



Bundesamt
für Soziale Sicherung



TÄTIGKEITSBERICHT 2020

Bundesamt für Soziale Sicherung



Vorwort

2020 – Ein Jahr der Krise, ein Jahr der Stärke

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

das Jahr 2020 wird uns als **erstes Jahr der Corona-Pandemie** im Gedächtnis bleiben. Nicht nur die eigene Gesundheit war gefährdet, sondern die der gesamten Bevölkerung stand plötzlich im Fokus – in Deutschland, in Europa und weltweit. Es galt unter anderem ad hoc viele an Covid-19 erkrankte Menschen mit modernen medizinischen Standards zu versorgen, schwersterkrankte Patienten auf den Intensivstationen zu betreuen und eine höchstgefährdete Risikogruppe, die älteren und kranken Menschen auch in den Alten- und Pflegeheimen zu schützen. Hierauf war zum einen die politische und mediale Aufmerksamkeit gerichtet, hier musste sich aber vor allem ein starkes Gesundheitssystem beweisen, personell, technisch und finanziell.

Auch das BAS musste in 2020 als zentrale Behörde zur Erhaltung und Weiterentwicklung funktionierender und stabiler Sozialversicherungssysteme seine Belastbarkeit unter Beweis stellen. Rückblickend haben wir es gut geschafft, in einer von vielen Unsicherheiten geprägten Zeit unsere bisherigen Aufgaben sicher zu meistern und sogar sehr kurzfristig neue Aufgaben zu übernehmen. So hat das **BAS in der Krise Stärke** bewiesen.

Als systemrelevante Einrichtung musste das BAS vor allem dafür sorgen, dass die ihm anvertrauten Finanzströme reibungslos aufrechterhalten blieben. Zusätzlich zu diesem Normalbetrieb haben wir, als unmittelbare Auswirkungen der Pandemie, darüber hinaus Finanzhilfen in Milliardenhöhe gesteuert: ob Ausgleichszahlungen für Einnahmeausfälle von Krankenhäusern, zusätzliche Intensivbetten, Corona-Testungen, Schutzmasken, Testungen auf Mutationen und Impfungen – das BAS hat jeweils unter Hochdruck neue Verwaltungsverfahren mit unterschiedlichen Beteiligten aufgebaut und damit neue Finanzströme eingerichtet und sichergestellt.



Frank Plate – Präsident des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS)

Die Corona-Pandemie stellte besonders den Gesundheitsfonds vor große Herausforderungen. Schon früh zeichnete sich eine erhebliche Finanzierungslücke in der Gesetzlichen Krankenversicherung ab, die im Frühjahr 2020 auf ca. 15 – 16 Mrd. Euro geschätzt wurde. Mit einem politisch umstrittenen Maßnahmenpaket sind schließlich die Einnahmen des Gesundheitsfonds gesichert worden: (1) Der Bund hat in 2020 einen einmaligen zusätzlichen Bundeszuschuss von 5 Mrd. Euro gewährt, so dass er unter Einrechnung des gesetzlich vorgesehen „regulären“ jährlichen Bundeszuschusses von 14,5 Mrd. Euro insgesamt mit 19,5 Mrd. aus Steuermitteln zur Stabilisierung beigetragen hat. (2) Die gesetzlichen Krankenkassen, die über entsprechendes Vermögen verfügten, wurden verpflichtet, aus diesen Finanzreserven insgesamt rund 8 Mrd. Euro beizusteuern. Hierfür hat das BAS entsprechende Verfahren aufgebaut. Es betreut auch die inzwischen von 20 Kassen gegen diese Verpflichtung eingereichten Klageverfahren. (3) Schließlich werden die noch fehlenden 3 Mrd. Euro von der Versicherungsgemeinschaft durch eine Erhöhung des Zu-

satzbeitrages um 0,2 Beitragspunkte auf durchschnittlich 1,3 % aufgebracht. In der Folge haben insgesamt 40 Krankenkassen (davon 25 bundesunmittelbare) nun ihren kassenindividuellen Zusatzbeitrag für 2021 erhöht. Die sog. **Sozialgarantie der Großen Koalition**, „den Sozialversicherungsbeitrag durchschnittlich unter 40 % zu halten“, konnte damit für das laufende Jahr 2021 eingehalten werden. Zur Schließung der aktuell schon „drohenden“ weiteren Finanzierungslücke des Gesundheitsfonds sind bereits jetzt 7 Mrd. Euro für 2022 als ergänzender Bundeszuschuss im Bundeshaushalt vorgesehen; es bleibt abzuwarten, in welcher Höhe der Bundestag diesen Betrag nochmal durch Rechtsverordnung erhöhen wird.

Aus dem im Juni 2020 beschlossenen **Konjunktur- und Krisenbewältigungspaket** der Bundesregierung im Umfang von 130 Mrd. Euro folgte für das BAS außerdem die Einrichtung des **Krankenhauszukunftsfonds**. Aus dem Bundeshaushalt wurden dazu 3 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt, mit denen Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und verschiedene Digitalisierungsvorhaben gefördert werden sollten.

Neben diesen pandemiebedingten besonderen Herausforderungen 2020 war auch das **normale Aufsichts- und Verwaltungsgeschäft** im BAS in vielfältiger Weise durch Corona geprägt (im Bericht weisen wir an vielen Stellen deshalb auf pandemiebedingte Besonderheiten hin – sog. „Corona-Schlaglichter“).

In der gesetzlichen **Krankenversicherung** haben uns neben der Neuordnung des Wettbewerbs in der GKV, die künftig bei Werbemaßnahmen sachbezogene Informationen in den Vordergrund stellt, wichtige Gesetzesvorhaben beschäftigt. Zu nennen sind hier etwa das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG), das Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG) und die Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGaV).

Die Unterstützung der **Digitalisierung** in der gesetzlichen Sozialversicherung bleibt weiterhin für das BAS eine prioritäre Aufgabe. Der Digitalausschuss im BAS hat sich als eine zentrale Anlaufstelle für bundesunmittelbare Träger entwickelt, wenn es um Fragen der Umsetzbarkeit und Rechtmäßigkeit digitaler Vorhaben geht.

Der **Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung** konnte in 2020 erstmals Fernzugriffe als Prüfmittel verwenden. Immerhin 43 bundesunmittelbare Krankenkassen stellen uns über diesen Weg ihre Daten zur Verfügung, so dass eine Vielzahl von Standard-, Sonder- und Beratungsprüfungen kontaktlos stattfinden können.

Der **morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich** wurde 2020 durch das Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) umfangreich reformiert. Für das Ausgleichsjahr 2021 werden vor allem drei wichtige Reformbausteine finanzwirksam: (1) Bei der Risikogruppenzuordnung wird der Erwerbsminderungsstatus nicht mehr berücksichtigt, (2) das Krankheits-Vollmodell wird eingeführt sowie (3) regionale Merkmale werden berücksichtigt.

Der Ausgleichsfonds der **sozialen Pflegeversicherung** hat im Jahr 2020 wichtige Aufgaben zur Refinanzierung der Kosten für Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der Corona-Pandemie übernommen. Um die pandemiebedingten Aufwendungen der Pflegekassen – bekannt unter den Schlagworten Pflege-Rettungsschirm und Corona-Prämien – refinanzieren zu können, wurde dem Ausgleichsfonds im Juli 2020 erstmals ein Bundeszuschuss in Höhe von 1,8 Mrd. Euro zugeführt.

Auch das Aufsichtsgeschehen in der **Rentenversicherung** war geprägt durch zahlreiche Gesetze und Verordnungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. Zu Beginn war vorrangig zu klären, ob und in welcher Weise Rehabilitationsmaßnahmen in den Rehabilitationskliniken fortgeführt werden konnten, oder Neuaufnahmen von Rehabilitanden möglich sind. Des Weiteren waren die Verfahrensweise der Rentenversicherungsträger zur Mütterrente und die Ausschlussfrist bei Neufeststellung der Rente Schwerpunkte unserer Tätigkeit.

In der **Unfallversicherung** beschäftigten uns Beitragserhöhungen, Beschwerden über die pandemiebedingten verlängerten Bearbeitungszeiten und Satzungsänderungen. Für das internationale Engagement der gewerblichen Berufsgenossenschaften hat das BAS mit Unterstützung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung einen Handlungsleitfaden erarbeitet, der für alle wesentlichen Aspekte Handlungsempfehlungen enthält.

Die im BAS angesiedelte **Mutterschaftsgeldstelle** ist nach wie vor ein Bereich, der im Umgang mit Frauen in einer besonderen Lebenssituation große Sensibilität erfordert. Die Zahl der Anträge ist in 2020 wieder gestiegen, dabei werden inzwischen über 43 Prozent über ein Online-Verfahren eingereicht.

Die Ausnahmesituation in 2020 hat das BAS auch in seiner Eigenschaft als **zuständige Stelle** nach dem **Berufsbildungsgesetz** vor Herausforderungen gestellt. Durch das Engagement und gute Zusammenwirken aller Beteiligten gelang es, die Prüfungen planmäßig durchzuführen.

Und sonst...? Berichtenswert erscheint noch Folgendes:

Die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und das BAS haben große Geldbeträge treuhändisch und sicher zu verwalten. Der **Finanzskandal** um die **Green-sill**-Gruppe hat zu großen Verlusten in vielen öffentlichen Verwaltungen geführt, die ihr Geld sicher angelegt glaubten. Das BAS konnte zunächst gelassen bleiben, da „unsere“ Sozialversicherungsträger abgesichert waren. Es scheint jedoch nicht ausgeschlossen, dass der private Bankenverband infolge dieser Ereignisse künftig Sozialversicherungsträgern, den Gesundheitsfonds und den Ausgleichsfonds Pflege den Zugang zu seiner Einlagen-sicherung verwehren könnte. Dies zeigt umso mehr, wie dringend eine zeitgemäße Novellierung des seit über 45 Jahren fast unveränderten – und daher völlig veralteten – **Vermögensrecht** im SGB IV angezeigt ist. Das BAS hatte hierzu im Berichtsjahr umfangreiche Vorarbeiten geleistet und ist bereit, diese frühzeitig in der nächsten Legislaturperiode einzubringen.

Als moderne Behörde entwickelt sich das BAS kontinuierlich weiter; so hat es die Schwerpunktthemen „Nachhaltigkeit“ und „Arbeitsplatz der Zukunft“ auf die interne Agenda gesetzt. Mit den „Herausforderungen der Digitalisierung“ beschäftigt sich eine allen Beschäftigten unabhängig von ihrem Status offen stehende – und rege angenommene – Arbeitsgruppe, begleitet von dem bei der Amtsleitung neu eingerichteten Veränderungsmanagement. Um den Ausbau des BAS zu einer **digitalen, nachhaltigen** und **krisenfesten Behörde** erfolgreich zu

steuern, werden die vielen Einzelprojekte, wie etwa die Einführung der E-Akte Bund, in einer gemeinsamen digitalen Agenda zentral koordiniert.

Glücklicherweise hatten wir selber nur wenige und glimpflich verlaufende Corona-Erkrankungen im Amt zu verzeichnen. Dazu mögen die bei uns schon früh geltenden pandemiebedingten Einschränkungen des Dienstbetriebes beigetragen haben; vor allem das durch die BAS-IT-Abteilung in kürzester Zeit umfassend ermöglichte „Homeoffice“ können und sollen über 90 % der Beschäftigten nutzen.

Als Fazit bleibt festzuhalten:

Das Jahr 2020 war kein einfaches Jahr. Das Krisenmanagement hat uns allen hohe Anstrengungen abverlangt und eine enorme Flexibilität gefordert. Es stellt eine großartige Leistung dar, unser ohnehin komplexes Geschäft unter solchen außergewöhnlichen Umständen so gut zu stemmen. Dies konnte nur einer hochqualifizierten und hochmotivierten Belegschaft gelingen. Mein respektvoller und herzlicher Dank gilt daher in allererster Linie den engagierten Beschäftigten des BAS.

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

Ihr



Frank Plate

Inhalt

Vorwort	3
Überblick:Aufgaben des BAS und Kennzahlen 2020	8
1. Teil Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger	11
1. Krankenversicherung	13
1.1 Krankenversicherung in Zahlen und Allgemeines	14
1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht	17
2. Pflegeversicherung	25
3. Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung	29
4. Rentenversicherung	41
4.1 Themen der Aufsicht	41
4.2 Prüfungen	44
5. Unfallversicherung	47
5.1 Themen der Aufsicht	47
5.2 Prüfungen	50
6. Landwirtschaftliche Sozialversicherung	53
6.1 Themen der Aufsicht	53
6.2 Prüfungen	53
7. Übergreifende Aufsichtsthemen	57
7.1 Finanzen	57
7.2 Personal- und Verwaltungsangelegenheiten	57
7.3 Selbstverwaltung	59
7.4 Umsetzung der Neuregelungen zu den Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherungsträger	59
7.5 Vergabe	60
7.6 Gerichtsverfahren	60
7.7 Internationales Sozialversicherungsrecht	60
8. Digitalisierung in der Sozialversicherung	65
8.1 Der Digitalausschuss im BAS	65
8.2 Themenfelder im Digitalausschuss	66
8.3 Informationstechnik im Aufsichtsbereich	68
8.4 Sozialdatenschutz	69

2. Teil Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung	73
1. Finanzen in der gesetzlichen Krankenversicherung	75
1.1 Gesundheitsfonds	75
1.2 Schätzerkreis	80
1.3 Risikostrukturausgleich	81
1.4 Einkommensausgleich	86
2. Innovationsfonds	89
3. Krankenhausstrukturfonds	93
4. Krankenhauszukunftsfonds	97
5. Einrichtung der Vertragstransparenzstelle	99
6. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung	103
6.1 Der Ausgleichsfonds als zentrale Finanzierungsstelle in Zeiten der Pandemie	103
6.2 Finanzausgleich und Finanzentwicklung	104
6.3 Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege	105
6.4 Finanzierung von Maßnahmen und Einrichtungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung	107
6.5 Pflegevorsorgefonds	108
7. Strukturierte Behandlungsprogramme	111
8. Überblick über Finanzhilfen des Gesundheitsfonds im Rahmen der COVID-19-Pandemie	115
9. Aufsicht über die ZfP / Ordnungswidrigkeitenbehörde / Meldestelle	125
10. Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung	127
11. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung	129
3. Teil Sonderaufgaben	131
1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz	133
1.1 Ausbildungsplatzsituation	133
1.2 Beratung und Überwachung	134
1.3 Prüfungen	136
2. Mutterschaftsgeldstelle	139
Blick nach innen	143
Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung	148
Organigramm	152
Impressum	154

Überblick: Aufgaben des BAS und Kennzahlen 2020

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

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

Im Rahmen dieser Aufsichtstätigkeiten erreichen das BAS auch Beschwerden, Eingaben und Petitionen zu Entscheidungen der Sozialversicherungsträger. Im Jahr 2020 erhielt das BAS **5.919** (2019: 5.665) solcher **Eingaben**,

davon gehörten zur:

- Krankenversicherung: **3.592**
- Pflegeversicherung: **512**
- Rentenversicherung: **1.430**
- Unfallversicherung: **251** (davon 9 SVLFG)
- Themenübergreifend: **134**.

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

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

- Mitwirkung bei der **Finanzschätzung** in der **gesetzlichen Krankenversicherung** (Schätzerkreis)
- Verwaltung des **Gesundheitsfonds**:
264,3 Mrd. Euro Beitragseinnahmen und Bundeszuschuss
255,5 Mrd. Euro Zuweisungen an die Krankenkassen
- Durchführung des **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs**:
231,3 Mrd. Euro abschließender Jahresausgleich für 2019
- Durchführung des Einkommensausgleichs:
14,6 Mrd. Euro abschließender Jahresausgleich für 2019
- Verwaltung des **Krankenhausstrukturfonds**:
14,4 Mio. Euro Fördermittel ausgezahlt
- Verwaltung des **Innovationsfonds**:
169,2 Mio. Euro Fördermittel ausgezahlt

- Verwaltung des **Krankenhauszukunftsfonds**: Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und verschiedene Digitalisierungsvorhaben in Höhe von **3 Mrd. Euro**
- **Vertragstransparenzstelle**
- Verwaltung des **Ausgleichsfonds** und Durchführung des **Finanzausgleichs** in der **gesetzlichen Pflegeversicherung**:
17,5 Mrd. Euro Zuweisungen an die Pflegekassen
1,5 Mrd. Euro Zuführungen an den Pflegevorsorgefonds
29,9 Mio. Euro Fördergelder zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ausgezahlt
- Zulassung von Behandlungsprogrammen für **chronisch Kranke** (Disease Management Programme – DMP):
8.956 Programme mit rund **7,2 Mio. Versicherten** bis Ende 2020 zugelassen
- Rechtsaufsicht über die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge (ZfP), Meldestelle für die privaten Versicherungsunternehmen und Ordnungswidrigkeitenbehörde für diese
- Mitwirkung bei der **Finanzschätzung** in der **gesetzlichen Rentenversicherung** (Schätzerkreis)
- Festsetzung, Zuweisung und Abrechnung des **Bundeszuschusses** an die Rentenversicherung:
102,6 Mrd. Euro Bundesmittel an die gesetzliche Rentenversicherung ausgezahlt
- Durchführung der **Lastenverteilung** in der **gesetzlichen Unfallversicherung**:
813 Mio. Euro bewegt

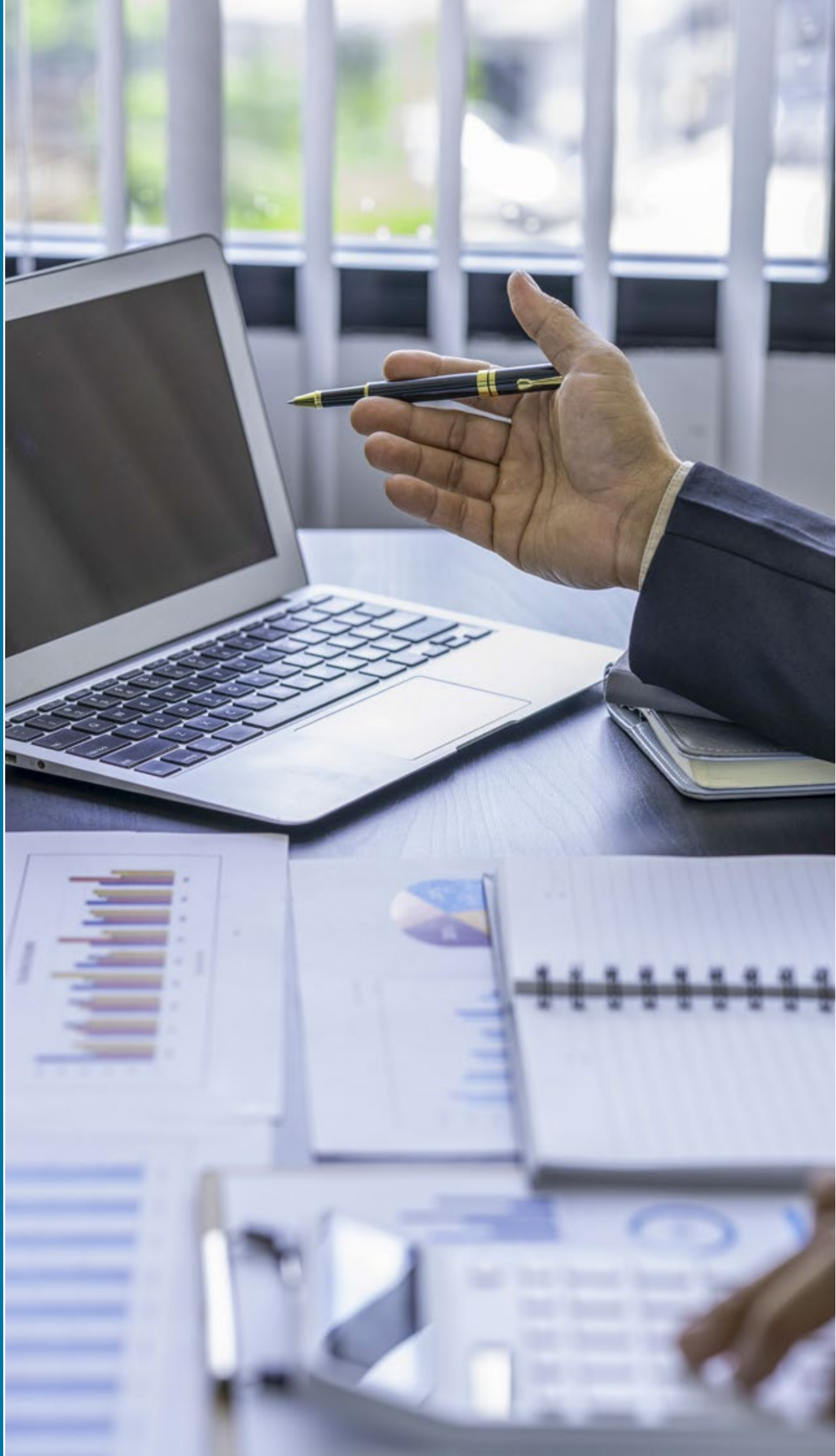
Darüber hinaus hat das BAS folgende **Sonderaufgaben**:

- **Zuständige Stelle im Sinne des Berufsbildungsgesetzes** für die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und das eigene Haus:
2.966 Auszubildende betreut
1.156 Nachwuchskräfte in Ausbildung beraten
1.850 Prüfungen abgenommen
- Zahlung des **Mutterschaftsgeldes** nach § 19 Abs. 2 und des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nach § 20 Abs. 3 Mutterschutzgesetz:
16.700 Anträge auf Mutterschaftsgeld
2,85 Mio. Euro ausgezahlt

Organisation des BAS

Ende Dezember 2020 hatte das BAS 639 Beschäftigte, von denen 524 am Hauptsitz in Bonn und 115 in den Außenstellen des Prüfdienstes Kranken- und Pflegeversicherung in Berlin, Cloppenburg, Duisburg, Fulda und Ingolstadt tätig waren.

Aktuell ist das BAS organisatorisch in acht Abteilungen mit 54 Referaten gegliedert – darunter eine Zentralabteilung mit fünf Referaten, eine IT-Abteilung mit fünf Referaten sowie der Leitungsbereich mit zwei Stabsstellen (s. Organigramm des BAS mit Stand September 2021 auf Seite 152).



1. Teil

Aufsicht und Prüfung der bundesunmittel- baren Sozialversiche- rungsträger



1. Krankenversicherung

Einleitung

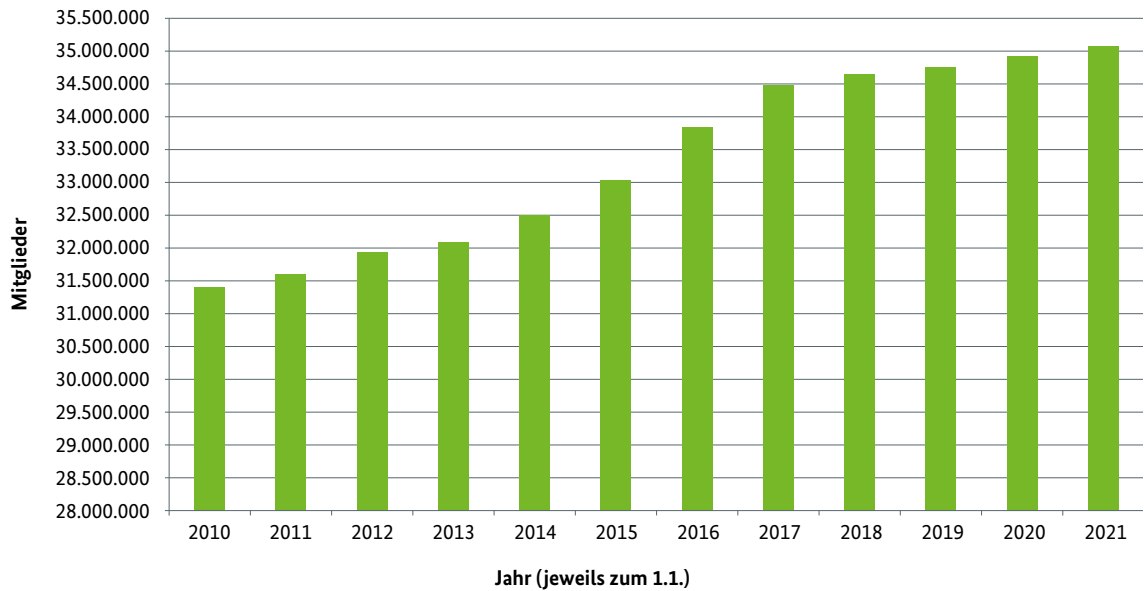
Bereits 2019 war ein turbulentes Jahr für die gesetzliche Krankenversicherung. Diese schnelllebige Entwicklung hat sich in 2020 fortgesetzt. Das BAS hat allein 23 Gesetzes- und Verordnungsvorhaben begleitet. Zu nennen sind hier etwa das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG), das Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG), die Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGaV) und die aktuell als Referentenentwurf veröffentlichte Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung (KKWerbeV). Daneben haben viele Versicherte, Ärzte und Krankenkassen das BAS zu Fragen rund um das Thema Corona kontaktiert.

Bei den Eingaben der Versicherten standen etwa die Bereitstellung von FFP2-Masken und die Kostentragung für COVID-19-Tests vor Krankenhausbehandlungen oder der Aufnahme in stationären Pflegeeinrichtungen im Fokus.

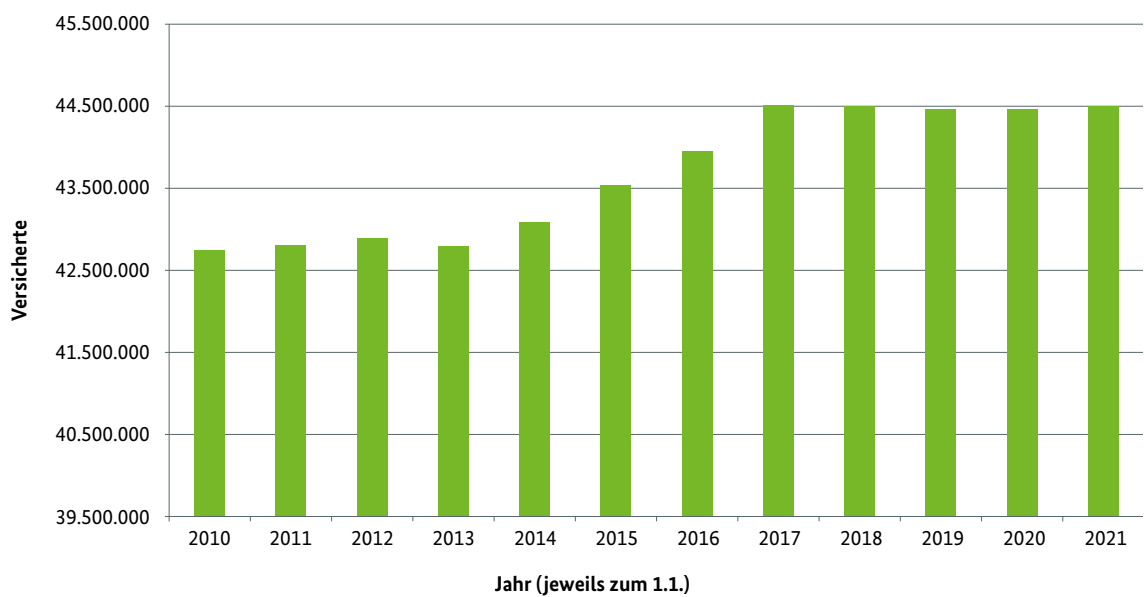
Um eine einheitliche Entscheidungspraxis bei den Krankenkassen für die erleichterte Stundung von Beiträgen zur Unterstützung für vom Shutdown betroffener Unternehmen und Selbstständiger zu erreichen, war ein Dialog der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder erforderlich.

1.1 Krankenversicherung in Zahlen und Allgemeines

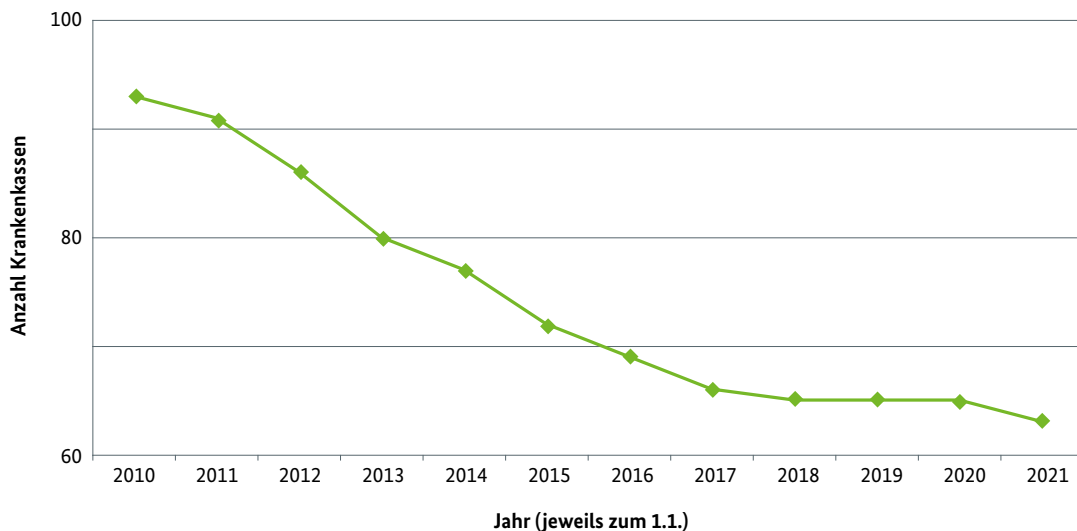
Mitgliederentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Versichertenentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Anzahl bundesunmittelbarer Krankenkassen



Freiwillige Vereinigungen von Krankenkassen – Fusionen

In 2020 hat das BAS zwei Vereinigungsverfahren von Krankenkassen zum 1. Januar 2021 genehmigt:

- Die *Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit* fusionierte mit der *actimonda BKK* zur Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit
- die *Schwenninger BKK* vereinigte sich mit der *atlas BKK ahlmann* zur *vivida BKK*

Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen

Im Jahr 2020 erzielten 65 bundesunmittelbare Krankenkassen insgesamt einen Verlust in Höhe von 1,7 Mrd. Euro. Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen betrug das Betriebsmittel- und Rücklagevermögen am Jahresende rd. 8,0 Mrd. Euro, was 60 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe entsprach; ein Jahr zuvor lag dieser Wert noch bei 77 %. Alle bundesunmittelbaren Krankenkassen verfügten Ende 2020 über die gesetzliche Mindestrücklage in Höhe von 20 % einer Monatsausgabe.

Entwicklung der Zusatzbeitragssätze

Der Beginn des Jahres 2020 war von der Unsicherheit gekennzeichnet, wie sich die Corona-Pandemie auf die Finanzentwicklung auswirken würde. Befürchtungen, dass es zu starken pandemiebedingten Ausgabensteigerungen kommen könnte, haben sich insgesamt nicht bestätigt, weil Versicherte in einigen Bereichen weniger Leistungen als üblich in Anspruch genommen haben. Inwieweit es hier in Zukunft zu „Nachholeffekten“ kommen wird, wird von den Krankenkassen unterschiedlich eingeschätzt. Gemäß den vorgelegten Haushaltsplänen für das Jahr 2021 erwarten 57 von den 63 (nach den Fusionen zum Jahreswechsel verbliebenen) bundesunmittelbaren Krankenkassen einen Verlust, der aus Finanzreserven finanziert wird. In diesen Planungen sind Anhebungen der Zusatzbeitragssätze bei 25 Krankenkassen enthalten, die das BAS nach Prüfung der Haushaltspläne zum 1. Januar 2021 genehmigt hat.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Herbst 2020 auf der Grundlage von Prognosen des GKV-Schätzerkreises, aber insbesondere auch aufgrund des im September beschlossenen Maßnahmenpaketes der Bundesregierung zum Ausgleich des Finanzbedarfs – siehe dazu nachstehend – für das Jahr 2021 einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz in Höhe von 1,3 % bekanntgegeben.

CORONA-SCHLAGLICHT

Wie sich die Finanzlage der Kassen durch die Corona-Pandemie entwickelt, wird unterschiedlich eingeschätzt.

CORONA-SCHLAGLICHT

Um die Zusatzbeitragssätze zu stabilisieren wird das Anhebungsverbot für Zusatzbeiträge ausgeweitet und die Obergrenze für Finanzreserven abgesenkt. Durch Sonderregelungen für das Jahr 2021 wird dafür gesorgt, dass der Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes auf 1,3 % im Jahr 2021 begrenzt bleibt.

Die tatsächliche Festlegung der Zusatzbeitragssätze erfolgt trotz der einmaligen gesetzlichen Vorgaben dennoch bei jeder Krankenkasse individuell auf der Grundlage der jeweiligen Haushaltsplanung. Im Januar 2021 lag der im mitgliedergewichteten Durchschnitt aller Krankenkassen erhobene Zusatzbeitragssatz bei 1,28 %. Tagesaktuelle Informationen über die Höhe der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen können dem Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden (www.gkv-spitzenverband.de).

Exkurs: Maßnahmenpaket zum Ausgleich des Finanzbedarfs in der GKV unter Einhaltung der sog. Sozialgarantie

Die Festlegung der Zusatzbeiträge erfolgte vor allem vor dem Hintergrund des im September 2020 vom Bundeskabinett beschlossenen und politisch hochumstrittenen Maßnahmenpaketes im Entwurf des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG), das kurz vor dem Jahreswechsel 2021 in Kraft trat. Damit wurde der Beschluss des Koalitionsausschusses von CDU, CSU und SPD vom 3. Juni 2020 umgesetzt, wonach die Sozialversicherungsbeiträge insgesamt maximal 40 % nicht überschreiten sollten – sog. Sozialgarantie. Zu diesem Zeitpunkt lag der Gesamtsozialversicherungsbeitrag bei 39,75 %; durch die nachstehend beschriebene Festlegung zur Erhöhung der Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung konnte er für 2021 auf durchschnittlich knapp unterhalb dieser Marke stabilisiert werden.

Im Frühherbst 2020 wurde die Finanzierungslücke der GKV auf ca. 16 – 16,5 Mrd. Euro für das Jahr 2021 geschätzt. Um diese Lücke zu schließen sind mit dem GPVG „im Paket“ vor allem drei Maßnahmen zur Gegenfinanzierung vorgesehen worden:

1. 5 Mrd. Euro zusätzlicher Bundeszuschuss für 2021
2. 8 Mrd. Euro Beteiligung aus den Finanzreserven der Krankenkassen
3. ca. 3 Mrd. Euro durch Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2021 um 0,2 Beitragssatzpunkte auf 1,3 Prozent

Zur Abschöpfung der Finanzreserven der Krankenkassen (damals insgesamt gut 20 Mrd. Euro) wurde folgendes festgelegt: von den Finanzreserven jeder Krankenkasse, die 0,4 Monatsausgaben nach dem Rechnungsergebnis für das 1. Halbjahr 2020 (Stichtag 30. Juni) übersteigen, werden 66 % an den Gesundheitsfonds überführt. Das BAS hat die Höhe der an den Gesundheitsfonds abzuführenden Beträge auf dieser Basis berechnet und sie 2021 durch Bescheid gegenüber der Krankenkasse geltend gemacht. Der festgesetzte Betrag wird mit den an die Krankenkasse auszahlenden monatlichen Zuweisungen im Laufe des Jahres 2021 verrechnet.

Ergänzend gilt für Erhöhung des Zusatzbeitrags einmalig die Besonderheit, dass auch Krankenkassen mit einem Finanzvermögen über 80 % einer Monatsausgabe ihren Zusatzbeitragssatz ausnahmsweise anheben durften, wenn Betriebsmittel und Rücklage ohne diese Beitragsanhebung auf unter 40 % einer Monatsausgabe absinken würden.

Neue Haftungs- und Finanzhilfesystematik der Krankenkassen untereinander

Mit dem zum 1. April 2020 in Kraft getretenen Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) wurde die Haftungs- und Finanzhilfesystematik in der gesetzlichen Krankenversicherung neu geregelt. Insbesondere wurde die bisherige vorrangige kassenarteninterne Haftung (z. B. Betriebskrankenkassen nur für Betriebskrankenkassen) durch eine Haftung aller Krankenkassen untereinander abgelöst, d. h. unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Kassenart. Gleichzeitig wurden die Handlungsmöglichkeiten und Instrumente des GKV-Spitzenverbandes zur Vermeidung von Haftungsfällen ausgeweitet. Das neue System soll dazu führen, dass Haftungsfälle wettbewerbsneutral sind und sich die finanziellen Belastungen des Haftungsfalls auf alle Krankenkassen fair verteilen (BR-Drs. 517/19, S. 3, 62).

1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Neuordnung des Wettbewerbs

Das Jahr 2020 hat für den Wettbewerb in der GKV einige Neuerungen mit sich gebracht. Das BAS hat sich aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts vom 30. Juli 2019 (Az. B 1 KR 16/18 R) mit einer Vielzahl an Fällen unzulässiger Absatzförderung für private Dritte befasst. Problematisch waren insbesondere Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Unternehmen, die keinen Leistungsbezug zum SGB V haben und lediglich der gegenseitigen Bewerbung und Imagepflege dienen. Dazu zählen etwa Einkaufsgutscheine für bestimmte Unternehmen, Werbung für Winterjacken oder Wanderschuhe, das Verlosen von Bluetooth-Lautsprechern, Tablets oder Küchengeräten.

Das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) hat erstmals die grundsätzlichen Zwecke und Schranken des Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander gesetzlich festgeschrieben. Nach § 4a SGB V, der mit dem GKV-FKG neu eingefügt wurde, dient der Wettbewerb der Krankenkassen dem Ziel, das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungen zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen muss allerdings die sachbezogene Information im Vordergrund stehen und die Werbung hat in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist. Werbemaßnahmen, die der reinen Marken- und Imagewerbung dienen sowie den Bekanntheitsgrad der Krankenkasse steigern sollen, ohne jegliche Information über Versorgungs- und Serviceleistungen zu vermitteln, sind damit unzulässig. Mit einem Rundschreiben vom 7. Oktober 2020 hat das BAS die Krankenkassen auf das Urteil des BSG sowie die Neuregelungen durch das GKV-FKG hingewiesen. Das Bundesministerium für Gesundheit wurde ermächtigt, das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen durch Rechtsverordnung zu regeln. Diese befindet sich seit dem 2. Dezember 2020 als Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung (KKWerbeV) im politischen Abstimmungsprozess.

Hilfsmittelversorgung

Die rechtlichen Regelungen zur Hilfsmittelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen haben in den vergangenen Jahren diverse Änderungen erfahren. Vom Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) zur Verbesserung der Qualität der Hilfsmittelversorgung, über die Abschaffung der Ausschreibungsmöglichkeit durch das Terminalservice- und Versorgungsgesetz, bis hin zur Einführung eines Schiedsverfahrens bei Hilfsmittelversorgungsverträgen durch das Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz. Die Liste der von den gesetzlichen Krankenkassen zu beachtenden und umzusetzenden gesetzlichen Neuregelungen war lang.

Schon früher hatten sich zahlreiche Beschwerden gegen die unzureichende Flächenabdeckung durch Hilfsmittelversorgungsverträge gerichtet. Krankenkassen sind jedoch verpflichtet, in erster Linie Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V im Verhandlungswege zu schließen, sie dürfen nur ausnahmsweise auf Einzelfallversorgungen nach § 127 Abs. 3 SGB V zurückgreifen.

Das BAS hat daher ein Konzept zur flächendeckenden Prüfung der Hilfsmittelversorgung erstellt. Dabei wird es unter anderem ermitteln, ob die Krankenkassen ihrer Verpflichtung zum flächendeckenden Abschluss von Hilfsmittelverträgen sowie zur Überprüfung ihrer Leistungserbringer im Rahmen von Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen nachgekommen sind. Ferner fordert das BAS im Einzelfall Verträge an, um diese im Hinblick die gesetzlich vorgesehenen Mindestinhalte für Verhandlungsverträge nach § 127 Abs. 1 SGB V zu prüfen.

Das Ergebnis der Prüfung erwartet das BAS für das Jahr 2021 und wird dieses in einem Sonderbericht veröffentlichen.

Einflussnahme von Krankenkassen auf die Behandlung von Versicherten

Das BAS erhält vermehrt Beschwerden, in denen über eine als belastend empfundene Einflussnahme von Krankenkassen auf den Behandlungsablauf berichtet wird. Insbesondere beschwerten sich Versicherte über unerbetene Telefonanrufe.

Die Krankenkassen bewegen sich hier in einem Spannungsfeld. Einerseits besteht der gesetzliche Auftrag für die Krankenkassen, ihre Versicherten im Krankheitsfall auf der Grundlage des § 44 Abs. 4 SGB V zu beraten und auf mögliche Therapieangebote hinzuweisen. Diese Beratung und Hilfestellung sowie die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten darf nur nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information und mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung des Versicherten erfolgen. Andererseits besteht nach § 275 Abs. 1 Ziffer 3 SGB V die Verpflichtung, zur Sicherung des Behandlungserfolges, insbesondere zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit, den zuständigen Medizinischen Dienst einzuschalten. Insoweit ist nach der Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes eine Kontaktaufnahme mit den Versicherten auch ohne vorherige schriftliche Einwilligung möglich.

Zu dieser Thematik hat ein enger Austausch zwischen dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem GKV-Spitzenverband und dem BAS stattgefunden. Das BAS hat sich für eine rechtliche Klarstellung eingesetzt. Zwischenzeitlich ist das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11. Juli 2021 in Kraft getreten. Mit einem neugefassten § 275 Abs. 1b wird klargestellt, welche Daten die Krankenkasse beim Versicherten erheben darf. Weiterhin ist gesetzlich geregelt worden, dass Angaben auch im Rahmen des § 275 SGB V schriftlich zu erheben sind und eine telefonische Kontaktaufnahme nur bei vorheriger Einwilligung der Versicherten zulässig ist.

Patientenbegleitung

Das BAS beschäftigte sich 2020 auch mit dem Angebot einer „Patientenbegleitung“, bei der hilfebedürftige Versicherte von Krankenkassen durch das System der Gesundheitsversorgung „geleitet“ wurden. Hierbei haben einige Krankenkassen von ärztlichen Verordnungen abweichende Versorgungsprozesse eingeleitet. Zudem wurden teilweise weitere Gesundheitsdaten im Kontakt mit den Versicherten, Ärzten oder Therapeuten erhoben und die Versicherten zu einem bestimmten Leistungserbringer gesteuert.

Es erscheint sinnvoll, Versicherte in dem komplexen Versorgungssystem entsprechend zu begleiten. Die Krankenkassen sind jedoch an den Rahmen ihrer gesetzlich zugewiesenen Aufgaben gebunden. Dabei sind sie zwar zur Beratung der Versicherten verpflichtet. Sie dürfen aber nicht in den Wettbewerb der Leistungserbringer eingreifen oder aktiv am Versorgungsprozess so mitwirken, dass sie die medizinische Notwendigkeit einer beantragten Leistung unter Erhebung weiterer Daten beim Versicherten überprüfen oder eine von der ärztlichen Verordnung abweichende Versorgung initiieren. Mit einem solchen Verwaltungshandeln verstoßen die Krankenkassen auch gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen.

Das BAS hat darauf hingewirkt, dass die Krankenkassen sich auf die Beratung der Versicherten konzentrieren und in diesem Zusammenhang über bestehende Versorgungsmöglichkeiten unter Benennung aller verfügbarer Leistungsangebote aufklären, ohne zu bestimmten Leistungserbringern zu steuern.

Widerspruchsbearbeitung

Auch 2020 gab es zahlreiche Rechtsprobleme im Verwaltungshandeln von Krankenkassen bei den Widerspruchsverfahren. Das BAS hat festgestellt, dass die Rechtsvorschriften des SGB X und des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nur unzureichend beachtet werden. Versicherte werden beispielsweise befragt, ob sie ihren Widerspruch aufrechterhalten wollen, obwohl kein neuer Sachverhalt vorliegt, der eine solche Kontaktaufnahme erforderlich machte. Versicherte werden oftmals auch in dem Glauben gelassen, die Ablehnung des Widerspruchs sei bereits „beschlossene Sache“. Ferner werden Versicherte nicht immer über die Rechtsfolge einer Rücknahme des Widerspruchs informiert. Darüber hinaus nimmt die Bearbeitungsdauer der Widerspruchsverfahren weiterhin zu.

Das BAS sah sich daher veranlasst, ein weiteres Rundschreiben zu dieser Problematik an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen zu erlassen und verstärkt die Arbeitsanweisungen der Krankenkassen zur Widerspruchsbearbeitung zu prüfen.

Haushaltshilfe

Im Herbst 2019 hatte das BAS die Vertragsverhandlungen und die Bewilligungspraxis der Krankenkassen bei der Versorgung mit Haushaltshilfe zu prüfen. Schwerpunkt der Prüfung ist die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung der Versicherten durch Dienstleister nach § 132 SGB V sowie die Höhe der Kostenerstattung bei einer selbstbeschafften Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 4 SGB V.

Nicht alle Krankenkassen haben flächendeckende Verträge mit Leistungserbringern geschlossen und nicht bei allen Krankenkassen herrscht Transparenz über den Bestand an Verträgen.

Die Höhe der Kostenerstattung für eine vom Versicherten organisierte Haushaltshilfe variiert von Krankenkasse zu Krankenkasse. Überwiegend orientieren sich die Krankenkassen an dem von den ehemaligen Spitzenverbänden empfohlenen Erstattungsbetrag von 2,5 v.H. der monatlichen Bezugsgröße (9,75 Euro pro Stunde im Jahr 2020). Dies liegt nur knapp über dem gesetzlichen Mindestlohn von z. Z. 9,60 Euro. Allerdings weichen Krankenkassen teilweise auch deutlich von diesem Wert nach unten ab.

Das BAS hat die Krankenkassen seines Aufsichtsbereichs in einem Rundschreiben über die Ergebnisse der aufsichtsrechtlichen Prüfung informiert und gebeten, sich bei der Kostenerstattung an den Empfehlungen der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen zu orientieren.

Vergütungsvereinbarungen in der vertragsärztlichen Versorgung

Im Berichtsjahr hat sich das BAS weiter mit den Gesamtvergütungsvereinbarungen in der vertragsärztlichen Versorgung aller 17 Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) befasst.

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

Auf Grund von Hinweisen auf Mängel der Vertragsgestaltung für das Jahr 2018 erfolgte eine vertiefte Prüfung dieser Verträge. Nachdem das BAS bereits Ende 2018 ein Rundschreiben zu diesem Themenkomplex an die bundesunmittelbaren Krankenkassen als Gesamtvertragspartner versendet hatte, verfolgt das BAS seither vor allem den einzelfallbezogenen Austausch mit den Vertragspartnern.

Für die Förderung vertragsärztlicher Leistungen sind in den Vergütungsvereinbarungen ab dem Honorarjahr 2020 neue Voraussetzungen einzuhalten. Der Bewertungsausschuss erließ auf Grundlage des § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V neue Kriterien zur Förderung von Leistungen und Leistungserbringern. Es sind nunmehr überprüfbare Ziele der einzelnen Fördermaßnahmen vor deren Beginn festzulegen und zu evaluieren. Die Ergebnisse der Evaluation sind bei der Entscheidung über künftige Fördermaßnahmen zu berücksichtigen. In diesem Kontext hat das BAS bisher in einem Fall eine Vergütungsvereinbarung formell aufsichtsrechtlich beanstandet. Hierzu ist ein Klageverfahren anhängig. Eine Entscheidung in der Hauptsache steht aus.

Insgesamt haben 14 KVen gegen das o. g. Rundschreiben geklagt; in erster Instanz liegen bereits zwei Urteile vor. Beide Gerichte haben die Klage als unzulässig abgewiesen und damit die Rechtsauffassung des BAS bestätigt. In einem der beiden Verfahren hat die KV Revision eingelegt, so dass nun eine höchstrichterliche Klärung vor dem Bundessozialgericht ansteht.

Outsourcing: Leistungsgewährung als wesentliche Aufgabe zur Versorgung

Im Hinblick auf die in den letzten Jahren verstärkt wachsende Tendenz einiger Krankenkassen, die Zusammenarbeit mit Dienstleistern auch auf den Bereich der Leistungsgewährung auszudehnen, hat das Bundessozialgericht (BSG) für Rechtsklarheit gesorgt. Erstmals bezieht das BSG ausführlich in seinem Urteil vom 8. Oktober 2019 (Az.: B 1 A 3/19 R) zum Outsourcing von Aufgaben der Krankenkassen an private Dienstleister nach § 197b SGB V Stellung.

Dabei hat das BSG den unbestimmten Rechtsbegriff der „wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten“, die nach § 197b Satz 2 SGB V nicht auf private Dienstleister ausgelagert werden dürfen, näher ausgelegt.

Das BSG hat die Rechtsauffassung des BAS bestätigt, dass die sozialrechtliche Beratung von Versicherten sowie alle Aufgaben im Rahmen der Leistungsgewährung an Versicherte nicht auslagerungsfähige Kernaufgaben der Versorgung darstellen, die durch die Krankenkassen selbst zu erbringen sind.

Umsetzung des Betriebsrentenfreibetragsgesetz zum 1. Januar 2020

Ab 1. Januar 2020 greift für Betriebsrenten von pflichtversicherten Mitgliedern ein Freibetrag, von dem keine Beiträge zur Krankenversicherung zu zahlen sind. Der Freibetrag verändert sich jährlich; 2020 betrug er 159,25 Euro im Monat.

In zahlreichen Eingaben haben sich Versicherte darüber beschwert, dass ihre Krankenkassen nicht zeitnah den neuen Freibetrag zur Reduzierung der Beitragsbelastung für Betriebsrenten umgesetzt haben.

Da das Gesetz erst kurz vor dem 1. Januar 2020 verabschiedet wurde, war für die betroffenen Zahlstellen und die Krankenkassen eine technische und organisatorische Umsetzung des neuen Freibetrags nicht pünktlich zum Inkrafttreten möglich. Dementsprechend konnte der Freibetrag bei der Auszahlung von Betriebsrenten nicht unmittelbar berücksichtigt werden.

Das BAS hat nach aufsichtsrechtlicher Prüfung und Erörterung mit den Kassen die zügige technische Umsetzung begleitet, die letztlich noch im Laufe des Jahres 2020 weitgehend erfolgt ist

Beachtung des rechtlichen Rahmens für die Digitalisierung des Gesundheitssystems

Digitalisierung im Gesundheitswesen ist nicht nur unter technischen Aspekten zu betrachten, sie hat natürlich auch Auswirkungen auf den Rechtsrahmen des Versorgungsgeschehens.

Neben verwaltungsrechtlichen Fragestellungen beispielsweise zur vollautomatisierten Bescheiderstellung, zum Verzicht auf „Originale“ in Papierform und zu elektronischen Zustellungen hat das BAS vor allem die leistungs-

rechtliche Bewertung von digitalen Gesundheits-Apps im Berichtsjahr stark beschäftigt. Anlass hierfür waren Anfragen der Versicherten, der Marktauftritt der Krankenkassen, die Prüfung von Selektivverträgen nach § 140a SGB V und Anträge der Krankenkassen zur Genehmigung von Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V.

Telemedizin

Vor allem wegen der Corona-Pandemie sind Videosprechstundenangebote deutlich ausgeweitet worden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat ferner die telefonische Anforderung der Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit (AU) für die Dauer von bis zu sieben Kalendertagen ermöglicht. Die Sonderregelung wurde bis zum 30. September 2021 verlängert.

Zahlreiche Verträge beinhalten digitale Versorgungsangebote unter Einsatz von Apps. Leistungsrechtlich hatte das BAS regelmäßig zu prüfen, ob mit der Anwendung auch ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen erbracht werden. Für den Fall, dass mit dem digitalen Versorgungsangebot die Behandlung durch einen Leistungserbringer verbunden ist, sind die Regelungen des ärztlichen oder psychotherapeutischen Berufsrechts für die Beurteilung digitaler Versorgungsangebote maßgeblich. Die Bestimmungen des Berufsrechts binden den jeweiligen Leistungserbringer. Das BAS hat mehrere Selektivverträge geprüft, die die elektronische Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln zum Gegenstand haben.

Die elektronische Übermittlung der AU-Bescheinigungen vom Vertragsarzt zur Krankenkasse stockt noch. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hatte Vertragsärzte verpflichtet, die Daten ab dem 1. Januar 2021 elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln. Mangels flächendeckend verfügbarer Technik ist der Start auf den 1. Oktober 2021 verschoben worden.

Mit Inkrafttreten des Patientendaten-Schutz-Gesetzes (PDSG) sind die Vertragsärzte und Zahnärzte verpflichtet, ab dem 1. Januar 2022 auch Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln elektronisch auszustellen. Der Entwurf des Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) sieht vor, dass sukzessive auch weitere Verordnungen nur noch elektronisch vorge-

nommen werden. So sollen z. B. ab dem 1. Juli 2026 auch Verordnungen von Hilfsmitteln grundsätzlich nur noch elektronisch erfolgen. Bereits jetzt nehmen einige Krankenkassen an Modellprojekten teil, die die elektronische Verordnung von Arzneimitteln zum Inhalt haben. Die Entwicklung des e-Rezepts schreitet somit immer weiter voran.

Fitness- und Gesundheits-Apps

Auch im Berichtsjahr 2020 hat das BAS die Kranken- und Pflegekassen bei der Weiterentwicklung ihrer digitalen Versorgungsangebote und Verwaltungsprozesse beraten.

Bereits vor der Listung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) haben viele Krankenkassen digitale Versorgungsprodukte in Satzungsregelungen oder Selektivverträgen angeboten. Das BAS ist hier am Satzungsenehmigungsprozess beteiligt. Auf Initiative der Krankenkassen fanden aber auch intensive Beratungen hierzu im Digitalausschuss des BAS statt (s. Kapitel 8.1.). Auch der Einsatz von Service-Apps bei Online-Geschäftsstellen der Krankenkassen war ein Schwerpunktthema im Aufsichts- und Prüfgeschäft des BAS. Hier wurden neben dem Datenschutz und der IT-Sicherheit auch verwaltungsrechtliche Fragestellungen geprüft.

Investitionen von Krankenkassen zur Förderung digitaler Innovationen

Für das Gesundheitswesen ergeben sich aus dem rasanten digitalen Fortschritt viele Chancen, die Versorgung zu verbessern. Digitale Innovationen im Gesundheitswesen sind zum Beispiel digitale Medizinprodukte wie App-Anwendungen, telemedizinische Verfahren wie etwa die digitale Überwachung von medizinischen Parametern oder das Telekonsil zur Einbeziehung zusätzlicher ärztlicher Expertise sowie andere IT-gestützte Verfahren. In welchen Bereichen der Versorgung besonderer Bedarf für digitale Innovationen besteht, kann niemand so gut beurteilen wie die Krankenkassen.

Krankenkassen sind an das stark sicherheitsorientierte Vermögensrecht der Sozialversicherungsträger gebunden, das sie vor finanziellen Risiken schützt. Risikoreiche

Finanzanlagen sind danach weitgehend ausgeschlossen. Dies hatte zur Folge, dass Krankenkassen bislang auch keine risikobehafteten Investitionen für digitale Innovationen im Gesundheitswesen tätigen konnten und daher auch nur eingeschränkt an den Entwicklungsprozessen beteiligt waren. Zum 1. Januar 2020 wurde gesetzlich mit § 263a SGB V eine neue Möglichkeit für Krankenkassen geschaffen, mit einem begrenzten Teil ihrer Mittel Investitionen auf dem Gebiet digitaler Innovationen zu tätigen. Dies geschieht durch den Erwerb von Anteilen an Investmentvermögen, die Start-ups unterstützen. Die Krankenkassen kooperieren dabei fachlich und inhaltlich mit dem Fonds. Sie erhalten dadurch die Chance, die Entwicklung von digitalen Lösungen für die Versorgung zielgenau zu fördern und mitzugestalten. Die Expertise der Krankenkassen für die Innovationsbedarfe in der Versorgung wird im Ergebnis besser als bisher in den Innovationsprozess eingebracht.

Krankenkassen müssen Investments nach § 263a SGB V bei der Aufsichtsbehörde anzeigen. Im Fokus der Aufsichtsbehörde steht dabei das Risikomanagement, dem bei dieser risikoreicheren Anlageart eine herausragende Bedeutung zukommt. Das BAS hat einen Leitfaden für Investments und Anzeigen nach § 263a SGB V entwickelt. Um für alle Krankenkassen gleiche Ausgangsbedingungen im Wettbewerb zu schaffen, hat das BAS den Leitfaden mit dem BMG und den aufsichtsführenden Ländern abgestimmt. Der Leitfaden wurde als Gemeinsamer Leitfaden der Aufsichtsbehörden über Sozialversicherungsträger des Bundes und der Länder per Rundschreiben veröffentlicht. Er enthält neben einer Positionierung der Aufsichtsbehörden zur Auslegung der unbestimmten Rechtsbegriffe im Gesetz auch Empfehlungen zum Risikomanagement. Die Investitionen nach § 263a SGB V sollen dadurch für die Krankenkassen einfacher und das Anzeigeverfahren transparenter werden. Auf Initiative des BAS wurde eine Arbeitsgruppe zur laufenden Aktualisierung des Leitfadens eingerichtet.

Vorstandsdienstverträge und Vorstandsvergütung

Der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrages bedarf gemäß § 35 a Abs. 6a SGB IV der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Im Jahr 2020 hat das BAS in 62 Fällen bei den bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen die Dienstverträge geprüft. In allen vorgelegten Fällen konnte dem Antrag der Krankenkasse auf Zustimmung entsprochen werden.

Für die Zustimmung zu Vorstandsdienstverträgen muss ein Interessenausgleich geschaffen werden: Zwischen dem Interesse der Beitragszahlenden an einer sparsamen Mittelverwendung einerseits und dem Interesse der Vertragsparteien an einer Vertragsgestaltung unter Respektierung der Einschätzungsprärogative der Selbstverwaltung andererseits. Das BAS sucht in jedem Einzelfall nach einer interessengerechten und wirtschaftlich sinnvollen Entscheidung.

Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Vorstands- und Geschäftsführerverträge im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 35a Abs. 6 und 6a SGB IV wurde in Zusammenarbeit mit den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder im Hinblick auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 30. Juli 2019, Az. B 1 A 2/18 R und die darin enthaltenen Ausführungen zu automatischen Vergütungsanpassungen überarbeitet und veröffentlicht. Die aktuelle Fassung steht auf der Homepage des BAS.

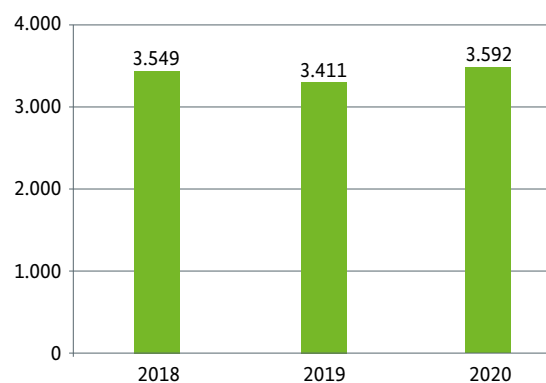
Aus dem Satzungsgeschäft: Notwendige Anpassung der Bonusprogramme

Der Gesetzgeber hat die rechtlichen Grundlagen zur Gewährung eines Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten über den § 65a SGB V stark verändert. Ziel der Gesetzesänderung ist es, den Versicherten noch stärkere Anreize zu geben, Untersuchungen zur Vorsorge von schwerwiegenden Erkrankungen (§§ 25, 25a, 26 SGB V) sowie Schutzimpfungen (§ 20i SGB V) in Anspruch zu nehmen. Für diese Maßnahmen sind Boni nunmehr verpflichtend vorzusehen; sie waren daher aus den bestehenden Bonusregelungen der Krankenkassen herauszulösen und eigenständig zu verankern (§ 65a Abs. 1 SGB V n.F.).

Eingaben der Versicherten – Unterstützung bei belastenden Entscheidungen und Erkenntnisgewinn für das BAS

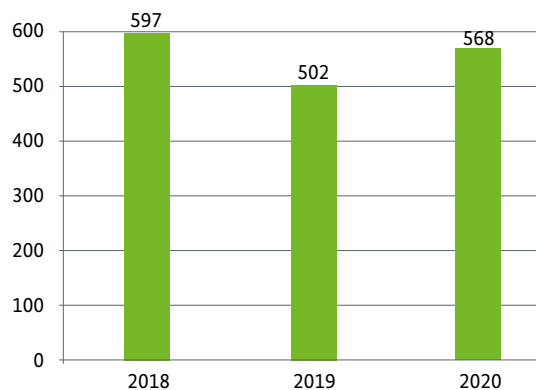
Die Zahl der Eingaben, mit denen sich Versicherte, aber auch Leistungserbringer, Firmen und Institutionen aus den unterschiedlichen Zweigen der Sozialversicherung an das BAS gewandt haben, war bereits in den vergangenen Berichtszeiträumen hoch. Daran hat sich auch 2020 nichts geändert (siehe Statistik).

Eingabenentwicklung Krankenversicherung

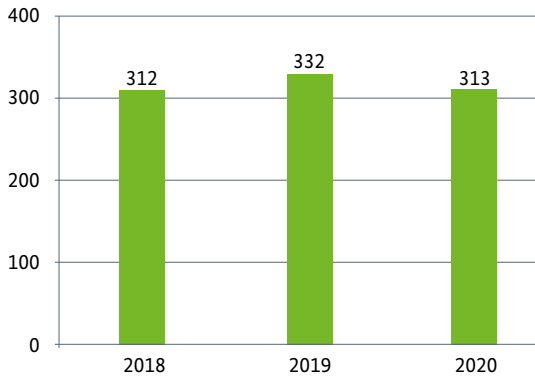


Im Folgenden wird der statistische Verlauf der Eingabezahlen betreffend häufig vorkommende Fallgruppen für die letzten Jahre wiedergegeben. Wie aus der Übersicht für die letzten drei Jahre hervorgeht, haben sich keine wesentlichen Änderungen in der Größenordnung der Fälle ergeben.

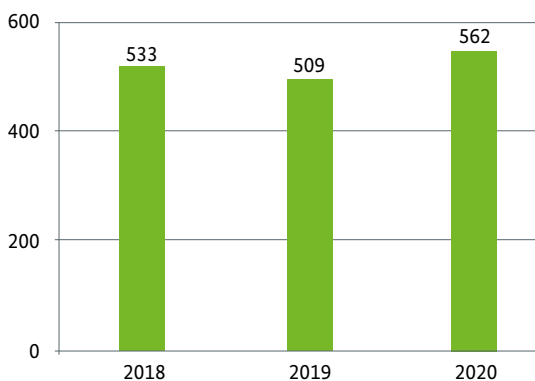
Krankengeld



Hilfsmittel



Mitgliedschaft



Die Themen der Eingaben haben sich im Berichtsjahr durch die Corona-Pandemie deutlich verändert. Zum Beispiel verlangte ein Selbstständiger die Reduzierung seiner Beiträge aufgrund pandemiebedingter Einkommensausfälle. Demgegenüber sind verschiedene Eingaben aber auch (zumindest zeitweise) weggefallen, da weniger Leistungen in Anspruch genommen wurden. So verzichtete etwa ein Versicherter aus Furcht vor einer Ansteckung darauf, bei der Krankenkasse einen Antrag auf Bewilligung einer stationären Rehabilitationsleistung in einer Reha-Klinik zu stellen.

Das BAS hat die Vielzahl der Anliegen ausnahmslos einer aufsichtsrechtlichen Prüfung unterzogen und über deren Ergebnis die Beschwerdeführer informiert.

Nach Artikel 17 des Grundgesetzes kann sich jeder, einzeln oder in Gemeinschaft mit anderen, schriftlich mit Bitten oder Beschwerden an die zuständigen Stellen und an die Volksvertretung wenden. Dieses Grundrecht nimmt das BAS als „zuständige Stelle“ im Bereich der Sozialversicherung wahr. Es ist auch in die Arbeit des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages eingebunden, soweit dieser sich mit Petitionen aus dem Bereich der Sozialversicherung befasst.

In seiner Funktion als Rechtsaufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger prüft das BAS, ob die geltenden Gesetze und sonstiges Recht von diesen Trägern beachtet werden (z. B. ob Ermessen im Rahmen eines dem Träger zustehenden Ermessensspielraums rechtmäßig ausgeübt worden ist). Die mit der Eingabe erhobene Beschwerde über einen Sozialversicherungsträger löst eine rechtliche Überprüfung seines Verhaltens aus. Das Ergebnis der Prüfung, ob ein Rechtsverstoß vorliegt und zu verfolgen ist oder nicht, bildet die Grundlage für die Antwort an den Beschwerdeführer.

Diese Unterrichtung stellt keinen Verwaltungsakt im Sinne des § 31 SGB X dar, weil das Aufsichtsverhältnis ausschließlich zwischen Aufsichtsbehörde und Sozialversicherungsträger wirkt (auch kann das BAS die Entscheidung des Trägers nicht ersetzen).

Die Prüfung der Eingaben führte im Berichtszeitraum in der überwiegenden Zahl der Fälle zu dem Ergebnis, dass konkrete Leistungs-, Mitgliedschafts- oder Beitragsentscheidungen der Krankenkassen korrekt getroffen und rechtskonform umgesetzt wurden. Die intensive Prüfung der Eingaben und deren Beantwortung durch eine von den Kassen unabhängige Behörde, wie das BAS, führt bei den Beschwerdeführern in vielen Fällen zur Akzeptanz der Entscheidung oder zumindest zu einer Befriedung der Situation, was auch einen Beitrag zur Entlastung der Sozialgerichte leisten kann.

Über die Eingaben erhält das BAS als Aufsichtsbehörde oft Informationen, die Rückschlüsse auf bestehende Schwierigkeiten bei der Rechtsumsetzung oder auf Organisationsmängel zulassen. Diese Informationen sind für die Aufsichtstätigkeit wichtig und stoßen regelmäßig Klärungsprozesse an, die weit über den Einzelfall hinausreichen.



CORONA-SCHLAGLICHT

Einkommensausfälle und die Angst vor Ansteckung mit dem Corona-Virus haben viele Menschen verunsichert. Das schlägt sich auch in den Beschwerdethemen nieder, die an das BAS herangetragen werden.



2. Pflegeversicherung

Im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung hat das BAS insbesondere die Sicherstellung der Versorgungsqualität durch die bundesunmittelbaren Pflegekassen geprüft. Auch die soziale Absicherung von Pflegepersonen war, wie bereits in vorangegangenen Jahren, im Berichtsjahr ein laufend präsent Thema in der Aufsichtstätigkeit.

Das BAS hat zudem verschiedene Gesetzes- und Verordnungsvorhaben begleitet und zu einzelnen Vorhaben Stellungnahmen abgegeben, die auch Auswirkungen auf Leistungen und Fristen in der Pflegeversicherung hatten.

Dabei sind insbesondere zu nennen das Krankenhausentlastungsgesetz, das Terminservice- und Versorgungsgesetz, das Digitale Versorgung und Pflegemodernisierungsgesetz, Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz sowie das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.

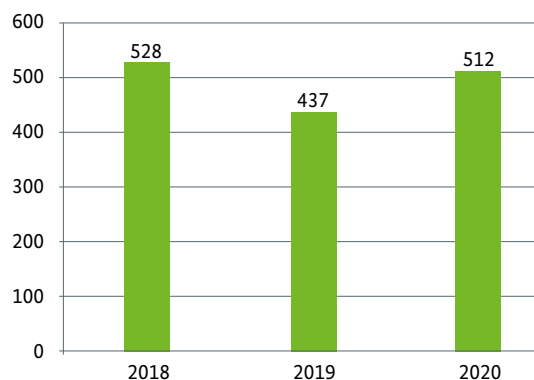
Besonders im Fokus standen die Folgen der Corona-Pandemie. Diese haben sich im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung in besonderem Maße ausgewirkt, weil der persönliche Kontakt zwischen Versichertem und Pflegeperson von erheblicher Bedeutung für die Leistungen der Pflegeversicherung ist.

Das BAS hat bei den oben genannten Regelungen ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet, dass die gesetzlichen Leistungen trotz der Pandemie den Versicherten zugutekommen können. Beispielsweise hatte das BAS in der Vergangenheit darauf geachtet, dass die von den Pflegekassen finanzierten Pflegekurse grundsätzlich die persönliche Anwesenheit von Pflegepersonen erfordern, da nur auf diesem Wege die entsprechenden Fertigkeiten praxisnah vermittelt werden können. Diese Rechtsauslegung konnte im Hinblick auf die Pandemie nicht mehr ohne Einschränkungen aufrechterhalten werden. Insgesamt wurden in 2020 Versicherte bzw. Pflegenden zunehmend durch Online-Angebote, wie z. B. Apps unterstützt.

Eingaben

Im Berichtszeitraum haben sich zahlreiche Pflegepersonen oder Versicherte mit insgesamt 512 Eingaben und Petitionen zum Thema Pflege an das BAS gewandt. Damit hat sich die Zahl der Eingaben im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr (2019: 437) deutlich erhöht.

Eingabenenwicklung Pflegeversicherung



Die Eingaben betreffen grundlegende Leistungsbereiche der Pflegeversicherung. Hervorzuheben sind insbesondere die Dauer des Verwaltungsverfahrens bei den Pflegekassen in Zusammenhang mit der Zuordnung zu einem Pflegegrad, Probleme bei der Auszahlung der Leistungen wegen Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.

Darüber hinaus werden von den Pflegepersonen bzw. Versicherten die Abführung von Rentenversicherungsbeiträgen für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI und dessen Übertragbarkeit auf das folgende Kalenderhalbjahr sowie die unterschiedlichen landesrechtlichen Regelungen in diesem Zusammenhang angesprochen.



CORONA-SCHLAGLICHT

Im Pflegebereich ist der persönliche Kontakt zwischen Versicherten und Pflegepersonen besonders wichtig und die Voraussetzung für die Finanzierung von Pflegekursen durch die Kassen. In 2020 musste verstärkt auf Online-Angebote für Pflegepersonen umgestellt werden.

Die Corona-Pandemie hat insbesondere bei geänderten Leistungen/Fristen sowie der Begutachtung, die statt persönlich im Umfeld der Versicherten regelmäßig nach Aktenlage erfolgte, zu einem erhöhten Beratungsbedarf geführt, der überwiegend telefonisch mit den Versicherten oder Betreuern stattfand.





3. Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung

Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung (PDK) stellt neben der Aufsichtsabteilung für Kranken- und Pflegeversicherung (Abteilung 2) eine selbstständige Fachabteilung (Abteilung 6) im BAS dar. Er hat in erster Linie die Aufgabe, die gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Arbeitsgemeinschaften in regelmäßigen Abständen zu prüfen und zu beraten. Mit seinen ca. 160 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bildet er die größte Abteilung des BAS und unterscheidet sich von den anderen Einheiten des Hauses aufgrund seiner dezentralen Struktur. Neben den drei Referaten in Bonn – zwei Steuerungseinheiten und ein Prüfreferat – sind fünf Außenstellen über das Bundesgebiet verteilt. Jede Außenstelle ist mit 5 bis 7 Fach-Prüfgruppen besetzt, die ihrerseits aus drei bis fünf Personen bestehen.

Mit mehr als 100 Prüferinnen und Prüfern nimmt der PDK seine Kernaufgabe wahr, die darin besteht, die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen routinemäßig zu überprüfen (§ 274 SGB V/§ 46 SGB XI). So werden beispielsweise kasseninterne Arbeitsabläufe begutachtet, Genehmigungs- und Ablehnungsentscheidungen kontrolliert, Einnahmen und Ausgaben hinterfragt oder auch Vergabeverfahren auf ihre Rechtmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit hin überprüft. Stoßen die Prüferinnen und Prüfer auf Fehler oder sehen sie Verbesserungspotential, so geben sie Empfehlungen im Rahmen eines Prüfberichtes ab. Die Prüfungen sind als Beratungsprüfungen angelegt und sollen präventiv wirken. Dem Prüfdienst stehen daher selbst keine Zwangsmittel zur Umsetzung seiner Empfehlungen zur Verfügung. Dies bedeutet aber nicht, dass seine Empfehlungen damit nur

bei einem einsichtigen Träger wirken. Weigert sich eine Krankenkasse ein Fehlverhalten abzustellen, bleibt dem PDK immer noch die Möglichkeit, die Aufsicht zu informieren, damit diese den Sachverhalt aufgreift und mit den ihr zur Verfügung stehenden Zwangsmitteln für rechtmäßiges Handeln sorgt.



1 Cloppenburg 2 Berlin 3 Duisburg 4 Bonn 5 Fulda 6 Ingolstadt

Daneben bestehen noch zwei weitere dauerhafte gesetzliche Prüfaufträge für den PDK:

- Bei den Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V geht es um die korrekte Beitragszahlung, damit der Gesundheitsfonds (s. Seite 75) das ihm zustehende Geld auch tatsächlich erhält. Gegenstand dieser Prüfungen ist die Beitragsfestsetzung, der Beitragseinzug und die Weiterleitung der Beiträge nach § 252 Abs. 2 Satz 2 SGB V an den Gesundheitsfonds.
- Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das zentrale Element der solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ob die für die Berechnung der Ausgleichsbeträge von den Krankenkassen gemeldeten Daten zutreffend ermittelt und an die RSA-Stelle des BAS gemeldet wurden, prüft der PDK im Auftrag der RSA-Stelle in den Prüfungen nach § 20 RSAV. Festzustellen ist, ob die Datenmeldungen der Krankenkassen zu Versicherungszeiten/DMP und Morbi-RSA zum Zeitpunkt der Meldung rechtmäßig erfolgt sind.

Das Jahr 2020 war allerdings geprägt durch die Prüfungen nach (nunmehr) § 408 Abs. 5 SGB V (§§ 410 und 323 SGB V alte, vom Wortlaut und inhaltlich aber unveränderte Fassungen) zur Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung. Hierbei handelt es sich um ein-

malig durchzuführende Sonderprüfungen. Prüfgegenstand sind die von den Krankenkassen vorzunehmenden Bereinigungsverfahren. Diese Prüfungen nahmen in 2020 – neben den RSA-Prüfungen – den überwiegenden Teil der Personalressourcen des PDK in Anspruch und ließen kaum Raum für Beratungsprüfungen. Weitere Einzelheiten zu diesen Prüfverfahren werden unter der entsprechenden Überschrift in diesem Beitrag dargestellt (s. Seite 31).

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht zur Anzahl der verschiedenen durchgeführten Prüfungen und Prüfarten in den Jahren 2019 und 2020, die bereits erste Besonderheiten des Prüfjahres 2020 widerspiegelt. Dabei ist zu beachten, dass in Fortführung der Statistiken der vergangenen Jahre und zu deren Vergleichbarkeit der formale Abschluss der Prüfungen im Berichtsjahr (Versand des Prüfberichts) erfasst wird. Die Anfang 2020 abgeschlossenen Beratungsprüfungen (§ 274 SGB V / § 46 SGB XI) werden daher statistisch für 2020 erfasst, auch wenn sie weitgehend in 2019 durchgeführt wurden. Da im Jahresverlauf 2020 aufgrund der Prüfungen der Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung deutlich weniger Beratungsprüfungen durchgeführt wurden, deren Abschluss in 2021 erfolgt wäre, werden sich die Auswirkungen auf die Zahl der Prüfungen in der Übersicht erst für das Jahr 2021 zeigen. Die Zahl der Prüfungen in 2021 wird daher deutlich niedriger sein.

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2019	Durchgeführte Prüfverfahren 2020
Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI		
Standardprüfungen	49	41
▪ Allgemeine Verwaltung	10	8
▪ Finanzen/Kassensicherheit	10	9
▪ Mitgliedschaft/Beiträge	0	0
▪ Leistungen Krankenversicherung	8	11
▪ Leistungen Pflegeversicherung	11	8
▪ DRG	3	0
▪ EDV/Informationstechnik	7	5
Sonderprüfungen	1	0
Schwerpunktprüfungen	9	10
▪ Leistungen Krankenversicherung	5	10
▪ Leistungen Pflegeversicherung	3	0
▪ Mitgliedschaft/Beiträge	1	0
Prüfungen nach § 252 SGB V		
Standardprüfungen	22	13
Sonderprüfungen	0	2
Prüfungen nach § 42 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung		
▪ Versichertenzeiten/DMP	1	66
▪ Morbi-RSA	66	0
Prüfungen nach § 408 SGB V		
▪ Erstellungsprüfungen nach § 408 SGB V	0	69
▪ IT-Systemprüfungen im Rahmen der Prüfungen nach § 408 SGB V	0	8
Summe Prüfungen	148	209

Fernzugriffe bei Prüfungen

Die Prüfaufgaben finden in aller Regel vor Ort, d. h. in der Hauptverwaltung der Krankenkassen, den regionalen Geschäftsstellen oder den Kompetenzzentren statt, so dass diese dezentrale Struktur kurze Anfahrten und einen engen Kontakt zum Träger ermöglicht, der insbesondere für die Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V und § 46 SGB XI wichtig ist.

Im Jahr 2020 konnten aufgrund der besonderen Lage durch die Corona-Pandemie erstmalig Fernzugriffe als regulär freigegebenes Prüfmittel verwendet werden. Von 65 bundesunmittelbaren Krankenkassen in 2020 stellten 43 dem Prüfdienst Fernzugriffe zur Verfügung. Sämtliche Fernzugriffe erfolgten über verschlüsselte Verbindungen und unter Einsatz einer Zwei-Faktor-Authentifizierung. Dieses neue Prüfverfahren brachte einerseits Erleichterungen, stellte den Prüfdienst und die Krankenkassen aber andererseits auch vor große Herausforderungen.

Die pandemiebedingten Einschränkungen haben die Nutzung von Fernzugriffen befördert und einen neuen Weg zur Prüfung eröffnet. Zahlreiche Krankenkassen und der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung streben nach den positiven Erfahrungen auch für die Zukunft eine Ausweitung an. Insbesondere bei beratungsorientierten Prüfungen nach § 274 SGB V und § 46 SGB XI wird der Austausch vor Ort jedoch weiterhin elementarer Bestandteil der Prüfverfahren bleiben.

Sonderprüfung der Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung

Nach Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung im Jahr 2013, wonach freiwillige Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes und ohne Mitwirkung der oder des Betroffenen begründet werden, kam es zu „ungeklärten passiven“ Mitgliedschaften. In weiterer Folge entstanden oftmals Zwangsein-



CORONA-SCHLAGLICHT

Neue Wege für den Prüfdienst: Da Vor-Ort-Prüfungen kaum möglich sind, nutzt der PDK für seine Prüfungen Fernzugriffe auf die Daten der Krankenkassen.

stufungen zu Höchstbeiträgen und Beitragsschulden, die nicht realisiert werden konnten. Mit einer rückwirkenden Bestandsbereinigung „ungeklärter passiver“ Mitgliedschaften soll das Beitragsschuldenniveau fortan realistisch abgebildet werden.

Vor diesem Hintergrund mussten die Krankenkassen im Jahr 2019 bestimmte freiwillige Mitgliedschaften und davon abgeleitete Familienversicherungen bereinigen und die Ergebnisse der Bestandsbereinigung an das BAS melden, damit entsprechende Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds rückgängig gemacht werden können. Potenziell zu bereinigen waren Versicherungsverhältnisse, bei denen die entsprechende Mitgliedschaft ab dem 1. August 2013 als obligatorische Anschlussversicherung begründet worden war und bei denen weder Beiträge gezahlt noch Leistungen bezogen wurden. Sofern nicht durch einen nachgewiesenen Kontakt der Inlandsaufenthalt des Mitglieds nachgewiesen werden konnte, mussten diese Versicherungsverhältnisse für den RSA bereinigt werden.

Im vergangenen Jahr haben die Prüfdienste unter Einsatz aller zur Verfügung stehenden Personalkapazitäten damit begonnen, die Einhaltung der Vorgaben zur Bestandsbereinigung seitens der Krankenkassen zu prüfen (§ 408 Abs. 5 SGB V). Hierzu mussten die Krankenkassen den Prüfdiensten entsprechend den gesetzlichen Vorgaben Angaben zu ihrem Versichertenbestand, die ermittelten potenziell zu bereinigenden und die tatsächlich bereinigten Versicherungsverhältnisse melden.

Die Prüfdienste hatten bereits Ende 2018 damit begonnen, diese neue Prüfung zu konzipieren. Insbesondere galt es, die Vorarbeiten, also die Festlegung der Prüfinhalte, durchzuführen, die erforderlichen Abstimmungen zu den für die Prüfungen erforderlichen Datenbestimmungen für Satzarten (Vorgaben an die Krankenkassen zur strukturierten Meldung von Prüfdaten an die Prüfdienste) vorzunehmen und Prüftools zu entwickeln. Die Prüfdienste haben dabei ein zweistufiges Prüfverfahren zu Grunde gelegt (siehe Grafik S. 33):

- systematische Prüfungen
- ggf. Vollprüfungen.

Im Fokus der systematischen Prüfungen standen als erster Schritt zunächst die von den Krankenkassen genutzten Verfahren und allgemeinen Software-Lösungen, mit denen diese in ihrem Versichertenbestand die potenziell zu bereinigenden Versicherungsverhältnisse ermittelt hatten.

In einem nächsten Prüfschritt wurde anhand von mehreren Stichproben sowie ergänzend anhand von qualitativen Kriterien der Frage nachgegangen, ob der individuelle Datenbestand der Krankenkassen zur korrekten und vollständigen Ermittlung dieser Versichertenverhältnisse für eine korrekte Bereinigung der Versicherungsverhältnisse durch die Kasse geeignet war. Hierbei erfolgte im Rahmen des quantitativen Ansatzes unter Verwendung einer eigens für diese Prüfungen entwickelten Erfassungssoftware eine Stichprobenprüfung. Für den PDK ergab sich daraus ein Prüfumfang von rund 17.350 Stichprobenfällen. Im Rahmen des sog. qualitativen Ansatzes erfolgte ergänzend auf Grundlage der vorgelagerten Plausibilitäts- und Systemprüfung die Prüfung besonderer Fallkonstellationen, um (kassenspezifische, dennoch systematische) Verfahrensfehler zu erkennen.

Bei einigen Prüfungen zeigte sich, dass die eingesetzten Verfahren sowie umgesetzten Software-Lösungen oder der Datenbestand Fehler aufwiesen, aufgrund derer von den betroffenen Krankenkassen nicht alle potenziell zu bereinigenden Versicherungsverhältnisse ermittelt wurden. Die betroffenen Krankenkassen müssen die Fehler korrigieren und die nachträglich ermittelten potenziell zu bereinigenden Versicherungsverhältnisse an die Prüfdienste melden.

Zum Ende des Jahres 2020 konnte der PDK damit beginnen, anhand von Stichproben zu prüfen, ob bei den potenziell zu bereinigenden aber de facto nicht bereinigten Versicherungsverhältnissen tatsächlich ein Kontakt nachgewiesen werden kann, der den Inlandsaufenthalt der Versicherten belegt (sog. Bereinigungsprüfung als weiterer Teil der systematischen Prüfung).

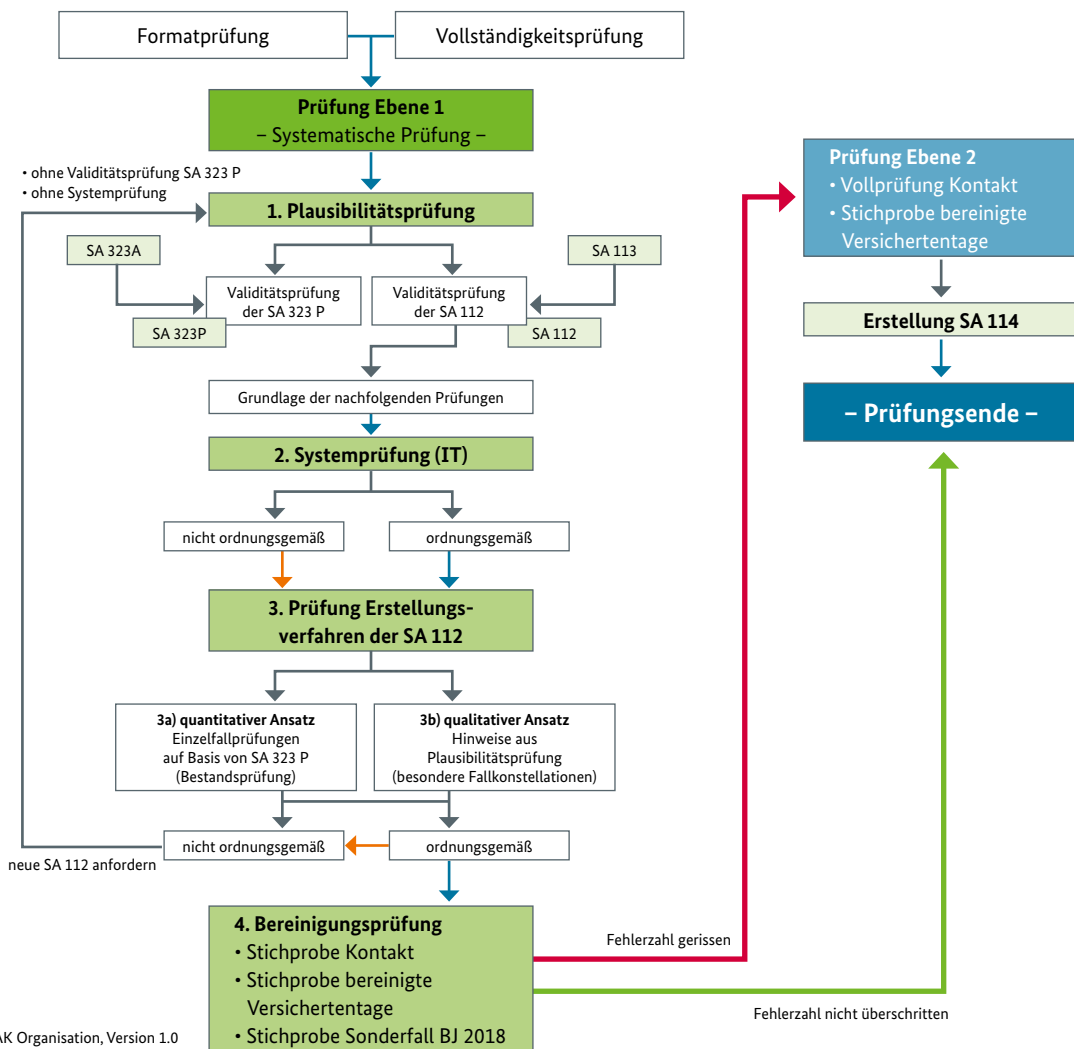
Sollten dabei gefundene Fehler bestimmte Schwellenwerte übersteigen, so kommt es als zweiter Stufe des Prüfverfahrens zur Vollprüfung aller potenziell zu bereinigenden Versicherungsverhältnisse.

Neben der fachlichen Komplexität und dem besonderen Aufwand dieser Sonderprüfungen standen und stehen die Prüfverfahren besonders unter dem Eindruck der mit Corona-Schutzmaßnahmen einhergehenden eingeschränkten Prüfmöglichkeiten. Zur größtmöglichen Vermeidung von persönlichen Kontakten kamen unterschiedliche Verfahren zum Einsatz. Teilweise konnten die Prüfungen in Absprache

mit der jeweiligen Krankenkasse per Fernzugriff bzw. über den elektronischen Datenaustausch erfolgen. Nur in Ausnahmefällen und unter Beachtung entsprechender Hygienekonzepte mussten Prüfungen vor Ort stattfinden.

Der Abschluss der Prüfungen insgesamt wird Ende 2022 erwartet.

Prüfungen der Datenmeldungen nach § 408 Abs. 5 SGB V, Schaubild Prüfablauf



Prüfungen nach § 20 RSAV

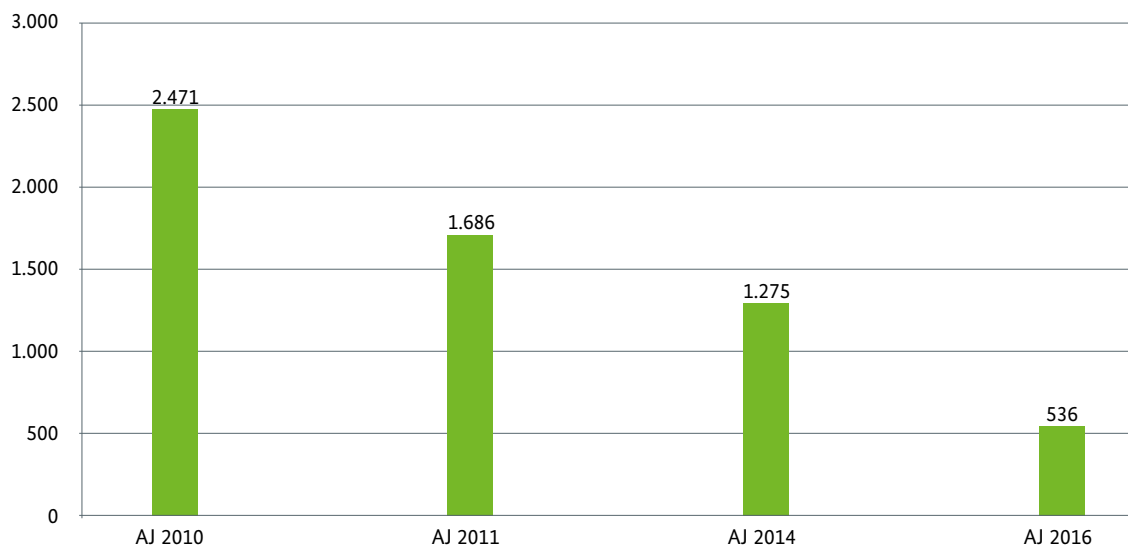
Aufgrund des turnusbedingten jährlichen Wechsels standen im vergangenen Jahr bei den sog. RSA-Prüfungen (§ 20 RSAV) wieder die Versicherungszeiten-DMP-RSA-Prüfungen (Datenmeldungen für das RSA-Ausgleichsjahr (AJ) 2016) an. Mit diesen Prüfungen soll geklärt werden, ob die von den Krankenkassen gemeldeten Versicherungszeiten etc. zum Risikostrukturausgleich auch tatsächlich belegt waren und die darauf basierenden Auszahlungen des Gesundheitsfonds zu Recht erfolgten. Die für den PDK sehr zeitaufwändigen Prüfungen zeigten erneut, dass die Datenmeldungen der Krankenkassen zum RSA – von wenigen Ausnahmen abgesehen – weitgehend korrekt erfolgten. Die Stichprobe umfasste mehr als 154.000 Versicherte. Bei zu prüfenden 68 bundesunmittelbaren Krankenkassen bedeutete dies einen Durchschnitt von ca. 2.250 Versicherte pro Krankenkasse. Für die 154.000 Versicherten hatten die Krankenkassen insgesamt eine Versicherungszeit von nahezu 54 Mio. Tagen gemeldet.

Die Prüfung umfasste die von den Krankenkassen gemeldeten Versicherungszeiten von ca. 11.500 Versicherten, welche in einem Disease-Management-Programm (DMP) eingeschrieben waren, fast 27 Mio. gemeldete Krankengeldtage sowie knapp 1 Mio. gemeldete Tage mit Erwerbsminderungsrentenbezug.

Bis zum 31.12.2020 wurden bei 65 bundesunmittelbaren Krankenkassen die sog. Stufe-1-Prüfungen abgeschlossen. Bei drei Prüfungen kam es zu Verzögerungen, die beispielsweise darauf beruhten, dass die Prüfung erst verspätet beginnen konnte.

Das positive Prüfergebnis der vergangenen Jahre bestätigte sich auch für den aktuell abgeschlossenen Prüfzeitraum. Die Gesamtfehlerzahl bei allen bundesunmittelbaren Krankenkassen lag bei 536 und damit erneut unter den Werten der Vorjahre (Prüfung AJ 2014: 1.275; Prüfung AJ 2011: 1.686; Prüfung AJ 2010: 2.471), siehe Abbildung 1. Im Hinblick auf die noch ausstehenden Prüfergebnisse von drei Krankenkassen kann davon ausgegangen werden, dass die Fallfehlerzahl geringer bleiben wird als in den Vorjahren. Fünf der geprüften 65 Krankenkassen sind aufgrund der Anzahl der festgestellten Fallfehler allerdings auffällig. Die anstehenden Berechnungen, ob die Krankenkassen die vorgegebenen Schwellenwerte in Bezug auf die Fallfehler sowie den monetären Fehler überschreiten, werden derzeit von der RSA-Stelle im BAS durchgeführt. Erst nach diesen Berechnungen steht fest, ob ein oder mehrere Krankenkassen in die sog. Stufe-2-Prüfung kommen, an deren Ende dann wiederum ein Hochrechnungsverfahren der RSA-Stelle zur Höhe möglicher Korrekturbeträge stehen kann.

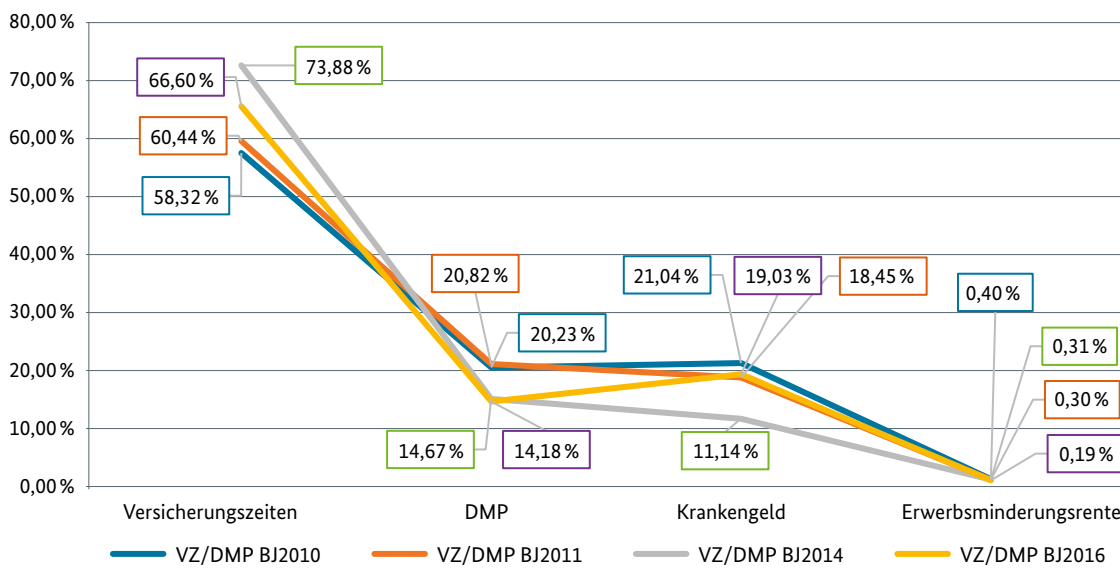
Abbildung 1: Fallfehlerzahlentwicklung der Versicherungszeiten / DMP-Prüfung



Die meisten Fallfehler wurden wie bereits in den Vorjahren im Bereich Versicherungszeiten (66,60%) festgestellt. Danach folgt der Prüfbereich Krankengeld mit 19,03% und der Bereich DMP mit 14,18%, wie der Abbildung 2

entnommen werden kann. Am wenigsten fehleranfällig erwies sich erneut der Prüfbereich Erwerbsminderungsrente (0,19%).

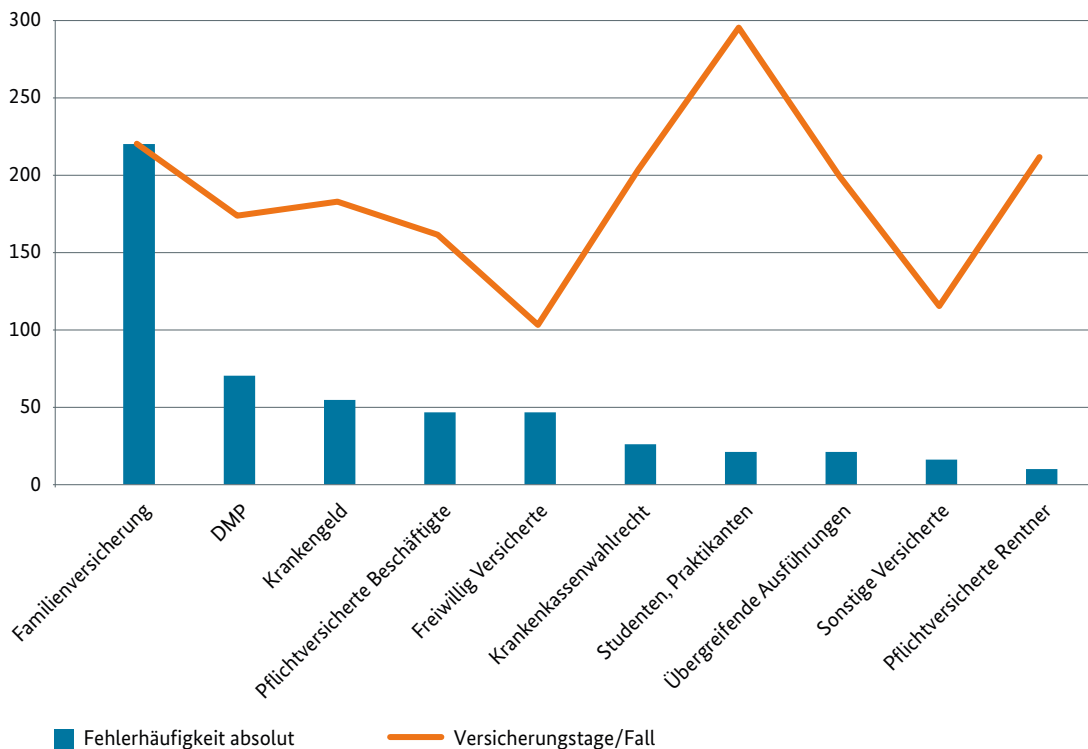
Abbildung 2: Prozentuale Veränderung der Fehlerquoten (nach „Köpfen“ / Stichprobenversicherten)



Bezüglich der Fehlerhäufigkeiten lassen sich entsprechend der Prüfungskategorien folgende Aussagen treffen: Im Ausgleichsjahr 2016 wurden die meisten Fehler in der Kategorie Familienversicherung (222) nachgewiesen, siehe Abbildung 3. Danach folgen die Kategorien DMP (71) und Krankengeld (55). Am wenigsten fehlerhaft zeigten sich die Bereiche Übergreifende Ausführungen (21), Sonstige

Versicherte (16) und Pflichtversicherte Rentner (10). Zusätzlich enthält die Abbildung eine Linie, welche für jede Kategorie die durchschnittlichen fehlerhaften Versicherungstage pro Fallfehler angibt. So ergaben sich bei der Prüfung des Ausgleichjahres 2016 die meisten fehlerhaften Versicherungstage pro Fallfehler („teure Fehler“) in der Kategorie Studenten, Praktikanten und Berufsausbildung.

Abbildung 3: Fehlerhäufigkeiten und fehlerhafte Versicherungstage pro Fallfehler



Neben den vorgenannten Prüfungen musste der PDK eine Stufe-1-Prüfung aus dem Jahr 2018 wiederholen. Diese erneute Prüfung war notwendig, weil sich erst nachträglich sicher herausstellte, dass eine Kassenmitarbeiterin Unterlagen manipuliert hatte und diese Unterlagen Gegenstand der ursprünglichen Prüfung waren.

Prüfungen der sonstigen Beiträge

Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, die von den Krankenkassen selbst zu verwalten sind und nicht von den Arbeitgebern oder sonstigen Institutionen festgesetzt werden, bedürfen ebenfalls der kontinuierlichen Überprüfung.

Das Prüfverfahren hat der Gesetzgeber in § 252 Abs. 5 SGB V und der dazu erlassenen Rechtsverordnung (Prüfverordnung sonstige Beiträge) festgelegt. Zu diesen sogenannten „sonstigen Beiträgen“ gehören z. B. die Krankenversicherungsbeiträge zur freiwilligen Versicherung, die von selbstständig Erwerbstätigen zu zahlen sind.

Der PDK im BAS arbeitet eng mit den Prüfdiensten der Länder zusammen. Aktuelle Inhalte der Prüfungen werden fortlaufend miteinander abgestimmt. Die Prüfdienste des Bundes und der Länder nutzen für die Durchführung der Prüfungen ein vom BAS bereitgestelltes Prüftool, in dem die gemeinsam erarbeiteten Prüfgrundlagen regelmäßig aktualisiert werden.

Die Aufgabe der Prüfdienste besteht darin, anhand von Stichproben einzelfallbezogen nachzuverfolgen, ob die Beiträge von den Krankenkassen richtig festgesetzt, eingezogen und an den Gesundheitsfonds weitergeleitet wurden. Dabei werden sowohl die Versicherungsverläufe und Beitragszeiten einzelner Mitglieder als auch die Verbuchung der Gelder betrachtet. Über das Prüfergebnis wird ein Bericht mit Auflistung und Begründung der festgestellten monetären Schäden im Einzelfall erstellt. Dieser Bericht wird im Original an den Gesundheitsfonds versendet und als Kopie an die geprüfte Krankenkasse.

Auf dieser Grundlage erteilt der Gesundheitsfonds einen sog. Prüfbescheid, in dem er den Schaden gegenüber der Krankenkasse geltend macht.

Im Jahr 2020 hat der PDK 13 reguläre und 2 Sonderprüfungen abgeschlossen und die Ergebnisse an den Gesundheitsfonds übermittelt. Dabei wurden unter anderem mehr als 3.350 versichertenbezogene Stichprobenfälle überprüft. Der ermittelte Gesamtschaden lag bei rund 437.000 Euro.

IT Prüfungen

Die Arbeit der IT-Prüfgruppen des PDK war – wie bei allen anderen Prüfgruppen auch – in 2020 ganz weitgehend geprägt von den Sonderprüfungen nach § 408 SGB V. In diesem Zusammenhang wurde im Rahmen der systematischen Prüfungen bei den Erstellern der GKV-Basissoftware (BITMARCK, AOK-Systems) und bei Kassen mit eigenen Systemen auch die Software geprüft, die die Kassen als Grundlage ihrer Bereinigungsverfahren eingesetzt haben (siehe Beitrag zu den Prüfungen nach § 408 SGB V).

Neben diesen Sonderprüfungen standen erneut Aspekte der Datensicherheit und des Datenschutzes im Fokus. Bei einer Prüfung, die in 2020 abgeschlossen wurde, schaute sich die Prüfgruppe die Internetpräsenz des Trägers an. Bei der Prüfung fiel unter anderem auf, dass den Nutzerinnen und Nutzern der Website nur die Möglichkeit eines sog. Opt-Outs aus dem Analyseverfahren der Daten angeboten wurde. Beim Opt-Out-Verfahren werden persönliche Daten grundsätzlich verarbeitet und insbesondere gespeichert, es sei denn die Betroffenen haben dem ausdrücklich widersprochen. Der Träger wurde im Rahmen der Prüfung nach § 274 SGB V beraten, das Opt-Out- durch ein Opt-In-Verfahren zu ersetzen, bei dem die Daten nur dann verarbeitet und insbesondere gespeichert werden dürfen, wenn die Betroffenen dies vorher ausdrücklich gestattet haben. Außerdem wurde der Träger darauf hingewiesen, der Nachweispflicht nach Art. 7 Abs. 1 DSGVO durch entsprechende technische Verfahren nachzukommen. Zwischenzeitlich hat die Krankenkasse mitgeteilt, dass sie plane, zeitnah eine neue Internetseite aufzusetzen und Empfehlungen aus den Prüffeststellungen in die neue Internetpräsenz zu integrieren. Da die Internetpräsenz immer mehr an Bedeutung gewinnt, werden wir diese Thematik auch zukünftig bei weiteren Krankenkassen – nach Abschluss der Prüfungen nach § 408 SGB V – aufgreifen.

Niederschlagung von (Klein-)Beträgen im Leistungsbereich

Einige Krankenkassen haben in ihren Dienstanweisungen Kleinbetragsregelungen vorgesehen. Diese regeln den Erlass bzw. die Niederschlagung von Forderungen, wenn ein bestimmter Betrag nicht überschritten wird. Im Bereich der Krankenversicherungsleistungen handelt es sich z. B. um Forderungen aus Zuzahlungen oder Eigenanteilen.

Prüfungen zu dieser Thematik decken immer wieder Sachverhalte auf, die mit dem Recht nicht in Einklang stehen. Auch wenn es sich im Einzelfall um geringe Beträge handelt, so summieren sich diese mitunter auf relativ hohe Gesamtbeträge, die – wie konkret festgestellt – jährlich im niedrigen sechsstelligen Bereich liegen können.

Bei zwei Prüfungen war in diesem Zusammenhang auffällig, dass bei der Festlegung des Betrags, bis zu dem auf die (weitere) Geltendmachung einer Forderung pauschal verzichtet werden kann, von den Kassen auf unterschiedliche Richtgrößen zurückgegriffen wurde. Auch gab es für diverse Sachverhalte mitunter eigene Bestimmungen in den jeweiligen Dienstanweisungen.

Der pauschale Verzicht auf die Mahnung geringer Forderungen erfolgt aus wirtschaftlichen Erwägungen. Er ist jedoch nur bei Beträgen von weniger als sieben Euro möglich (Ziffer 7.2.1 der Verwaltungsvorschrift zu § 59 Bundeshaushaltsordnung – BHO). Diese Regelung ist für alle Krankenkassen verbindlich und war entsprechend in den von uns geprüften Sachverhalten anzuwenden.

Handelt es sich dagegen um eine höhere Forderung, die den Kleinbetrag von sieben Euro übersteigt, ist ein pauschaler Verzicht nicht möglich. Jedoch darf hier – nach Prüfung des konkreten Einzelfalls – unter folgenden Voraussetzungen von der weiteren Durchsetzung einer Forderung (unbefristete Niederschlagung) abgesehen werden:

Dies ist dann der Fall, wenn anzunehmen ist, dass die Einziehung wegen der wirtschaftlichen Verhältnisse der Anspruchsgegnerin bzw. des Anspruchsggners (z. B. fruchtlos gebliebene Vollstreckung) oder aus anderen Gründen (z. B. Restschuldbefreiung nach einem Insolvenzverfahren) dauernd ohne Erfolg bleiben wird (Ziffer 2.4 der Verwaltungsvorschrift zu § 59 BHO).

Die betreffenden Krankenkassen wurden durch den Prüfdienst auf die Rechtslage aufmerksam gemacht. In einem Fall war die Einschaltung der zuständigen Aufsichtsabteilung notwendig, um eine Änderung der Dienstanweisung an die Vorgaben des § 59 BHO herbeizuführen.

Beratungsverträge

Im Rahmen seiner im Fünf-Jahres-Turnus durchgeführten Beratungsprüfung stellte der PDK fest, dass eine Kasse für Beratungsleistungen zwischen 2015 und 2017 insgesamt rund 16 Mio. Euro gezahlt hatte, wobei Tagessätze von bis zu 3.333 Euro vereinbart worden waren. Die Kasse hatte insgesamt drei Beratungsverträge mit demselben Bera-

tungsunternehmen geschlossen und dabei teilweise gegen das Vergaberecht, insbesondere gegen Dokumentationspflichten verstoßen. Eine Vergabe aus dem Jahr 2015 wurde als Verhandlungsvergabe ohne Teilnahmewettbewerb durchgeführt. Die Kasse begründete dieses Vorgehen mit unverschuldeter Dringlichkeit i.S.v. § 3 Abs. 4c VOF.

Wie die Überprüfung durch das zuständige Aufsichtsreferat des BAS ergab, lag keine unverschuldete Dringlichkeit vor. Das Vorgehen der Kasse war daher rechtswidrig. Außerdem konnte der PDK der Kasse darlegen, dass der vereinbarte Tagessatz erheblich über den üblichen Sätzen für vergleichbare Beratungsleistungen lag. Die Kasse sagte zu, die Hinweise bei zukünftigen Vergabeverfahren zu berücksichtigen.





4. Rentenversicherung

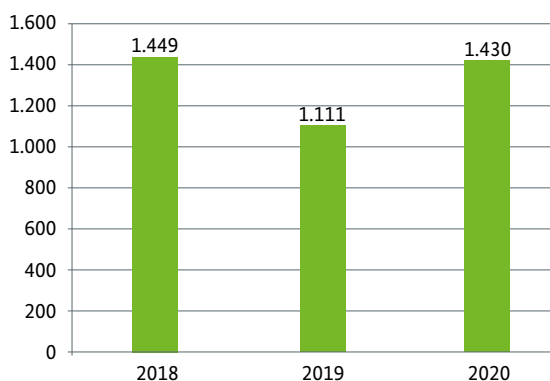
Das BAS führt die Rechtsaufsicht über die Rentenversicherungsträger Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) und Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS). Darüber hinaus übt es die Rechtsaufsicht über die DRV Bund aus, soweit diese gemeinsame Angelegenheiten und Grundsatz- und Querschnittsaufgaben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

4.1 Themen der Aufsicht

Auswirkungen der Corona-Pandemie

Durch die Corona-Pandemie ergaben sich im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung zahlreiche Änderungen, die die Bearbeitungsweise der unserer Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträger aber auch die an das BAS herangetragenen Anliegen und Beschwerden beeinflusst haben.

Eingabenentwicklung Rentenversicherung



Im März 2020 kam es bei den Rentenversicherungsträgern zu einer Umstellung der Bearbeitungsschwerpunkte. Der Fokus wurde insbesondere auf zahlungsrelevante Arbeiten gelegt, damit Versicherte die ihnen zustehenden Leistungen trotz der Ausnahmesituation zeitnah erhalten. Weiter wurden die Arbeitsabläufe zur Prüfung von Anträgen auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit temporär angepasst. Medizinische Entscheidungen sollten möglichst nach Aktenlage getroffen werden. Sonstige Ermittlungen, wie etwa des Hinzuverdienstes, sollten nach Möglichkeit telefonisch erfolgen.

Dennoch erreichten das BAS im Jahr 2020 gehäuft Beschwerden über die Bearbeitungsdauer oder die telefonische Erreichbarkeit. Insbesondere waren die Versicherten besorgt, dass beantragte Leistungen nicht rechtzeitig erbracht würden. Nach jeweiliger Erörterung mit dem Rentenversicherungsträger war jedoch festzustellen, dass die Leistungen in der Regel rechtzeitig oder mit nur geringfügiger Verzögerung erbracht wurden.

Soweit die zu prüfenden Beschwerden Rechtsverstöße zum Gegenstand hatten, ist die Anzahl der Beschwerden hingegen gesunken. Neben den genannten Vereinfachungen ist dies auch auf einige Rechtsänderungen im Jahr 2020 zurück zu führen. So wurde beispielsweise die Hinzuverdienstgrenze für Altersrenten im Kalenderjahr 2020 von 6.300 EUR auf 44.590 EUR erhöht und die Prüfung des sog. Hinzuverdienstdeckels ist entfallen. Auch wurde der Zugang zu Waisenrenten erleichtert.

Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe ergaben sich durch die Corona-Pandemie weitreichende Einschnitte. Diese betrafen insbesondere die Durchführung der Leistungen. Aufgrund der sich abzeichnenden Entwicklungen mussten im ersten Halbjahr 2020 Rehabilitationsmaßnahmen pandemiebedingt abgebrochen werden. Hier stellten sich Fragen zu einer über Kurzanträge möglichst unbürokratischen Fortsetzung bzw. an die Verhältnisse angepassten Durchführung der Rehabilitationsmaß-



CORONA-SCHLAGLICHT

In der Rentenversicherung werden die Bearbeitungsschwerpunkte umgestellt, damit die Bürgerinnen und Bürger trotz der Ausnahmesituation zeitnah ihre zahlungsrelevanten Leistungen erhalten. Leistungen zur Teilhabe werden, soweit möglich, auf Tele-Rehabilitation umgestellt.

nahmen. In allen Bereichen der Leistungen zur Teilhabe mussten bestehende Konzepte hinterfragt und neue Wege gesucht werden, um die Maßnahmen nach Möglichkeit auch ohne Präsenz der Rehabilitanden durchzuführen. Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben konnte teilweise auf Fernunterricht umgestellt werden. Dringend notwendige medizinische Vorortmaßnahmen fanden unter besonderen hygienischen Bedingungen oder nach Möglichkeit in Form von Tele-Rehabilitationen statt.

Die besonderen Umstände des vergangenen Jahres führten auch dazu, dass die Durchführung bewilligter Rehabilitationsmaßnahmen zurückgestellt wurde. Denn hinsichtlich der Durchführung bewilligter Rehabilitationsmaßnahmen bzw. des vorgelagerten Verfahrens erreichten das BAS im Jahr 2020 weniger Beschwerden. Ungeachtet dessen stellte sich auch im Bereich der Leistungen zur Teilhabe die telefonische Erreichbarkeit sowie die Bearbeitungsdauer der Berechnung und Auszahlung der im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsmaßnahme stehenden Leistung als besonders beschwerdeträchtig heraus. Zwar hat sich die telefonische Erreichbarkeit insgesamt gebessert. Dennoch können noch nicht alle Betroffenen ihre Anliegen telefonisch klären. Da aber auch zahlungsrelevante Arbeiten bevorzugt erledigt wurden, war eine Häufung schwerwiegender Verzögerungen nicht festzustellen.

Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie wurden zahlreiche Gesetze und Verordnungen erlassen, die in den Rehabilitationskliniken der Rentenversicherungsträger umgesetzt werden.

Die DRV Bund informierte das BAS regelmäßig über die erlassenen Maßnahmen. Im März und April 2020 war vorrangig zu klären, ob und in welcher Weise die Rehabilitationsmaßnahmen in den Rehabilitationskliniken fortgeführt werden konnten bzw. Neuaufnahmen von Rehabilitanden möglich sind.

Besonders herausfordernd gestaltete sich die Situation im Bereich der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Diese Patienten können einer der Hochrisikogruppen für Covid-19 angehören. Bei Abbruch der Rehabilitationsmaßnahmen besteht jedoch die Gefahr der Rückfälligkeit. Es wurden daher alle Anstrengungen für

eine hygienekonforme Fortsetzung begonnener Rehabilitationsmaßnahmen unternommen. Alternativ wurden auch hier in Fällen des unvermeidlichen Abbruchs der Rehabilitationsmaßnahmen durch behördliche Anordnungen digitale Angebote und regelmäßige telefonische Kontakte genutzt. Ebenso wurden im weiteren Jahresverlauf auch Wechsel von den pandemiebedingt eingeschränkten ambulanten zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen gestattet.

Für Rehabilitanden und Rehabilitationskliniken, deren Maßnahmen vorzeitig abgebrochen werden mussten, ohne das Rehabilitationsziel erreicht zu haben, stellte die DRV Bund unbürokratische Kurzantragsformulare zur Verfügung, die den Patienten bei der Entlassung bereits ausgehändigt wurden und eine neue Antragstellung nach Abklingen der Pandemie erleichtern sollen.

Weitere Probleme bei der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen ergaben sich infolge der zunächst unklaren Regelungen hinsichtlich durchzuführender Corona-Tests für Mitarbeiter, Rehabilitanden und Besucher. Durch die Verordnung zum Anspruch auf Testung (Coronavirus-Testverordnung – TestV) konnten diese Unklarheiten zum Großteil beseitigt werden.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Rentenversicherungsträger sehr engagiert und schnell auf die sich durch die Pandemie ergebenden Schwierigkeiten bei der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen reagiert haben und dies auch weiterhin tun.

Zuschläge an Entgeltpunkten

Das BAS hat sich mit der Ermittlung von Zuschlägen an Entgeltpunkten gemäß § 76b SGB VI für Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung nach Beginn einer Vollrente wegen Alters vor Erreichen der Regelaltersgrenze für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 beschäftigt.

Bei einer Aufsichtsprüfung hatte das Prüferat des BAS festgestellt, dass einige Rentenversicherungsträger entsprechende Zuschläge auch für Beschäftigungszeiten vor dem 1. Januar 2017 gewährten, während andere diese Zuschläge erst für Beschäftigungszeiten ab dem 1. Januar 2017 leisteten.

Die DRV Bund hat in ihrer Eigenschaft als Grundsatz- und Querschnittsträger bestätigt, dass zwischenzeitlich eine einheitliche Rechtsanwendung durch alle Träger der Rentenversicherung sichergestellt ist. Alle Rentenversicherungsträger ermitteln Zuschläge an Entgeltpunkten gemäß § 76b SGB VI für Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung nach Beginn einer Vollrente wegen Alters vor Erreichen der Regelaltersgrenze auch für Beschäftigungszeiten vor dem 1. Januar 2017.

Rentenbeginn bei Mütterrente und verspäteter Antragstellung

Sowohl durch die Regelungen der sog. Mütterrente als auch der sog. Mütterrente II konnte es vorkommen, dass Mütter von vor dem 1. Januar 1992 geborenen Kindern erstmals durch die verlängerte Anrechnung der Kindererziehungszeiten die Voraussetzungen für eine Regelaltersrente erfüllten. Beantragten diese Mütter die Regelaltersrente, bewilligten die Rentenversicherungsträger die beantragte Altersrente regelmäßig auch dann rückwirkend (unter Beachtung der zeitlichen Grenzen des § 44 Abs. 4 SGB X) mit einem Rentenbeginn zum 1. Juli 2014 bzw. zum 1. Januar 2019, wenn die betroffenen Mütter die Rente nicht innerhalb der Dreikalendermonatsfrist des § 99 Abs. 1 SGB VI beantragten. Die Rentenversicherungsträger nahmen hier pauschal einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch an, den sie mit einer verspäteten Rentenantragstellung aufgrund einer mangelhaften Öffentlichkeitsarbeit der DRV im Zusammenhang mit der erstmaligen Verlängerung der Kindererziehungszeiten aufgrund des RV-Leistungsverbesserungsgesetzes vom 23. Juni 2014 begründeten.

Das BAS erörterte die Verfahrensweise der Rentenversicherungsträger mit der DRV Bund in ihrer Eigenschaft als Grundsatz- und Querschnittsträger. Aufgrund der vom BAS vorgetragenen rechtlichen Bedenken hinsichtlich der pauschalen Annahme eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches haben die Rentenversicherungsträger ihre bisherige Rechtsauffassung aufgegeben. Eine trotz verspäteter Rentenantragstellung rückwirkende Rentengewährung im Rahmen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches erfolgt zukünftig nur noch, wenn im Einzelfall ein für die verspätete Rentenantragstellung ursächlicher Beratungsmangel nachgewiesen wird.

Nachzahlungszeitraum bei Neufeststellung der Rente

Ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen worden, werden Sozialleistungen nach § 44 Abs. 4 SGB X längstens für vier Jahre vor der Rücknahme erbracht. Erfolgt die Rücknahme des Verwaltungsaktes auf Antrag, wird der Vier-Jahres-Zeitraum vom Beginn des Jahres an zurückgerechnet, in dem der Überprüfungsantrag gestellt wurde.

Im Rahmen der Aufsichtstätigkeit ergab sich die Frage, ob der bei einem Sondersorgungsträger gestellte Antrag auf Überprüfung der im Überführungsbescheid nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz festgestellten Daten, der zur Neufeststellung der Rente mit einer Rentennachzahlung geführt hat, zugleich bereits der maßgebliche Antrag für die Berechnung der Vier-Jahres-Frist ist.

Die DRV Bund hatte bislang nur die an den Zusatzversorgungsträger gerichteten Anträge als zugleich auch beim jeweiligen Rentenversicherungsträger eingegangen angesehen, da sie sowohl als Rentenversicherungsträger als auch Zusatzversorgungsträger fungiert und eine gemeinsame Poststelle unterhält. Auf Initiative des BAS hat sich die DRV Bund in ihrer Funktion als Grundsatz- und Querschnittsträger mit der Thematik befasst. Sie kam zu dem zutreffenden Ergebnis, dass auch der bei einem Sondersorgungsträger gestellte Überprüfungsantrag zugleich als Antrag für die Berechnung der Frist der rückwirkenden Leistungserbringung nach § 44 Abs. 4 Satz 3 SGB X anzusehen ist.

Die bestehende Ungleichbehandlung zwischen Versorgten der Zusatz- und Sondersorgungssysteme bei der Anwendung der Ausschlussfrist des § 44 Abs. 4 SGB X wurde damit beseitigt. Zugleich konnte unter allen Beteiligten eine wichtige Klarstellung erreicht und eine einheitliche Verfahrensweise aller Rentenversicherungsträger sichergestellt werden.

4.2 Prüfungen

Das BAS führt systematische Aufsichtsprüfungen bei den bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern DRV Bund und DRV KBS durch. Ziel ist es, bei den Rentenversicherungsträgern nicht nur Fehler im Einzelfall aufzudecken, sondern durch eine systematische Analyse der Fehlerquellen und Fehlerschwerpunkte eine fehlerfreie verfahrensrechtliche und materiell-rechtliche Rechtsanwendung sicherzustellen. Einen Schwerpunkt der Prüftätigkeit des BAS bilden generell gesetzliche Neuregelungen und ihre Umsetzung in der Praxis durch die Rentenversicherungsträger.

Im Jahr 2020 wurden u.a. die im Vorjahr bei der DRV Bund und der DRV KBS eingeleiteten Prüfverfahren zum Thema „Geschiedenenwitwenrenten“ abgeschlossen. Die aufsichtsrechtliche Prüfung erstreckte sich hierbei schwerpunktmäßig u.a. auf die Prüfung der komplexen Anspruchsvoraussetzungen, den eigenständig geregelten Rentenbeginn dieser Rentenart, die etwaige Aufteilung der Hinterbliebenenrenten auf mehrere Berechtigte, die Berücksichtigung von rentenrechtlichen Versicherungszeiten sowie die hierfür notwendigen Verwaltungsverfahren.

Außerdem wurden im Jahr 2020 Prüfverfahren zum Thema „Sozialversicherungsabkommen“ bei den beiden o. g. Rentenversicherungsträgern eingeleitet. Die aufsichtsrechtliche Prüfung erstreckte sich hierbei schwerpunktmäßig u.a. auf das zwischenstaatliche Antragsverfahren, die Feststellung von rentenrechtlichen Zeiten sowie die hierfür notwendigen Verwaltungsverfahren. Die Aktenprüfung konnte bereits abgeschlossen werden, die Erörterung mit den Rentenversicherungsträgern dauert allerdings noch an.

Des Weiteren wurden bei den o. g. Rentenversicherungsträgern turnusmäßige Aufsichtsprüfungen auf dem Gebiet „Leistungen zur Teilhabe“ durchgeführt. Konkret wurden

die Themen Prävention, Kinderrehabilitation und Nachsorge aufgegriffen. Seit 2016 handelt es sich bei diesen Leistungen nicht mehr um Ermessensleistungen, sondern um Pflichtleistungen. Der Schwerpunkt dieser Prüfverfahren lag u. a. auf dem Antrags- und Verwaltungsverfahren. Darüber hinaus wurden bei der DRV Bund und DRV KBS Aufsichtsprüfungen zum Thema „Rentensplitting“ begonnen. Bei dem Rentensplitting haben Ehegatten die Möglichkeit, die während der Ehezeit erworbenen Rentenanwartschaften hälftig aufzuteilen. Es handelt sich dabei um eine Gestaltungsmöglichkeit für Eheleute, die dem Versorgungsausgleich nach Scheidung einer Ehe ähnelt. Insbesondere kann hier ein Anspruch auf eine Erziehungsrente entstehen.

Neben der Durchführung des Rentensplittings durch den Rentenversicherungsträger sind auch die hieraus resultierenden Verfahren zur Bewilligung der Erziehungsrenten und zum Wegfall der Witwen- und Witwerrenten sowie Neuberechnung der Waisenrenten Gegenstand unserer Aufsichtsprüfung.

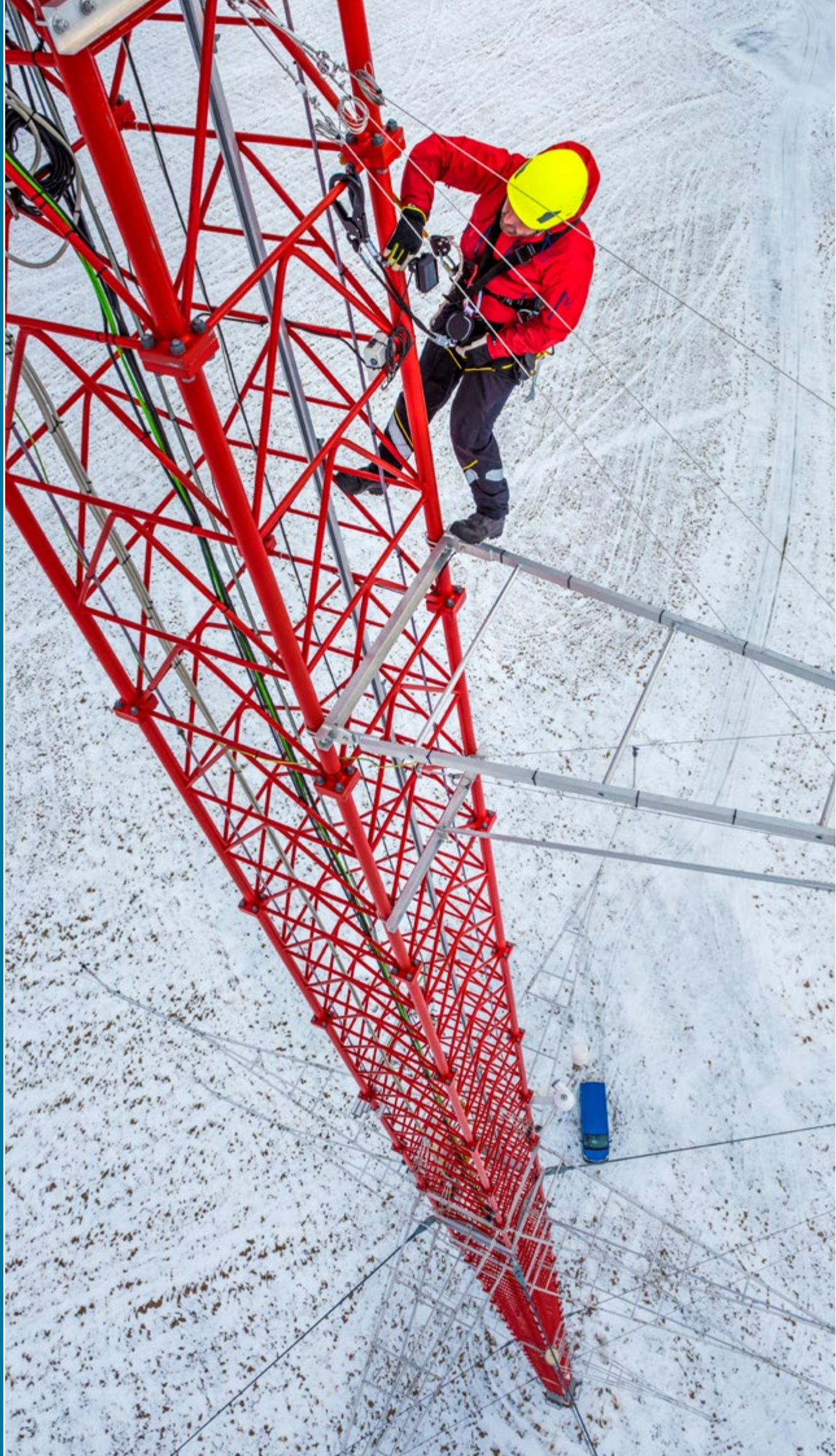
Künstlersozialkasse

Die Künstlersozialkasse hat angesichts der Corona-Pandemie im März 2020 sowohl für selbstständige Künstlerinnen und Künstler, Publizistinnen und Publizisten als auch abgabepflichtige Unternehmen verschiedene Unterstützungsmaßnahmen beschlossen. Sie hat u. a. darauf verzichtet, zu prüfen, ob geringere Einkommen bei Versicherten dazu führen, dass sie ihren Versicherungsschutz nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz verlieren. Das BAS hat diese Vorgehensweise wegen der besonderen Notlage der gesamten Kulturbranche akzeptiert. Inzwischen ist gesetzlich geregelt, dass eine Unterschreitung der Mindesteinkommensgrenze in den Jahren 2020 und 2021 unberücksichtigt bleibt.

CORONA-SCHLAGLICHT

Selbstständige Künstler und Künstlerinnen sind von den Einschränkungen der Pandemie besonders betroffen. Der Versicherungsschutz durch die Künstlersozialkasse bleibt aber auch bei Unterschreitung der Mindesteinkommensgrenze erhalten.





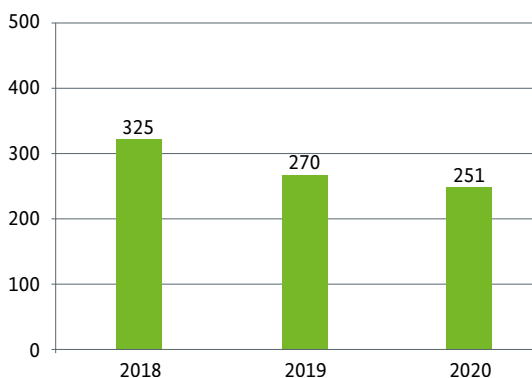
5. Unfallversicherung

5.1 Themen der Aufsicht

Eingaben

Im Bereich der Unfallversicherung hat es im Jahr 2020 beim BAS 251 Eingaben und Petitionen gegeben. Bei den Anliegen geht es regelmäßig um unterschiedlichste Themen aus der gesetzlichen Unfallversicherung einschließlich der landwirtschaftlichen Unfallversicherung.

Eingabenentwicklung Unfallversicherung



Betroffen sind der Leistungsbereich sowie der Mitgliedschafts- und Beitragsbereich. Es wurde z. B. bemängelt, dass es in Leistungsfällen zu einer verlängerten Bearbeitungsdauer kam, weil notwendige Gutachten pandemiebedingt nicht so zeitnah erstellt werden konnten, wie dies wünschenswert gewesen wäre. Andere Eingaben betrafen die unterbliebene – nach der Berufskrankheiten-Verordnung vorgesehene – Beteiligung der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen.

Im Beitragsbereich wurden im Berichtsjahr insbesondere Beitragserhöhungen der gewerblichen Unfallversicherungsträger bemängelt. Hierbei wurde speziell auf die zusätzliche Belastung der ohnehin durch die Corona-Pandemie angeschlagenen Wirtschaft verwiesen.

Der Beitrag in der gesetzlichen Unfallversicherung zeigt sich im Jahresvergleich jedoch grundsätzlich schwankend, da dieser von den drei Faktoren Arbeitsentgelt, Gefahrklasse und Beitragsfuß abhängt.

Die angeführten Beitragserhöhungen waren teilweise Folge der notwendigen Überarbeitungen von Gefahrтарifen durch die Unfallversicherungsträger. Die dort aus Gewerbezweigen gebildeten Tarifstellen wurden neu strukturiert und neue Gefahrklassen ermittelt. Das BAS konnte in den geprüften Fällen keine Rechtsverstöße der Unfallversicherungsträger bei der sich daran anschließenden Beitragsberechnung feststellen. Im Übrigen nutzten diese bei ihren Verwaltungsentscheidungen bereits vollumfänglich den rechtlichen Rahmen zur Beitragsentlastung und boten ihren Mitgliedsunternehmen Stundungen sowie Ratenzahlungen an.

Die aufsichtsrechtliche Überprüfung einiger Angelegenheiten im Leistungsbereich hat ergeben, dass es bei der Bearbeitung, z. B. bei der Rentenfeststellung, Verzögerungen von teilweise bis zu mehreren Monaten gegeben hat. Dies haben die jeweiligen Unfallversicherungsträger im Einzelfall bedauert und dem BAS versichert, dass grundsätzlich eine zeitnahe Feststellung der Leistungsansprüche erfolgt.

Mitwirkungsangelegenheiten

Im Rahmen der Mitwirkung hat das BAS die von den Unfallversicherungsträgern beantragten Satzungsänderungen geprüft und bis auf einen Satzungsantrag, der nicht zur Genehmigung vorgelegt wurde, genehmigt. Dabei handelte es sich u. a. um Anpassungen der Satzungsregelungen an die zum 1. Juli 2020 in Kraft getretenen Änderungen des SGB 7, eine Erweiterung des Versicherungsschutzes und die Höhe eines Mindestbeitrages.

Ferner war das bevorstehende Auslaufen eines fusionsbedingten Übergangszeitraums Anlass für eine Satzungsänderung. Das Gesetz ermächtigt die Unfallversicherungsträger in § 118 Abs. 1 Satz 4 SGB VII im Falle einer Fusion anschließend für eine Zeitspanne von bis zu zwölf Jahren Sonderregelungen für die Beitragsberechnung zu treffen. Dies erfolgt regelmäßig in der Satzung des neuen Trägers. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll so eine schrittweise Anpassung und Harmonisierung des bisherigen (Beitragsberechnungs-) Verfahrens der Fusionspartner insbesondere mit Blick auf deren Mitgliedsunternehmen ermöglicht werden. Allerdings würde die Beibehaltung entsprechender Regelungen über die gesetzlich festgeschriebene Übergangsperiode hinaus ihrer Wirkung nach eine Ausdehnung fusionsbedingter Sonderregelungen darstellen. Dies ist mangels Rechtsgrundlage unzulässig. Daher sind betroffene Satzungsbestimmungen von den Unfallversicherungsträgern – wie im Berichtsjahr geschehen – rechtzeitig anzupassen.

Im Bereich Gefahrtarifangelegenheiten waren im Berichtsjahr erneut die Vermeidung übermäßiger Spreizungen der Gefahrklassen und die solidarische Verteilung der sog. DDR-Altlasten Thema. Indem bei der Aufstellung eines Gefahrtarifs beispielsweise ein Gemeinlastfaktor bei der Ermittlung der dort festgelegten Gefahrklassen angewendet wird, kann eine gleichmäßige Verteilung der genannten Altlasten erreicht werden. Die von einem Träger im Berichtsjahr gewählte Vorgehensweise ließ sich nachvollziehen und war rechtmäßig. Ebenfalls genehmigungsfähig war eine vom rechnerischen Ergebnis abweichende Gefahrklassenfestsetzung. In ständiger Genehmigungspraxis sieht es das BAS grundsätzlich aus rechtsstaatlichen Gründen, insbesondere um erhebliche Beitragsbelastungen zu verhindern und zur Wahrung der Versicherungskonformität, als zulässig an, Gefahrklassen abweichend vom rechnerischen Wert festzusetzen, wenn dies individuell begründet ist. Dies ist trägerseitig erfolgt. In diesem Zusammenhang hat das BAS nochmals klargestellt, dass demgegenüber die rechnerische Ausnahme von Entschädigungsleistungen bei der Ermittlung der Gefahrklasse nicht mit § 157 Abs. 3 SGB VII in Einklang zu bringen ist.

Durchschnittsentgelte Seeleute

Der Jahresarbeitsverdienst als Berechnungsgrundlage für Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung bemisst sich in der Seeschifffahrt nicht aus den tatsächlichen Verdiensten, sondern aus einem monatlichen Durchschnitt des baren Entgelts (Durchschnittsheuer bzw. Durchschnittsentgelt). Die Durchschnittsheuer gilt ebenso als Berechnungsgrundlage für die Beitragserhebung in der gesetzlichen Unfallversicherung wie in den übrigen Zweigen der Sozialversicherung.

Das monatliche Durchschnittsentgelt wird von Ausschüssen (getrennt nach Kauffahrt und Fischerei) festgesetzt, die die Vertreterversammlung der zuständigen Berufsgenossenschaft bildet.

Im Jahr 2020 hat das BAS Festsetzungsbeschlüsse beider Ausschüsse zum 1. Januar 2020 sowie einen Beschluss des Ausschusses Fischerei zum 1. April 2020 genehmigt. Letzterer wurde ausnahmsweise in einer schriftlichen Abstimmung beschlossen. Hierfür hatte der Gesetzgeber anlässlich der Corona-Pandemie eine Rechtsgrundlage im SGB IV geschaffen.

Beitragszuschüsse Küstenländer

Für die Unternehmen der Küstenfischerei haben die Länder mit Küstenbezirken im Voraus bemessene Zuschüsse zu den Beiträgen zu leisten. Die Höhe dieser Zuschüsse stellt das BAS in Abstimmung mit den Verwaltungsbehörden der Länder Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein jährlich – so auch im Berichtsjahr – fest. Gesetzeszweck ist die weitgehende Entbindung der Kleinunternehmen der Küstenfischerei mit geringem Gewinn von der Beitragslast.

Die Berechnungsgrößen für die Ermittlung der konkreten Zuschüsse waren mit den Ländern im Jahr 1963 abgestimmt worden. Infolge künftig anstehender Veränderungen der Berechnungsgrundlagen war es zwingend, die bislang geltende Vereinbarung im Hinblick auf die neuen Gegebenheiten ab 1. Januar 2022 zu überarbeiten. Dies konnte in Zusammenarbeit mit den betroffenen Ländern und der zuständigen Berufsgenossenschaft erreicht werden.

Erweiterung der Anzeigepflicht für Arbeitsunfällen beim Unfallversicherungsträger

Bei kraft Gesetzes unfallversicherten Rehabilitanden erfolgt die Meldung von Arbeitsunfällen beim Unfallversicherungsträger durch den Träger der Einrichtung (§ 193 Abs. 3 Satz 2 SGB VII). Dies ist sinnvoll, da die Rehabilitationseinrichtung unmittelbar mit dem Unfallgeschehen konfrontiert ist und über die nötigen Daten verfügt oder sie erheben kann.

Das BAS hält es für angezeigt, diese Regelung bei nächster Gelegenheit um die Unfälle der versicherten Teilnehmenden an Präventionsmaßnahmen (§ 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchstabe d SGB VII) zu ergänzen. Die Versicherung war durch das 7. SGB IV-ÄndG vom 12. Juni 2020 und anderer Gesetze zwar neu eingeführt worden. In der Vorprüfung einer geplanten Satzungsänderung eines Unfallversicherungsträgers war jedoch aufgefallen, dass die o.g. Regelung zur Unfallmeldung nicht um die Unfälle dieser neu Versicherten erweitert worden war. Eine Unfallmeldung durch die Einrichtung der Präventionsmaßnahme erscheint jedoch ebenso plausibel, wie bei den gleichgelagerten Unfällen von Rehabilitanden.

Bearbeitungszeiten

Das BAS hat auch ein Augenmerk auf die Bearbeitungszeiten nach § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I gelegt. Bei der Prüfung dieser Bearbeitungszeiten wird bei allen Unfallversicherungsträgern ein einheitlicher Maßstab angesetzt, um die Ergebnisse vergleichbar zu machen.

Sofern in Einzelfällen Verzögerungen von über einem Monat festzustellen sind, bittet das BAS um Klärung der Ursachen der unbefriedigenden Bearbeitungszeiten. Der jeweilige Unfallversicherungsträger erläutert die erkannten Ursachen und die ergriffenen generellen Maßnahmen bzw. Steuerungsmechanismen, um die Laufzeiten zu verkürzen. Diese Maßnahmen werden dann vom BAS überwacht. Die Ergebnisse sichert das BAS ggf. in einer späteren Nachschauprüfung.

Erarbeitung eines Handlungsleitfadens für das Internationale Engagement im Bereich der Prävention

Das BAS hatte bereits in der Vergangenheit über eine trägerübergreifende Prüfung der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Thematik „Aufwendung von Personal- und Sachmitteln für die Zusammenarbeit mit der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) bzw. deren Sektionen“ berichtet. Die IVSS ist eine gemeinnützige, internationale Organisation von Behörden, Anstalten, Trägern und anderen Körperschaften, die in einem oder mehreren Zweigen der sozialen Sicherheit Aufgaben wahrnehmen, in der Rechtsform eines Vereins nach Schweizer Rechts. Für den Präventionsbereich werden die Tätigkeiten durch einen besonderen Ausschuss für Prävention geleitet, der aktuell aus 14 internationalen, rechtlich unselbstständigen Sektionen besteht: Bauwirtschaft, Bergbau, Chemische Industrie, Eisen- und Metallindustrie, Elektrizität, Gas und Wasser, Erziehung und Ausbildung, Forschung, Arbeitsschutz im Gesundheitswesen, Information, Handel, Landwirtschaft, Maschinen- und Systemsicherheit, Präventionskultur und Transportwesen. Fast alle gewerblichen Berufsgenossenschaften sind Mitglieder in den für ihre Gewerbebranche zuständigen Sektionen.

Anlässlich dieser Prüfung hatte sich herausgestellt, dass einige grundsätzliche Rechtsfragen nicht abschließend geklärt waren bzw. von den Unfallversicherungsträgern sehr unterschiedlich bewertet wurden. Als Folge dessen stießen einzelne Berufsgenossenschaften bei der praktischen Umsetzung der Sektionsarbeit im Hinblick auf die Anwendung bzw. Einhaltung nationaler Bestimmungen auf rechtliche Schwierigkeiten. Zu nennen sind etwa die rechtskonforme Mittelverwendung (§ 30 Abs. 1 SGB IV), der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Abs. 2 SGB IV), weitere haushaltsrechtliche Vorgaben (Zuwendungsrecht) und nicht zuletzt steuerrechtliche Aspekte, die auch bei der Ausübung des internationalen Engagements zu berücksichtigen sind. Außerdem wurden vergleichbare Sachverhalte unter dienstrechtlichen Aspekten uneinheitlich behandelt bzw. verbindliche Vorgaben teilweise nicht oder unzureichend beachtet.

Da das BAS davon ausging, dass das internationale Engagement der gewerblichen Berufsgenossenschaften in Zukunft verstärkt finanzielle und personelle Ressourcen binden werde, wirkte es mit Nachdruck auf eine Klärung der aufgeworfenen Rechtsfragen hin. Zu diesem Zweck hatten die betroffenen Berufsgenossenschaften und das BAS mit Unterstützung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung einen Handlungsleitfaden erarbeitet, der für alle wesentlichen Aspekte Handlungsempfehlungen enthält. Dabei ist es unter fachkundiger und lösungsorientierter Mitwirkung aller Beteiligten erfreulicherweise in relativ kurzer Zeit gelungen, ehemals unterschiedliche Rechtspositionen und Lösungsansätze zu vereinheitlichen und Unklarheiten zu beseitigen.

In dem gemeinsam erarbeiteten Handlungsleitfaden sind die Voraussetzungen und zu beachtenden Handlungsschritte festgelegt und übersichtlich dargestellt. Hierbei wurde grundsätzlich zwischen am Rechtsverkehr teilnehmenden IVSS-Sektionen und IVSS-Sektionen, die nicht am Rechtsverkehr teilnehmen, unterschieden.

Um der rechtskonformen Mittelverwendung (§ 30 Abs. 1 SGB IV) unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Abs. 2 SGB IV) umfassend Rechnung zu tragen, hebt der Handlungsleitfaden ausdrücklich hervor, dass vor Gründung eines Vereins eine Wirtschaftlichkeitsuntersuchung durchzuführen und die Entscheidung zur finanziellen Unterstützung der Sektionen der IVSS bzw. eines Vereins regelmäßig unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten zu überprüfen ist.

Das BAS hält es für unerlässlich, den Handlungsleitfaden in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und im Hinblick auf die aufgrund von Rechtsänderungen oder aufsichtsrechtlichen Feststellungen notwendigen Anpassungen zu aktualisieren.

Unabhängig davon wird das BAS die Aufwendung von Personal- und Sachmitteln für die Zusammenarbeit der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit Sektionen der IVSS unter Beachtung des Handlungsleitfadens weiterhin aufsichtsrechtlich begleiten. Dabei werden die absehbaren Gründungen weiterer Vereine und die Beachtung dienstrechtlicher Bestimmungen im Vordergrund stehen.

5.2 Prüfungen

Prüfung zum Stand der Fusionsumsetzung auf dem Gebiet des Leistungswesens

Das BAS hat bei einer weiteren Berufsgenossenschaft die aufsichtsrechtlichen Prüfungen zum Stand der Fusionsumsetzungen auf dem Gebiet des Leistungswesens mit den Schwerpunkten Vereinheitlichung der Arbeitsweisen und einer Querschnittsprüfung im Bereich Leistungen fortgeführt.

Die Prüfung basierte auf einer Stichprobe von insgesamt 640 Akten (Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Widerspruchsverfahren).

Die geprüfte Berufsgenossenschaft hatte bereits in einem sehr frühen Stadium nach dem Fusionszeitpunkt Ihre IT-Systeme und Datenbanken zusammengeführt. Ab diesem Zeitpunkt wurde an allen Standorten mit einem einheitlichen DV-System gearbeitet. Weiterhin wurden in zahlreichen Projekten die künftigen Strukturen und Abläufe untersucht. Diese wurden dann an bewährten bzw. besten Verfahren – im Sinne einer best practice – ausgerichtet und vereinheitlicht. Allerdings mussten teilweise auch ganz neue Wege beschritten werden.

Zusammenfassend hat die Prüfung der Angleichung von Arbeitsweisen (unterstützt durch einheitliche Richtlinien, Dienst- und Arbeitsanweisungen sowie Vordrucke) ergeben, dass der Unfallversicherungsträger zügig eine wirksame Basis zur Gewährleistung guter und einheitlicher Verfahren geschaffen hat. Er ist weiterhin bestrebt, die Qualität und Quantität bei der Erbringung von Leistungen kontinuierlich zu verbessern.

Die Querschnittsprüfung Leistungen ergab unter anderem, dass die Berufsgenossenschaft in einzelnen Fällen Leistungen nicht bzw. fehlerhaft festgestellt hatte. Als Konsequenz hieraus waren Nachzahlungen an Versicherte in Höhe eines mittleren fünfstelligen Betrages zu erbringen. Allerdings konnten im Gegenzug fehlerhafte Zahlungen/Leistungen korrigiert bzw. Rückforderungen geltend gemacht werden. Unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse werden künftig weitere Einsparungen möglich sein.

Da diese Art der Prüfung einen guten und umfangreichen Überblick über die Leistungsbearbeitung der Unfallversicherungsträger insgesamt vermittelt, wird das BAS derartige Prüfungen bei weiteren fusionierten gesetzlichen Unfallversicherungsträgern fortsetzen.

Fusionsprüfungen auf den Gebieten Selbstverwaltung, Personal und Organisation

Die vom BAS bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften durchgeführten Fusionsprüfungen auf den Gebieten Selbstverwaltung, Personal, Organisation und allgemeine Verwaltung – ohne Vergabe – wurden trotz der bereits genannten Herausforderungen und Einschränkungen durch die Corona-Pandemie fortgesetzt, wenn auch unter Verzicht auf örtliche Erhebungen. Im Berichtsjahr konnte die letzte, noch ausstehende Fusionsprüfung eingeleitet werden.

Die Fusionsprüfungen haben im Wesentlichen folgende Schwerpunkte:

- Maßnahmen zum Erreichen der Zielorganisation
- Angleichung der Arbeitsweisen
- Kosten der Fusion und Fusionsrendite

Hierbei wurde festgestellt, dass es den Unfallversicherungsträgern weitgehend gelungen ist, innerhalb der neuen Strukturen durch personelle und organisatorische Maßnahmen sowie die Etablierung einheitlicher Verfahren schlankere, qualitativ und quantitativ effizientere Verwaltungen als vor der Fusion zu schaffen. Die Optimierung der Verwaltungsstrukturen bleibt hierbei aber immer eine Daueraufgabe.

Stellenpläne der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften finden keine Haushaltsgespräche statt. Allerdings genehmigt das BAS die Stellenpläne für die Dienstordnungsangestellten als wesentliche Bestandteile der Dienstordnungen. Die Prüfung beinhaltet sowohl die Erfüllung der formalen als auch der materiellen Voraussetzungen, einschließlich der Einhaltung der Obergrenzen für Beförderungssämter.

Im Berichtsjahr hatte das BAS die aktuellen Genehmigungsanträge zum Anlass genommen, das Prüfverfahren zu optimieren. Die wesentlichen Aspekte hat das BAS den gewerblichen Berufsgenossenschaften und – unter Berücksichtigung der insoweit bestehenden gesetzlichen Besonderheiten – der Unfallversicherung Bund und Bahn zum Ende des Berichtsjahres in einem ausführlichen Schreiben mitgeteilt. Das BAS geht davon aus, dass bei Einhaltung der Empfehlungen ein möglichst schnelles und reibungsloses Genehmigungsverfahren gewährleistet ist.



6. Landwirtschaftliche Sozialversicherung

6.1 Themen der Aufsicht

Die landwirtschaftliche Sozialversicherung stellt einen Sonderfall in der gesetzlichen Sozialversicherung dar. Unter dem Dach eines Einheitsträgers finden sich sowohl die landwirtschaftliche Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pflegeversicherung als auch die Alterssicherung der Landwirte.

Neben den bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung erfassten Eingaben erhielt das BAS auch Eingaben und Petitionen zur Alterssicherung der Landwirte. Diese thematisierten unter anderem Fragen zu Rentenberechnungen und Beitragsforderungen einschließlich der Vollstreckung sowie zur Versicherungspflicht.

Mitwirkungsangelegenheiten

Zur Satzung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau wurden mehrere Nachträge genehmigt. Die Satzungsnachträge hatten z. B. neue Beitragsregelungen in der Zusatzversicherung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft zum Gegenstand. Außerdem wurden Regelungen zu den Leistungen zur Prävention, Kinderrehabilitation und Nachsorge sowie für sonstige Leistungen zur Teilhabe näher ausgestaltet oder neu aufgenommen. Es handelt sich hierbei um Folgeregelungen zum sog. Flexirentengesetz, mit dem u. a. die Leistungen zur Prävention in der Alterssicherung der Landwirte neu eingeführt wurden. Mit dem 7. SBG IV-ÄndG wurde der satzungsrechtliche Gestaltungsauftrag präzisiert, so dass nun nähere Bestimmungen in die Satzung aufzunehmen sind. Zielsetzung ist dabei, dem Informationsbedürfnis der Versicherten und der weiteren Beteiligten zu entsprechen. Im Bereich der land-

wirtschaftlichen Krankenversicherung wurde der Kreis der Familienversicherten sowie die Regelungen über den Beitragsmaßstab und die Beitragsklassen geändert. Neu eingefügt wurden ferner Regelungen über einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten/Bonifizierung von Einzelmaßnahmen sowie zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz.

6.2 Prüfungen

Prüfung auf den Gebieten „Leistungen der Alterskasse“ und „Leistungswesen der Unfallversicherung“

Das BAS hat die Aufsichtsprüfung auf dem Gebiet „Leistungen der Alterskasse“ mit den Schwerpunkten „Beschleunigung des Feststellungsverfahrens“, „Verwaltungsverfahren“ und „Rechtsbehelfsverfahren“ abgeschlossen.

Zu den im Tätigkeitsbericht 2019 (S. 46) erwähnten Beitragserstattungen ist nachzutragen, dass der Sozialversicherungsträger inzwischen seine Überprüfungen beendet hat. Im Ergebnis wurden mehr als 40.000 € an die Versicherten nachträglich erstattet.

Das BAS hat darüber hinaus bei diesem Sozialversicherungsträger im „Leistungswesen der Unfallversicherung“ Leistungen der „Betriebs- und Haushaltshilfe“ geprüft.

Hierbei handelt es sich um eine besondere Leistung, die der Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft dient und als einkommenssichernde Leistung an die Stelle einer Lohnersatzleistung tritt. Sie hat den Zweck, die wegen Krankheit, Arbeitsunfall, Berufskrankheit,

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Schwangerschaft oder Mutterschaft ausfallende Arbeitskraft des Landwirts/der Landwirtin so weit zu ersetzen, dass ein Einkommensverlust verhindert wird. Auch nach dem Tod des Landwirts/der Landwirtin wird die Weiterführung des Unternehmens so für eine Übergangszeit sichergestellt. Die Erörterungen zu den Prüfergebnissen dauern noch an.





7. Übergreifende Aufsichtsthemen

7.1 Finanzen

Prüfungen im Bereich Finanzen

Das BAS führt als Rechtsaufsicht der bundesunmittelbaren Kranken, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherungsträger jährliche Abfragen zu den Geldanlagen dieser Versicherungsträger durch. Die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger verfügten Ende 2019 über 74,1 Mrd. Euro an liquiden Mitteln. Der überwiegende Teil dieser Mittel in Höhe von 31,8 Mrd. Euro entfiel auf die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger. Die DRV Bund und die DRV Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS) verfügten über 29,1 Mrd. Euro. Die weiteren Mittel in Höhe von 13,2 Mrd. Euro verteilen sich insbesondere auf die bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Das Geldanlagevolumen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger ist 2019 gegenüber 2018 gestiegen (+ 2 Mrd. Euro). Bei den beiden bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern ist der Mittelzuwachs am höchsten ausgefallen.

Sozialversicherungsträger müssen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen jederzeit über so viele liquide Mittel verfügen und dementsprechend ihr Vermögen so liquidierbar anlegen, dass sie ihre laufenden Ausgaben ohne Kreditaufnahme bestreiten können. Die Sozialversicherungsträger sind zudem verpflichtet, ihre liquiden Mittel sicher anzulegen. Um zu gewährleisten, dass das Geldvermögen der Sozialversicherungsträger liquide und sicher angelegt ist, wurde 2020 bei ausgewählten Trägern überprüft, ob die gewählten Anlagearten zulässig und liquidierbar sind und ob ein leistungsfähiges Anlage- und Risikomanagement existiert. Die Überprüfung der ordnungsgemäßen Anlage der Mittel wird fortgesetzt.

Baumaßnahmen

Das BAS prüft nach § 85 SGB IV die Genehmigungsanträge und Anzeigen von Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger wie Grunderwerbe, Bauvorhaben sowie die Gewährung von Darlehen. Es orientiert sich dabei an den vom BAS erstellten Genehmigungs- und Anzeigeverfahrensgrundsätzen für Immobilienmaßnahmen, den sogenannten Grundsätzen 85. Durch die Kontrolle der Bauvorhaben werden durchschnittlich 5% an Einsparungen bezogen auf das beabsichtigte Bauvolumen der Sozialversicherungsträger erzielt. Im Kalenderjahr 2020 wurden Baumaßnahmen, Grunderwerbe und Darlehen mit einem Gesamtvolumen in Höhe von 206,9 Mio. Euro bearbeitet. Darüber hinaus wurde die Aufsicht über insgesamt 66 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von 1.089,2 Mio. Euro geführt.

7.2 Personal- und Verwaltungsangelegenheiten

Die Aufsichtsführung des BAS umfasst neben der Rechtsaufsicht über das externe Verwaltungshandeln der Träger – vor allem in versicherungs-, leistungs- und beitragsrechtlicher Hinsicht – auch deren sämtliche Personal- und Verwaltungsangelegenheiten einschließlich der dafür aufzuwendenden Kosten.

In diesem Zusammenhang hat das BAS darauf zu achten, dass sich die Träger bei der Zuordnung und Veranschlagung der eigenen Personal- und Verwaltungsangelegenheiten an Recht und Gesetz halten. Hierzu gehört eben-

falls, dass die Träger das Prinzip der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit stets als zwingende Handlungsgrundlage ihres Verwaltungshandelns berücksichtigen und die effiziente und effektive Gestaltung ihrer Organisationsstrukturen sowie die sachgerechte Aufgabenerledigung in den Mittelpunkt stellen.

die Sozialversicherungsträger über die aktuelle Pandemielage hinaus Bereiche identifizieren, die geeignet sind, langfristig in der neuen Raumkonzeption wirtschaftlich zu arbeiten.

CORONA-SCHLAGLICHT

Die Sozialversicherungsträger müssen auch in der Corona-Pandemie handlungsfähig bleiben. Arbeitsabläufe werden neu organisiert und Hygienestandards sowie Arbeitsschutzmaßnahmen angepasst. Das BAS steht den Trägern hierbei beratend zur Seite.

Handlungsfähigkeit in der Pandemie

Die Folgen der Anfang 2020 allgemein einsetzenden Entwicklung der Corona-Pandemie stellten für die Funktions- und Handlungsfähigkeit nahezu aller Träger eine Herausforderung dar.

Viele Träger hatten bereits zu Beginn der Pandemie Krisenstäbe eingerichtet, um die kritischen Geschäftsprozesse in einer weiter eskalierenden Situation vor allem durch die Einführung und die Weiterentwicklung von SARS-CoV-2-Arbeitsschutz- und Hygienestandards aufrechterhalten zu können. Bereits frühzeitig sorgten viele Träger für eine räumliche Entzerrung ihrer Organisationseinheiten und verfügten für alle öffentlich zugänglichen Bereiche die sogenannte Maskenpflicht. Vielfach wurden die bestehenden Arbeitszeitregelungen flexibilisiert und weitere Homeoffice-Möglichkeiten geschaffen.

Das BAS hat die Träger beraten, welche konkreten Handlungsoptionen bestehen und wie andere Träger besondere Problemlagen gelöst haben.

Mietverträge und Raumplanung

Das BAS prüft die Mietverträge und die Raumplanung der Sozialversicherungsträger. Neben der rechtlichen Bewertung der einzelnen Mietvertragsklauseln achtet das BAS darauf, dass die Sozialversicherungsträger ihre Flächen bedarfsgerecht anmieten.

Wirtschaftlicher und damit rechtlicher Maßstab sind die Flächenbedarfsvorgaben der Richtlinien für die Durchführung von Bauaufgaben des Bundes (RBBau) und der Verordnung über Arbeitsstätten (Arbeitsstättenverordnung). Insbesondere dann, wenn eine mittel- bis langfristige mietvertragliche Bindung beabsichtigt ist, sollten

Haushalte der SV-Träger

Einen weiteren Schwerpunkt der aufsichtlichen Aktivitäten im Hinblick auf Personal- und Verwaltungsangelegenheiten bildeten die Genehmigungsverfahren für die Haushaltspläne der DRV KBS, SVLFG und UVB und die Prüfung des Haushaltsplans der DRV Bund. In den alljährlich stattfindenden Haushaltsgesprächen wurden u. a. die veranschlagten Verwaltungs- und Verfahrenskosten (Kontenklasse 7) und vor allem die von den jeweiligen Trägern geltend gemachten Personalbedarfe gemeinsam mit den insoweit einzubeziehenden Ministerien kritisch erörtert. Im besonderen Fokus der Haushaltsgespräche mit den Rentenversicherungsträgern stand der zu erwartenden Verwaltungsmehraufwand für die Umsetzung des am 1. Januar 2021 in Kraft getretenen Grundrentengesetzes, der alleine für den Träger Deutsche Rentenversicherung Bund mit einem Erfüllungsaufwand von rund 155 Mio. Euro beziffert wurde

Die von den Trägern geltend gemachten Personalbedarfe wurden weitestgehend unter Anwendung angemessener und anerkannter Methoden der Personalbedarfsermittlung begründet.

Optimierung der Compliance-Regeln bei den SV-Trägern

Die Implementierung eines Compliance-Management-Systems (CMS) sowie die Optimierung bestehender Compliance-Regeln, also trägereigenen Regelungen zur Einhaltung von Gesetz und Recht durch die Träger und ihre Mitarbeitenden, gewinnt trotz der grundsätzlichen Bindung der Sozialversicherungsträger an Recht und Gesetz gemäß Art. 20 Abs. 3 GG immer mehr an Bedeutung. In Absprache mit dem BAS haben daher einige Träger in der jüngeren Vergangenheit ihre bestehenden Compliance-Richtlinien – in Anlehnung an die „Richtlinie der Bundesregierung zur Korruptionsprävention der Bundesverwaltung“ – optimiert bzw. neu erarbeitet.

Umsetzung gesetzlicher Änderungen – Grundsatz

Ein Schwerpunkt der aufsichtsrechtlichen Tätigkeit lag in der Klärung von rechtlichen Grundsatzfragen im Zusammenwirken mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Dies betraf unter anderem verschiedene Themen zum Beamten- und Dienstordnungsrecht, die sich im Hinblick auf das 7. SGB IV Änderungsgesetz und das Besoldungsstrukturenmodernisierungsgesetz (BesStMG) ergaben.

Das 7. SGB IV Änderungsgesetz sieht die Schließung des Dienstordnungsrechts zum Jahr 2023 und die damit einhergehende Einführung der Dienstherrnfähigkeit für die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die SVLFG vor. Das BAS begleitet die Sozialversicherungsträger bei der Umsetzung der neuen personalrechtlichen Regelungen.

7.3 Selbstverwaltung

Zu Beginn der Corona-Pandemie war aus Sicht des BAS zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der Sozialversicherungsträger dringend eine umgehende Erweiterung der Möglichkeiten der Beschlussfassung der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung erforderlich. Mit dem Inkrafttreten des § 64 Abs. 3a SGB IV am 28. März 2020 im Zuge des Gesetzes für den erleichterten Zugang zu sozialer Sicherung und zum Einsatz und zur Absicherung sozialer Dienstleister aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 (Sozialschutz-Paket, BGBl. I 2020 S. 575 ff.) hatte der Gesetzgeber das Anliegen der Sozialversicherungsträger nach einer kurzfristigen jedoch rechtssicheren Alternative für die grundsätzlich unter persönlicher Anwesenheit an einem Ort stattfindenden Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane aufgegriffen. Die Rechtsvorschrift ermöglichte es – zunächst befristet bis zum 30. September 2020 – den Selbstverwaltungsorganen und den besonderen Ausschüssen nach § 36a aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen zu können. Die Regelung weitete die Möglichkeiten der schriftlichen Abstimmung aus. Beschlüsse konnten vermehrt im schriftlichen Umlaufverfahren gefasst werden. Erforderliche Beratungen vor den Beschlussfassungen, jedoch nicht die Beschlussfassungen selbst, konnten per Telefon bzw. Telefonkonferenz oder per Online- oder Videokonferenz erfolgen.

Angesichts der fortdauernden Corona-Krise hatte der Bundestag im Herbst 2020 erneut über die befristete Möglichkeit der schriftlichen Beschlussfassung beraten. Der § 64 Abs. 3a SGB IV gilt krisenbedingt nunmehr bis zum 31. Dezember 2021.

7.4 Umsetzung der Neuregelungen zu den Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherungsträger

Mit dem Inkrafttreten der Änderung der Regelungen zu den Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherungsträger in § 94 SGB X am 1. Juli 2020 (7. SGB IV-Änderungsgesetz, BGBl. I 2020 S. 1248 ff.) wurden die Beschlüsse der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder umgesetzt.

Eine zentrale Neuerung stellt die Konkretisierung der Kriterien zur Abgrenzung der Aufsichtszuständigkeit bei Arbeitsgemeinschaften dar. Danach kommt es für den räumlichen Zuständigkeitsbereich im Sinne von § 90 SGB IV darauf an, ob eine Arbeitsgemeinschaft unmittelbar sozialrechtliche Leistungen an Versicherte erbringt oder sonstige Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch im Außenverhältnis wahrnimmt. Liegen diese Kriterien nicht vor, ist für die Bestimmung der Aufsicht der Sitz der Arbeitsgemeinschaft maßgebend. Das bedeutet, dass die Aufsicht die für das „Sitzland“ zuständige Aufsichtsbehörde führt. Abweichend hiervon obliegt dem BAS die Aufsicht, wenn die absolute Mehrheit der Anteile oder der Stimmen in der Arbeitsgemeinschaft Trägern zu steht, die unter Bundesaufsicht stehen.

Infolge der Neuregelungen ergaben sich im Aufsichtsbe- reich des BAS Änderungen bei den Zuständigkeiten über Arbeitsgemeinschaften.

Eine weitere wesentliche Änderung ist die Verweisung auf die Aufsichtsmittel nach § 89 SGB IV. Damit haben die Aufsichtsbehörden nunmehr die Möglichkeit, unmittelbar die Arbeitsgemeinschaften zur Behebung von Rechtsverstößen zu verpflichten. Vor der Änderung konnten nur



CORONA-SCHLAGLICHT

Beschlüsse der Selbstverwaltungsorgane werden regelhaft in öffentlicher Sitzung gefasst. Nur in einigen Teilbereichen und in besonderen Fällen werden Beschlüsse im schriftlichen Umlaufverfahren gefasst. Das BAS setzte sich dafür ein, dass in der Corona-Pandemie die Funktionsfähigkeit der Sozialversicherungsträger erhalten blieb und sämtliche Beschlüsse der Selbstverwaltungsorgane und der besonderen Ausschüsse im schriftlichen Umlaufverfahren möglich sind.

die einzelnen Mitglieder einer Arbeitsgemeinschaft über ihre jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden verpflichtet werden.

7.5 Vergabe

Ende Februar 2020 traten mit der einsetzenden Pandemie Versorgungsengpässe hinsichtlich verschiedener Produkte auf. Für den Fall von bestimmten Notlagen sieht das Vergaberecht die Möglichkeit vor, bei Ausschreibungen kürzere Fristen als gewöhnlich zu setzen. In besonderen Fällen dürfen öffentliche Auftraggeber dringend benötigte Waren oder Dienstleistungen sogar direkt ohne jegliche Ausschreibung beschaffen. In der einsetzenden Pandemiesituation vertrat das BAS die Auffassung, dass unvermittelt aufgetretene Mangelsituationen, die sich auf die einsetzende Pandemie zurückführen lassen, als Ausnahmetatbestand im Rahmen des Vergaberechts anerkannt werden müssen. Das BAS informierte daher – offenbar als erste Bundesbehörde in der Pandemie überhaupt – bereits am 5. März 2020 mit einem Rundschreiben die Sozialversicherungsträger darüber, in welchen Fällen es im Zusammenhang mit der Pandemie die Voraussetzungen einer äußersten Dringlichkeit erfüllt sieht, die zur Durchführung eines Verhandlungsverfahrens bzw. einer Verhandlungsvergabe, und zwar jeweils ohne Teilnahme-wettbewerb, berechtigen.

Verschiedene Sozialversicherungsträger schilderten dem BAS konkrete Situationen und fragten an, ob das BAS in einer solchen Situation vom Vorliegen eines entsprechenden Ausnahmetatbestandes ausgeht. Hier konnte das BAS die seiner Aufsicht unterstehenden Sozialversicherungsträger schnell und unbürokratisch unterstützen.

7.6 Gerichtsverfahren

Im Jahr 2020 war das BAS an insgesamt 24 neuen Rechtsstreiten beteiligt, davon 22 Klagen und zwei vorläufigen Rechtsschutzverfahren. Gegenüber dem Vorjahr (2019: 35 neue Rechtsstreite) ist die Zahl der neuen gerichtlichen Verfahren zurück gegangen. In allen Fällen wurden Entscheidungen des BAS beklagt.

Wie in den Vorjahren steht die Mehrzahl der Rechtsstreite (14 Klagen) im Zusammenhang mit der Zuständigkeit des BAS für Aufsichtsangelegenheiten.

Daneben kam es zu zehn Klagen gegen Bescheide aus dem Bereich der Tätigkeit des BAS als Verwaltungsbehörde.

Im Verlaufe des Jahres 2020 ergingen insgesamt neun Urteile oder Beschlüsse in gerichtlichen Verfahren mit Beteiligung des BAS, welches sich in sieben dieser Entscheidungen mit seinen den Rechtsstreitigkeiten zu Grunde liegenden Bescheiden durchsetzen konnte.

Ein Rechtsstreit wurde dabei letztinstanzlich durch das Bundessozialgericht beendet, das zugunsten des BAS entschieden hat, während vier Rechtsstreite durch die Landessozial- und vier Rechtsstreite durch die Sozialgerichte entschieden wurden.

Von den im Berichtsjahr insgesamt ergangenen neun Urteilen und Beschlüssen erwachsen fünf Entscheidungen in Rechtskraft. Hinzu kommen 31 Erledigungen von Rechtsstreitigkeiten auf sonstige Weise, im Einzelnen durch 18 Rechtsmittelrücknahmen, zwölf Erledigungserklärungen und eine Einstellung des Verfahrens.

In der Summe stehen somit 24 neuen gerichtlichen Verfahren 36 erledigte Rechtsstreite bzw. Antragsverfahren im einstweiligen Rechtsschutz gegenüber. Dementsprechend verringerte sich der Bestand anhängiger Gerichtsverfahren von 91 zum Beginn des Jahres 2020 auf nunmehr 79 zum Ende des Jahres 2020.

7.7 Internationales Sozialversicherungsrecht

Corona-Pandemie – Auswirkungen auf das anzuwendende Sozialversicherungsrecht

Die im Zuge des Ausbruchs der Corona-Pandemie von den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU), dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz (Mitgliedstaat

CORONA-SCHLAGLICHT

Auch das Vergaberecht sieht Ausnahmen in besonderen Notsituationen vor. Das BAS informierte und beriet die Träger, in welchen Fällen der Vergabeprozess beschleunigt werden konnte.

ten) vorübergehend in Kraft gesetzten Einschränkungen bei Grenzüberquerungen und Auslandsreisen brachten insbesondere für Personen, die grenzüberschreitend erwerbstätig sind, neue Herausforderungen. So arbeiteten etwa Grenzgänger, die regulär täglich von ihrem Wohnsitz in einem Mitgliedstaat aus nach Deutschland zur Arbeit pendeln, erstmalig oder vermehrt im Home-Office. Auch Arbeitnehmer, die im Auftrag ihrer deutschen Arbeitgeber vorübergehend für bis zu 24 Monate ihre Arbeit in einem anderen Mitgliedstaat ausüben sollten, konnten ihre Tätigkeit nicht plangemäß antreten bzw. bereits vor den Reisebeschränkungen aufgenommene Einsätze wurden vorzeitig abgebrochen. Ebenso arbeiteten Beschäftigte, die normalerweise in Deutschland und in einem oder mehreren Mitgliedstaaten parallel erwerbstätig sind, nunmehr vollständig von ihrem deutschen Wohnort aus.

Im Berichtszeitraum erreichten das BAS Eingaben von Betroffenen zu der Frage, ob sich durch die pandemiebedingten Umgestaltungen im beruflichen Alltag das Recht ihres Sozialversicherungsschutzes ändert; mithin sie etwa in einem anderen nationalen gesetzlichen Krankenversicherungssystem zu versichern sind. Ungeachtet der aktuellen Ausnahmesituation gelten weiterhin die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie die dazugehörigen Richtlinien, Leitlinien und Verwaltungsvereinbarungen. Diese sehen im Wesentlichen vor, dass die hier in Rede stehenden – vorübergehenden – Veränderungen im beruflichen Alltag im Regelfall zu keinem Wechsel der Sozialversicherungssituation führen. Die Betroffenen können also in dem Mitgliedstaat versichert bleiben, in dem sie bereits vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie versichert waren.

Brexit

Einen weiteren Tätigkeitsschwerpunkt bildeten die sozialversicherungsrechtlichen Nachwirkungen des Austrittes des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirlands (Großbritannien) aus der EU zum 31. Januar 2020 (Brexit). Nach dem zum 1. Februar 2020 in Kraft getretenen Austrittabkommen waren von Großbritannien und den Mitgliedstaaten der EU bis zum 31. Dezember 2020 die europäischen Regelungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit weiter anzuwenden; d.h. Großbritannien wurde weiterhin wie ein EU-Mitgliedstaat

behandelt. Bis Ende des Jahres 2020 haben sich somit für Touristen, Rentner und Grenzgänger grundsätzlich keine versicherungs- und leistungsrechtlichen Veränderungen gegenüber der Rechtslage ergeben, die bereits vor dem Brexit galt. So konnten beispielweise Touristen weiterhin mit ihrer Europäischen Krankenversicherungskarte Krankenversicherungsleistungen in den Mitgliedstaaten oder Großbritannien in Anspruch nehmen. Desgleichen blieben Grenzgänger in dem Mitgliedstaat, in dem sie bereits vor dem Brexit versichert waren, gesetzlich kranken- und pflegeversichert. Auch gesetzliche Renten wurden an Rentner mit Wohnsitz in Großbritannien uneingeschränkt und in der bisherigen Höhe ausgezahlt.

Soweit der Brexit zu Problemen mit deutschen bundesunmittelbaren Versicherungsträgern führte, hat das BAS auf die ordnungsgemäße Umsetzung der bis zum 31. Dezember 2020 geltenden Rechtslage hingewirkt.

Krankenversicherungsschutz bei Aufenthalt in der Türkei

Das Deutsch-Türkische Sozialversicherungsabkommen weitet unter anderem den Versicherungsschutz der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung auf Aufenthalte der Versicherten in der Türkei aus. D.h. erkrankt eine in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Person während ihres Aufenthaltes in der Türkei, kann sie nach erfolgter Registrierung mittels einer deutschen Anspruchsbescheinigung vom türkischen Sozialversicherungsträger alle medizinischen Leistungen auf Kosten ihrer deutschen Krankenkasse (sog. Sachleistungsaushilfe) erhalten.

Welche Anspruchsbescheinigung der versicherten Person von der deutschen Krankenkasse auszustellen ist, hängt von der geplanten Aufenthaltsdauer in der Türkei ab. Für einen vorübergehenden Aufenthalt in der Türkei von bis zu maximal 183 Tagen ununterbrochener Anwesenheit ist von der deutschen Krankenkasse der Vordruck T/A 11 auszustellen. Dauert der durchgängige Aufenthalt in der Türkei länger als 183 Tage, gilt der Wohnort als verlegt. Bei Wohnsitz in der Türkei können in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Personen nur nach vorheriger Registrierung mittels Vordruck T/A 20 medizinische Leistungen vom türkischen Träger im



CORONA-SCHLAGLICHT
Erwerbstätige, die aus Deutschland ins grenznahe Ausland pendeln, arbeiteten pandemiebedingt vermehrt im Home-Office. Dies führte im Regelfall zu keinem Wechsel der Sozialversicherungssituation. Die Betroffenen konnten in dem Mitgliedstaat versichert bleiben, in dem sie bereits vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie versichert waren.

Wege der Sachleistungsaushilfe zu Lasten ihrer deutschen Krankenkasse erhalten. Infolge der zur Eindämmung der Corona-Pandemie von der Türkei vorübergehend in Kraft gesetzten Reisebeschränkungen und des eingeschränkten Flugverkehrs wurde die 183-Tage-Regelung einmalig in der Zeit vom 23. März bis 30. Juni 2020 ausgesetzt. Sollten sich Versicherte im betreffenden Zeitraum ununterbrochen in der Türkei aufgehalten haben, wird diese Zeit bei der Ermittlung der 183-Tage-Frist nicht berücksichtigt.

Insbesondere die begrenzte Gültigkeitsdauer des T/A 11 bot wiederholt Anlass zu Beschwerden der Versicherten, da den Betroffenen die sog. 183-Tage-Regelung und die damit verbundene Notwendigkeit eines T/A 20 nicht bekannt war.

Rentenleistungen für im Ausland lebende Berechtigte

Im Ausland lebende Empfänger deutscher Renten (Berechtigte) bekommen grundsätzlich einmal im Jahr das Formular „Lebensbescheinigung“ vom Renten Service der Deutschen Post AG (Renten Service), der die Renten im Auftrag der zuständigen gesetzlichen deutschen Rentenversicherungsträger weltweit auszahlt, zugeschickt. Die Lebensbescheinigung ist von den Berechtigten eigenhändig zu unterschreiben und die unterschriebene Bescheinigung von einer Behörde bzw. autorisierten Stelle des Wohnlandes zu bestätigen. Die bestätigte Bescheinigung ist dann im Original an den Rentenversicherungsträger bzw. den Renten Service auf dem Postweg zurückzusenden und muss zu einem bestimmten Termin vorliegen, da anderenfalls die Rentenzahlung unterbrochen wird. Sinn und Zweck dieses sog. Lebensbescheinigungsverfahrens ist der Nachweis des Fortbestandes der Voraussetzungen für den Weiterbezug der Rente.

Die Corona-Pandemie und ihre Folgen stellen den Renten Service, die Träger der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung und die Berechtigten vor besondere Herausforderungen. So hat etwa der Renten Service trotz regionaler Ausgangsbeschränkungen, eines eingestellten oder mit gesteigerten Laufzeiten verbundenen Postverkehrs die fortlaufende und termingerechte Rentenzahlung an im Ausland lebende Berechtigte sicherzustellen. Da diese regionalen Ausgangsbeschränkungen zum Teil auch zu einer

erheblichen Reduzierung der den im Ausland lebenden Berechtigten zur Bestätigung der Lebensbescheinigung zur Verfügung stehenden Stellen geführt hat, sind die Rentenversicherungsträger und der Renten Service darin übereingekommen, das Lebensbescheinigungsverfahren des Jahres 2020 stark zu vereinfachen bzw. zu beschleunigen. So wurde auf die Bestätigung der unterschriebenen Bescheinigung durch eine autorisierte Stelle im Ausland und damit auf eine dortige persönliche Vorsprache verzichtet. Stattdessen reichte es für den Nachweis aus, die unterschriebene Bescheinigung an den Renten Service zurückzusenden, wobei auch die Übermittlung per Fax oder E-Mail ausreichte.

Ungeachtet dieser und weiterer Maßnahmen der Rentenversicherungsträger bzw. des Renten Service kam es gleichwohl im Berichtszeitraum zu Zahlungsunterbrechungen oder Verzögerungen bei der Rentenauszahlung, die wiederholt Anlass zu Beschwerden der Berechtigten boten. Das BAS hat im Bedarfsfall auf die zügige Wiederaufnahme der Rentenzahlungen hingewirkt.

Versicherungspflicht auch für im Ausland lebende Personen

Land- und forstwirtschaftliche Unternehmerinnen und Unternehmer sind in der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung kraft Gesetzes beitragspflichtig pflichtversichert. Der Begriff des landwirtschaftlichen Unternehmens ist dabei nicht mit dem privatrechtlichen Unternehmerbegriff gleichzusetzen, der u. a. eine gewerbliche Tätigkeit voraussetzt. Bereits das Eigentum an oder die Pacht von land- oder forstwirtschaftlich genutzten (Kleinst-) Grundstücken in Deutschland – etwa zur Versorgung von aus Hobbygründen gehaltenen Weidetieren – kann im Einzelfall ein die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Unfallversicherung auslösendes landwirtschaftliches Unternehmen darstellen. Im Berichtszeitraum erreichten das BAS Beschwerden von im europäischen Ausland wohnhaften bzw. erwerbstätigen Personen, die sich nach dem Erwerb oder der Pacht eines in Deutschland forst- oder landwirtschaftlich genutzten Grundstücks, unerwartet einer Pflichtmitgliedschaft als landwirtschaftlicher Unternehmer und den dazugehörigen Beitragsforderungen der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft ausgesetzt sahen. Auch wenn der Unmut der Betroffenen hierüber

CORONA-SCHLAGLICHT

*Rentenbezug im Ausland:
Nachweise für im Ausland
lebende Berechtigte
vereinfacht.*

nachvollziehbar war, ist die Rechtslage zur bestehenden Versicherungs- und Beitragspflicht bei Eigentum an oder Pacht von land- oder forstwirtschaftlich genutzten Grundstücken in Deutschland und der damit verbundenen landwirtschaftlichen Unternehmereigenschaft eindeutig. Das BAS hat den Beschwerdeführern die Rechtslage klarstellend erläutert.



8. Digitalisierung in der Sozialversicherung

8.1 Der Digitalausschuss im BAS

Die Unterstützung der Digitalisierung in der gesetzlichen Sozialversicherung war auch im vorliegenden Berichtsjahr für das BAS eine prioritäre Aufgabe. Der im Jahr 2017 eingerichtete Digitalausschuss ist weiterhin aktiv und mittlerweile fester Bestandteil der Beratungspraxis des BAS bei digitalen Fragestellungen im Aufsichtsbereich. Einerseits bietet das BAS mit dem Digitalausschuss eine zentrale Anlaufstelle für bundesunmittelbare Träger, wenn es um Fragen der Umsetzbarkeit und Rechtmäßigkeit digitaler Vorhaben geht (u. a. zu erreichen über das Funktionspostfach digitalausschuss@bas.bund.de). Andererseits wird durch regelmäßige interne Abstimmungen eine abteilungsübergreifende Koordination bei digitalen Fragestellungen

sichergestellt. Auf diese Weise können konkrete Vorhaben der Träger direkt aus leistungsrechtlicher, datenschutzrechtlicher, sicherheitstechnischer und verwaltungsökonomischer Perspektive diskutieren und beurteilen werden.

Statistik des Digitalausschusses

Die Vertreter aus den Fachabteilungen treffen sich weiterhin virtuell im 2-Wochen-Rhythmus, um aktuelle Anfragen oder andere digitale Themen aus den Fachabteilungen aus der Gesamtperspektive diskutieren zu können. Die in der Tabelle dargestellten Zahlen zeigen zum einen, dass der Beratungsbedarf erneut leicht gestiegen ist. Zum anderen spiegelt die allgemeine Tendenz den zunehmenden Digitalisierungsgrad im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung wider.

Statistik des Digitalausschusses

Berichtsjahr	2020	2019	2018	2017
Anzahl der Sitzungen des Digitalausschusses	28	24	24	25
Anzahl der Sitzungen mit Vertreter/-innen von Sozialversicherungsträgern, deren Arbeitsgemeinschaften und/oder Dienstleistern	10	8	9	0
Anzahl Anfragen an den Digitalausschuss	63	56	28	17

Bestandsaufnahme überarbeitet

Nachdem das BAS am 31. Oktober 2019 eine erste Bestandsaufnahme veröffentlicht hatte, in der die wesentlichen Diskussionsergebnisse aus dem Digitalausschuss transparent gemacht wurden, ist diese im vorliegenden Berichtszeitraum aktualisiert worden. Unser Ziel ist es weiterhin, die bislang diskutierten Themen, den jeweiligen rechtlichen Handlungsrahmen sowie die Rechtsauffassung des BAS hierzu darzustellen, um allen Trägern der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung die Spannbreite der digitalen Anwendungsmöglichkeiten aufzuzeigen und zur mehr Rechtssicherheit in diesem Bereich beizutragen.

Um zukünftig alle Sozialversicherungsträger noch zeitnäher über neue Rechtsauffassungen zu aktuellen Themen der Digitalisierung zu informieren, hat das BAS die Inhalte der Bestandsaufnahme in Web-Inhalte übertragen. Aktuelle Hinweise und Diskussionsergebnisse werden nunmehr direkt auf der Internetseite des BAS angezeigt.

8.2 Themenfelder im Digitalausschuss

Weiterhin viele Beratungen zum Einsatz von Cloud-Lösungen

Der rechtskonforme Einsatz von Cloud-Lösungen ist schon seit mehreren Jahren ein Beratungsschwerpunkt. Unter dem Begriff Cloud-Computing wird in der Regel die Nutzung von internetbasierten Hardware-, Software- oder Plattformdiensten verstanden. Wesentliche Vorteile solcher Lösungen liegen in der Unabhängigkeit von eigenen IT-Ressourcen und der sich daraus ergebende Flexibilität bei der Abbildung von Geschäftsprozessen. Gegenüber den Vorteilen sind jedoch auch die entstehenden Risiken abzuwägen: Neben einer möglichen strategischen Abhängigkeit des Geschäftsbetriebs von Cloud-Dienstleistern sind hierbei insbesondere Aspekte des Datenschutzes und der Informationssicherheit kritisch zu würdigen.

Die wesentlichen Kriterien, die der Digitalausschuss im Fokus hat, sind in einem Rundschreiben zusammengefasst, das zuletzt im März 2019 aktualisiert wurde und auf der

Homepage des BAS verfügbar ist. Es sind einerseits technische und organisatorische Maßnahmen erforderlich, wie z. B. die Umsetzung sicherer Verschlüsselungskonzepte, Freigabeverfahren bei Support-Zugriffen, Einsatz von Sicherheitsgateway-Lösungen sowie die Ausarbeitung von Exit-Strategien. Andererseits müssen Zusatzvereinbarungen geschlossen werden, hier allen voran eine wirksame Vereinbarung über die Verarbeitung im Auftrag gem. § 80 SGB X, um einen rechtskonformen Einsatz zu ermöglichen. Ein Einsatz von Cloud-Lösungen „von der Stange“ (also in Standardkonfiguration des Anbieters) ist oftmals nicht zulässig, was auch zahlreiche Veröffentlichungen anderer Aufsichtsbehörden deutlich machen.

Im Berichtszeitraum 2020 wurde in diesem Zusammenhang u. a. das Urteil des Europäischen Gerichtshofs zum EU-US-Privacy Shield („Schrems II“, Rechtssache C-311/2018) diskutiert. Dies hat aber auf die Zulässigkeit der meisten Cloud-Konzepte in unserem Aufsichtsbereich keine Auswirkung. Grund ist, dass es im Sozialdatenschutzrecht mit § 80 Abs. 2 SGB X bereits eine räumliche Beschränkung der Auftragsverarbeitung gibt. Bei den meist weltumspannenden Supportstrukturen großer Cloud-Anbieter („Follow-the-sun“) waren schon vorher besonderen Maßnahmen zur Begrenzung der Verarbeitung erforderlich, die nun auch auf Verarbeitungen in oder aus den USA anzuwenden sind.

Aus den Prüfungen von Service-Apps und Online-Geschäftsstellen

Auch im Jahr 2020 bearbeitete der Digitalausschuss mehrere Anfragen zu Online-Geschäftsstellen und Service-Apps. Mittlerweile haben fast alle Träger und insbesondere die Krankenkassen ihr digitales Angebot ausgebaut und bieten ihren Versicherten Anwendungen wie Online-Geschäftsstelle, Web-Service oder Service-App an (s. Seite 21). Diese Anwendungen sind als digitales Service-Angebot ausgelegt und sollen einen Mehrwert für die Versicherten bieten. Dieser Mehrwert digitaler Kommunikationsmöglichkeiten hat sich in 2020 insbesondere aufgrund der Corona-Pandemie gezeigt.

Nach der grundlegenden Einführung von Online-Geschäftsstellen erweitern Krankenkassen vielfach das Angebot in Online-Geschäftsstellen und Service-Apps, um

weitere Funktionen wie z. B. Bonusprogramme, Übermittlung einer Studienbescheinigung oder gesicherte Kommunikation mit der Krankenkasse mit einzubinden. Die Abstimmungen im Digitalausschuss betrafen daher nicht nur die technische Seite, sondern auch fachrechtliche Vorgaben an derartige Angebote.

Bei der Übermittlung der Unterlagen über die Online-Geschäftsstellen oder Service-App ist zu beachten, dass Dokumente noch vor der Sachbearbeitung beim Eingang zu signieren sind, um Belegwirkung entfalten zu können. Des Weiteren müssen sichere Übertragungswege, revisionssichere Speicherung, ein Authentifizierungsverfahren, das an die Schutzbedarfsstufe angepasst ist, gewährleistet werden.

Die höchsten Nutzungszahlen können bei den Krankenkassen nach wie vor bei der elektronischen Bestandspflege im Rahmen der Familienversicherung verzeichnet werden.

Anwendungsfelder und Grenzen von Sprachassistenten

Der Einsatz von Sprachassistenten wie Alexa, Siri, Cortana und Google Assistent wurde im Digitalausschuss bislang nur in wenigen Ausnahmefällen behandelt. Der Grund ist, dass auch solche Auftragsverarbeitungen eine spezifische Rechtsgrundlage gemäß § 80 SGB X benötigen. Auch hierbei handelt es sich um Cloud-basierte Anwendungen (s. o.), die es ermöglichen, mittels Kommunikation in natürlicher Sprache Informationen abzufragen, Dialoge zu führen und digitale Assistenzdienste zu erbringen. Uns ist bis dato aus dem Aufsichtsbereich nicht bekannt, dass die Anbieter der Sprachassistenten solche individuellen Vereinbarungen treffen und insbesondere eine unzulässige Verarbeitung von Sozialdaten (z. B. zu Werbezwecken oder zur Profilbildung) wirksam ausschließen.

Wie das BAS in Analysen des Aufsichtsbereichs festgestellt hat, werden Cloud-basierte digitale Sprachassistenten bei Sozialversicherungsträgern bislang überwiegend als Marketingmittel eingesetzt. Beispiele sind Programme für das Gedächtnistraining, Einschlafhilfen, Entspannungstechniken, interaktive Hörspiele für Kinder sowie Impfinformationen für Auslandsreisen. Bei den uns be-

kannten Anwendungen werden keine Sozialdaten durch Dritte verarbeitet. Auch werden durch die Kassen selbst bei Nutzung durch die Anwenderinnen und Anwender keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Die Anwendungen stehen allen Nutzerinnen und Nutzern des Sprachassistenten zur Verfügung und können unabhängig von einer tatsächlichen Kassenzugehörigkeit aufgerufen werden.

Dies schränkt den zulässigen Anwendungsbereich solcher Dienste ein. Versicherungsträger dürfen finanzielle Mittel nur für gesetzliche oder zugewiesene Aufgaben aufwenden (§ 30 Abs. 1 SGB IV). Das BAS hat es bislang toleriert, wenn Krankenkassen Ausgaben für die Entwicklung von Anwendungen für Sprachdienste als Werbeaktion verbucht haben. Da aber das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG), welches seit dem 1. April 2020 in Kraft ist, neue Anforderungen an die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen stellt, sind allgemeine Werbemaßnahmen ohne sachbezogene Informationen nach § 4a Abs. 1 SGB V nicht mehr zulässig. Dies wird in Zukunft überprüft und muss im Einzelfall entsprechend dargelegt werden.

Kooperationen von Sozialversicherungsträgern mit Zahlungsdienstleistern

Die Abwicklung von Zahlungen über „neue“ Wege außerhalb von Bankschalter oder Online-Banking gehört für viele von uns zum Alltag. Insbesondere die mobile Zahlung über das Smartphone ist mittlerweile Standard und bei den Nutzern sehr beliebt. Auch die Nutzung von bislang ungewohnten Zahlstellen wie z. B. der Kasse beim Supermarkt oder dem Einzelhändler wird durch Zahlungsdienstleister ermöglicht und verbreitet sich immer weiter. Daher machen auch Sozialversicherungsträger von der Möglichkeit Gebrauch, ihren Versicherten als freiwillige Alternative zu den herkömmlichen Zahlungsmethoden die Zahlung über solche Dienste anzubieten. Die Nutzung vereinfacht es den Versicherten, ihre Zahlungen an den Sozialversicherungsträger zu leisten.

Bei der Eröffnung derartiger Zahlungswege für die Versicherten haben die Sozialversicherungsträger folgende rechtliche Voraussetzungen einzuhalten: Wegen der anfallenden Gebühren ist die Wirtschaftlichkeit nachzuwei-

sen. Zudem sind nicht alle von Zahlungsdienstleistern angebotenen Lösungen mit dem Vermögensrecht der Sozialversicherungsträger vereinbar – durch die Einschaltung von Zahlungsdienstleistern dürfen beim Sozialversicherungsträger keine höheren Risiken als beim Einsatz der herkömmlichen Zahlungsmethoden entstehen. Außerdem ist, wie bei jeder Einschaltung von Dritten, zu prüfen, ob die Voraussetzungen des Datenschutzes eingehalten werden und die Datensicherheit gewährleistet ist.

Im Ergebnis ist die Integration mobiler Zahlungsdienste unter Berücksichtigung der finanziellen Risiken und unter Beachtung der vermögensrechtlichen und datenschutzrechtlichen Vorgaben möglich, sofern dies wirtschaftlich ist. Die Vorteilhaftigkeit darf sich bei Krankenkassen jedoch nicht ausschließlich auf die Gewinnung und Bindung von Mitgliedern beschränken.

8.3 Informationstechnik im Aufsichtsbereich

Einführung elektronischer Patientenakten bei den Krankenkassen

Am 20. Oktober 2020 ist das Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (PDSG) in Kraft getreten. Das in diesem Gesetz vorgesehene Zugriffsmanagement auf die elektronische Patientenakte (ePA), die die Krankenkassen ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 anzubieten haben, hält der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) nicht für vereinbar mit der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Seiner Ansicht nach ermögliche es den Versicherten eine nur unzureichende Kontrolle über ihre Daten, weil die dokumentengenaue Steuerung (sog. Feingranularität) erst ab dem 1. Januar 2022 zur Verfügung stehe, und dies auch nur für Nutzerinnen und Nutzer von mobilen Endgeräten (z. B. Smartphone). Der BfDI hat daher die Krankenkassen in einem Schreiben vom 9. November 2020 davor gewarnt, eine ePA anzubieten, die auf ein feingranulares Berechtigungsmanagement verzichtet.

Mit einem Rundschreiben vom 19. November 2020 hat sich das BAS an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen gewandt und seine Rechtsposition deutlich gemacht. Was die datenschutzrechtliche Einschätzung anbelangt, teilt das BAS die Auffassung des BfDI nicht. Bei der ePA handelt es sich um eine freiwillige Anwendung, über deren Funktionsweise die Krankenkassen umfassend informieren müssen. Die Freiwilligkeit wird durch ein Diskriminierungsverbot zudem gesetzlich garantiert. Die erste Ausbaustufe enthält ein durchaus differenziertes Einwilligungssystem. Zunächst müssen Versicherte gegenüber der Krankenkasse in die generelle Nutzung der ePA und die dafür erforderliche Verarbeitung administrativer Daten einwilligen. Damit ist noch kein Zugriff auf Gesundheitsdaten durch behandelnde Leistungserbringer verbunden. In solche Zugriffe müssen die Versicherten erneut und situationsbezogen einwilligen. Dabei können sie bereits ab dem 1. Januar 2021 frei entscheiden, welche Leistungserbringer sie für welchen Zeitraum berechtigen möchten und auf welche Daten diese zugreifen können sollen. Ferner gilt auch schon in dieser ersten Ausbaustufe nicht etwa das „Alles-oder-nichts-Prinzip“, sondern es besteht eine Wahlmöglichkeit, indem der Zugriff zum Beispiel ausdrücklich nicht auf die durch den Versicherten eingestellten Daten erteilt wird oder ausschließlich hierauf. Einen Verstoß gegen die Grundsätze der DSGVO können wir daher nicht erkennen.

Hinzu kommt, dass die Krankenkassen die ePA aus Gründen der Interoperabilität nur in der Form einsetzen können, die auch durch die Gesellschaft für Telematik (Gematik) zugelassen wurde. Selbst wenn Kassen also einen anderen Weg für das Berechtigungskonzept umsetzen wollten, wäre dies faktisch unmöglich. Die Warnung des BfDI und seine Androhung weiterer Aufsichtsmaßnahmen führt für die Kassen daher zu einem Dilemma. Auf der einen Seite können diese nur die ePA in der spezifizierten Ausbaustufe einsetzen und müssten, wenn Sie der Warnung des BfDI folgen wollten, auf den Einsatz der ePA verzichten. Auf der anderen Seite drohen den Krankenkassen Sanktionen, soweit sie ihrer gesetzlichen Verpflichtung nicht nachkommen. Vor dem Hintergrund dieses Dilemmas hat das BAS in dem oben genannten Rundschreiben Stellung bezogen und ausgeführt, dass die neuen Regelungen des PDSG als geltendes Recht uneingeschränkt anzuwenden sind. Zudem hat das BAS

das rechtliche Verfahren bei konkurrierenden Aufsichtspositionen bis hin zur gerichtlichen Klärung gegen Maßnahmen des BfDI erläutert.

Kritische Infrastrukturen: Nach dem Nachweis ist vor dem Nachweis

Zum Aufsichtsbereich des BAS gehören sieben Sozialversicherungsträger, die Betreiber Kritischer Infrastrukturen sind. Hierbei handelt es sich um große Institutionen, die von wesentlicher Bedeutung für das Gemeinwesen sind und bei deren Ausfall Versorgungsengpässe für die Bevölkerung oder Beeinträchtigungen der öffentlichen Sicherheit zu befürchten wären. Diese Sozialversicherungsträger müssen ihre IT-Strukturen unter Berücksichtigung des Standes der Technik absichern und hierüber alle zwei Jahre gegenüber dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) einen Nachweis erbringen. Nach dem Erstnachweis im Jahre 2019 steht im Jahr 2021 ein Folgenachweis an.

Im Jahr 2020 hat das BAS die Abläufe zur Identifikation, Bewertung und Umsetzung von Absicherungsmaßnahmen im Bereich der Informationssicherheit geprüft. Im Mittelpunkt standen die Gestaltung der erforderlichen Geschäftsprozesse und die sachgerechte Adressierung bereits festgestellter Kritikpunkte. Sofern erforderlich, hat das BAS hierbei auch auf Anpassungen hingewirkt. Formale Aufsichtsmittel mussten bislang allerdings nicht ergriffen werden.

Außerdem hat das BAS auch in diesem Jahr Sozialversicherungsträger auf Anfrage fachlich beraten, die IT-Sicherheitslage beobachtet und bei der Eignungsfeststellung branchenspezifischer Sicherheitsstandards mitgewirkt. Das BAS leistet so seinen Beitrag dazu, Schäden von den Sozialversicherungsträgern abzuwenden und diese zukunftssicher zu machen.

Rechtskonforme Gestaltung von Webseiten

Anfang des Jahres 2020 hatte das BAS Hinweise darauf erhalten, dass Webseiten von Krankenkassen teilweise gegen Datenschutzrecht verstoßen. Das BAS hat in einem Rundschreiben vom 8. Juni 2020 die allgemeinen Anforder-

ungen einer rechtskonformen Gestaltung von Webseiten in der Sozialversicherung dargestellt (www.bundesamt-sozialesicherung.de). Auf dieser Grundlage hat das BAS zudem Sonderprüfungen eingeleitet und Webseiten von Krankenkassen stichprobenartig geprüft. Ein Hauptaugenmerk lag dabei auf Maßnahmen, die zu berücksichtigen sind, wenn Dienste Dritter eingebunden werden (z. B. Cookies, Web-Plugins, Analyse-Tools).

Die Prüfungen sind noch nicht vollständig abgeschlossen. Bislang konnte bei den Stichproben aber schon festgestellt werden, dass einige Kassen das Rundschreiben zum Anlass genommen haben, ihre Internetpräsenz zu überarbeiten. Generell ist aber zu beobachten, dass hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Anforderungen an Aufbau und Betrieb von Webseiten große Unsicherheiten bestehen. Das BAS wird auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse prüfen, das Rundschreiben mit praxisbezogenen Hinweisen zu einer Art Leitfaden auszuarbeiten.

8.4 Sozialdatenschutz

Datenschutz in Zahlen – Eingaben, Anzeigen und Genehmigungen

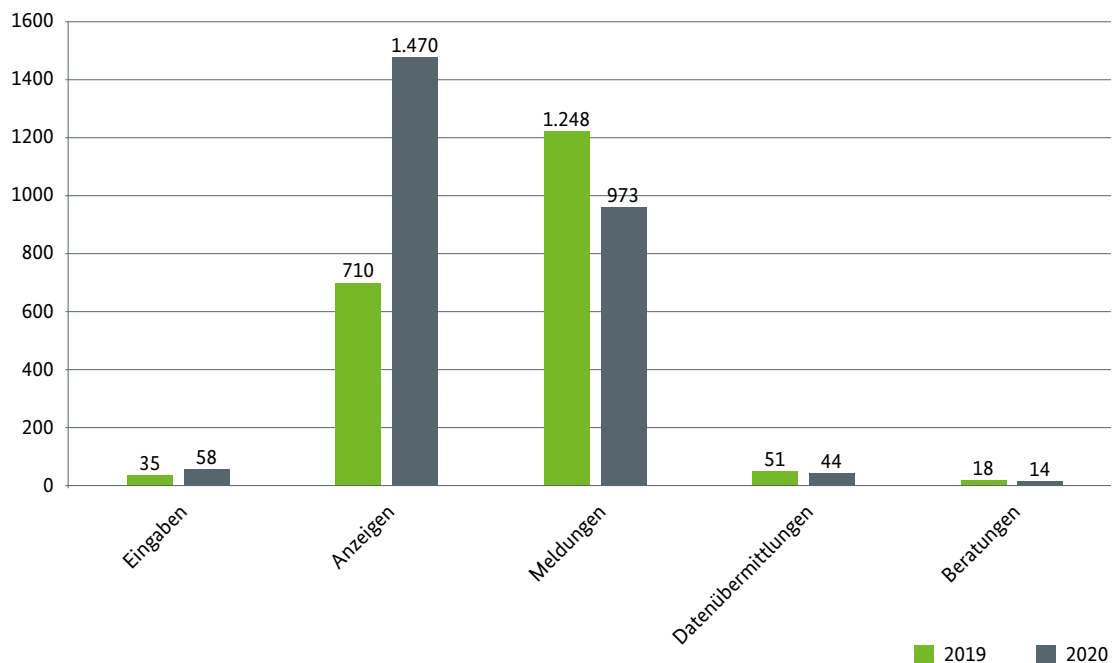
Das Jahr 2020 war datenschutzrechtlich geprägt durch die Weiterentwicklung der Digitalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Davon erfasst sind sowohl Digitalisierungsvorhaben, die im Rahmen von neuen Gesetzen auf den Weg gebracht wurden, als auch Versorgungsinnovationen, zu denen Krankenkassen Beratungen gewünscht haben. Auch im Zusammenhang mit der Datenübermittlung gemäß § 75 SGB X wurden dem BAS unterschiedliche Vorhaben bekannt, die alle den Fortschritt der Digitalisierung und die Weiterentwicklung in der Gesundheitsversorgung zum Gegenstand haben.

Im Berichtsjahr 2020 hat das BAS:

- 58 Eingaben von Versicherten mit ausschließlich datenschutzrechtlichem Inhalt,
- 1470 Anzeigen zur Verarbeitung von Sozialdaten gemäß § 80 SGB X und

- 973 Meldungen zu Datenschutzverletzungen gem. § 83a SGB X bearbeitet, sowie
- 44 Datenübermittlungen zu Forschungsvorhaben, auch mit Bezug zu innovativen Projekten,
- 14 Beratungen von Sozialversicherungsträgern durchgeführt.

Datenschutz in Zahlen



Keine Bußgelder gegen Krankenkassen bei Verstößen gegen das Datenschutzrecht

Im Jahr 2020 hatte eine Landesdatenschutzbehörde erstmalig gegen eine landesunmittelbare Krankenkasse wegen eines Datenschutzverstößes einen Bußgeldbescheid erteilt.

Dies hat bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen zu einem Beratungsbedarf geführt, weil diese ihrerseits mögliche Bußgeldbescheide durch die für sie zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde, den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, befürchteten.

Nach Auffassung des BAS ist es jedoch nicht möglich, gegenüber (bundesunmittelbaren) Krankenkassen ein Bußgeld bei Verstößen gegen Datenschutzbestimmungen zu verhängen.

Grundsätzlich ist es möglich, dass Datenschutzaufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Befugnisse gem. Art. 58 DSGVO auch auf der Grundlage von Art. 58 Abs. 2 Buchstabe j) DSGVO bei Datenschutzverstößen Geldbußen gem. Art. 83 DSGVO als Sanktionsmöglichkeit verhängen. Nach Auffassung des BAS gilt dies jedoch nicht gegenüber Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechtes. Denn gemäß der für die Sozialversicherungsträger spezielleren und daher vorrangigen Vorschrift des § 85a Abs. 3 SGB X werden gegen Behörden und sonstige öffentliche Stellen keine Geldbußen verhängt.

Zudem ergibt sich eine andere Auslegung auch nicht nach § 2 Abs. 5 BDSG, wonach öffentliche Stellen des Bundes als nicht-öffentliche Stellen gelten, wenn sie am Wettbewerb teilnehmen. Denn § 2 Abs. 5 BDSG zielt darauf ab, dass ein wirklicher Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Institutionen erfolgt. Im Bereich der

Krankenkassen besteht jedoch kein „offener Wettbewerb“ mit privaten Krankenversicherungen, sondern ein eng begrenzter Wettbewerb innerhalb des Kassensystems. Zudem geht dieser Vorschrift ebenfalls die speziellere Vorschrift des § 85a SGB X vor.

Weitere Zuständigkeiten für das BAS bei Genehmigung von Forschungsvorhaben

Bereits seit dem 1. Januar 2012 wurde dem BAS die Aufgabe der Genehmigung von Datenübermittlungen zu Forschungsvorhaben von bundesunmittelbaren Krankenkassen gem. § 75 Abs. 1 SGB X durch das Bundesgesundheitsministerium übertragen.

Der Aufgabenbereich des BAS wurde inzwischen in mehrfacher Hinsicht erweitert:

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit Wirkung zum 1. Juli 2020 die Zuständigkeit für Forschungsvorhaben von Verbänden der Krankenkassen auf das BAS übertragen.

Für den Bereich der bundesunmittelbaren Renten- und Unfallversicherungsträger hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales diese Aufgabe zum 1. Oktober 2020 auf das BAS übertragen.

Damit betreut das BAS nunmehr Forschungsvorhaben, die durch bundesunmittelbare Krankenkassen, deren Verbände sowie durch bundesmittelbare Renten- und Unfallversicherungsträger beantragt werden. In 2020 hat das BAS bereits 44 Anträge erhalten.



2. Teil

Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung



1. Finanzen in der gesetzlichen Krankenversicherung

1.1 Gesundheitsfonds

Verwaltung der Krankenversicherungsbeiträge

Das BAS verwaltet seit 2009 als Sondervermögen die Mittel zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsfonds). Hierzu gehören in erster Linie die von den Krankenkassen eingezogenen und an den Gesundheitsfonds weitergeleiteten Krankenversicherungsbeiträge. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Krankenversicherungsbeiträge für Rentner und die Minijob-Zentrale Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ab. Direktzahler sind die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger für die Beiträge aus Arbeitslosengeld I und II, die Künstlersozialkasse sowie das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr. Zudem leistet der Bund den Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen nach der gesetzlichen Festlegung im § 221 SGB V an den Gesundheitsfonds jährlich in Höhe von 14,5 Mrd. Euro. Zur pauschalen Abgeltung pandemiebedingter Mehrausgaben und Mindereinnahmen hat der Gesundheitsfonds darüber hinaus im Jahr 2020 nach § 12a des Haushaltsgesetzes 2020 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 3,5 Mrd. Euro er-

halten, zudem erstattet der Bund dem Gesundheitsfonds die Aufwendungen für Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser und an Vorsorge- und Rehaeinrichtungen für die Nichtbelegung von Betten (Freihaltepauschale) sowie die Aufwendungen für die Abgabe von Schutzmasken nach der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung (s. S. 115).

Zahlungsverkehr

Aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben Zuweisungen, die sich mittels des Risikostrukturausgleichsverfahrens aus einer Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen und Zuweisungen für sonstige Ausgaben zusammensetzen. Darüber hinaus erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds die Beiträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder in der Höhe, die sich nach dem Einkommensausgleich ergibt. Risikostrukturausgleich und Einkommensausgleich werden unter 1.3 und 1.4 näher erläutert. Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie leistete der Gesundheitsfonds 2020 Finanzhilfen für verschiedene Institutionen. Es handelt sich um Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser wegen der Nichtbelegung von Krankenhausbetten („Freihalteprämie“), Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehaeinrichtungen aufgrund von pandemiebeding-

ten Einnahmeausfällen, Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser zur Schaffung zusätzlicher Intensivbetten, Zahlungen für Heilmittelerbringer zum Ausgleich von Einnahmeausfällen, Zuschüsse für Soziale Dienstleister im Bereich der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung, Finanzierung von Corona-Tests, Finanzierung der kostenlosen Abgabe von Schutzmasken für bestimmte Personengruppen sowie die Finanzierung der Sonderleistung für Pflegekräfte in Krankenhäusern, die durch die Behandlung von Corona-Patienten besonders belastet waren. Eine Übersicht über die Zahlungen des BAS aufgrund der Corona-Pandemie findet sich auf der Homepage des BAS.

Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

Das Jahr 2020 hat der Gesundheitsfonds mit einem Verlust in Höhe von rd. 3,6 Mrd. Euro abgeschlossen, davon entfallen rd. 0,3 Mrd. Euro auf den Saldo des Einkommensausgleiches. Den Einnahmen in Höhe von rd. 264,3 Mrd. Euro stehen Ausgaben in Höhe von rd. 267,8 Mrd. Euro

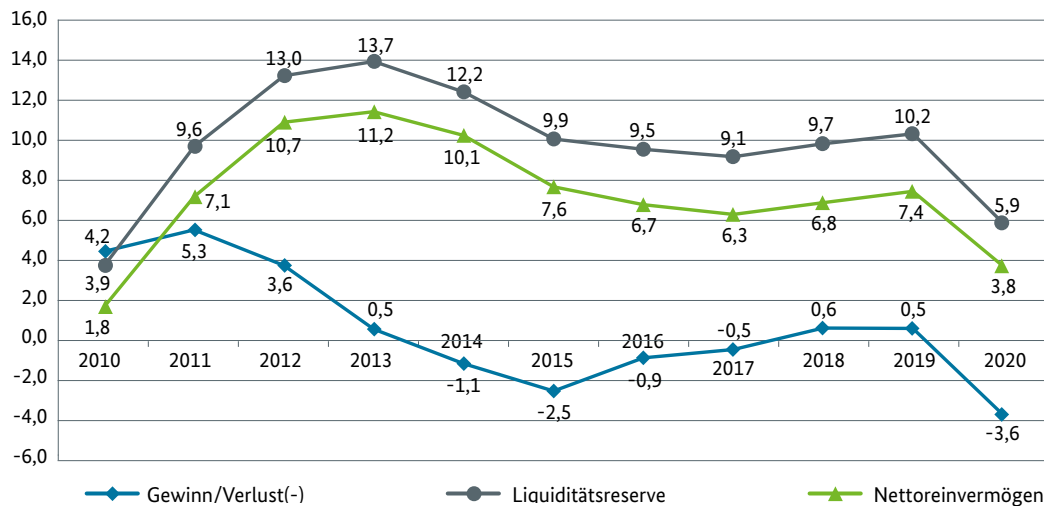
gegenüber. Die Einnahmen setzen sich mit rd. 236,5 Mrd. Euro größtenteils aus Beitragseinnahmen (inkl. Zusatzbeiträge), Erstattungen des Bundes für Finanzhilfen zur Corona-Pandemie von rd. 9,9 Mrd. Euro und weiteren Einnahmen von rd. 17,9 Mrd. Euro zusammen. Von den Ausgaben entfallen rd. 255,5 Mrd. Euro auf Zahlungen an die Krankenkassen (RSA-Zuweisungen und Zahlungen aus dem Einkommensausgleich), rd. 12,2 Mrd. Euro auf Finanzhilfen im Rahmen der Corona-Pandemie, rd. 100,9 Mio. Euro auf Zuführungen an den Innovations- und Strukturfonds und rd. 56,5 Mio. Euro auf die Verwaltungskosten. Diese setzen sich aus der Einzugskosten-Vergütung an die Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rd. 35,0 Mio. Euro, den Kosten für Beitragsprüfungen von 5,1 Mio. Euro, den sonstigen Vergütungen an andere von rd. 5,5 Mio. Euro, den DMP-Vorhaltekosten von 2,0 Mio. Euro sowie den originären Verwaltungskosten des BAS von rd. 8,8 Mio. Euro zusammen. Einzelheiten zu den Rechnungsergebnissen des Gesundheitsfonds können dem jährlich erscheinenden Begleitbericht zur Jahresrechnung unter www.bundesamtsozialesicherung.de entnommen werden.

Rechnungsergebnis 2020 des Gesundheitsfonds in Mio. Euro	
Beitragseinnahmen	236.480
davon aus Zusatzbeiträgen:	14.953
weitere Einnahmen (Bundeszuschuss, Zinsen, Erstattung Finanzhilfen)	27.815
Einnahmen gesamt	264.295
Zahlungen an Krankenkassen	255.485
davon für Einkommensausgleich:	15.208
Finanzhilfen Corona-Pandemie	12.207
Verwaltungskosten	56
Zuführung an Innovations- und Strukturfonds	101
Ausgaben gesamt	267.849
Überschuss der Ausgaben	3.555

Aufgrund des Ausgabenüberschusses des Jahres 2020 verringert sich das Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds zum 31.12.2020 auf rd. 3,8 Mrd. Euro. Die zum

Stichtag 15.1.2021 ermittelte Liquiditätsreserve beträgt rd. 5,9 Mrd. Euro.

Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds im Zeitablauf



Im Jahr 2020 hatten die Krankenkassen Anspruch auf Zuweisungen (inklusive Einkommensausgleich) in Höhe von rd. 21,3 Mrd. Euro je Monat. Die Auszahlung der Zuweisungen erfolgt grundsätzlich im Zeitraum vom 16. bis zum 15. des Folgemonats. Die konkrete Höhe der täglichen Zuweisungen hängt von der Höhe der täglichen Einnahmen des Gesundheitsfonds ab. In den Vorjahren unterlagen die täglichen Auszahlungsbeträge gewissen saisonalen, im Mehrjahresvergleich aber relativ gleichen Schwankungen, die von den Krankenkassen gut prognostizierbar waren. Aufgrund der pandemiebedingten Mindereinnahmen und Mehrausgaben des Gesundheitsfonds haben sich die täglichen Zuweisungsbeträge im Vorjahresvergleich teilweise erheblich verändert.

Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds

Entwicklung der Beitragseinnahmen und -rückstände

Das BAS als Verwalter des Gesundheitsfonds überwacht die Entwicklung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und bildet seit dem Jahr 2010 die Entwicklung der Beitragsrückstände in der Sozialversicherung für den Bereich des Gesamtsozialversiche-

rungsbeitrags (GSV-Beitrag) gegenüber den beteiligten Stellen und dem Bundesrechnungshof nach einheitlich abgestimmten Kriterien ab. Seit dem 1. Januar 2011 werden auch die sogenannten Sonstigen Krankenversicherungsbeiträge (bspw. Freiwillige Versicherung, Versorgungsbezüge) ausgewiesen. Seit dem 1. Januar 2014 werden die entsprechenden Werte zusätzlich auf der Homepage www.bundesamtsozialesicherung.de veröffentlicht.

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

Im Bereich des GSV-Beitrages ist der Einziehungserfolg seit Jahren auf einem hohen Niveau stabil. So wurden auch 2020 regelmäßig ca. 99,5 Prozent dieser Beitragsforderungen umgehend realisiert. Zur dauerhaften Sicherstellung dieser positiven Entwicklung wird die Innendienstprüfung des BAS seit dem Jahr 2011 u. a. ergänzt durch die sogenannte Einzugsstellenprüfung. Gemäß § 28q Abs. 1a SGB IV prüfen die Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit für das BAS als Verwalter des Gesundheitsfonds bei den Krankenkassen in ihrer Funktion als Einzugsstellen die Geltendmachung der Beitragsansprüche, den Einzug, die Verwaltung, die Weiterleitung und die Abrechnung des Krankenversicherungsanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag.

Die entsprechenden Vor-Ort-Prüfungen wurden im Jahr 2020 flächendeckend bei rund 200 Prüfstellen durchgeführt. Dabei werden beständig weiterentwickelte und individuell auf die maßgeblichen Softwarelösungen der Krankenkassen abgestimmte Datenselektionsprogramme zur Gewährleistung effektiver und zielgerichteter Prüfungen genutzt. Durch die sowohl kontinuierliche und auch anlassbezogene Überwachung wird gewährleistet, dass der Sozialversicherung keine vermeidbaren Beitragsverluste entstehen.

Im Jahr 2020 wurden dabei allein beim Krankenversicherungsanteils inklusive Zusatzbeitrag ca. 540.000 Euro Beitragsschäden gegenüber den Einzugsstellen geltend gemacht. Weiterhin wurden die Einzugsstellen verpflichtet, ca. 2 Mio. Euro innerhalb der Monatsabrechnungen zugunsten des Gesundheitsfonds umzubuchen.

Die Beitragsrückstände bei den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen betragen am 31. Dezember 2020 ca. 9,6 Mrd. Euro. Diese bedeutet einen Anstieg (im Vergleich zum 31. Dezember 2019 in Höhe von 9 Mrd. Euro) um 0,6 Mrd. Euro.

Das BAS steht auch weiterhin im Dialog mit den Krankenkassen, um weitere Ursachen für die Beitragsrückstände zu identifizieren und um diese noch weiter zu verringern. Wie auch in den Vorjahren liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass die Krankenkassen den Beitragseinzug und die Beitragsweiterleitung grundsätzlich nicht ordnungsgemäß durchführen. Insgesamt ist die Realisierung der Beitragsansprüche trotz der Pandemiesituation auf einem hohen Niveau.

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

Die Beitragszahlung für die Bezieher von Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II erfolgt nicht über die Einzugsstellen der Krankenkassen. Vielmehr zahlen die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge direkt an den Gesundheitsfonds, der wiederum den auf die Pflegeversicherung entfallenden Beitrag an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung weiterleitet.

Als Verwalter des Gesundheitsfonds ist das BAS auch dafür zuständig, diese Beitragszahlungen zu prüfen. Seit Übertragung der Prüfberechtigung im Jahre 2009 wurden 313 der bundesweit existierenden 562 Institutionen geprüft. Das bedeutet, eine flächendeckende Prüfung unter Beachtung des vierjährigen Verjährungszeitraums ist nicht möglich.

Die Durchführung der örtlichen Erhebungen bei den Jobcentern und Agenturen für Arbeit nehmen feststehende Prüfteams der AOK Bremen/Bremerhaven, der AOK Nordost, der AOK Sachsen-Anhalt und des BKK Landesverbands Süd im Auftrag des BAS wahr.

Im Jahr 2020 wurden insgesamt 54 Institutionen (12 Agenturen für Arbeit, 27 gemeinsame Einrichtungen und 15 zugelassene kommunale Träger) geprüft. Dabei wurden rund 112.000 Fälle fehlerhafter Zahlungen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an den Gesundheitsfonds festgestellt. Aufgrund der Mehrbelastungen für die Institutionen der Bundesagentur für Arbeit im Zuge der Corona-Pandemie wurden die örtlichen Erhebungen in den gemeinsamen Einrichtungen und in den Agenturen für Arbeit vom 1. April 2020 bis zum 1. Juli 2020 ausgesetzt. Des Weiteren wurden die örtlichen Erhebungen wegen der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie weitestgehend im Remote-Verfahren, d.h. per Fernzugriff, durchgeführt.

In 2020 betragen die Einnahmen aus den Prüfungen zugunsten des Gesundheitsfonds sowie des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung ca. 21,7 Mio. Euro, hiervon entfallen rd. 6 Mio. Euro auf die Säumniszuschläge.

Prüfung der Beiträge nach § 252 Abs. 2 Satz 2 SGB V – Sonstige Beiträge

Gemäß § 252 Abs. 5 SGB V werden die sogenannten Sonstigen Beiträge zur Krankenversicherung geprüft. Hierbei handelt es sich um die Beiträge der Versorgungsempfänger und der freiwillig Versicherten, insbesondere Selbstständige, Mitglieder mit Verdienst über der BBG und freiwillig versicherte Rentner.

Dem BAS werden die Prüfberichte zur Geltendmachung der monetären Feststellungen gegenüber den Krankenkassen zugeleitet. Die örtlichen Erhebungen der Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V werden von den Prüfdiensten der Länder und des Prüfdienstes des Bundes wahrgenommen.

Im Jahr 2020 waren regulär 30 Prüfungen geplant. Davon mussten im Laufe des Jahres 7 Prüfungen auf das Jahr 2021 verschoben werden. Es wurden insgesamt 37 Bescheide durch das BAS erteilt und Forderungen in Höhe von etwa 752 Tausend Euro geltend gemacht. Die Anzahl der Prüfungen sind pandemiebedingt um rund ein Viertel gesunken.

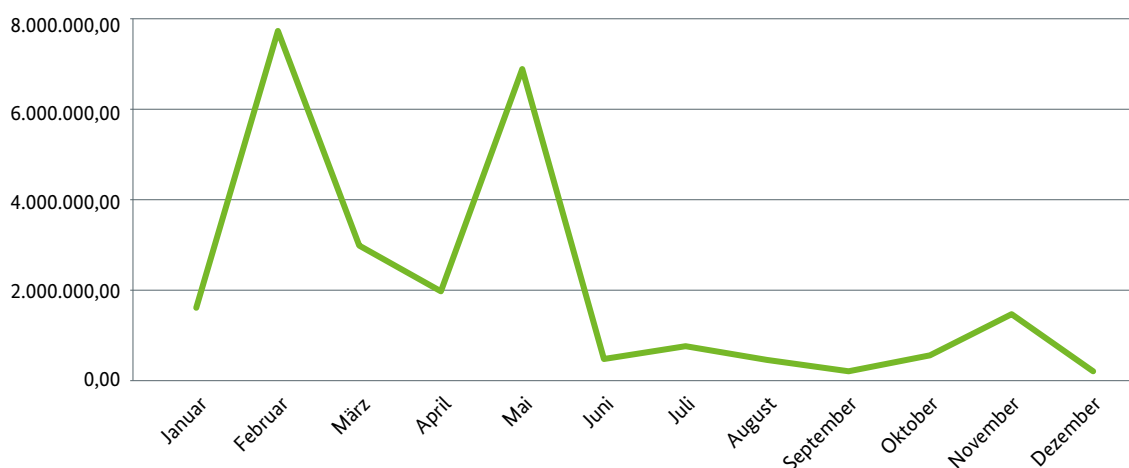
Die während der Prüfung getroffenen Prüffeststellungen und die sich daraus ergebenden Forderungen unterstreichen die Notwendigkeit der Prüfungen, die auch eine präventive Komponente haben.

Überblick über die Prüfung der verspäteten Weiterleitung von Beiträgen und Zusatzbeiträgen an den Gesundheitsfonds

Nach § 28k Abs. 1 Satz 1 SGB IV haben die Einzugsstellen der Krankenkassen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung an den Gesundheitsfonds weiterzuleiten. Um eine arbeitstägliche Weiterleitung in der Praxis zu realisieren, muss durch die Krankenkasse eine sog. beschleunigte Weiterleitung an den Gesundheitsfonds erfolgen. Entsprechend des § 5 Abs. 3 Satz 3 Beitragsverfahrensverordnung (BVV) sind Weiterleitungsbeträge ab 100 Tausend EUR beschleunigt zu überweisen. Werden Beiträge, Zinsen auf Beiträge oder Säumniszuschläge schuldhaft nicht rechtzeitig weitergeleitet, sind von der Einzugsstelle gem. § 28r Abs. 2 SGB IV Zinsen in Höhe von 2 v.H. über dem jeweiligen Basiszinssatz nach § 247 BGB zu zahlen.

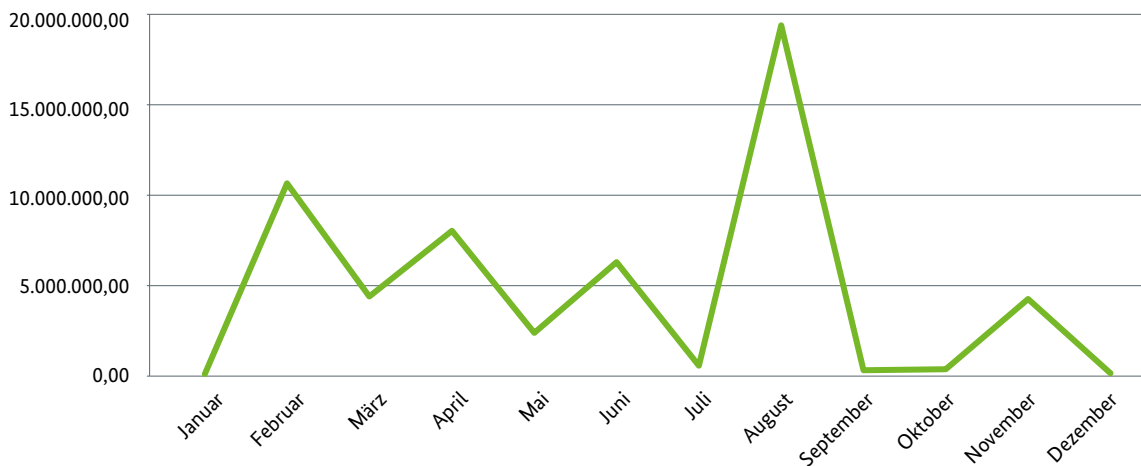
Das insgesamt zu spät weitergeleitete Beitragsvolumen inklusive des Zusatzbeitrages im Bereich der GSV-Beiträge belief sich in der Zeit vom 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2020 auf insgesamt 22 Mio. Euro.

Verspätetes Beitragsvolumen 2020 – GSV Beiträge



Im Bereich der Sonstigen Beiträge belief sich das verspätete Beitragsvolumen auf 52,5 Mio. Euro.

Verspätetes Beitragsvolumen 2020 – Sonstige Beiträge



Prüfung der Künstlersozialkasse nach § 251 Abs. 5 Satz 2 SGB V und § 60 Abs. 3 Satz 3 SGB XI

Im Jahre 2019 wurde die Prüfung der Künstlersozialkasse turnusmäßig durchgeführt. Nach Eingang des Prüfberichtes wurde mit Bescheid vom 29. April 2020 im Bereich der Krankenversicherung eine Forderung über rd. 110 Tausend Euro und im Bereich der Pflegeversicherung eine Forderung über 17 Tausend Euro geltend gemacht. Die Forderung wurde von der Künstlersozialkasse beglichen. Da die Künstlersozialkasse zu einigen Fallgestaltungen eine abweichende Rechtsauffassung vertritt, hat sie den Bescheid mit einer Klage angegriffen; dieses Verfahren ist weiter anhängig.

1.2 Schätzerkreis

Der nach § 220 Abs. 2 SGB V beim BAS gebildete Schätzerkreis hat am 12. und 13. Oktober 2020 die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2020 und 2021 geschätzt.

Dem Schätzerkreis gehören Fachleute des Bundesministeriums für Gesundheit, des GKV-Spitzenverbandes und des BAS an. Auf der Basis verschiedener Finanzdaten und Statistiken bewertet er die Entwicklung in der gesetzli-

chen Krankenversicherung des laufenden Jahres und trifft eine Prognose für das jeweilige Folgejahr. Diese Prognose dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes, für die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs.

Für das Jahr 2021 erwartet der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 255 Mrd. Euro, die als Zuweisungen an die Krankenkassen ausgezahlt werden. Diese beinhalten den regulären Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Mrd. Euro sowie einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Mrd. Euro und eine Zuführung aus Finanzreserven der Krankenkassen in Höhe von 8 Mrd. Euro. Die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen belaufen sich demgegenüber auf rund 274,9 Mrd. Euro. Damit unterschreitet das Zuweisungsvolumen aus dem Gesundheitsfonds die zu erwartenden Ausgaben der Krankenkassen um rund 19,9 Mrd. Euro. Über die Höhe der zu erwartenden Ausgaben erzielte der Schätzerkreis allerdings keine Einigkeit, der GKV-Spitzenverband schätzt die Ausgaben der Krankenkassen um etwa 1,6 Mrd. Euro höher ein.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2021 auf 1,3 % festgelegt und hierbei den Fehlbetrag von 19,9 Mrd. Euro zugrunde gelegt (s. Seite 15). Beim durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz handelt es sich um eine rechne-

rische Größe für die gesetzliche Krankenversicherung. Die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze werden auf der Grundlage der einzelnen Haushaltspläne von den Selbstverwaltungen der Krankenkassen festgelegt.

Weitergehende Informationen zum Schätzerkreis und einen ausführlichen Bericht über die Ergebnisse der Schätzung für das Jahr 2021 gibt es im Internet unter www.bundesamtsozialesicherung.de.

1.3 Risikostruktur- ausgleich

Grundlagen

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das zentrale Element der solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. Im System der gesetzlichen Krankenversicherung hat er das Ziel, einen fairen Wettbewerb unter den Krankenkassen zu gewährleisten. Die Notwendigkeit ergibt sich, da der Umfang des Krankenversicherungsschutzes eines Versicherten durch das Solidarprinzip gesetzlich vorgegeben ist und unabhängig von der Höhe der geleisteten Mitgliedsbeiträge besteht. Der Grundgedanke des RSA ist daher, Unterschiede in den Ausgaben der Krankenkassen, die auf Differenzen in der Risikostruktur beruhen, auszugleichen. Diese Ausgabenunterschiede können insbesondere aus Abweichungen im Alter, im Geschlecht oder in den Erkrankungen der Versicherten einer Krankenkasse resultieren. Bei Einführung im Jahr 1994 waren allein Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus als Risiken zu berücksichtigen. Seit dem Jahr 2009 wird der Ausgleich um Morbiditätszuschläge für Krankheiten ergänzt. Daraus resultiert die oft verwendete Bezeichnung „morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich“ oder „Morbi-RSA“.

Das Zuweisungsvolumen, das insgesamt vom Gesundheitsfonds an die Krankenkassen ausgezahlt wird, ergibt sich aus der Schätzung des Schätzerkreises für das jeweilige Folgejahr. Auf Grundlage dieser festgelegten Zuweisungssumme für das kommende Ausgleichsjahr wird im RSA-Verfahren neu berechnet, wie hoch die Zuweisungen sind, die jede Krankenkasse für ihre Versicherten aus dem

Gesundheitsfonds erhält. Für jeden Versicherten wird den Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale ausgezahlt, die sich aus den erwarteten Ausgaben je Versicherten errechnet. Diese Grundpauschale wird durch ein System alters-, geschlechts- und risikoadjustierter Zu- und Abschläge an den erwarteten Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse angepasst. Bis einschließlich zum Ausgleichsjahr 2020 waren dies folgende Zu- bzw. Abschläge:

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

Die Berechnung der Zuweisungen je Krankenkasse fußt gemäß § 266 SGB V auf kasseneinheitlichen Werten, die jährlich vom BAS ermittelt und bekannt gegeben werden. Dies sind insbesondere die o. g. Grundpauschale und die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge, sowie die standardisierten Verwaltungsausgaben (bezogen auf Versichertenzeiten bzw. Leistungsausgaben) und die standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen. Allein die Programmkostenpauschale für Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP), die ebenfalls im RSA-Verfahren Berücksichtigung findet, wird vom GKV-Spitzenverband festgelegt.

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

Im Jahr 2020 wurde der RSA durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22. März 2020 umfangreich reformiert. Die Regelungen traten zum 1. April

2020 in Kraft und werden damit erstmals für das Ausgleichsjahr 2021 angewendet. Details sind in den folgenden Abschnitten an den betroffenen Stellen ausgeführt.

Jahresausgleich des Ausgleichsjahres 2019

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen erfolgte im November 2020 die abschließende Festsetzung der Zuweisungen für das Jahr

2019 (Jahresausgleich). Die Zu- und Abschläge werden im Jahresausgleich erstmalig auf Basis der versichertenbezogen erfassten Leistungsausgaben des Ausgleichsjahres und der endgültigen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen berechnet.

Die endgültige Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten für das Ausgleichsjahr 2019 ist der folgenden Übersicht zu entnehmen.

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2019 (RSA)						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung	Gesamt
AOK	90,6 Mrd.€	4,3 Mrd.€	0,467 Mrd.€	0,416 Mrd.€	-5,9 Mrd.€	89,9 Mrd.€
BKK	31,5 Mrd.€	1,6 Mrd.€	0,189 Mrd.€	0,121 Mrd.€	-2,3 Mrd.€	31,0 Mrd.€
VdEK	89,2 Mrd.€	4,3 Mrd.€	0,487 Mrd.€	0,344 Mrd.€	-6,3 Mrd.€	88,1 Mrd.€
IKK	15,5 Mrd.€	0,8 Mrd.€	0,089 Mrd.€	0,066 Mrd.€	-1,1 Mrd.€	15,3 Mrd.€
KBS	7,0 Mrd.€	0,3 Mrd.€	0,027 Mrd.€	0,038 Mrd.€	-0,4 Mrd.€	7,0 Mrd.€
GKV	233,8 Mrd.€	11,3 Mrd.€	1,259 Mrd.€	0,985 Mrd.€	-16,0 Mrd.€	231,3 Mrd.€

Dem zugesagten Zuweisungsvolumen für 2019 in Höhe von 231,1 Mrd. Euro stehen tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von 247,3 Mrd. Euro gegenüber. In der Summe über alle Krankenkassen decken die Zuweisungen damit knapp 93 % der Ausgaben.

Daraus resultiert eine mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen in Höhe von 280,86 Euro je Mitglied für das Ausgleichsjahr 2019. Über alle Krankenkassen bedeutet dies eine Kürzung der Zuweisungen um rund 16 Mrd. Euro. Dem gegenüber stehen die über den Einkommensausgleich (vgl. Kapitel 1.4) zugewiesenen Mittel für 2019 in Höhe von rund 14,6 Mrd. Euro.

Mit der Regelung des § 323 SGB V a.F. wurde ein rückwirkender Beendigungstatbestand für bestimmte freiwillige Mitgliedschaften und davon abgeleitete Familienversicherungen geschaffen. Hierzu haben die Krankenkassen in 2019 in einer gesonderten Datenmeldung das Ergebnis ihrer internen Bestandsbereinigung gemeldet. Auf Basis dieser Datenmeldung hat das BAS im Januar 2020 für die Jahre 2013 bis 2017 insgesamt Zuweisungen in Höhe von

272,5 Mio. Euro von den betroffenen Krankenkassen zurückgefordert. Die nicht beklagten Einnahmen aus diesem Bereinigungsverfahren in Höhe von 238,1 Mio. wurden im November 2020 (Jahresausgleich 2019) wieder an alle Krankenkassen ausgeschüttet.

Monatliches Abschlagsverfahren für das Ausgleichsjahr 2020

Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als monatliche Abschlagszahlungen. Dabei findet jeden Monat eine Anpassung an die veränderten Versichertenzahlen einer Krankenkasse statt. Anpassungsfaktoren gewährleisten, dass jeden Monat insgesamt ein Zwölftel des fixierten Jahreszuweisungsvolumens an die GKV ausgezahlt wird.

Da sich auch die jeweiligen Versichertenstrukturen einer Krankenkasse im Zeitverlauf verändern, werden bei unterjährigen Strukturanpassungen sowohl die Höhe der zukünftigen Zuweisungen angepasst, als auch die

bislang geleisteten Zuweisungen rückwirkend neu ermittelt. Die Anpassungen erfolgen jeweils im März und September des Ausgleichsjahres und im März des Folgejahres.

Im Abschlagsverfahren werden die Zuweisungen bezogen auf die im Schätzerkreis erwarteten Ausgaben für Pflichtleistungen, Verwaltungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen ermittelt. Die für 2020 erwarteten Ausgaben belaufen sich auf 257 Mrd. Euro.

Das Gesamt-Zuweisungsvolumen ist jedoch auf die Höhe der für 2020 erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds über 240 Mrd. Euro begrenzt. Daher erfolgt bereits im monatlichen Abschlagsverfahren eine Kürzung der Zuweisungen (mitgliederbezogene Veränderung) um jeweils 24,12 Euro je Mitglied einer Krankenkasse. Die Zuweisungen für Pflichtleistungen und Verwaltungsausgaben werden zudem um die Zuweisungen für Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) bereinigt.

Monatliches Abschlagsverfahren für das Ausgleichsjahr 2021

Auf Grundlage der Festlegung des Klassifikationsmodells 2021 wurden im November 2020 mit Bekanntgabe des Grundlagenbescheids I für das Ausgleichsjahr 2021 drei Reformbausteine des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) finanzwirksam: Bei der Risikogruppenzuordnung wurden der Wegfall der Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus (Streichung in § 266 Abs. 2 SGB V), die Einführung des Krankheits-Vollmodells (Neufassung in § 266 Abs. 2 SGB V) sowie die Berücksichtigung von regionalen Merkmalen (§ 266 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 2 Abs. 1 Nr. 4 und § 8 Abs. 4 RSAV) im RSA-Verfahren umgesetzt.

Weiterentwicklung

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

Dabei wird das BAS vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beraten.

Im April 2020 hat der Wissenschaftliche Beirat Vorschläge zur Anpassung des Klassifikationsmodells 2021 beraten. Die umfassenden Reformkomponenten, die aus den Regelungen des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) zur Weiterentwicklung resultieren, gaben dabei die Schwerpunktsetzung bei der Überarbeitung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2021 vor. Die folgenden Reformbausteine des GKV-FKG werden erstmalig im Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2021 umgesetzt:

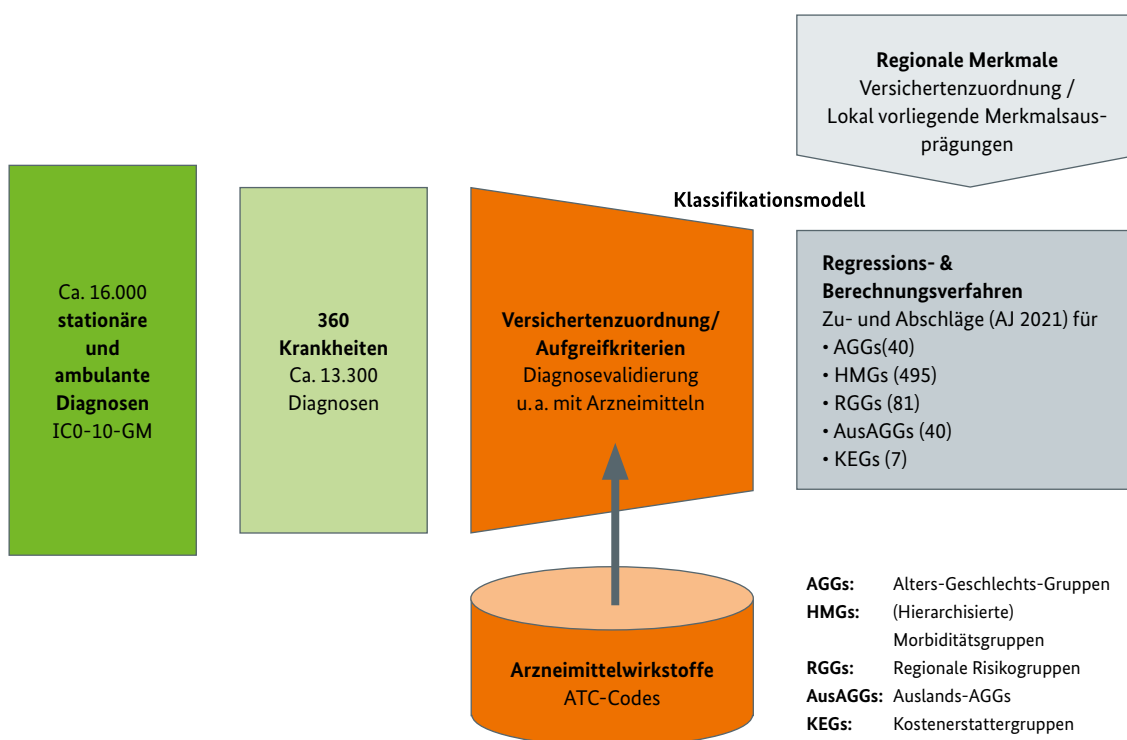
- Wegfall der Krankheitsauswahl: Die Morbiditätszuschläge werden auf das volle Krankheitsspektrum ausgeweitet. Damit einher ging die Überprüfung und gegebenenfalls Eingliederung von ca. 16.000 ICD-Kodes (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, Version 10, German Modification) in das Modellgefüge. Hierbei war darauf zu achten, die medizinisch-ökonomisch begründete Struktur aufrechtzuerhalten und durch die Zusammenlegung von Morbiditätsgruppen mit ähnlichen Kostenschätzern die Handhabbarkeit und Konsistenz des Modells zu bewahren.
- Einführung eines Risikopools: Gemäß § 268 SGB V i.V.m. § 14 RSAV wird beginnend mit dem Ausgleichsjahr 2021 ein Risikopool eingerichtet. Über den Risikopool findet versichertenbezogen ein anteiliger Ist-Kostenausgleich von 80 % der Leistungsausgaben, die oberhalb eines jährlich anzupassenden Schwellenwerts (Selbstbehalt der Krankenkassen) statt. Für das Ausgleichsjahr 2021 beträgt der Schwellenwert 100.000 Euro.
- Streichung des Bezuges einer Erwerbsminderungsrente als Risikomerkmale.
- Einführung einer regionalen Komponente: Gemäß § 266 SGB V i.V.m. § 2 RSAV sind bei der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen ab dem Ausgleichsjahr 2021 zusätzlich regionale Merkmale zugrunde zu legen. Das BAS hat die Datengrundlagen, das Verfahren zur Auswahl der regionalen Merkmale sowie die Umsetzung der Regionalkomponente im Klassifikationsmodell festgelegt. Für das Ausgleichsjahr 2021 wurden acht regionale Risiko-

merkmale ermittelt, so z. B. der Anteil ambulanter Pflege oder der Pendlersaldo, gemessen auf Ebene der 401 Kreise bzw. kreisfreien Städte.

- Ausschluss hierarchisierter Morbiditätsgruppen: Gemäß § 18 i.V.m. § 19 RSAV sind bei der Ermittlung der Risikozuschläge im Jahresausgleich

hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs) mit den höchsten Steigerungsraten der Versichertentage auszuschließen. Das Verfahren wird erstmals im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2021, der im November 2022 durchgeführt wird, angewendet werden.

Der Risikostrukturausgleich ab 2021 – von der Diagnose und dem Wohnort zum Zuschlag



Der Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren und erstmals von regionalen Merkmalen für das Ausgleichsjahr 2021 wurde am 19.06.2020 veröffentlicht. Nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und Beratung mit dem Wissenschaftlichen Beirat hat das BAS die Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2021 zum 30. September 2020 bekannt gegeben. Das Modell umfasst 495 Morbiditätsgruppen, 40 Alters-Geschlechts-Gruppen und 81 regionale Risikogruppen (s. Abb.).

Weitergehende Informationen zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gibt es im Internet unter www.bundesamtsozialesicherung.de.

Umsetzung der Folgegutachten: Krankengeld und Auslandsversicherte

Die beiden im Jahr 2018 durch das BAS in Auftrag gegebenen Folgegutachten wurden von den Gutachtern fristgerecht zum 31. Dezember 2019 vorgelegt. Ziel dieser Folgegutachten war es, die der Durchführung des Risikostrukturausgleichs zugrundeliegende Versichertenklassifikation und damit das derzeitige Zuweisungsmodell in den Bereichen Krankengeld und Auslandsversicherte zur Umsetzungsreife weiter zu entwickeln (§ 269 Abs. 3a SGB V).

Zur Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen im RSA werden die Zuweisungsverfahren für im Ausland lebende Versicherte und Versicherte mit Anspruch

auf Kinderkrankengeld (§ 45 SGB V) entsprechend der Empfehlungen der Gutachter im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG-KabE) neu geregelt. Für das Kinderkrankengeld bedeutet dies, dass die Leistungsausgaben der Krankenkassen vollständig über gesonderte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen werden. Für Auslandsversicherte werden zukünftig Risikogruppen gebildet, die sich nach dem Land, in dem diese Versicherten den überwiegenden Teil des Jahres wohnen (Wohnstaat), differenziert. Die Berechnung dieser landesspezifischen Risikogruppen erfolgt auf Basis der durchschnittlichen Ausgaben für Auslandsversicherte im In- und Ausland.

Im Hinblick auf das Zuweisungsmodell für das Krankengeld nach § 44 SGB V gibt es weiteren Forschungsbedarf. Denn die Empfehlungen des Erstgutachtens vom Mai 2016 und des Folgegutachtens vom Dezember 2019, die beide vom BAS in Auftrag gegeben wurden sind, weichen für das reguläre Krankengeld voneinander ab. Aus diesem Grund wird der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim BAS beauftragt, Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen in diesem Bereich im Rahmen seiner ersten regelhaften Untersuchung (§ 266 Abs. 10 Satz 1 SGB V) zu überprüfen. Hierfür wird mit dem GVWG-KabE die entsprechende Datengrundlage geschaffen.

Sicherung der Datengrundlagen

Grundlage für den RSA sind Datenmeldungen der Krankenkassen, die u. a. die ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen umfassen. Die Prüfung dieser Daten erfolgt einerseits durch das BAS in seiner Funktion als Durchführungsbehörde auf der Grundlage des § 273 SGB V, andererseits finden gemäß § 20 RSAV Prüfungen vor Ort durch die Prüfdienste nach § 274 SGB V statt, die durch das BAS als RSA-Durchführungsbehörde koordiniert und ausgewertet werden.

Bei der Prüfung nach § 273 SGB V werden die von den Krankenkassen für ihre Versicherten gemeldeten Morbiditätsdaten einer Überprüfung unterzogen, deren Ziel es ist, rechtswidrig erzeugte und gemeldete Daten zu identifizieren. Das Verfahren ist dreistufig angelegt und setzt sich aus kassenübergreifenden Auffälligkeitsprü-

fungen, Einzelfallprüfungen sowie ggf. der Erhebung von Korrekturbeträgen zusammen. Letzteres bedeutet, dass das BAS bei einem festgestellten Datenmeldeverstoß die von der Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhaltenen Zuweisungen nachträglich kürzt. Im Jahr 2020 wurden auf dieser Grundlage Korrekturbeträge in Höhe von 66 Mio. Euro erhoben; weitere Verfahren laufen.

Mit dem am 1. April 2020 in Kraft getretenen GKV-FKG wurde das Prüfverfahren noch einmal gestrafft.

So wird im Rahmen der Einzelfallprüfungen der betroffenen Krankenkasse auferlegt, die Plausibilität ihrer Datenmeldung nachzuweisen. Sie hat die tatsächlichen Gründe für eine Auffälligkeit nachvollziehbar darzulegen oder den Verdacht eines Rechtsverstößes durch vollständige Offenlegung des Sachverhaltes auszuräumen. Kommt eine Krankenkasse dieser Obliegenheit nicht nach, wird ein Korrekturbetrag ermittelt. Im Vergleich zur bisherigen Regelung entspricht dies einer Beweislastumkehr. Ziel ist es, die Mitwirkung der Krankenkassen an der umfassenden Aufklärung sicherzustellen.

Weiterhin ist der Strafzuschlag in Höhe von 25 Prozent nunmehr obligatorisch zum Korrekturbetrag zu addieren. Dies soll den Sanktionscharakter des Korrekturbetrages verdeutlichen und berücksichtigt, dass der betroffenen Krankenkasse ohne das Prüfverfahren ein endgültiger finanzieller Vorteil entstanden wäre.

Die Prüfungen nach § 20 RSAV untergliedern sich in die Prüfung der Versichertenzeiten (§ 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV) und in die Prüfung der Morbiditätsdaten (§ 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV). Sie finden mindestens alle drei Jahre statt. Zur Prüfung werden Datenmeldungen der drei zuletzt durch den Jahresausgleich gemäß § 18 RSAV abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre herangezogen.

Im Jahr 2020 hat das BAS die von den Prüfdiensten gemeldeten Ergebnisse aus der Prüfung der Versichertenzeiten des Ausgleichsjahres 2016 ausgewertet. Die Prüfergebnisse von drei Krankenkassen stehen aufgrund einer hohen Fehlerzahl bei der Datenmeldung noch aus. Eine abschließende Beurteilung erfolgt, wenn die Prüfung der auffälligen Sachverhalte abgeschlossen ist.

Daneben wurde die Prüfung der Morbiditätsdaten des Ausgleichsjahres 2016 durch Ziehung der Stichprobe und Übermittlung an die Prüfdienste eingeleitet.

1.4 Einkommensausgleich

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

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

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

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

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse des Jahresausgleichs für 2019, den das BAS im November 2020 für den Einkommensausgleich durchgeführt hat sowie die Auszahlungen im Abschlagsverfahren 2020.

Zugewiesene Mittel aus dem Einkommensausgleich

Kassenart	im Jahresausgleich 2019	im Abschlagsverfahren 2020
AOK	4.765,6 Mio. €	4.855,7 Mio. €
BKK	2.327,9 Mio. €	2.538,8 Mio. €
VdEK	6.012,6 Mio. €	6.160,2 Mio. €
IKK	1.132,3 Mio. €	1.133,6 Mio. €
KBS	372,0 Mio. €	376,3 Mio. €
GKV	14.610,4 Mio. €	15.064,5 Mio. €





2. Innovationsfonds

Grundlagen

Aus dem Innovationsfonds werden neue sektorenübergreifende Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind, gefördert. Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtete Innovationsausschuss legt die Schwerpunkte wie auch Kriterien für die Förderung fest und entscheidet über die Förderungsfähigkeit der eingereichten Anträge.

Verwaltung der Mittel

Das BAS verwaltet seit 2016 die Mittel des Innovationsfonds, der mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz zum 1. Januar 2020 um fünf Jahre verlängert wurde. Seit 2020 beträgt die jährliche Fördersumme bis zu 200 Mio. Euro. Aufgrund der mehrjährigen Projektlaufzeit verwaltete das BAS die Mittel bis zur tatsächlichen Auszahlung.

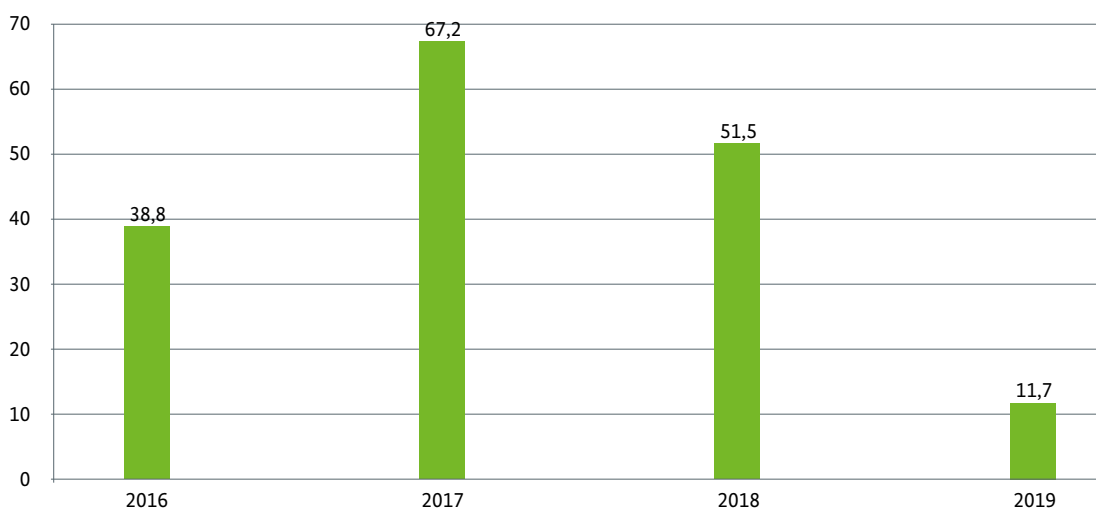
Nach Abzug des Finanzierungsanteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) von knapp einem Prozent wird der Innovationsfonds jeweils zur Hälfte durch die am Risikostrukturausgleich (RSA) teilnehmenden Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Das BAS berechnet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

Fördermittelauszahlungen in 2020

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

In 2020 wurden Fördermittel in Höhe von rd. 169,2 Mio. Euro an 330 Projekte ausgezahlt. Im Folgenden erfolgt eine Aufteilung der ausgezahlten Mittel nach Bewilligungsjahr:

Aufteilung der in 2020 ausgezahlten Mittel nach dem Bewilligungsjahr der Projekte (in Mio. Euro)



Finanzergebnisse des Innovationsfonds

Nach dem voraussichtlichen Rechnungsergebnis für das Geschäftsjahr 2020 betragen die Gesamtausgaben des Innovationsfonds rd. 175,8 Mio. Euro. Davon entfallen rd. 138,4 Mio. Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der neuen Versorgungsformen (NVF), rd. 27,7 Mio. Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der Versorgungsforschung (VSF) und rd. 9,7 Mio. Euro auf Verwaltungskosten. Dabei beliefen sich die Verwaltungskosten der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses (GBA) auf rd. 9,3 Mio. Euro, die des BAS auf rd. 0,3 Mio. Euro und die Kosten der wissenschaftlichen Evaluation auf rd. 0,1 Mio. Euro. Die Verwaltungskosten betragen rd. 4,8% der jährlich zur Verfügung stehenden Fördersumme.

Aufgrund der seit 2020 geltenden Übertragbarkeit der Mittel wird jährlich die zur Verfügung stehende Fördersumme in Höhe von 200 Mio. Euro einbehalten. An der Finanzierung haben sich im Geschäftsjahr 2020 die LKK mit rd. 1,7 Mio. Euro sowie die RSA-Krankenkassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit jeweils rd. 99,2 Mio. Euro beteiligt.

Der voraussichtliche Einnahmenüberschuss des Innovationsfonds beträgt rd. 24,2 Mio. Euro. Diese Mittel stehen in 2021 zusätzlich zur jährlichen Fördersumme in Höhe von 200 Mio. Euro zur Förderung zur Verfügung.





3. Krankenhausstrukturfonds

Seit dem Jahr 2019 führt das BAS die Förderung zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung mit Mitteln des von ihm verwalteten Strukturfonds in Höhe von 2 Mrd. Euro fort (Strukturfonds II). Mit dem Gesetzgebungsverfahren zum „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ wurde die Laufzeit des Strukturfonds II bis zum 31. Dezember 2024 verlängert. Die Länder können also nun bis zum Jahr 2024 die ihnen aufgrund des Königsteiner Schlüssels rechnerisch zugewiesenen Mittel beim BAS abrufen. Diese Mittel stehen den Ländern – nach Vorwegabzug der Verwaltungskosten – zu 95 % für landesindividuelle und zu 5 % für länderübergreifende Investitionsvorhaben zur Verfügung. Wie die Förderung durch den bereits 2016 errichteten Strukturfonds I dient auch die Förderung mit Mitteln des Strukturfonds II dem Abbau von Überkapazitäten, der (neu geregelten) Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie der Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen. Darüber hinaus ist die Förderung durch den Strukturfonds II auch auf die Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern, auf die Schaffung tele-medizinischer Netzwerkstrukturen, auf die Bildung integrierter Notfallzentren sowie auf die Schaffung bzw. Erweiterung von Ausbildungskapazitäten in der pflegerischen Versorgung hin ausgerichtet.

Im gesamten Jahr 2020 war das BAS zum einen mit Voranfragen höchst unterschiedlicher Natur sowie mit informellen Vorprüfungsanträgen von Seiten der Länder befasst. Zum anderen wurden auch die ersten Anträge gestellt und beschieden. Bislang konnten auch alle gestellten Anträge vollumfänglich berücksichtigt werden. Für eine erfolgreiche Antragstellung bedarf es im Übrigen auch des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen. Liegt dieses nicht vor, kann kein erfolgreicher Antrag gestellt werden.

Schließlich hat das BAS in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen einen Auftrag vergeben, mit dem die durch Strukturfonds II erzeugten Wirkungen der Förderung zugunsten eines messbaren Strukturwandels ausgewertet werden sollen. Der Gutachter hat seine Tätigkeit auch inzwischen aufgenommen.

Parallel zur Verwaltung des Strukturfonds II war das BAS im Rahmen der andauernden Verwaltung auch des Strukturfonds I damit befasst, die Folgen des Eintretens nachträglicher Änderungen für den Bestand bereits ergangener Bewilligungsentscheidungen zu beurteilen. Hier hat das BAS vereinzelt Änderungs- bzw. Rückforderungsbescheide erlassen. Einen weiteren Schwerpunkt der Verwaltung des Strukturfonds I, mit dessen Förderung gemäß Zielstruktur der Vorhaben insgesamt 3.179 Betten abgebaut werden sollen, bildete die Prüfung der von den Ländern gegenüber den Krankenhäusern erlassenen Förderbescheide, die Prüfung der von den Ländern übermittelten Verwendungsnachweisinformationen sowie die Prüfung der Bereitstellung der Mittel zur Ko-Finanzierung und die Prüfung der Einhaltung der Investitionsförderquote der Länder.

Finanzergebnisse des Krankenhausstrukturfonds

Im Jahr 2020 hat das BAS aus dem Strukturfonds Fördermittel in Höhe von insgesamt 14,4 Mio. Euro an die Bundesländer ausgezahlt. Den Auszahlungen standen Rückzahlungen aus nicht benötigten Fördermitteln von 13,0 Mio. Euro gegenüber, die daraus resultieren, dass Förderprojekte nicht so wie beantragt und beschieden umgesetzt werden konnten. Von den ausgezahlten För-

dermitteln entfallen 8,1 Mio. Euro auf Projekte aus dem Strukturfonds I und erstmalig 6,3 Mio. Euro auf Projekte aus dem Strukturfonds II. Neben den Fördermitteln erstattete der Strukturfonds die Verwaltungskosten des BAS in Höhe von 340,4 Tausend Euro und Kosten der wissenschaftlichen Auswertung der Wirkung der Förderung in Höhe von 106,4 Tausend Euro.

Die Ausgaben des Strukturfonds werden zu rd. 99,1 % aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert, der Rest wird von der landwirtschaftlichen Krankenkasse aufgebracht.

Insgesamt sind bis zum Ende des Jahres 2020 rund 468 Mio. Euro an Fördermitteln aus dem Strukturfonds bewilligt und ausgezahlt worden (inkl. Rückzahlungen). Davon entfallen rund 442 Mio. Euro auf das Erst- und rund 20 Mio. Euro auf das Nachverteilungsverfahren im Strukturfonds I sowie 6 Mio. Euro auf den Strukturfonds II.





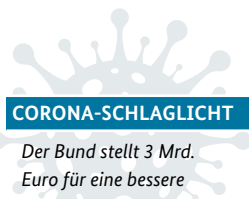
4. Krankenhauszukunftsfonds

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

Das BAS hat für diese neue Aufgabe innerhalb kürzester Zeit ein Verwaltungsverfahren unter Berücksichtigung der verschiedenen gesetzlichen Vorgaben entwickelt. Zunächst hatte das BAS bis zum 30. November 2020 eine Förderrichtlinie zu erlassen, die nähere Erläuterungen zum Inhalt der Förderung, den einzelnen Fördertatbeständen und dem Ablauf des Verfahrens beinhaltet. Auch mussten in diesem Zusammenhang Formulare für das Antragsverfahren unter Beteiligung der Länder erstellt werden. Hierbei war auch ein Formular für die sog. „Bedarfsmeldung“ zu entwerfen, mit dem die Krankenhausträger bei der für sie zuständigen Landesbehörde den benötigten Bedarf anmelden können. Die Regelungen zum Krankenhauszukunftsfonds sehen an der Stelle vor, dass diese Meldung durch ein bundeseinheitliches Formular erfolgt, das vom BAS bereitzustellen ist. Die Förderrichtlinie und alle in diesem Zusammenhang notwendigen Formulare sind auf der Homepage des BAS abrufbar.

Darüber hinaus hat das BAS im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds künftig IT-Dienstleister, die für die Krankenhäuser die jeweiligen Vorhaben umsetzen sollen, zu berechtigen (§ 21 Abs. 5 KHFSV). Diese Berechtigung wird erteilt, wenn der IT-Dienstleister über die notwendige Eignung verfügt, festzustellen, ob die Vorhaben, für die Fördermittel beantragt werden, die Voraussetzungen für die Gewährung dieser Fördermittel erfüllen. Die Berechtigung des zu beauftragenden IT-Dienstleisters ist bei einem Teil der Vorhaben Fördervoraussetzung (vgl. § 21 Abs. 5 KHFSV). Zum Erwerb der für diese Berechtigung erforderlichen Kenntnisse hat das BAS zum 31. Dezember 2020 ein Schulungsprogramm entwickelt und auf seiner Homepage bereitgestellt. Das Schulungsprogramm wird inzwischen intensiv genutzt und das BAS konnte bereits fast 5900 Berechtigungen auf dieser Basis ausstellen.

Schließlich hatte das BAS die Kreditanstalt für Wiederaufbau mit einem den Krankenhauszukunftsfonds begleitenden Kreditprogramm zu beauftragen. Dieses Kreditprogramm soll Krankenhausträger unterstützen, sofern sie einen Teil der Fördersumme tragen. Diese Möglichkeit steht den Krankenhausträgern inzwischen zur Verfügung.



CORONA-SCHLAGLICHT

Der Bund stellt 3 Mrd. Euro für eine bessere Patientenversorgung in den Krankenhäusern bereit. Das BAS entwickelt innerhalb kürzester Zeit ein Verwaltungsverfahren für den Krankenhauszukunftsfonds.



5. Einrichtung der Vertragstransparenzstelle

Zum 1. April 2020 wurde mit der Einführung des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) mit dem § 293a SGB V die gesetzliche Grundlage für die Vertragstransparenzstelle als eine neue Aufgabe des BAS geschaffen. Die Vertragstransparenzstelle führt ein Verzeichnis der von den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge über eine hausarztzentrierte oder besondere Versorgung. Das Verzeichnis ist öffentlich zugänglich und soll damit Transparenz schaffen über die Selektivverträge der gesetzlichen Krankenversicherung für Versicherte, Aufsichtsbehörden und Landesbehörden. Zugleich ist das Ziel, dass das BAS Zusammenhänge zwischen konkreten Verträgen der gesetzlichen Krankenkassen und statistischen Auffälligkeiten in den Datenmeldungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) erkennen kann. Dieser Rückschluss ist durch die Kennzeichnung der aus einem Versorgungsvertrag stammenden Diagnosen mit der gemeldeten Vertragsnummer und dem Abgleich mit den RSA-Daten möglich. Dadurch können sowohl die Darlegungen einer Krankenkasse plausibilisiert als auch die Folgen eines rechtswidrigen Vertrages genauer bestimmt werden.

Vertragstransparenzverzeichnis zum 30. September 2020 veröffentlicht

Für die Einführung des Vertragsverzeichnisses hat der Gesetzgeber ein zweistufiges Verfahren vorgesehen. Pünktlich zum 30. September 2020 startete die erste Stufe mit der Veröffentlichung der Vertragsmerkmale der Vertrags-

form, der vertragsschließenden Krankenkasse und der für den jeweiligen Vertrag vergebenen Vertragsnummern. Das BAS hatte für die Datenmeldungen der Krankenkassen fristgerecht zum 31. Juli 2020 eine Bestimmung erlassen, in der das Nähere für diese Meldungen festgelegt worden ist. Nahezu alle gesetzlichen Krankenkassen sind ihrer gesetzlichen Pflicht, ihre Meldung abzugeben, gefolgt (vgl. § 293a Abs. 4 SGB V).

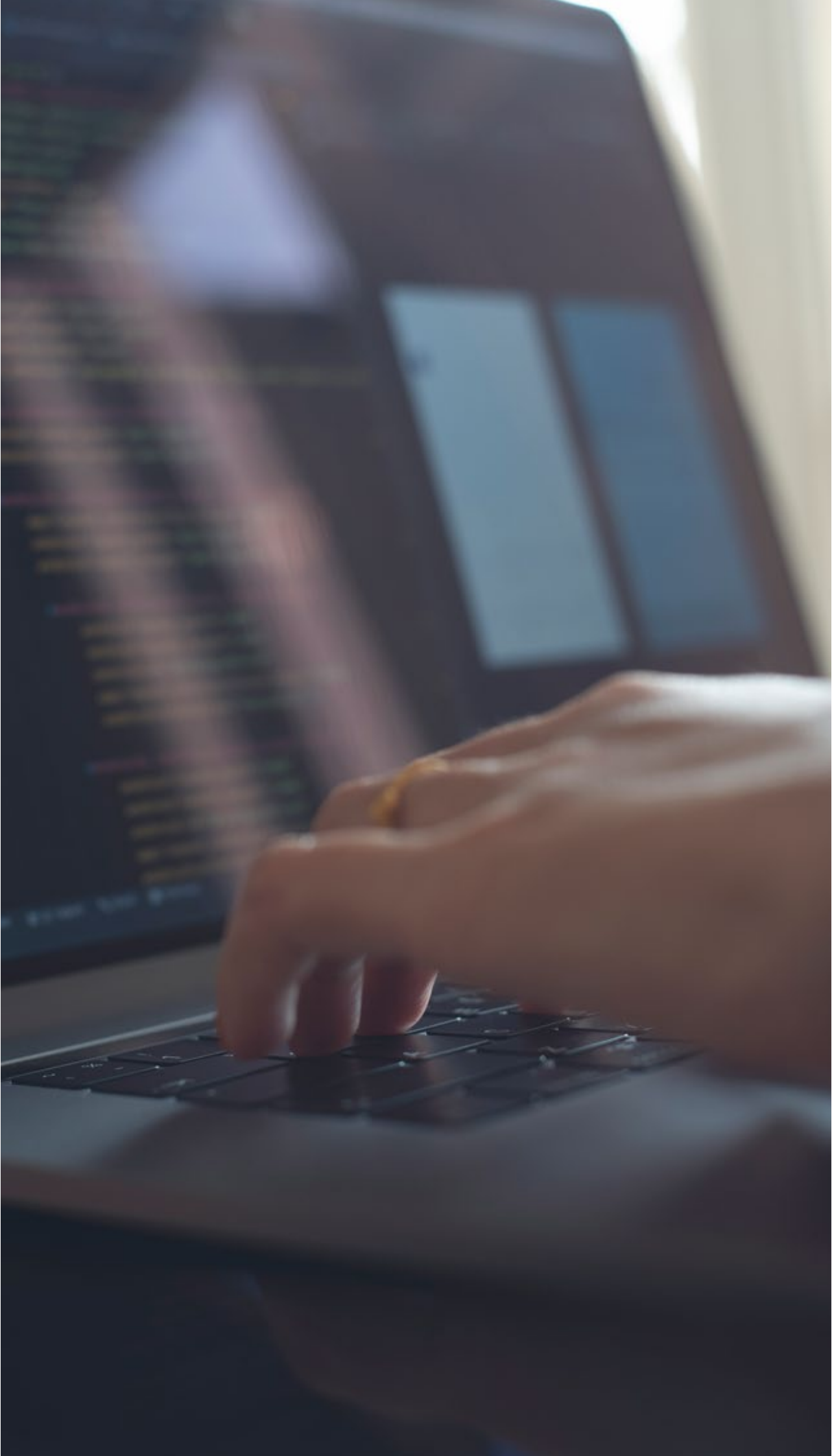
Die zweite Stufe des Verzeichnisses mit sämtlichen Angaben wird bis spätestens zum 30. September 2021 umzusetzen sein. Dann wird das Verzeichnis um die folgenden Angaben ergänzt:

- bei Verträgen zur besonderen Versorgung die Art teilnehmenden Leistungserbringer,
- Vertragsbeginn,
- Vertragsende,
- Wirksamkeit von Vertragsänderungen,
- Geltungsbereich des Vertrages sowie
- sofern von den Vertragsparteien vereinbart, auch die dem Vertrag als Einschlusskriterien zugrunde liegenden Diagnosen.

Die hierfür notwendigen Vorarbeiten zur Erstellung der 2. Bestimmung und für den Ausbau der Datenbank haben bereits im letzten Quartal 2020 begonnen.

Zahlen & Fakten

Im Vertragsverzeichnis sind bis zum 31. Dezember 2020 insgesamt 11.435 Datensätze eingegangen. 104 Krankenkassen haben bislang ihre Meldungen geliefert. Das BAS hat die eingegangenen Datenmeldungen auf Plausibilität geprüft und -falls notwendig- in Zusammenarbeit mit den meldenden Krankenkassen die entsprechenden Korrekturen veranlasst.





6. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung

6.1 Der Ausgleichsfonds als zentrale Finanzierungsstelle in Zeiten der Pandemie

Der Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung hat im Jahr 2020 wichtige Aufgaben zur Refinanzierung der Kosten für Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der Corona-Pandemie übernommen. Durch entsprechende Abrechnung über den Liquiditätsausgleich (6.2.) konnten die Pflegekassen ihre zusätzlichen Ausgaben zur Entlastung der Pflegeeinrichtungen in Form von Kostenerstattungen für pandemiebedingte Mehraufwendungen und Mindereinnahmen („Pflege-Rettungsschirm“ ab März 2020) gegenüber dem Ausgleichsfonds geltend machen. In gleicher Weise waren die Kosten der Pflegekassen für Vorauszahlungen an Pflegeeinrichtungen zur Weitergabe als Sonderleistungen an die Beschäftigten der Einrichtung („Corona-Prämien“) sowie die von den Pflegekassen nach der Coronavirus-Testverordnung (seit dem 15. Oktober 2020) zu tragenden Kosten zu berücksichtigen.

Um die pandemiebedingten Aufwendungen der Pflegekassen unter Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit des Ausgleichsfonds refinanzieren zu können, wurde diesem im Juli 2020 erstmals ein Bundeszuschuss in Höhe von 1,8 Mrd. Euro zugeführt. Ergänzend dazu setzt das BAS auf Basis der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse

der Pflegeversicherung die Beträge fest, mit denen sich die Versicherungsunternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend ihrem Finanzierungsanteil von jeweils 7% an den Kosten des Rettungsschirms sowie an den Testkosten beteiligen; der Anteil betrug für das erste Halbjahr 2020 rund 33,2 Mio. Euro. In gleicher Weise werden mit dem GKV-Spitzenverband zugunsten des Ausgleichsfonds diejenigen Kostenanteile abgerechnet, die die gesetzliche Krankenversicherung im Bereich des Rettungsschirms für ambulante Einrichtungen und stationäre Hospize einschließlich Testkosten sowie im Bereich der Corona-Prämien für Pflegekräfte nach Maßgabe spezifischer Verhältniswerte jeweils zu tragen hat bzw. hatte; der Finanzierungsanteil betrug 107 Mio. Euro für das erste Halbjahr 2020, davon rund 37,5 Mio. Euro für Prämienzahlungen. Die durch den GKV-Spitzenverband und den Verband der PKV zu leistenden Finanzierungsbeiträge an den Kosten des Rettungsschirms im dritten Quartal 2020 (Gesamtkosten in Höhe von 693,4 Mio. Euro) und im vierten Quartal (Gesamtkosten von 649,5 Mio. Euro einschließlich erster Testkosten) wurden mit Blick auf die zeitversetzte Veröffentlichung der Vierteljahresstatistik und die notwendige Erhebung der (Umlage-) Beträge von den jeweiligen Mitgliedskassen bzw. -unternehmen erst im April 2021 vereinnahmt.

Das Prinzip, dass sich die privaten Versicherungsunternehmen (und ausnahmsweise auch die gesetzliche Krankenversicherung) an den Kosten für bestimmte Aufwendungen der Pflegekassen und des Ausgleichsfonds beteiligen, ist nicht auf die pandemiebedingten Sonder-



CORONA-SCHLAGLICHT

Die Pflegeversicherung erhält in der Corona-Krise einen Bundeszuschuss von 1,8 Mrd. Euro.

finanzierungstatbestände beschränkt. Dabei wird grundsätzlich nicht danach differenziert, ob der Ausgleichsfonds die Mittel seinerseits über den Liquiditätsausgleich oder in Form von Direktzahlungen (s. 6.3.) zur Verfügung stellt. Insgesamt sind dem Ausgleichsfonds im Jahr 2020 rund 862,6 Mio. Euro an Finanzierungsbeiträgen zugeflossen. Auf die Finanzierung für Vergütungsschläge für zusätzliches Pflegepersonal in vollstationären Einrichtungen entfielen jeweils 640 Mio. Euro seitens der gesetzlichen Krankenversicherung und 77 Mio. Euro seitens der privaten Pflegepflichtversicherung (hiervon 33 Mio. Euro für das Jahr 2019).

6.2 Finanzausgleich und Finanzentwicklung

Die vorbezeichnete Entwicklung führte im Jahr 2020 zu einem deutlichen Anstieg der Leistungsausgaben der Pflegekassen (um 11,8 % gegenüber dem Vorjahr auf rd. 45,43 Mrd. Euro). Demgegenüber ist der ebenfalls starke Anstieg der Leistungsausgaben des Ausgleichsfonds (um rd. 265,6 % auf 165,5 Mio. Euro) wesentlich auf erhöhte Ausgaben bei der Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege (dazu 6.3.) zurückzuführen. Die Einnahmen der Pflegekassen in Höhe von 37,54 Mrd. Euro lagen Jahr 2020 nur geringfügig (2,1 %) über denen des Vorjahres; die des Ausgleichsfonds (10,35 Mrd. Euro) nahmen um 6,2 % zu. Der Bundeszuschuss und die zusätzlichen Finanzierungsbeiträgen der gesetzlichen Kranken- und der privaten Pflege-Pflichtversicherung (s. 6.1) haben sich dahingehend ausgewirkt, dass das Jahresergebnis der Pflegeversicherung insgesamt positiv ausfällt.

Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung

	Beträge 2020 absolut in Mio. Euro	Veränderungen gegenüber 2019 in %
Einnahmen		
Beitragseinnahmen	47.889	2,9
Sonstige Einnahmen	2.726	280,8
Einnahmen insgesamt	50.616	7,1
Ausgaben		
Leistungsausgaben	45.599	12,1
Verwaltungskosten	1.417	10,0
Hälfte MDK	530	8,6
Vorsorgefonds	1.525	3,3
Sonstige Ausgaben	14	-17,7
Ausgaben insgesamt	49.086	11,7
Jahresergebnis	1.530	

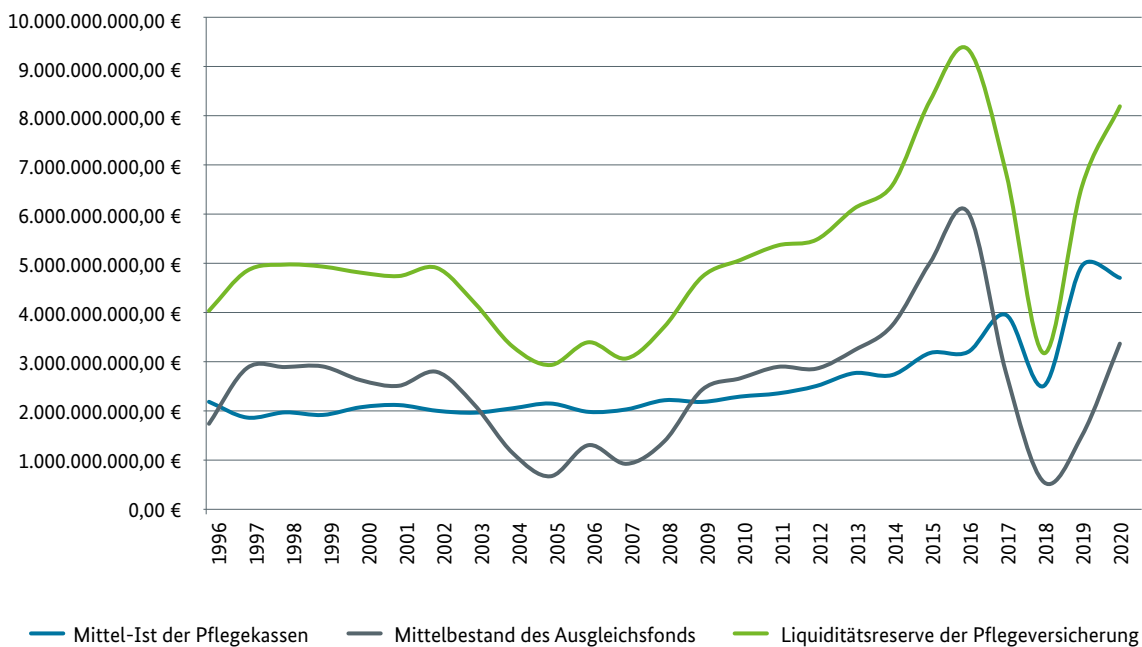
Im Jahr 2020 hat das BAS monatsdurchschnittlich rd. 1,46 Mrd. Euro (insgesamt rd. 17,47 Mrd. Euro) aus Mitteln des Ausgleichsfonds an diejenigen Pflegekassen überwiesen, denen weniger Mittel zur Verfügung standen, als an Betriebsmitteln und Rücklagen gesetzlich vorzuhalten sind (rund 8 % mehr als im Vorjahr). Dem gegenüber standen Zahlungen an den Ausgleichsfonds in Höhe von monatsdurchschnittlich rd. 664 Mio. Euro (insgesamt rd. 7,97 Mrd. Euro) durch diejenigen Pflegekassen, deren Mittel-Ist das Soll überstieg (-3 % gegenüber dem Vorjahr). Der hinter diesen Kennzahlen stehende Liquiditätsausgleich zwischen den Pflegekassen ist erforderlich, weil die Pflegekassen aufgrund ihrer unterschiedlichen Versicherungsstruktur über unterschiedlich hohe Einnahmen verfügen und unterschiedlich hohe Ausgaben verzeichnen, während gleichzeitig ein für alle Pflegekassen einheitlicher Beitragssatz von derzeit 3,05 % gilt (mit Zuschlag für nicht Kinder Erziehende in Höhe von 0,25 %). Es gilt das den Liquiditätsausgleich tragende Prinzip, dass die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen werden. Mit Wirkung vom 1. September 2020 haben das BAS und der GKV-Spitzenverband die Vereinbarung zur Durchführung des Finanzausgleichs neu gefasst.

Über die Einzahlungen im Rahmen des Finanzausgleichs hinaus hat der Ausgleichsfonds im Jahr 2020 rd. 10,35 Mrd. Euro an direkten Beiträgen vereinnahmt. Der Mittelbestand des Ausgleichsfonds belief sich Ende des Jahres 2020 auf rd. 3,38 Mrd. Euro. Der signifikante Anstieg im Verhältnis zum Mittel-Ist des Ausgleichsfonds i.H.v. rd. 1,56 Mrd. Euro zum Ende des Vorjahres (2019) geht wesentlich auf den im Juli 2020 dem Ausgleichsfonds erstmals und kurzfristig zugeführten Bundeszuschuss

(i.H.v. 1,8 Mrd.) sowie auf zusätzliche Finanzierungsbeiträgen von GKV und PKV i.H.v. von rund 140 Mio. Euro (s. 6.1.) zurück.

Unter Hinzurechnung der Mittelbestände der Pflegekassen in Höhe von insgesamt 4,68 Mrd. Euro zum Ende des Jahres 2019 betrug die so zusammen gesetzte Liquiditätsreserve der Sozialen Pflegeversicherung 8,054 Mrd. Euro.

Entwicklung des Mittelbestandes der sozialen Pflegeversicherung



Im Jahr 2020 hat der Ausgleichsfonds Negativzinsen in Höhe von ca. 11,6 Mio. Euro aufgewendet (2019: rd. 4 Mio. Euro), u. a. bedingt durch den ungünstigen Marktzins, den vorbezeichneten Mittelzuwachs sowie dadurch, dass der Ausgleichsfonds Liquidität in größerem Umfang allein im monatlichen Auszahlungstermin des Liquiditätsausgleichs an die Pflegekassen weiterreicht. Hinzu kam die pandemiebedingt temporäre Aussetzung der Geldanlage, die nicht nur im Zeichen anfänglich drohender Instabilität des Bankensektors, sondern auch mit Blick auf die hohen Liquiditätsvorhaltungen für (schwer abschätzbare) Corona-bedingte Mehrausgaben ohne anfänglich planbaren Bundeszuschuss veranlasst war.

6.3 Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege

Mit Wirkung für den Finanzierungszeitraum ab 2020 werden die soziale Pflegeversicherung und die private Pflege-Pflichtversicherung an der Finanzierung der (neuen, generalistischen) Pflegeausbildung beteiligt. Der Anteil der Pflegeversicherung an der Aufbringung des Finanzierungsbedarfs beträgt 3,6 Prozent und ergänzt die einrichtungsbezogenen Umlagebeiträge und den Beitrag des jeweiligen Landes. Der Finanzierungsbeitrag der Pflegeversicherung wird in Form jährlicher Direktzahlungen an

die auf Landesebene verwalteten (gleichnamigen) Ausgleichsfonds („Pflegeausbildungsfonds“) geleistet. Die Direktzahlung (Einzahlung) erfolgt aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zum 30. November des Festsetzungsjahres (Vorjahr des Finanzierungszeitraums).

Im Jahr 2020 leistete das BAS aus Mitteln des Ausgleichsfonds rund 114,9 Mio. Euro an Direktzahlungen für den

Finanzierungszeitraum 2021 (zum 30. November 2021) sowie weitere 20,7 Mio. für den laufenden Finanzierungszeitraum 2020 an Länder, in denen die Ausbildung noch nicht zum 1. Januar 2020 begonnen hatte. Insoweit fallen die Zahlungen für das Jahr 2021 erwartungsgemäß deutlich höher aus. Die private Pflege-Pflichtversicherung hat der sozialen Pflegeversicherung im März 2020 rund 1,9 Mio. Euro (10%) der bereits im November 2019 geleisteten Direktzahlungen erstattet.

Auszahlungsbeträge gem. § 33 Abs. 1 Nr. 4 PflBG (Direktfinanzierung) nach Ländern

Land	Finanzierungszeitraum 2021 (Auszahlung 2020)	Finanzierungszeitraum 2020 (Auszahlung 2020)	Finanzierungszeitraum 2020 (Auszahlung 2019)
Baden-Württemberg	14.047.820,54 €		4.839.202,73 €
Bayern	15.463.639,07 €	4.461.814,69 €	
Berlin	3.763.397,79 €	2.010.019,41 €	
Brandenburg	2.703.451,71 €	875.751,94 €	
Bremen	1.098.261,16 €	403.044,27 €	
Hamburg	2.684.551,02 €		914.233,24 €
Hessen	7.489.664,26 €	2.062.356,56 €	
Mecklenburg-Vorpommern	2.272.757,87 €	788.547,79 €	
Niedersachsen	9.628.738,26 €	4.245.790,70 €	
Nordrhein-Westfalen	32.801.436,74 €		11.533.879,56 €
Rheinland-Pfalz	5.666.319,90 €	1.588.894,46 €	
Saarland	2.037.681,00 €	647.760,52 €	
Sachsen	5.896.069,23 €	2.001.726,03 €	
Sachsen-Anhalt	2.419.663,24 €	739.456,80 €	
Schleswig-Holstein	3.682.366,00 €		1.429.443,00 €
Thüringen	3.231.574,09 €	882.151,82 €	
Gesamt	114.887.391,89 €	20.707.314,99 €	18.716.758,53 €

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

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

anknüpft. Hinzu kommt die Finanzierung von Einrichtungen und Vorhaben im Wege der ausschließlichen Finanzierung aus Mitteln der Pflegeversicherung.

Über alle Tatbestände hinweg hat das BAS im Jahr 2020 deutlich mehr als 3.000 Mittelanforderungen bearbeitet, die Gelder zur Auszahlung gebracht, Rückzahlungen vereinbart und, insbesondere zur Ermittlung des Finanzierungsanteils der Privaten Pflege-Pflichtversicherung, den Umfang und die Ausschöpfung diverser Budgets, Übertragungsanteile und „Überlauföpfe“ errechnet. Parallel dazu wurden zwei zentrale Finanzierungsvereinbarungen mit dem GKV-Spitzenverband (eine davon auch unter Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung) neu gefasst.

Die zur Förderung insgesamt eingesetzten Mittel des Ausgleichsfonds in Höhe von 29,88 Mio. Euro (+12,6% gegenüber dem Vorjahr) wurden nach Art der geförderten Vorhaben, Maßnahmen und Einrichtungen wie folgt verausgabt:

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

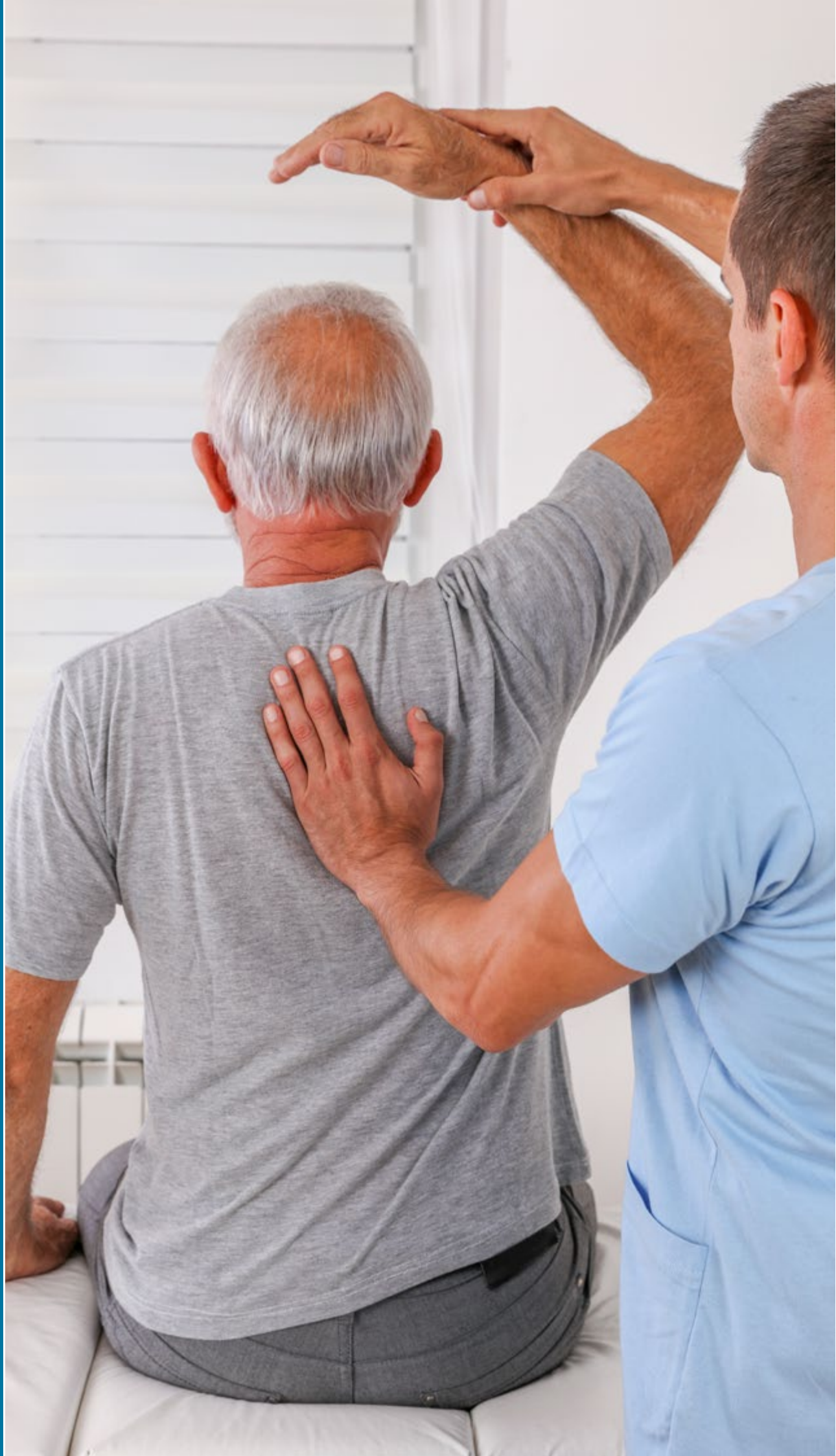
Fördertatbestand / Art der Maßnahme / Einrichtung	Volumen in Mio. Euro
Angebote zur Unterstützung im Alltag	10,61
Förderung des Ehrenamtes	1,75
Förderung der Selbsthilfe	2,28
Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen	6,09
Modellvorhaben im Bereich der Selbsthilfe	1,39
Modellvorhaben zur Erprobung neuer Wohnformen	0,34
Qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege einschließlich wissenschaftlicher Aufträge	2,33
Regionale Netzwerke	1,52
Datenauswertungsstelle	0,83
Modellvorhaben der Spitzenverbände	2,65

6.5 Pflegevorsorgefonds

Aus Mitteln des Ausgleichsfonds wurden im Jahr 2020 rund 1,53 Mrd. Euro an den Vorsorgefonds der Pflegeversicherung überwiesen. Der Vorsorgefonds ist mit Beginn des Jahres 2015 als Sondervermögen zum Zwecke der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung der Pflegeversicherung errichtet worden. Die Summe der

von Ausgleichsfonds zugunsten des Vorsorgefonds geleisteten Zuführungen der Jahre 2015 bis 2020 beläuft sich auf 8,16 Mrd. Euro. Der Marktwert des Anlagenportfolios dieses Sondervermögens, das von der Deutschen Bundesbank verwaltet wird, betrug am Ende des Jahres 2020 rund 9 Mrd. Euro. Seit dem Jahr 2020 obliegt dem BAS auch die Vertretung des Vorsorgefonds in gerichtlichen Verfahren.





7. Strukturierte Behandlungsprogramme

Das BAS ist für die zentrale Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease Management Programme – DMP) der bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen zuständig. Die Zahl der neuen DMP-Indikationen hat sich weiter erhöht: so ist 2020 Osteoporose als neue Indikation zu den bereits bestehenden 9 Indikationen hinzugekommen.

Ziel der Programme ist eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen, insbesondere durch leitlinienorientierte Behandlung und Koordinierung der Behandlungsprozesse über die Grenzen der einzelnen Versorgungsebenen hinweg.

Hier sind regelmäßig deutlich steigende Teilnehmerzahlen zu verzeichnen; in 2020 waren es rd. 8,4 Mio. Teilnahmen von 7,2 Mio. Versicherten, die an insgesamt 8.956 Programmen teilgenommen haben.

Indikation	Zulassungen	Teilnahme am DMP	Versicherte, die in einem (oder mehreren) DMP eingeschrieben sind
Asthma bronchiale	1.496	1.104.564	
Brustkrebs	1.446	153.943	
COPD	1.507	809.396	
Diabetes mellitus Typ 1	1.482	251.385	
Diabetes mellitus Typ 2	1.530	4.528.879	
KHK	1.495	1.998.101	
Herzinsuffizienz	0	0	
Rückenschmerz	0	0	
Depression	0	0	
Osteoporose	0	0	
Insgesamt	8.956	8.846.268	7.204.601

Stand: 31.12.2020

Die Diskrepanz der Teilnehmerzahlen in der letzten und vorletzten Spalte folgt daraus, dass es mehr „Teilnahmen“ am DMP gibt als „Teilnehmer“, da manche Versicherte gleichzeitig in mehr als ein DMP eingeschrieben sind. Für die Berücksichtigung im RSA zählt jeder Teilnehmer aber nur einmal; unabhängig davon, ob er an mehreren DMP teilnimmt.

Der Überblick über die Indikationen im DMP zeigt, dass bisher nur Zulassungen für die 6 „alten“ Indikationen bestehen. Dass es für die „neuen“ Indikationen noch keine Zulassungen gibt, liegt daran, dass von den Krankenkassen bisher keine Anträge gestellt wurden.





8. Überblick über Finanzhilfen des Gesundheitsfonds im Rahmen der COVID-19-Pandemie

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Versorgungsstrukturen in der Kranken- und Pflegeversicherung waren gravierend. Mit Hilfe eines Milliardenpakets musste Unterstützung für Leistungserbringer und Pflegeeinrichtungen geleistet werden. Für verschiedene Gruppen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen und in der Pflege wurden Finanzhilfen vorgesehen, die zu einem erheblichen Teil durch das BAS ausgezahlt und aus Mitteln des Gesundheitsfonds und des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert wurden. Zu den Empfängern

von Zahlungen gehörten u. a. Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen, zugelassen Leistungserbringer aus verschiedenen Heilmittelbereichen. Durch verschiedene Verordnungen wurden die Aufgaben des BAS im Laufe der Zeit erweitert, z. B. auf die Finanzierung von Corona-Testungen, Schutzmasken und Impfzentren. Für jede neue Aufgabe mussten Verwaltungsverfahren mit unterschiedlichen Beteiligten aufgebaut und Zahlungswege vereinbart werden. Nachfolgend wird ein Überblick über die verschiedenen Hilfefverfahren gegeben.

Verfahren: Ausgleichszahlungen an Heilmittelerbringer

Rechtsgrundlage:	§ 2 COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung
Inhalt:	Heilmittelerbringer erhalten für den Zeitraum 1. April bis 30. Juni 2020 pauschale Ausgleichszahlungen (i. d. R. 40 % des Umsatzes des 4. Quartals 2019) für corona-bedingte Einnahmeausfälle.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 814,6 Mio. Euro (Stand: 17. Mai 2021)
Zahlungsempfänger:	je Land eine Krankenkasse (lt. VO), der vdek hat die Abwicklung für elf Länder übernommen.
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
Status:	(fast) abgeschlossen, es sind nur noch wenige Einzelfälle (Nachläufer, Widersprüche) offen

Verfahren: CORONA-Prämie 2020 für Pflegekräfte in Krankenhäuser

Rechtsgrundlage:	§ 26a KHG
Inhalt:	Pflegekräfte in Krankenhäuser, die durch die Betreuung von vielen Corona-Patienten besonders belastet waren, erhalten bis zum Jahresende 2020 eine Prämie. In einigen Bundesländern ist die Prämienhöhe aus Landesmitteln aufgestockt worden.
Auszahlungsvolumen:	93 Mio. Euro
Zahlungsempfänger:	GKV-Spitzenverband
Finanzierung:	Liquiditätsreserve, weitere 7 Mio. Euro werden von der PKV bereitgestellt
Status:	Die Auszahlung ist erfolgt, die Krankenhäuser haben bis Ende September 2021 die zweckgerechte Mittelverwendung nachzuweisen, andernfalls sind die erhaltenen Beträge zurückzuzahlen.

Verfahren: CORONA-Prämie 2021 für Pflegekräfte in Krankenhäuser

Rechtsgrundlage:	§ 26d KHG
Inhalt:	Pflegekräfte in Krankenhäuser, die durch die Betreuung von vielen Corona-Patienten besonders belastet waren, erhalten bis zum 30. Juni 2021 eine Prämie.
Auszahlungsvolumen:	450 Mio. Euro
Zahlungsempfänger:	GKV-Spitzenverband
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	Die Auszahlung ist erfolgt, die Krankenhäuser haben bis Ende März 2022 die zweckgerechte Mittelverwendung nachzuweisen, andernfalls sind die erhaltenen Beträge zurückzuzahlen.

Verfahren: Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser zur Schaffung von Intensivbetten

Rechtsgrundlage:	§ 21 Abs. 5 KHG
Inhalt:	Krankenhäuser erhalten für die Schaffung von zusätzlichen Intensivbetten in der Zeit vom 28. März bis zum 30. September 2020 eine Einmalzahlung von 50.000 Euro je Bett.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	686,1 Mio. Euro, dies entspricht 13.722 Intensivbetten (Stand: 17. Mai 2021)
Zahlungsempfänger:	Länder
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
Status:	fast abgeschlossen, in einigen Ländern müssen noch Nachläufer beschieden werden, zudem sind einige Klagen anhängig.

Verfahren: Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser wegen der Nichtbelegung von Betten (Ausgleichszeitraum 16. März bis 30. September 2020)

Rechtsgrundlage:	§ 21 Abs. 1 und 4 KHG
Inhalt:	Krankenhäuser erhalten Ausgleichszahlungen, wenn die Zahl der voll- oder teilstationär behandelten Patienten in dem genannten Zeitraum den Referenzwert (im Jahr 2019 jahresdurchschnittlich pro Tag behandelte Zahl an Patienten) unterschreitet. Die Pauschale je Patienten und Tag betrug zunächst einheitlich 560 Euro pro Tag und wurde zum 13.7. auf krankenhaushausindividuelle Pauschalen umgestellt.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 8,96 Mrd. Euro (Stand: 17. Mai 2021)
Zahlungsempfänger:	Länder
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	fast abgeschlossen, in einigen Ländern müssen noch Nachläufer beschieden werden, zudem sind einige Klagen anhängig.

Verfahren: Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehaeinrichtungen sowie an Einrichtungen des Müttergenesungswerkes wegen der Nichtbelegung von Betten (Ausgleichszeitraum 16. März bis 30. September 2020)

Rechtsgrundlage:	§ 111d Abs. 1 SGB V, § 3 Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung
Inhalt:	Die Einrichtungen erhalten Ausgleichszahlungen, wenn die Zahl der vollstationär behandelten Patienten in dem genannten Zeitraum den Referenzwert (im Jahr 2019 jahresdurchschnittlich pro Tag behandelte Zahl an Patienten) unterschreitet. Die Pauschale beträgt 60 % des mit den Krankenkassen vereinbarten Vergütungssatzes. Soweit die Einrichtungen vorrangige Mittel aus Vergütungen oder Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen erhalten, sind die Ausgleichszahlungen zu erstatten.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	312,7 Mio. Euro (Stand: 17.05.2021)
Zahlungsempfänger:	Länder (NRW, Bayern, Sachsen), ansonsten benannte Krankenkassen
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
Status:	fast abgeschlossen, in einigen Ländern müssen noch Nachläufer beschieden werden, zudem sind einige Klagen anhängig.

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

Rechtsgrundlage:	§ 9 Abs. 1 SodEG
Inhalt:	Soziale Dienstleister im Bereich der interdisziplinären Früherkennung und Früherkennung von Kindern und Jugendlichen erhalten für den Zeitraum vom 28.3.2020 bis zum 31. Dezember 2021 bzw. bis zur Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite Zuschüsse in Höhe von maximal 75 % der monatsdurchschnittlichen Zuschüsse des Vorjahres. Soweit die Einrichtungen vorrangige Mittel aus Vergütungen oder Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen erhalten, sind die Ausgleichszahlungen zu erstatten.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 8,1 Mio. Euro (Stand: 17. Mai.2021)
Zahlungsempfänger:	benannte Krankenkassen
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
Status:	läuft

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

Rechtsgrundlage:	§ 21 Abs. 1a und 4a KHG
Inhalt:	Krankenhäuser in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt mit einem Inzidenzwert von über 70 und einem Anteil freier Intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten von unter 25 % erhalten Ausgleichszahlungen für die Zeit ab dem 18. November 2020 bis zum 31. Januar 2021, der Ausgleichszeitraum ist durch Rechtsverordnung mehrfach verlängert werden. Die Krankenhäuser werden von den Ländern ausgewählt. Die Pauschalen je Patienten und Tag betragen 90 % der in der Anlage zur COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung genannten Pauschalen.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 4,90 Mrd. Euro. (Stand: 17. Mai 2021)
Zahlungsempfänger:	Länder
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund
Status:	läuft

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

Rechtsgrundlage:	§ 111d Abs. 1 SGB V, § 3 Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung
Inhalt:	Die Einrichtungen erhalten Ausgleichszahlungen, wenn die Zahl der vollstationär behandelten Patienten in dem genannten Zeitraum unterhalb des Referenzwertes (im Jahr 2019 jahresdurchschnittlich pro Tag behandelte Zahl an Patienten) liegt. Der Ausgleichszeitraum wurde durch Rechtsverordnung mehrfach verlängert. Die Pauschale beträgt 50 % des mit den Krankenkassen vereinbarten Vergütungssatzes. Soweit die Einrichtungen vorrangige Mittel aus Vergütungen oder Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen erhalten, sind die Ausgleichszahlungen zu erstatten.
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	226,6 Mio. Euro (Stand: 17. Mai 2021)
Zahlungsempfänger:	Länder (NRW, Bayern, Sachsen), ansonsten benannte Krankenkassen
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	läuft

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

Inhalt:	Die Aufwendungen für bestimmte Testungen von Personen auf den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 werden über die KVen mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Einzelheiten sind in der Coronavirus-Testverordnung geregelt. Die einzelnen Regelungen werden in Abhängigkeit von der Entwicklung des Pandemiegeschehens ständig weiterentwickelt.
Rechtsgrundlage:	§ 20i SGB V i.V.m. Coronavirus-Testverordnung
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	1,71 Mrd. Euro (Stand: 17. Mai 2021)
Zahlungsempfänger:	Kassenärztliche Vereinigungen
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, in 2021 werden die Aufwendungen des Gesundheitsfonds für Testungen vom Bund erstattet.
Status:	läuft

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

Inhalt:	Die Kosten der vom Bund beschafften Arzneimittel mit dem Wirkstoff Remdesivir sind aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und von den privaten Krankenversicherungsunternehmen zu erstatten.
Rechtsgrundlage:	§ 26b KHG
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 58,4 Mio. Euro
Zahlungsempfänger:	Bund
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, Beteiligung der PKV in Höhe von 7 % der Gesamtaufwendungen
Status:	Der Bund wird Ende 2021 eine Spitzabrechnung anhand der angewendeten Mengen durchführen.

Verfahren: Kostentragung von Schutzmasken für bestimmte Personengruppen

Inhalt:	§ 20i Abs. 3 Satz 2 Nr. 1c) SGB V ermächtigt das BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Bestimmung des Anspruchs von bestimmten Versicherten auf Schutzmasken. Die anspruchsberechtigten Versicherten (alle über 60, Personen mit Vorerkrankungen, Bezieher von Arbeitslosengeld II) erhalten von ihrer Krankenkasse/privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Berechtigungsschein über die Abgabe von 15 FFP2-Schutzmasken je Person bzw. ein entsprechendes Informationsschreiben (Bezieher von Arbeitslosengeld II). Die Versicherten erhalten die Masken in der Apotheke, die Apotheken melden die Zahl der abgegebenen Masken ihrem Rechenzentrum, die Rechenzentren melden monatlich die Gesamtzahl der abgegebenen Masken an das BAS, die Zahlung des BAS erfolgt an einzelne Rechenzentren. Zudem wird den gesetzlichen und privaten Krankenkassen eine Aufwandspauschale (Portokosten etc.) für die Information der anspruchsberechtigten Personen erstattet.
Rechtsgrundlage:	§ 20i SGB V i.V.m. Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 2,06 Mrd. Euro (Stand: 17. Mai 2021)
Zahlungsempfänger:	16 Apothekenrechnungszentren, GKV-Spitzenverband, PKV-Verband,
Finanzierung:	Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	läuft, die Auszahlungen sollen im Juni 2021 abgeschlossen werden.

Verfahren: Kostentragung für Impfungen

Inhalt:	§ 20i Abs. 3 Satz 2 Nr. 1a) SGB V ermächtigt das BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Bestimmung des Anspruchs von Versicherten auf bestimmte Impfungen, insbesondere gegen das Coronavirus. Die Kosten für den Aufbau und die Organisation von Impfzentren gemeinsam von den Ländern (zu 50%) und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (zu 46,5%) sowie der Privaten Krankenversicherung (zu 3,5%) getragen werden. Die Länder sind zuständig für die Organisation der Impfzentren. Der Bund stellt den Impfzentren die durch ihn beschafften Impfstoffe ohne Refinanzierung zur Verfügung. Ebenso werden die Kosten der KBV für die Erstellung einer Terminvergabesoftware vom Gesundheitsfonds erstattet. Die niedergelassenen Ärzte erhalten eine Aufwandspauschale für durchgeführte Schutzimpfungen, für Impfberatungen ohne durchgeführte Impfungen sowie für die Ausstellung eines Impfberechtigungsscheines, die Abrechnung mit dem Gesundheitsfonds erfolgt über die KVen. Die Apotheken und der Pharmagroßhandel erhalten eine Aufwandspauschale für die Abgabe der Impfstoffe an die niedergelassenen Ärzte. Die Abrechnung mit dem Gesundheitsfonds erfolgt über die Apothekenrechenzentren.
Rechtsgrundlage:	§ 20i SGB V i.V.m. Coronavirus-Impfverordnung
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 423,6 Mio. Euro (Stand: 17. Mai 2021)
Zahlungsempfänger:	Länder, KVen, KBV
Finanzierung:	Impfzentren: Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (die in 2021 entstandenen Kosten der Impfzentren werden aus Bundesmitteln refinanziert), ansonsten: Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve mit anschließender Erstattung durch den Bund.
Status:	läuft

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

Inhalt:	Vom Bund beschaffte, nicht zugelassene Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern (Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern) werden im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten zur Anwendung bei Patientinnen und Patienten, die sich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert haben, nach der § 1 Abs. 1 Monoklonale-Antikörper-Verordnung (MAKV) kostenfrei bereitgestellt, wenn die Anwendung medizinisch indiziert ist. Die Arzneimittel werden über damit beauftragte Krankenhausapotheken zur Verfügung gestellt: Die beliefernden Krankenhausapotheken erhalten je Lieferung eine Logistikpauschale von 100 Euro je Lieferung, die Zahlung des BAS erfolgt quartalsweise an das jeweilige Rechenzentrum.
Rechtsgrundlage:	§ 5 MAKV
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	0 Euro (Stand: 17. Mai 2021)
Zahlungsempfänger:	Rechnungszentren der Krankenhausapotheken
Finanzierung:	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
Status:	Verfahrensabstimmung

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

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

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

Inhalt:	Um die Verbreitung und das Auftreten neuer Virusmutationen frühzeitig zu erkennen, wird in Abhängigkeit von der Zahl der Neuinfektionen ein bestimmter Anteil der Erregerproben in Laboreinrichtungen einer Vollgenomsequenzierung unterzogen. Die Kosten der Laboreinrichtungen tragen die Kassenärztlichen Vereinigungen und werden aus dem Bundeshaushalt refinanziert.
Rechtsgrundlage:	Corona-Surveillanceverordnung
Bisheriges Auszahlungsvolumen:	rd. 27 Mio. Euro (Stand: 15. Juni 2021)
Zahlungsempfänger:	Kassenärztliche Vereinigungen
Finanzierung:	Bundeshaushalt
Status:	Die Verordnung tritt am 31. März 2022 außer Kraft.





9. Aufsicht über die ZfP / Ordnungswidrigkeitenbehörde / Meldestelle

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

Die staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge ist in den §§ 126 – 128 SGB XI und in der Pflegedurchführungsverordnung (PflvDV) festgelegt. Die bei der Deutschen Rentenversicherung Bund angegliederte ZfP nimmt die sich aus dem Vierzehnten Kapitel des SGB XI ergebenden Aufgaben zur Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge wahr.

Im Rahmen der Rechtsaufsicht prüfte das BAS, ob die ZfP ihre Aufgaben rechtskonform ausübt. Prüft Themen waren – wie im Vorjahr – das Festsetzungsverfahren, Finanzkassensicherheit-Schwachstellenanalyse, die Rückforderungsverfahren, die Informationen auf der Homepage, Änderungen der Kommunikationshandbücher sowie die Aufbewahrungs- und Löschrufen.

Das BAS hat in diesem Zusammenhang auch im Berichtsjahr seine Aufgabe als zuständige Verwaltungsbehörde für Ordnungswidrigkeiten wahrgenommen und 82 Bußgeldverfahren durchgeführt. Ordnungswidrig handelt ein privates Versicherungsunternehmen, wenn es schuldhaft bestimmte Daten nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig an die ZfP übermittelt. In der Praxis betrifft dies z. B. Fälle, in denen die Verfahrensweise bei

Feststellung einer Doppelversicherung zu beanstanden war oder der Mindestbeitrag von 10 Euro pro Monat vom Versicherten nicht gezahlt wurde, das Versicherungsunternehmen jedoch gleichwohl eine Zulage beantragt hatte.

Einleitung von Ordnungswidrigkeitenverfahren bei Versicherten im Bereich der privaten Pflegeversicherung

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

Im Berichtsjahr wurden dem BAS insgesamt 134.046 Meldungen erstattet. Die Anzahl der Meldungen ist – ebenso wie im letzten Jahr – im Verhältnis zum Vorjahr (143.240) leicht zurückgegangen. Wie auch in den vergangenen Jahren erfolgen die Meldungen überwiegend aufgrund des Prämienverzuges von versicherten Personen. Das BAS prüft die erstatteten Meldungen und leitet sie dann an die für die Verfolgung und Ahndung der entsprechenden Ordnungswidrigkeiten zuständigen Verwaltungsbehörden in den Bundesländern weiter.



10. Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung

Das BAS bewirtschaftet die Mittel des Bundes, die an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt werden; dabei wurden in 2020 insgesamt ca. 102,6 Mrd. Euro überwiesen. Diese Summe entspricht ca. 29,6% der Einnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung und trägt damit wesentlich zur finanziellen Stabilität des Rentenversicherungssystems bei.

In diesem Betrag enthalten sind u. a. die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung in Höhe von 75,3 Mrd. Euro und die Beiträge des Bundes für Kin-

dererziehungszeiten in Höhe von 16,2 Mrd. Euro sowie die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Versorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) in Höhe von 5,8 Mrd. Euro.

Auch die Zuschüsse des Bundes an die Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger (VdBS) werden durch das BAS bewirtschaftet und stiegen in 2020 auf 76,7 Mio. € im Vergleich zu 75,4 Mio. € im Jahr 2019 an.



11. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung

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

Für das Jahr 2020 betrug die Lastenverteilung insgesamt ca. 813,1 Mio. € und hat sich damit gegenüber dem Vorjahr um ca. 15,3 Mio. € erhöht. Dabei sind in der Regel

fünf BGen ausgleichspflichtig (Verwaltungs-BG, BG Handel und Warenlogistik, BG Energie Textil Elektro Medien-erzeugnisse, BG Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation) und vier BGen ausgleichsberechtigt (BG Rohstoffe und chemische Industrie, BG der Bauwirtschaft, BG Holz und Metall und BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe).



3. Teil

Sonderaufgaben



1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz

Arbeitsalltag unter der Corona-Pandemie

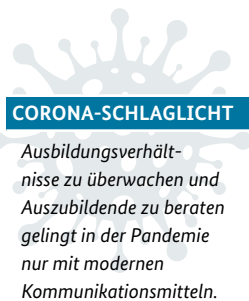
Die Corona-Pandemie hat das BAS auch in seiner Eigenschaft als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz vor Herausforderungen gestellt. Durch das Engagement und gute Zusammenwirken aller Beteiligten (Auszubildende, Träger, zuständige Stelle) gelang es dennoch, die Zwischen-, Abschluss- und Fortbildungsprüfungen planmäßig durchzuführen. Die Möglichkeiten der modernen Kommunikationstechniken spielten dabei eine wichtige Rolle. So konnte die zuständige Stelle zum Beispiel trotz der erschwerten Bedingungen die Ausbildungsverhältnisse überwachen und die Auszubildenden bedarfsgerecht beraten. Insgesamt hat die Pandemie die Diskussion um eine Digitalisierung von Ausbildung und Prüfung befeuert.

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

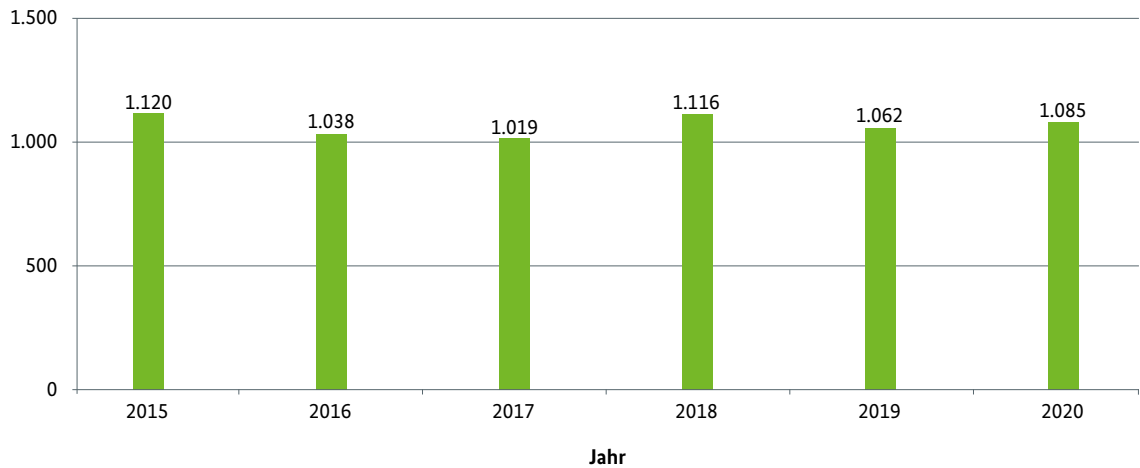
1.1 Ausbildungsplatzsituation

Am Stichtag 31.12.2020 bestanden 2.966 Ausbildungsverhältnisse der Einstellungsjahrgänge 2018 bis 2020 in den verwaltungseigenen Berufen. Davon 2.931 zu Sozialversicherungsfachangestellten, 19 zu Kaufleuten für Büromanagement, sieben zu Verwaltungsfachangestellten und neun beim BAS selbst zu Verwaltungsfachangestellten.

Die Zahl der in 2020 abgeschlossenen Ausbildungsverträge bei den Sozialversicherungsträgern in den verwaltungseigenen Berufen ist zwar leicht angestiegen, aber noch nicht wieder auf das Niveau von 2018.



Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in verwaltungseigenen Berufen (einschließlich Abbrecher)



Der Zuwachs ist auf die Einstellungsleistungen der Deutschen Rentenversicherung Bund mit 292 Ausbildungsverträgen im Beruf der Sozialversicherungsfachangestellten (45 mehr als im Vorjahr) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung mit 87 Ausbildungsverträgen (17 mehr als im Vorjahr) zurückzuführen. Bei den Krankenversi-

cherungsträgern ist die Ausbildungszahl in diesem Beruf hingegen nochmal um 38 Ausbildungsverträge auf 567 zurückgegangen. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sind die Einstellungszahlen nahezu gleichgeblieben.

Verteilung der Ausbildungsverhältnisse in verwaltungseigenen Berufen auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

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

Im Einstellungsjahrgang 2020 verfügten rund 70,64 % der Auszubildenden über Hoch- oder Fachhochschulreife, 29,08 % über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss und drei Auszubildende über einen Hauptschulabschluss.

1.2 Beratung und Überwachung

Auch die Ausbildungsberatung des BAS als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz war geprägt von den besonderen Umständen der Pandemie. Aufgrund der Corona-bedingten Einschränkungen insbesondere im

Lehrgangsbetrieb konnten seit Mitte März 2020, wenn überhaupt, nur noch Auszubildende in wenigen Lehrgängen und Geschäftsstellen persönlich aufgesucht und beraten werden. Stattdessen gab es einen regen telefonischen und/oder digitalen Austausch mit Auszubildenden, Ausbildern und Dozenten.

Im Berichtszeitraum wurden bundesweit nur 1.156 Nachwuchskräfte der Ausbildungsberufe zur/zum Sozialver-

sicherungsfachangestellten, zur Kauffrau/zum Kaufmann im Gesundheitswesen, zur Kauffrau/zum Kaufmann für Büromanagement sowie zum Fachinformatiker/zur Fachinformatikerin über die bevorstehenden Zwischen- und Abschlussprüfungen vor Ort beraten. Mit rund 75 % die meisten – wie auch schon in den Jahren zuvor – bei den Nachwuchskräften der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Anzahl der in Präsenz beratenen Auszubildenden nach Trägern

	Lehrgänge	Geschäftsstellen	Gesamt	in %
KV	853 (2.103)	16 (187)	869 (2.290)	75,17 (81,96)
DRV Bund	181 (180)	0	181 (180)	15,66 (6,44)
UV	0 (173)	0 (4)	0 (177)	0 (6,34)
SVLFG	0 (7)	0 (0)	0 (7)	0 (0,25)
DRV KBS	106 (140)	0	106 (140)	9,17 (5,01)
Summe:	1.140 (2.603)	16 (191)	1.156 (2794)	100

() = Vorjahr

Im Mittelpunkt der Gespräche mit den Trägern stand die Frage, wie die Ausbildung in den Ausbildungsstätten und den Seminaren des Vollzeitunterrichts trotz Lockdown und notwendiger Schutzmaßnahmen so gestaltet werden kann, dass möglichst viele Lerninhalte bei größtmöglicher Sicherheit für alle Beteiligten vermittelt werden. Wir haben die Verantwortlichen darin bestärkt, moderne Formen der Wissensvermittlung wie „blended- und hybrid-learning“ zu nutzen und haben sie bei der Auswahl der jeweils geeigneten Form unterstützt. Anfangs gab es einige Anlaufschwierigkeiten. Denn nicht überall waren die technischen Voraussetzungen gegeben. Es gab sowohl in der Ausbildung in den Geschäftsstellen als auch in den Vollzeitlehrgängen Ausfälle, Kürzungen und Ersatzplanungen. In wenigen Wochen haben die Träger ihre „normalen“ Lehrpläne soweit möglich in digitale Formate umstrukturiert. Im Vorteil waren die Träger, die ihre Auszubildenden bereits vor der Pandemie mit Tablets ausgestattet und erste Erfahrungen im digitalen Unterricht gesammelt hatten.

Ob im persönlichen Gespräch am Rande der Ausbildungsberatungen, in Lehrgängen oder Geschäftsstellen, am Telefon oder im E-Mail-Austausch: Die Auszubildenden

hatten wieder großen Informations- und Beratungsbedarf zu allen Themen rund um ihre Ausbildung, insbesondere vor dem Hintergrund der Pandemie. Im Vordergrund standen dabei die anstehenden Prüfungen, etwaige Versetzungen, Lernprobleme, organisatorische Probleme am Arbeitsplatz und die individuelle Ausbildungssituation.

Digitale Elemente waren in vielerlei Hinsicht wichtige Instrumente, um eine geordnete Ausbildung zu gewährleisten. Es hat sich aber auch gezeigt, wie wichtig sozialer Austausch und gruppendynamische Prozesse für die persönliche Entwicklung, für den Lernerfolg und für die Identifikation mit dem Träger sind.

Während der Sommermonate gab es eine Zeit lang „Normalbetrieb“ in der Ausbildungsberatung, zumindest im Hinblick auf Lehrgangsberatungen. Corona-bedingt war der Informationsbedarf durch die Unsicherheit, ob, wie und wo die Prüfungen stattfinden, aber deutlich höher als üblich. Hinzu kam, dass die wichtigen Wiederholungs-Lehrgänge vor den Abschlussprüfungen ausfielen. Dadurch fühlten sich die Auszubildenden in ihren Prüfungsvorbereitungen beeinträchtigt. Zum Beispiel wird das Beratungsgespräch im mündlichen Teil der Abschluss-

prüfung der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung normalerweise im Präsenzunterricht an beispielhaften Kundenberatungsgesprächen mit anschließender Fehleranalyse trainiert. Insoweit waren die Ausbildungsberater besonders in Überlegungen einbezogen, wie diese Beratungsgespräche alleine online zuhause bzw. auch in Zweiergruppen geübt werden können.

1.3 Prüfungen

2020 hat allen Beteiligten viel abverlangt. Die zuständige Stelle musste schnell auf die Anforderungen der Corona-Pandemie reagieren – nicht nur in der Ausbildungsberatung, sondern auch im Hinblick auf die Prüfungen. Während eines Erfahrungsaustauschs der zuständigen Stelle mit Mitgliedern von Prüfungsausschüssen im Januar 2020 war noch nicht absehbar, welche Auswirkungen die Corona-Pandemie auf die Berufsprüfungen haben würde.

Die zuständige Stelle hatte sich anders als andere zuständigen Stellen dafür entschieden, die Prüfungen zum geplanten Zeitpunkt durchzuführen und nicht zu verschieben – eine enorme zeitliche und organisatorische Herausforderung für alle Beteiligten. Zumal sich die Rahmenbedingungen sowohl tatsächlich als auch rechtlich fortwährend änderten. Gemeinsam mit den auszubildenden Trägern wurden immer wieder flexible und dezentrale Lösungen gefunden, die zwar aufwändig waren, aber einen geordneten und vor allem sicheren Ablauf der Prüfungen unter Einhaltung der jeweiligen Abstands- und Hygieneregeln gewährleistet haben. Denn bei aller Kreativität mussten die rechtlichen Vorgaben beachtet werden, um ein geordnetes rechtssicheres Prüfungsverfahren zu gewährleisten.

Rückblickend hat sich die besonnene Vorgehensweise der zuständigen Stelle bewährt. Im Jahr 2020 hat das BAS 1.850 zu prüfende Personen und damit rund 11 Prozent weniger als im Vorjahr (2019: 2.064) geprüft.

An 10 Zwischenprüfungen nahmen 935 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten und drei angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei wurden 51 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 12 Abschlussprüfungen, bei denen 65 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 912 zu prüfende Personen teil, darunter 13 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf der Sozialversicherungsfachangestellten entfielen 897 zu prüfende Personen, zwei auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte und 13 auf den Ausbildungsberuf Kaufleute für Büromanagement. 901 zu prüfende Personen bestanden die Prüfung. Unter den 897 zu prüfenden Personen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellte/r waren 10 Personen, die – weil nicht in einem Ausbildungsverhältnis stehend – nach § 45 Abs. 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Diese kamen alle von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zum/zur Krankenkassenfachwirtin/Krankenkassenfachwirt nahmen insgesamt 85 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie von der BARMER teil. Neun davon kamen von landesunmittelbaren Kassen und wurden vom BAS in Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die bisher keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Vier Prüfungsausschüsse waren im Einsatz. 73 zu Prüfende haben bestanden. 51 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen nahmen an der Fortbildungsprüfung zum/zur Fachwirtin/Fachwirt für Management und Führung in Krankenkassen teil. Im Einsatz waren drei Prüfungsausschüsse. Bei der Organisation der Fortbildungsprüfungen wurde das BAS von der BKK Akademie, der IKK Akademie und der BARMER unterstützt.

Zu Beginn des Lockdowns war der schriftliche Teil der Fortbildungsprüfung zum/zur Fachwirt/Fachwirtin für Management und Führung bereits abgeschlossen. Allerdings konnte der mündliche Teil nicht im vorgesehenen Zeitfenster in Präsenz abgenommen werden. Damit die 51 Teilnehmer und Teilnehmerinnen ihre Prüfung dennoch wie vorgesehen beenden konnten, hat die zuständige Stelle im Rahmen eines Pilotprojekts erstmals den mündlichen Prüfungsteil in virtueller Form durchgeführt. Die Prüfungsgespräche wurden über eine sichere Plattform für Videokonferenzen geführt und von der zuständigen Stelle live beobachtet. Alle verliefen erfolgreich. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse fließen in das Projekt „Digitalisierung von Prüfungen“ des Berufsbildungsausschusses und der zuständigen Stelle ein.

CORONA-SCHLAGLICHT

Um Prüfungen nicht verschieben zu müssen, hat die zuständige Stelle ein Pilotprojekt aufgesetzt: Mündliche Prüfungen können unter bestimmten Voraussetzungen in virtueller Form abgenommen werden.

CORONA-SCHLAGLICHT

„Digitalisierung von Prüfungen“ wird Projekt bei der zuständigen Stelle.

Zudem hat das BAS fünf Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 61 Ausbilderinnen und Ausbilder teilnahmen. 13 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei Krankenkassen, 18 bei Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und 30 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Außerdem nahmen 25 Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund an der Fortbildungsprüfung zum/zur Geprüften Sozialversicherungsfachwirt/Geprüften Sozialversicherungsfachwirt teil. Es wurden zwei Prüfungsausschüsse eingesetzt. Allen an Ausbildung und Prüfung Beteiligten wird für ihr großes Engagement und ihre tatkräftige Unterstützung herzlich gedankt.



2. Mutterschaftsgeldstelle

Das Mutterschaftsgeld ist eine Entgeltersatzleistung für Frauen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Es wird für die Zeit der gesetzlich geregelten Mutterschutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 Mutterschutzgesetz (i.d.R. 6 Wochen vor und 8 Wochen nach dem errechneten Entbindungstermin) sowie für den Entbindungstag gezahlt, wenn der Arbeitgeber wegen der Inanspruchnahme der Schutzfristen (Beschäftigungsverbot) das Arbeitsentgelt nicht weiterzahlt.

Das BAS ist für die Anspruchsprüfung und Auszahlung des Mutterschaftsgeldes zuständig, wenn die Antragstellerin nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist. Typischerweise fallen in den Zuständigkeitsbereich des BAS einerseits nicht pflichtversicherte Geringverdienerinnen, andererseits privatversicherte Frauen mit Verdiensten über der Jahresarbeitsentgeltgrenze, aufgrund derer sie versicherungsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

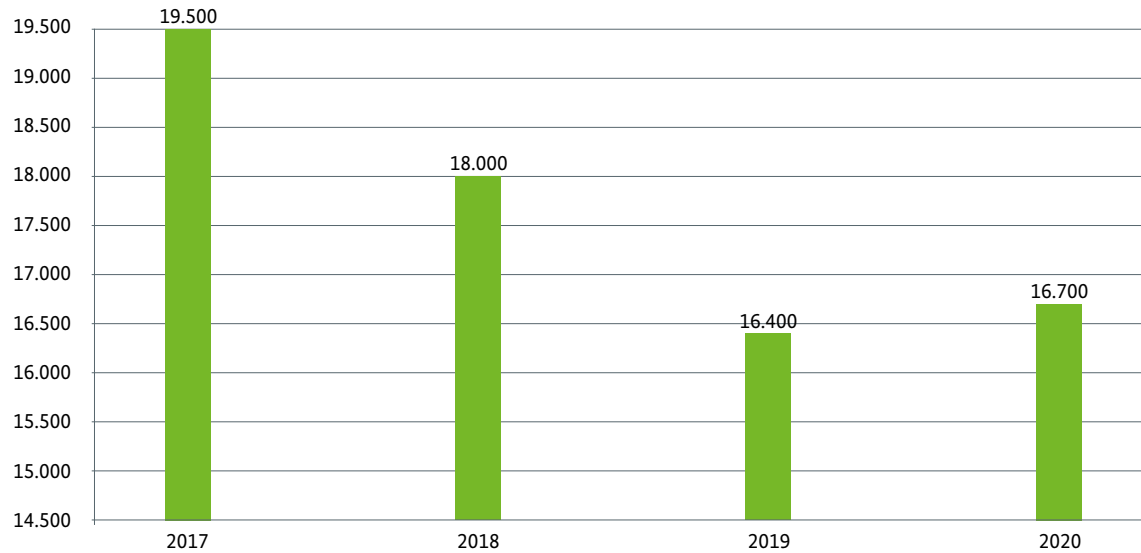
Wird ein Antrag positiv bewertet, zahlt das BAS das Mutterschaftsgeld in Höhe von 13 € pro Anspruchstag, jedoch maximal 210 €, an die Antragstellerin aus.

Zudem erhalten Frauen in der Zeit der Schutzfristen vom BAS einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld, wenn es für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes zuständig ist und das Beschäftigungsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach der Entbindung vom Beschäftigungsbetrieb mit Zustimmung der zuständigen Behörde für Arbeitsschutz gekündigt wurde oder der Arbeitgeber wegen eines Insolvenzereignisses den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nicht zahlen kann.

Seit mehr als 40 Jahren ist die Mutterschaftsgeldstelle des BAS für die Zahlung von Mutterschaftsgeld zuständig. In keinem der Jahre zuvor waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Mutterschaftsgeldstelle jedoch so gefordert wie im Berichtsjahr. Die Corona-Pandemie hatte großen Einfluss auf die persönlichen Umstände der Antragstellerinnen. Vielfach waren dadurch die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld beeinträchtigt. Hier war es wichtig, besonders sensibel auf die individuelle Lage jeder Antragstellerin einzugehen. Das Ziel, den Antragstellerinnen innerhalb einer kurzen Bearbeitungszeit zu einer schnellen Zahlung des Mutterschaftsgeldes zu verhelfen, konnte erreicht werden.

Erstmals seit 4 Jahren ist die Zahl der Anträge auf Mutterschaftsgeld wieder gestiegen. Im Berichtsjahr wurden rund 16.700 Anträge gestellt. Dies sind rund 1,8% mehr als im Vorjahr.

Anträge auf Mutterschaftsgeld



Eine erfreuliche Entwicklung ist, dass bereits mehr als 43 % der Anträge online gestellt wurden (im Vorjahr lediglich rund 28 %). Dies vereinfacht nicht nur das Verfahren auf Seiten der Antragstellerinnen, sondern ermöglicht auch eine schnellere Bearbeitung der Anträge durch die Mutterschaftsgeldstelle. Rund 85 % der Anträge wurde mit einem positiven Bescheid abgeschlossen (ca. 10 % mehr als im Vorjahr). Die Ausgaben für Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft erhöhten sich im

Berichtsjahr, auch durch die positive Bescheidung einer Vielzahl der noch im Jahr 2019 gestellten und nicht abgeschlossenen Anträge, auf rund 2,85 Mio. Euro (ca. 29 % mehr als im Vorjahr). Darin enthalten sind Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung, welche das BAS für Frauen abführt, die vor Beginn der Schutzfrist sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren und daher der Arbeitslosenversicherungspflicht unterliegen.





Blick nach innen

Alltag in der Corona-Pandemie

Wie in vielen öffentlichen Verwaltungen hat die Digitalisierung im BAS durch die Corona-Pandemie einen unerwartet großen Schub erhalten. Zwar waren bereits viele Beschäftigte für das Home-Office und mobiles Arbeiten ausgerüstet. Um das Arbeiten im Home-Office jedoch flächendeckend und flexibel für alle zu ermöglichen, wurde innerhalb kürzester Zeit eine Vollaussstattung des Amtes geschaffen. Zur sicheren Abwicklung des Zahlungsverkehrs wurden elektronische Signaturen zur nachvollziehbaren digitalen Zeichnung der Buchungen und Zahlungsanweisungen eingeführt.

Videokonferenzlösungen und die Einführung von neuen Kollaborationsplattformen machten ergänzend nach kurzer Gewöhnungsphase den Übergang in das allgemeine Distanz-Working einfacher. Neben dem gesundheitlichen Schutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnte damit auch das Problem der Kinderbetreuung, das durch Kita- und Schulschließungen in vielen Familien entstand, etwas abgefedert werden. Durch die Aufhebung der Kernzeiten wurde den Beschäftigten zudem eine individuelle Zeiteinteilung ermöglicht.

Ende 2020 konnten über 90 Prozent der Beschäftigten die Möglichkeit nutzen, im Home-Office zu arbeiten.

Presse und Kommunikation

Im Berichtsjahr bestand ein hohes mediales Interesse an der Finanzsituation der Krankenkassen während der Corona-Pandemie. Hier standen die Auswirkungen der Krise auf die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sowie

Auskünfte zu Beitragsstundungen im Fokus. Außerdem waren die vom BAS veranlassten Zahlungen für Hilfen zur Bewältigung der Corona-Pandemie von besonderem öffentlichem Interesse. Die Anfragen betrafen neben den Auszahlungsbeträgen und dem Auszahlungsverfahren beispielsweise die Aufteilung der Zahlungen nach einzelnen Bundesländern, die Zahlungen für Testungen und das Abrechnungsverfahren der FFP2-Masken.

Wie schon im Vorjahr gab es 2020 Anfragen zur Versorgung der Versicherten mit Heil- und Hilfsmitteln. Außerdem waren die Bearbeitung der Widerspruchsverfahren, Bonusprogramme und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen von großem Interesse. Ebenfalls thematisiert wurden der neu eingerichtete Krankenhauskunfts-fonds sowie Aspekte im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich (z. B. Diagnosekodierung, Rolle der Sterbekosten).

Das BAS – ein attraktiver Arbeitgeber

Als größte Aufsichts- und wichtige Verwaltungsbehörde im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung bietet das BAS seinen über 600 Beschäftigten interessante, abwechslungsreiche und anspruchsvolle Tätigkeitsfelder mit hoher sozialpolitischer und gesamtgesellschaftlicher Verantwortung. Besonders wichtig ist dem BAS dabei die nachhaltige Qualifizierung seiner Beschäftigten zur beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung durch eine Vielzahl von Fortbildungsmöglichkeiten.

Ein besonderes Augenmerk liegt zudem auf der sogenannten Work-Life-Balance. So sind gleitende Arbeitszeiten, individuelle Teilzeitmodelle, ein Eltern-Kind-Zimmer sowie die Beratung durch einen Familien-Service-Dienstleister



CORONA-SCHLAGLICHT

Die Corona-Pandemie beschäftigte die hauseigene Pressestelle intensiv. Viele Fragen betrafen die zahlreichen neuen Aufgaben, die das BAS im Zusammenhang mit Corona-Sonderzahlungen übernommen hat.



CORONA-SCHLAGLICHT

Über 90 Prozent der Beschäftigten im BAS nutzen die Möglichkeit im Home-Office zu arbeiten. Insgesamt hat die interne Digitalisierung pandemiebedingt einen großen Schub.

seit Jahren eine Selbstverständlichkeit. Die Teilnahme an Telearbeit und mobilem Arbeiten steht inzwischen flächendeckend zur Verfügung und soll noch moderner und flexibler neugestaltet werden – die jüngsten Erfahrungen in der Corona-Pandemie haben hierfür neue Impulse gesetzt.

Seit über zehn Jahren nimmt das BAS an den regelmäßigen Auditierungen „Beruf und Familie“ der Hertie-Stiftung teil. Besonders erfreulich ist, dass in diesem Rahmen ausdrücklich gewürdigt wurde, wie „beeindruckend“ umfangreich und rasch sich der Fortschritt im BAS vollzieht. Im Juni 2020 konnte Präsident Frank Plate das Zertifikat schließlich zum vierten Mal in Folge entgegennehmen.

Die sehr hohe Zufriedenheit der Beschäftigten des BAS mit ihrem Arbeitgeber spiegelt sich in den Ergebnissen einer ausführlichen Beschäftigtenbefragung in 2020 wider: das BAS konnte seine „Werte“ gegenüber einer vorherigen Befragung von vor fünf Jahren deutlich steigern. Dabei waren die aktuellen Ergebnisse durchgehend auch signifikant besser als bei vergleichbaren Behörden und wurden durch eine entsprechend positive Bewertung des BAS aus einer Mitarbeiterbefragung von 2019 zur kulturellen Diversität bestätigt.

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

Fortbildung und Gesundheit im BAS

Angesichts der Pandemielage wurde es im Laufe des Jahres 2020 zunehmend unmöglich, bewährte fachliche Fortbildungsmöglichkeiten durch externe Seminaran-

gebote oder Inhouse-Schulungen sicherzustellen. Auch Coachings für Führungskräfte und persönlichkeitsfördernde Seminare, die immer fester Bestandteil der Personalentwicklung waren, konnten nicht mehr in Präsenz angeboten werden. Allerdings haben einige Anbieter sich rasch der neuen Situation angepasst und inzwischen sorgt das BAS mit neuen digitalen Angeboten dafür, dass sich jede und jeder beruflich und persönlich weiterentwickeln kann.

Mit seinem Betrieblichen Gesundheitsmanagement fördert das BAS die Gesundheit der Beschäftigten aller Altersgruppen und Funktionen mit vielfältigen Maßnahmen. Pandemiebedingt sind Gesundheitskurse zunächst unterbrochen worden; verschiedene konnten 2021 im Online-Video-Format jedoch wieder ins Programm genommen werden.

Veränderungen steuern und kommunizieren

Durch schnelle gesellschaftliche Entwicklungen, Coronakrise, Klimawandel, Digitalisierung und vieles mehr erleben wir gerade in vielen Lebens- und Arbeitsbereichen einen fundamentalen Wandel von bestehenden Strukturen bzw. erkennen die Notwendigkeit hierfür. Zukünftig werden die Anforderungen an Veränderungsfähigkeit und Reaktionsgeschwindigkeit noch weiter steigen – davon ist das BAS nicht ausgenommen. Wichtige Veränderungen müssen daher vorausschauend und nachhaltig geplant, Ziele definiert und der Veränderungsprozess aktiv, bewusst und zielorientiert gesteuert werden. Damit die Prozesse methodisch gut umgesetzt werden, hat das BAS ein Veränderungsmanagement eingerichtet. Um Verbesserungen anzustoßen, praktisch umzusetzen und Akzeptanz bei den Beschäftigten zu schaffen, steht neben der Steuerung insbesondere die Kommunikation von Veränderungsprozessen im Mittelpunkt.

Digital, nachhaltig & krisenfest als strategische Herausforderung

Das BAS setzt sich auch strategisch mit den Erfordernissen der digitalen Transformation auseinander. Zentral in diesem Zusammenhang sind die Einführungsvorbereitungen zur E-Akte Bund. Im Herbst 2020 konnten die hierfür erforderlichen Konzeptionsarbeiten erfolgreich abgeschlossen werden. Im Zuge dessen wurden organisatorische und technische Voraussetzungen geschaffen, auf deren Grundlage mit der Implementierung der E-Akte Bund im BAS in 2021 begonnen wird. Da das BAS die Anwenderorientierung für die Akzeptanz und die effektive Nutzung weiterführender Digitalisierung als wesentlich betrachtet, sind umfassende Schulungen für die verschiedenen Anwendergruppen im Rahmen der Einführung der E-Akte Bund geplant.

Im September 2020 hat eine hierarchie- und abteilungsübergreifende Arbeitsgruppe aus über 40 interessierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Thema „Herausforderungen der Digitalisierung“ die Arbeit aufgenommen und kann – völlig weisungsunabhängig – kreativ Vorschläge zu selbstgewählten Themen der Digitalisierung unterbreiten. Die Arbeitsgruppe war bereits sehr produktiv, denn viele Ergebnisse sind schon in die interne Vorhabenplanung eingeflossen.

Um den Ausbau des BAS zu einer digitalen, nachhaltigen und krisenfesten Behörde weiterzuführen, wird eine digitale Agenda angestrebt, in der alle im Haus laufenden Vorhaben zusammengeführt werden. Zukünftig werden digitale Aktivitäten und Projekte der zuständigen Arbeitseinheiten durch einen abteilungsübergreifenden Ausschuss koordiniert.

Informationstechnik im BAS

Im BAS bestehen aufgrund der verwalteten Sozial- und Gesundheitsdaten sowie der besonderen Bedingungen im Zahlungsverkehr hohe Anforderungen an die Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit der Daten und

damit an die gesamte IT-Infrastruktur. Sie unterliegt hinsichtlich der Server, Datenbanken, Speichersysteme und Netzwerkinfrastrukturen inklusive der Anbindung externer Netze einem ständigen Modernisierungsprozess und wurde auch in 2020 weiter ausgebaut. So wurden beispielsweise die Kapazitäten der Speicherinfrastruktur in Bonn und in den Außenstellen noch einmal deutlich erweitert und auf die neuesten Technologien angehoben. Zusätzlich wurde auch der hochverfügbare Server-Cluster, auf dem fast alle internen Anwendungen und Infrastrukturdienste virtuell betrieben werden, technologisch auf die aktuellste Komponenten- und Prozessorgeneration umgestellt. Darüber hinaus wurden die Telefonanlagen in den Außenstellen grundlegend modernisiert und die für die Internet-Angebote des BAS zur Verfügung stehenden Bandbreiten deutlich erhöht.

Eine wichtige Daueraufgabe besteht aufgrund der sich ständig entwickelnden Gefährdungslage in der kontinuierlichen Überprüfung und Erhöhung der operativen IT-Sicherheit. In diesem Kontext wurden Maßnahmen durchgeführt, die im Jahr 2020 vor allem auf erweiterte Schutzmechanismen im Bereich der Netzwerkinfrastruktur zielten.

Anwendungsentwicklung im BAS

Zur Etablierung der Vertragstransparenzstelle (vgl. dazu Seite 99) musste ein Datenformat festgelegt werden, anhand dessen die Kassen ihre Vertragsdaten übermitteln. Neben der entwickelten automatisierten Datenübertragung durch die Kassen per Schnittstelle, existiert ein Online-Formular für die manuelle Erfassung. Darüber hinaus gibt es eine Komponente für die Online-Recherche in den veröffentlichten Daten, Registrierungs- und Authentifizierungssystem für die Krankenkassen und eine interne Fachanwendung.

Für die Beantragung von Mitteln aus dem Krankenhaus-zukunftsfonds (vgl. dazu Seite 97) ist ein digitales Antragsverfahren entstanden, das auch eine Fachanwendung für die interne Abwicklung (inkl. Workflow) und Dokumentenablage in elektronischen Akten beinhaltet.

Das IT-Entwicklungs-Team entwickelt und betreut aktuell ca. 60 IT-Lösungen (Produkte). Die Produktverantwortung wird umfassend verstanden und reicht von der Anforderungsanalyse über die Softwareentwicklung mit eigener Qualitätssicherung bis hin zum Produktbetrieb einschließlich der Wartung sowie dem Support.

Der überwiegende Teil der Produkte entspricht inzwischen Java Webanwendungen, die mit Hilfe modernster Technologien als sogenannte Microservice Architekturen entwickelt und mit Hilfe einer Container-Technologie betrieben werden. Diverse Open-Source Werkzeuge unterstützen dabei den Entwicklungs-, Test- und Deploy-

ment-Prozess. Neue Funktionalitäten, Fehlerbehebungen oder Sicherheitsupdates können dadurch umgehend und beliebig häufig ausgerollt werden. Ende 2020 waren über alle Umgebungen hinweg mehr als 220 Container in Betrieb.

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



BLEIBEN SIE GESUND

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt 63)

Ersatzkrankenkassen (insgesamt 6)

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

Innungskrankenkassen (insgesamt 4)

- BundesInnungskrankenkasse Gesundheit (BIG direkt gesund)
- IKK classic
- IKK gesund plus
- IKK – Die Innovationskasse

Betriebskrankenkassen (insgesamt 51)

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

- Betriebskrankenkasse exklusiv
- Betriebskrankenkasse firmus
- Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg
- Betriebskrankenkasse Linde
- Betriebskrankenkasse Miele
- Betriebskrankenkasse Mobil
- Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers
- Betriebskrankenkasse RWE
- Betriebskrankenkasse Technoform
- Betriebskrankenkasse WMF Württembergische Metallwarenfabrik
- BKK Diakonie
- BKK Freudenberg
- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- BKK Melitta Plus
- BKK MTU
- BKK Pfalz
- BKK ProVita
- BKK Salzgitter
- BKK VerbundPlus
- BKK Verkehrsbau Union
- BKK Wirtschaft & Finanzen
Die BKK der wirtschaftsprüfenden und -beratenden Berufe
- BKK-Würth
- BKK ZF & Partner
- BKK24
- Bosch BKK
- Continentale Betriebskrankenkasse
- Daimler Betriebskrankenkasse
- Debeka Betriebskrankenkasse
- energie-Betriebskrankenkasse
- Ernst & Young BKK
- Gemeinsame Betriebskrankenkasse der Wieland-Werke AG
- Heimat BKK
- mhplus Betriebskrankenkasse
- Novitas BKK
- pronova BKK
- R+V Betriebskrankenkasse
- Salus BKK
- SECURVITA BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse
- SKD BKK
- Südzucker BKK
- TUI BKK
- VIACTIV BKK
- vivida BKK

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

Weitere

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

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

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

Weitere

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

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (insgesamt 11)

Gewerbliche Berufsgenossenschaften (insgesamt 9)

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

Trägerin der öffentlichen Hand

- Unfallversicherung Bund und Bahn

Weitere

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

Sonstige

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

Arbeitsgemeinschaften

Arbeitsgemeinschaften Krankenversicherung (insgesamt 55)

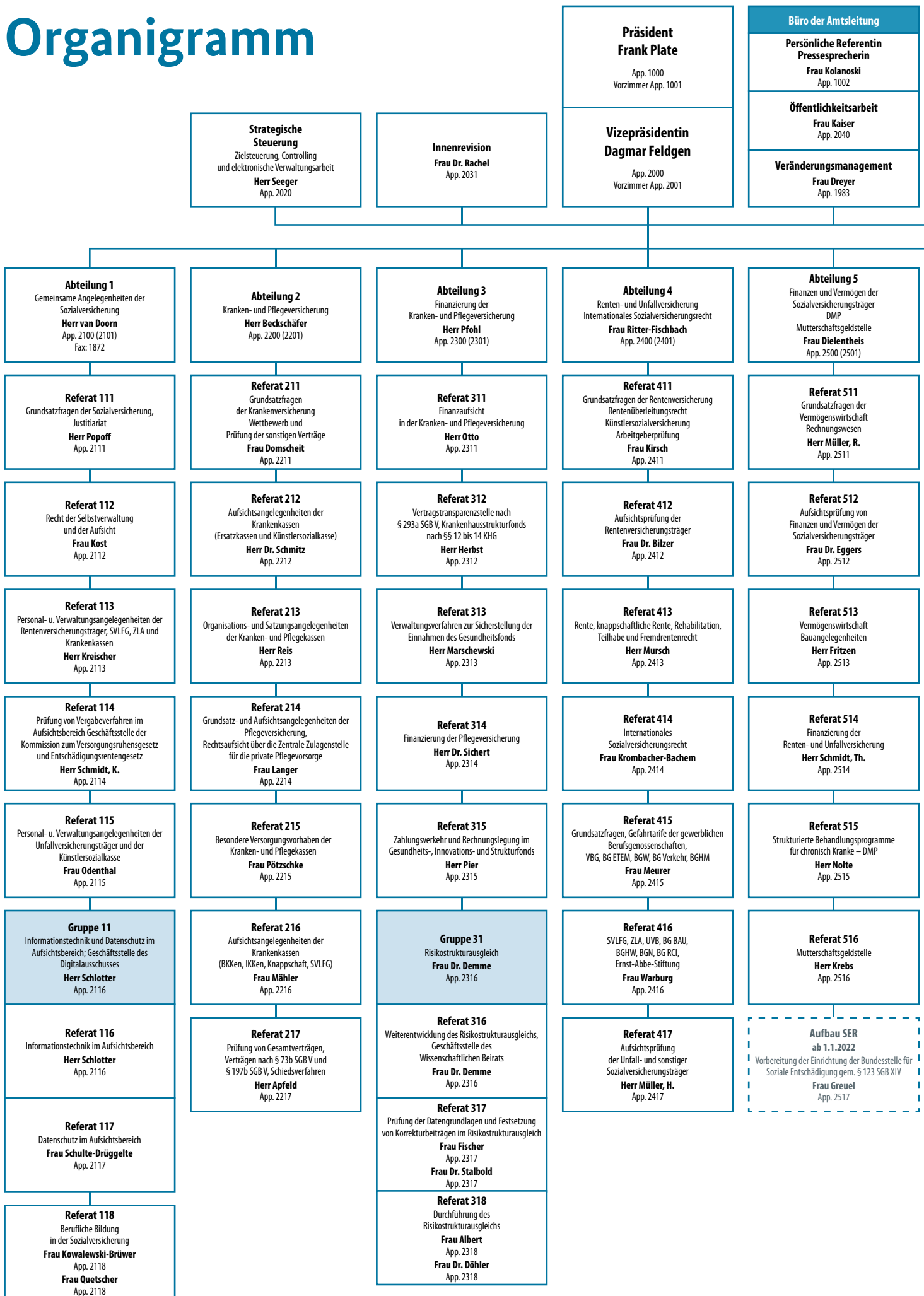
- Arbeitsgemeinschaft zum Datenaustausch zwischen BIG direkt gesund und der BIG direkt gesund Pflegekasse
- argab – Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrug
- ARGE – Modellprojekt Online-Wahlen 2023
- ARGE Abatacept III
- ARGE Adalimumab
- ARGE Arzneimittel § 130a Abs. 8 SGB V
- ARGE Arzneimittelforum der Ersatzkassen
- ARGE Beratung Biologika
- ARGE Blutzuckerteststreifen
- ARGE Cochlea
- ARGE Digitale Innovation
- ARGE Dupilumab
- ARGE Etanercept II
- ARGE Etanercept III
- ARGE Gemeinsame Arzneimittelrabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V

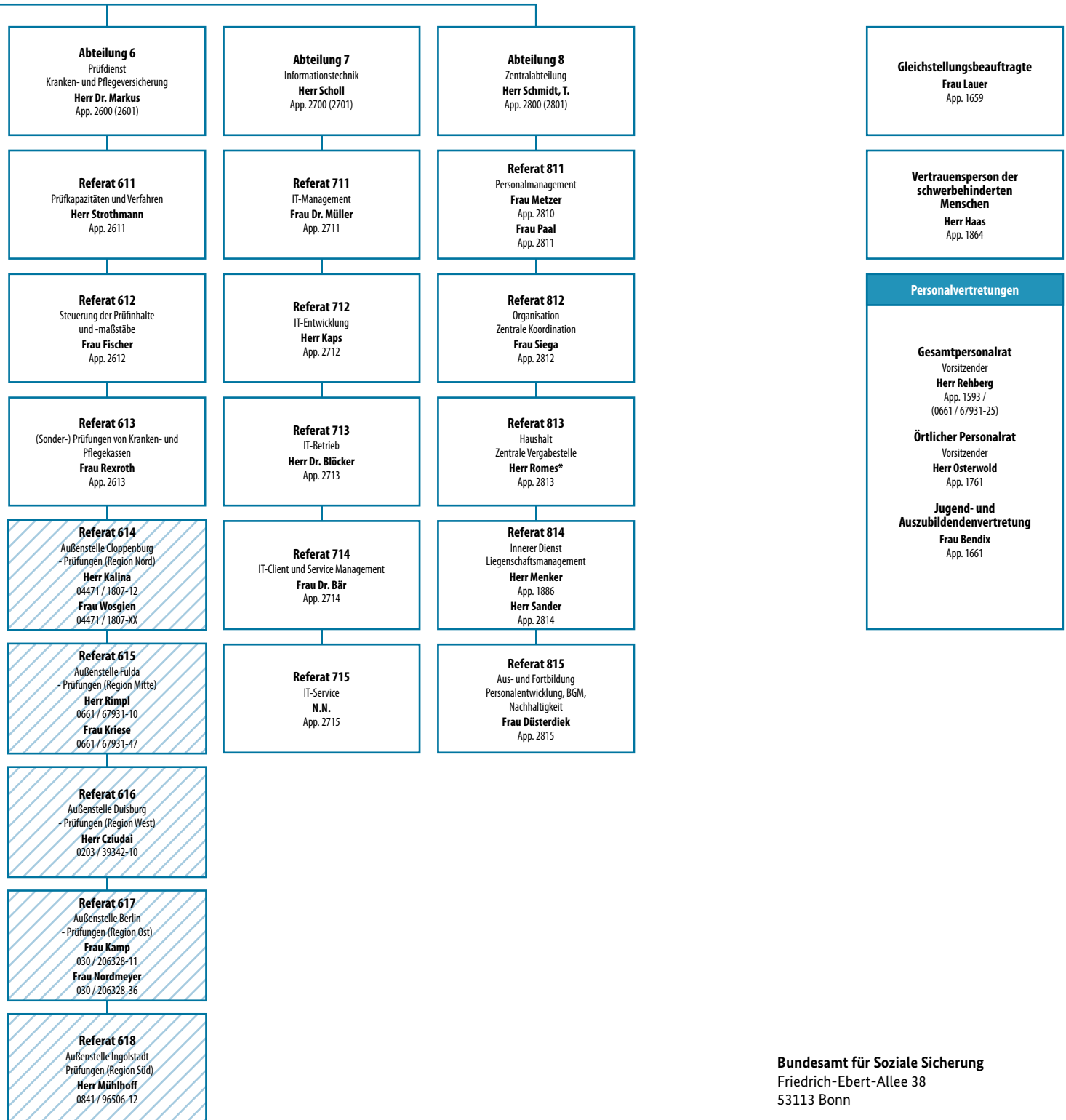
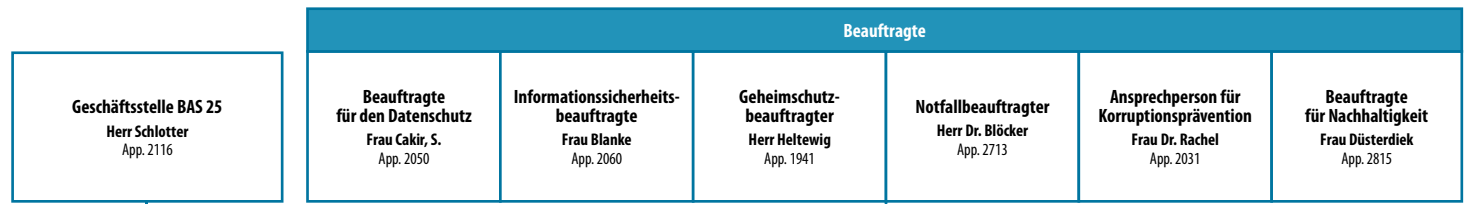
- ARGE Generika T1302
- ARGE Generikaausschreibungen der Ersatzkassen 2019
- ARGE GSV plus GmbH
- ARGE Hämophilie
- ARGE Hilfsmittelforum der Ersatzkassen
- ARGE Ilumetri
- ARGE Infliximab II
- ARGE Infliximab III
- ARGE Pilot Generikaausschreibung der Ersatzkassen
- ARGE Rabattverträge zu zugelassenen ATMP-Präparaten
- ARGE Rabattverträge zu zugelassenen CAR-T-Präparaten
- ARGE Rheuma Wirkstoffe
- ARGE Risankizumab
- ARGE Rituximab
- ARGE Tilkradizumab
- ARGE Trastuzumab
- ARGE Vedolizumab II
- ARGE Verträge Elektrostimulationsgeräte
- BITMARCK Beratung GmbH
- BITMARCK Holding GmbH
- BITMARCK Service GmbH
- BITMARCK Software GmbH
- BITMARCK Technik GmbH
- BITMARCK Vertriebs- und Projekt GmbH
- BKK Akademie GmbH, Rotenburg an der Fulda
- BKK Consult GmbH
- BKK Dachverband e.V.
- BKV Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
- casusQuo e.V.
- casusQuo GmbH
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V.
- GWQ ServicePlus AG Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen
- itsc GmbH
- Kooperation VIACTIV Krankenkasse und BKK Achenbach Buschhütten
- Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1 SGB V
- MedicalContact AG
- Mobil ISC GmbH
- Servicebüro für Krankenkassen
- spectrumK GmbH
- Verband der Ersatzkassen e.V.

Arbeitsgemeinschaften Unfallversicherung (insgesamt 8)

- Berufsgenossenschaftlicher arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Dienst e.V.
- BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH
- BG-Phoenixics GmbH
- HDP Gesellschaft für ganzheitliche Datenverarbeitung mbH
- IT.UV Software GmbH
- Port Sol 19 GmbH
- Rechenzentrum für die gesetzliche Unfallversicherung
- SIGUV Shared-Services Interessengemeinschaft für die gesetzliche Unfallversicherung GbR


Organigramm





Legende:

* Beauftragter für den Haushalt (§ 9 BHO)

 Aufgaben werden in den Außenstellen des PDK wahrgenommen

Bundesamt für Soziale Sicherung

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Telefon: (0228) 619-0

E-Mail: poststelle@bas.bund.de

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

Internet: www.bundesamtsozialesicherung.de

Stand: September 2021

Impressum

Herausgeber

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

Telefon: (0228) 619-0

E-Mail: poststelle@bas.bund.de

www.bundesamtsozialesicherung.de

Verantwortlich für den Inhalt

Frank Plate, Präsident

Visuelle Gestaltung und Satz

Kreuder | Designbüro, Bonn

Druck

Umweltdruckerei Lokay e.K., Reinheim

Fotocredits

BAS (S. 1), Jürgen Schulzki / BAS (S. 3), crizzystudio / Adobe Stock (S. 10), Suterer Studio / Adobe Stock (S. 12), Lightfield Studios / Adobe Stock (S. 24), Carlos / Adobe Stock (S. 27), wildworx / Adobe Stock (S. 28), pololia / Adobe Stock (S. 39), hedgehog94 / Adobe Stock (S. 40), astrossystem / Adobe Stock (S. 45), Pavel / Adobe Stock (S. 46), aneduard / Adobe Stock (S. 52), artrachen / Adobe Stock (S. 55), Sergey Skleznev / Adobe Stock (S. 56), DragonImages / Adobe Stock (S. 62), mhp / Adobe Stock (S. 72), neirfy / Adobe Stock (S. 74), gunnar3000 / Adobe Stock (S. 86), Photoboyko / Adobe Stock (S. 88), vegefox.com / Adobe Stock (S. 91), karrastock / Adobe Stock (S. 92), gpointstudio / Adobe Stock (S. 95), romaset / Adobe Stock (S. 96), hirolia / Adobe Stock (S. 98), tippapatt / Adobe Stock (S. 101), Tierney / Adobe Stock (S. 102), Photographee.eu / Adobe Stock (S. 109), dream@do / Adobe Stock (S. 110), JPC-PROD / Adobe Stock (S. 113), weyo / Adobe Stock (S. 114), labor II / Adobe Stock (S. 123), Pellocks / Adobe Stock (S. 124), Watchara / Adobe Stock (S. 126), Gina Sanders / Adobe Stock (S. 128), silent_47 / Adobe Stock (S. 130), Robert Kneschke / Adobe Stock (S. 132), millaf / Adobe Stock (S. 138), iuricazac / Adobe Stock (S. 141), Michael Leonhard / BAS (S. 142), Barbara-Maria Damrau / Adobe Stock (S. 147)



Bundesamt
für Soziale Sicherung

