbeitslosenversicherungspflicht, unterliegt dieser auch das Mutterschaftsgeld und das Bundesversicherungsamt führt die entsprechenden Beiträge nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 i. V. m. § 347 Nr. 8 SGB III ab. Sofern das Arbeitsverhältnis dieser Frauen während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach der Entbindung durch Kündigung des Arbeitgebers und mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde beendet wurde oder der Arbeitgeber wegen eines Insolvenzereignisses

i. S. v. § 183 SGB V den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nicht zahlen kann, wird auch der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld übernommen.

Im Jahr 2016 beantragten rund 22.000 Frauen Mutterschaftsgeld beim Bundesversicherungsamt, rund drei Viertel davon erfolgreich. Die Gesamtausgaben lagen bei rund 3,1 Millionen Euro. Darin waren rund 29.000 Euro Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung und ca. 2.200 Euro Zuschusszahlungen zum Mutterschaftsgeld enthalten.

Rund 12.000 Beratungsgespräche wurden über die Beratungshotline geführt, u. a. mit potentiellen Antragstellerinnen, Arbeitgebern, Steuerberatern und Beschäftigten von Beratungsstellen. Ferner wurden rund 900 schriftliche Beratungsanfragen beantwortet. Der Rückgang schriftlicher Anfragen um rund 35 %

gegenüber dem Vorjahr geht vermutlich auf die Ausweitung des Serviceangebotes im Internet www.mutterschaftsgeld.de zurück. Neben ausführlichen FAQ's werden dort seit Mitte letzten Jahres die wichtigsten Informationen zu den Leistungen der Mutterschaftsgeldstelle in Kurzform auch in den Sprachen Englisch, Türkisch und Russisch bereitgestellt.

Nicht selten werden geringfügig beschäftigte Frauen von ihren Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt verwiesen, obwohl sie zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles (Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG) bei diesen selbst Mitglied waren. Begründet wird das den Frauen gegenüber fehlerhaft damit, dass ihr geringfügiges Arbeitsverhältnis nicht sozialversicherungspflichtig sei, oder unter Außerachtlassung des § 24 i Abs. 1, 2. Alternative SGB V, dass deren „freiwillige“ Mitgliedschaft keinen Krankengeldanspruch umfasse. Es kommt auch vor, dass geringfügig beschäftigten Frauen, die zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles in 2016 Arbeitslosengeld II bezogen und aufgrund dessen ab Leistungsbezug und damit auch zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles krankenversicherungspflichtig waren, an das Bundesversicherungsamt verwiesen wurden, weil – so die Begründung der Krankenkassen – die Mitgliedschaft mangels Vorliegen der Sozialversicherungsmeldungen der Jobcenter (noch) nicht bestehe. Dabei wird verkannt, dass die Mitgliedschaft kraft Gesetz entsteht und die Sozialversicherungsmeldungen lediglich deklaratorische Wirkung entfalten.

Falsche Auskünfte führen bei den betroffenen Frauen zu Verwirrung und verspätetem Leistungsbezug, bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Bundesversicherungsamtes zu viel überflüssiger Arbeit und wirken sich letztlich auch auf das Ansehen der jeweiligen Krankenkassen negativ aus. Das Bundesversicherungsamt empfiehlt diesen Frauen, sich unter Vorlage des die Rechtslage erläuternden ablehnenden Bescheides erneut an ihre Krankenkasse zu wenden. Wird erkannt, dass die verunsicherten aufgrund ihrer Situation besonders schutzbedürftigen Frauen dabei Schwierigkeiten haben werden, wird in deren Interesse auch unmittelbar Kontakt mit den Krankenkassen aufgenommen.



3. Blick nach innen

Das Bundesversicherungsamt in den Medien

Ein stabiles und zukunftsorientiertes Sozialversicherungssystem ist eine bedeutende Grundlage einer zufriedenen und solidarischen Gesellschaft. Ein wichtiges Anliegen des Bundesversicherungsamtes ist es, die Öffentlichkeit über wichtige Themen aus dem Sozialversicherungssystem regelmäßig zu informieren und aktuelle Entwicklungen zu erklären. Neben der Herausgabe von Pressemitteilungen beantwortet die Pressestelle auch Einzelanfragen von Journalisten und Medienvertretern und organisiert nach Absprache Interviews mit dem Präsidenten des Bundesversicherungsamtes. Aber 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 2016 hat die Pressestelle zehn Pressemitteilungen an die Medien herausgegeben und rund 500 Presseanfragen beantwortet. Außerdem veröffentlicht das Bundesversicherungsamt beauftragte Gutachten, die in seinen Aufsichtsbereich fallen.

Im Jahr 2016 galt das öffentliche Interesse insbesondere dem Risikostrukturausgleich, der u. a. aufgrund von Manipulationsvorwürfen immer wieder in die Schlagzeilen geriet. Das Bundesversicherungsamt bekräftigt dabei, dass der Morbi-RSA das richtige Instrument ist, um einen gerechten Ausgleich zwischen den Krankenkassen zu schaffen, dieses Instrument aber auch einer steten Weiterentwicklung unterliegen muss. Insbesondere bei dem komplexen Berechnungssystem des Risikostrukturausgleichs versucht das Bundesversicherungsamt, Medienvertreter sachgerecht und ausführlich zu informieren, auch, um damit die

oft hitzig geführte öffentliche Diskussion zu versachlichen.

Weitere Dauerthemen in der Öffentlichkeit waren im Jahr 2016 der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, die vom Gesundheitsfonds zu zahlenden Negativzinsen sowie die Arbeit des Schätzerkreises in der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit seiner Internetseite www.bundesversicherungsamt.de bietet das Bundesversicherungsamt allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern eine ausführliche Informationsplattform. 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 Nutzer.

Das Bundesversicherungsamt als Arbeitgeber

In 2016 beschäftigte das Bundesversicherungsamt knapp 590 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im einfachen, mittleren, gehobenen und höheren Dienst. Das Bundesversicherungsamt bildet auch selbst Verwaltungsfachangestellte aus. In 2016 hat es insgesamt 8 Auszubildende und 11 Beamtenanwärter betreut. In 2016 wurde dem Bundesversicherungsamt bereits zum 3. Mal 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. Um die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und die Bedingungen für ein „gesundes Arbeiten“ weiter zu verbessern, wurde im Rahmen des systematischen

„Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ in 2016 ein Maßnahmenplan mit Verhaltens- und Verhältnispräventionsmaßnahmen entwickelt und überwiegend realisiert. Die flächendeckende ergonomische Ausstattung der Arbeitsplätze sowie gezielte gesundheitsfördernde Präventionsangebote zeigen den hohen Stellenwert, den die Gesundheit der Beschäftigten auf allen Ebenen des Hauses hat.

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

Selbstkontrolle

Das Bundesversicherungsamt achtet als Aufsichts- und Prüfbehörde auf die ordnungsgemäßen und regelgerechten Prozesse bei seinen Trägern. Aber auch die Kontrolle der eigenen Geschäftsprozesse gehört im Bundesversicherungsamt zum Grundsatz. Die Stabsstelle Innenrevision prüft und berät die hausinternen Bereiche, um die Beachtung der Grundsätze von Rechtmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu gewährleisten. In 2016 hat die Innenrevision 14 Prüfungen durchgeführt. Im Bereich Korruptionsprävention war ein dauernder Schwerpunkt die Sensibilisierung der Beschäftigten unter anderem durch Fortbildungsmaßnahmen.

Innovation und Digitalisierung

Das Bundesversicherungsamt richtet seine Aufgabengebiete strategisch aus. Ein wesentliches Handlungsfeld ist die interne Überführung seiner Geschäftsprozesse in die digitale Welt. Das Bundesversicherungsamt berät daher nicht nur die Sozialversicherungsträger auf dem Weg hin zur Digitalisierung, sondern ist selbst Teil des Digitalisierungsprozesses. Mit seinem Programm „BVA digital“ hat das Haus damit begonnen, Projekte aufzusetzen, um die interne Verwaltungsarbeit sukzessive auf digitale Geschäftsprozesse umzustellen.

Bundesunmittelbare Träger im Aufsichtsbereich des Bundesversicherungsamtes

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt 66)

Ersatzkassen insgesamt: 6

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

Innungskrankenkassen insgesamt: 4

- BIG direkt gesund
- IKK classic
- IKK gesund plus
- Innungskrankenkasse Nord

Betriebskrankenkassen insgesamt: 54

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

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

Weitere insgesamt: 2

- Knappschaftliche Krankenversicherung
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

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

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (insgesamt 3)

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

- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Sonstige (insgesamt 5)

- Ernst-Abbe-Stiftung
- Künstlersozialkasse
- Spitzenverband Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

- Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger
- Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung Gewerbliche Berufsgenossenschaft (insgesamt 11)

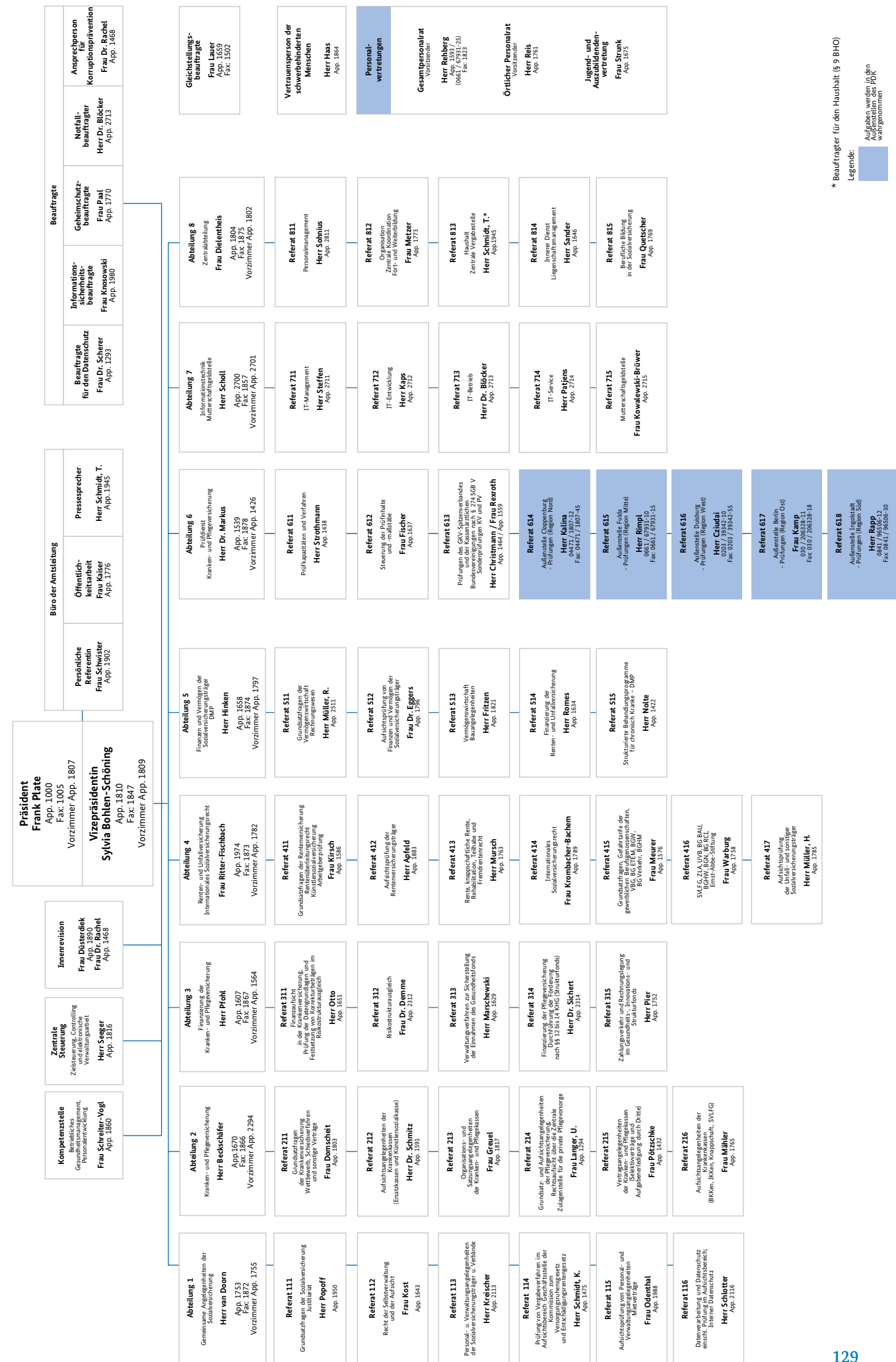
- Berufsgenossenschaft Holz und Metall
- Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
- Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)
- Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe
- Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft
- Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik

- Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG)
- Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Unfallversicherung Bund und Bahn

Arbeitsgemeinschaften (insgesamt 26)

- Arbeitsgemeinschaft „Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V.“ (IKK e.V.)
- argab - Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrug
- ARGE CasusQuo e.V.- Arbeitsgemeinschaft für stationäres Fall- und Kostenmanagement e.V.
- ARGE GSV plus GmbH
- BG Phoenix GmbH
- BG-Kliniken - Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH
- 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
- EVdK Einkaufsverbund der Krankenkassen
- GWQ ServicePlus AG
- HDP Gesellschaft für ganzheitliche Datenverarbeitung mbH
- Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
- IT.UV Software GmbH
- Kooperation VIACTIV und BKK Achenbach Buschhütten
- MedicalContact AG
- Mobil ISC GmbH
- Servicebüro für Krankenkassen (Unterstützungsleistungen zur DMP-Evaluation)
- spectrumK GmbH
- UV RZ
- Verband der Ersatzkassen e.V.

Organigramm



22.000
ANTRÄGE AUF MUTTERSCHAFTSGELD

127.888
MELDUNGEN AN DIE MELDESTELLE FÜR DIE
PRIVATEN VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN

5.547
EINGABEN

590
MITARBEITER IM
BUNDESVERSICHERUNGSAMT

3.000
AUSZUBILDENDE BETREUT

111
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER
UNTER DER AUFSICHT DES BUNDESVERSICHERUNGSAMTES

Bildnachweise:

Archiv Bundesversicherungsamt · FERNANDO BLANCO CALZADA/Shutterstock.com · TSpider/Shutterstock.com · Pressmaster/Shutterstock.com · SFIO CRACHO/Shutterstock.com · kan2d/Shutterstock.com · Pixelot/fotolia · sabine hürdler/fotolia · industrieblick/fotolia · VRD/fotolia · anzebizjan/fotolia · Antonioguillen/fotolia · alexey_boldin/fotolia · racamani/fotolia · Stockfotos-MG/fotolia · Kzenon/fotolia · Sandor Kacso/fotolia · Kzenon/fotolia · Stockfotos-MG/fotolia · Robert Kneschke/fotolia · Syda Productions/fotolia · navintar/fotolia · andrey polivanov/Shutterstock.com · DOC RABE Media/fotolia · ADDICTIVE STOCK/fotolia · weyo/fotolia · Sinuswelle/fotolia · sebra/fotolia · spotmatikphoto/fotolia · Romaset/Shutterstock.com · WavebreakMediaMicro/fotolia · fotomek/fotolia · JFL Photography/fotolia · cataliseur30/fotolia · Lumina Images/fotolia · djile/fotolia



Bundesversicherungsamt

Herausgeber:

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

Verantwortlich für den Inhalt:
Frank Plate, Präsident

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

Druck:
XPrint Medienproduktion, Aachen

Print  kompensiert
Id-Nr. 1765963
www.bvdm-online.de

