



2023

TÄTIGKEITS- BERICHT



Bundesamt
für Soziale Sicherung

Bundesamt für Soziale Sicherung

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserinnen und Leser,

das Bundesamt für Soziale Sicherung ist mitverantwortlich für die Funktionsfähigkeit und damit für die Sicherung eines stabilen Sozialversicherungssystems in Deutschland. **Stabilität zu erhalten ist in Zeiten von Unsicherheiten**, vor die uns die Auswirkungen der fortdauernden Krisenlagen und die nahen Kriege gestellt haben, nicht einfacher geworden. Analoges Fachwissen und eine allgemeine digitale Expertise reichen nicht (mehr) aus, um erfolgreich alle an uns gestellten Herausforderungen zu bewältigen. Längst sind auch nicht nur Bundes-, Landes- und Kommunalbehörden durch permanente **Cyber-Attacken** bedroht. Im Berichtsjahr 2023 hat ein Hacker-Angriff auf einen IT-Dienstleister im Gesundheitssystem zu massiven Beeinträchtigungen bei vielen Krankenkassen geführt. Das hat uns im BAS bewogen, im Datenaustausch mit allen Krankenkassen noch wachsamer zu sein und auch die eigene IT-Infrastruktur kontinuierlich auf einem hohen Sicherheitsniveau zu halten.

Dabei wirkte die Anfang April 2023 offiziell für beendet erklärte **Corona-Pandemie** für uns operativ fort. Unverzichtbar war und ist das BAS, wenn es um Abwicklung von entsprechenden Bundesmitteln geht: nach wie vor rechnen wir Impfungen, Testungen und Arzneimittel mit verschiedenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen für die Vergangenheit ab.



Eine weitere Sonderaufgabe ergab sich bei der Auszahlung von Mitteln der Energiepreislösung, mit der die durch den russischen Angriffskrieg auf die Ukraine ausgelösten Energiepreiserhöhungen abgemildert werden sollten. So stellte der Bund über den Wirtschaftsstabilisierungsfonds 8 Milliarden Euro zur Unterstützung der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sowie von sozialen Dienstleistern zur Verfügung.

Wir bewältigen im BAS ein **vielfältiges und „buntes“ Aufgabenportfolio**, das **fortlaufend** vom Gesetzgeber **verändert und ergänzt** wird. **Aktuell** möchte ich die von der Bundesregierung eingebrachte **Krankenhausreform** nennen, bei der uns eine wichtige Teilaufgabe zukommen soll. Ziel der Reform ist vor allem die Steigerung der Behandlungsqualität bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung. Zur stabilen Finanzierung ist ab 2026 ein

50 Milliarden Euro schwerer **Transformationsfonds** vorgesehen, der vom BAS administriert werden soll und sich an den bereits beim BAS verwalteten Krankenhausstrukturfonds anschließt.

Zur Vorbereitung und Durchführung einer neuen Aufgabe braucht das BAS entsprechende **Ressourcen**. Wiederholt habe ich die frühzeitige **Beteiligung** des BAS **bei Gesetzgebungsverfahren** eingefordert. Hier fehlt nach wie vor eine **systematische Einbindung** von **Vollzugsbehörden**. Darüber hinaus muss der Gesetzgeber aber vor allem von vornherein für eine **adäquate Personal- und Sachmittelausstattung** sorgen, damit wir zeitnah neuen Aufgaben gerecht werden können.

Auch die **Evaluierung** von gesetzgeberischen Ansätzen beschäftigt das BAS. Mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) wurde der **Risikostrukturausgleich** insbesondere in zwei Bereichen maßgeblich weiterentwickelt: zum einen durch die Einführung einer Regionalkomponente und zum anderen durch ein Verfahren zum Ausschluss von Risikogruppen. Hierzu hat der Gesetzgeber den Wissenschaftlichen Beirat, der beim BAS angesiedelt ist, mit zwei Gutachten beauftragt. Zusätzlich gab er dem BAS als RSA-Behörde auf, den Zusammenhang zwischen den Leistungsausgaben im Jahr 2019 und den Leistungsausgaben der vorangegangenen drei Jahren in einem weiteren Gutachten zu untersuchen. Alle **drei Gutachten** konnten im Berichtsjahr erstellt und am 10. Mai dieses Jahres veröffentlicht werden – sie liefern wertvolle Erkenntnisse für die weitere politische Entscheidungsfindung.

Wie bereits im Jahr 2021 wurden die **Krankenkassen gesetzlich verpflichtet**, dem Gesundheitsfonds auch im Jahr 2023 **Mittel aus ihren Finanzreserven zuzuführen**. Grundlage für die Ermittlung des abzuführenden Betrags, der sich

auf rund 2,5 Mrd. Euro belief, waren die von den Krankenkassen für das Geschäftsjahr 2021 vorgelegten endgültigen Rechnungsergebnisse. 68 der insgesamt 95 Krankenkassen mussten Mittel aus ihren Finanzreserven an den Gesundheitsfonds zahlen. Diese Abführungsbeträge wurden vom BAS mit Bescheid geltend gemacht und mit den monatlichen Zuweisungen, die der Gesundheitsfonds im Jahr 2023 den Krankenkassen ausgezahlt hat, verrechnet.

Aber nicht nur die Finanzsituation des Gesundheitsfonds stand im vergangenen Jahr erneut im Fokus, sondern auch die **Finanzentwicklung** der von uns beaufsichtigten Krankenkassen hatten wir eng im Blick. Bereits zu Beginn dieses Jahres erhoben einige Kassen einen höheren Zusatzbeitrag. Inzwischen gewinnt die Finanzentwicklung weiter deutlich an Dynamik und entwickelt sich sogar noch ungünstiger als bisher angenommen. Die langfristige Sicherung der Finanzen der GKV bleibt also ein vordringliches Ziel der Politik.

Leider gilt dies auch für die **Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung**. Zwar konnte 2023 die Finanzsituation letztlich vor allem mit den Maßnahmen des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) stabilisiert werden. Merkliche Entlastungen traten beim Ausgleichsfonds ein, nachdem der allgemeine Beitragssatz und der Kinderlosenzuschlag zum 1. Juli 2023 angehoben worden sind. Dennoch zeigt sich bereits im laufenden Jahr, dass dies mittel- und langfristig in keinem Fall ausreicht und weitere grundsätzliche Konsolidierungen erforderlich werden. Das BAS steht hierzu aufgrund seiner Fachexpertise in einem engen und kontinuierlichen Austausch mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Ein weiteres äußert schwieriges **Dauerthema** im Aufsichtsbereich stellen die immer noch zu **lan-**

gen Laufzeiten bei der **Bewilligung von Rentenansträgen** und Übergangsgeldern durch die DRV Bund dar. Die Problematik wird sich vor dem Hintergrund einer doppelten demografischen Komponente verschärfen: die Babyboomer erhöhen das Antragsaufkommen enorm und gleichzeitig gehen erfahrene Beschäftigte gerade dieser Generation bei der DRV Bund selbst in den Ruhestand. Es bleibt abzuwarten, wie effektiv die von der DRV Bund ergriffenen Maßnahmen der Automation und des Aufbaus eines Kundenzentrums bei der DRV Bund zur signifikanten Entschärfung der Problematik beitragen werden.

Abschließend möchte ich erneut den **engagierten Beschäftigten** des **BAS** danken. Diese meistern nach wie vor unermüdlich eine Vielzahl von anspruchsvollen Aufgaben in den komplexen Strukturen des deutschen Sozialversicherungssystems. Zur Bewältigung der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen müssen wir uns nicht nur laufend technisch auf den neuesten Stand halten, sondern bedienen uns in der Interaktion auch zu-

nehmend **modernem**, zum Teil agilen, hierarchie- und aufgabenübergreifenden **Arbeitsmethoden**. Hierfür gibt es eine aufgeschlossene Belegschaft, der es zudem gelingt, die an sie gestellten hohen und stetig zunehmenden Anforderungen ohne Qualitätsverlust zu erfüllen.

Ich danke Ihnen für Ihr Interesse und empfehle Ihnen die Lektüre unseres Tätigkeitsberichtes mit der Überzeugung, dass sie für Sie einen Mehrwert darstellen wird.

Ihr



Frank Plate

Präsident Bundesamt für Soziale Sicherung

Überblick: Aufgaben des BAS und Kennzahlen 2023

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 2023 erhielt das BAS **9.010** solcher **Eingaben** (2022: 7.213).

Davon gehörten zur ...

- Krankenversicherung: **3.496**
- Pflegeversicherung: **603**
- Rentenversicherung: **4.345**
- Unfallversicherung: **360**
- Themenübergreifend: **206**

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: 302 Mrd. Euro** Beitragseinnahmen und Bundeszuschuss
- **299,60 Mrd. Euro** Zuweisungen an die Krankenkassen
- Durchführung des **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs: 256,8 Mrd. Euro** abschließender Jahresausgleich für **2022**
- Durchführung des **Einkommensausgleichs: 21,6 Mrd. Euro** abschließender Jahresausgleich für **2022**
- Verwaltung des **Krankenhausstrukturfonds: 303 Mio. Euro** Fördermittel ausgezahlt
- Verwaltung des **Innovationsfonds: 177,1 Mio. Euro** Fördermittel ausgezahlt
- Verwaltung des **Krankenhauszukunftsfonds**: für Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und verschiedene Digitalisierungsvorhaben wurden **5.771 Anträge** beschieden und ein Fördervolumen in Höhe von insgesamt **2,94 Mrd. Euro** ausgezahlt
- Die **Vertragstransparenzstelle** umfasst inzwischen Daten zu rund **9.940 Selektivverträgen**

- Verwaltung des **Ausgleichsfonds** und Durchführung des **Finanzausgleichs** in der **gesetzlichen Pflegeversicherung**:
 - **22,16 Mrd. Euro** Zuweisungen an die Pflegekassen
 - **38,1 Mio. Euro** Fördergelder zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ausgezahlt
- Zulassung von Behandlungsprogrammen für **chronisch Kranke** (Disease Management Programme – DMP): **8.356 Programme** mit rund **8,6 Mio. Versicherten** bis Ende 2023 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: **112,5 Mrd. Euro** Bundesmittel an die gesetzliche Rentenversicherung ausgezahlt
- Durchführung der **Lastenverteilung** in der **gesetzlichen Unfallversicherung**: **855 Mio. Euro** bewegt
- Ausgleichsbetrag für das **Anpassungsgeld** nach dem Kohleverstromungsbeendigungsgesetz: **7,23 Mio. Euro**

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

- **Zuständige Stelle im Sinne des Berufsbildungsgesetzes** für die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und das eigene Haus:
 - **2.996** Auszubildende betreut
 - **2.564** Nachwuchskräfte in Ausbildung beraten
 - **2.093** Prüfungen abgenommen

- Zahlung des **Mutterschaftsgeldes** nach § 19 Abs. 2 und des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nach § 20 Abs. 3 Mutterschutzgesetz:
 - **13.500** Anträge auf Mutterschaftsgeld
 - **1,65 Mio. Euro** ausgezahlt

Vorübergehende Aufgaben:

- Corona-Sonderaufgabe: Auszahlung von Finanzhilfen an Leistungserbringer im Gesundheitswesen und der Pflege über insgesamt 5 Fachverfahren
- **37,1 Mio. Euro Auszahlung der Mittel für die Energiepreispauschale** an Rentnerinnen und Rentner sowie Versorgungsempfänger
- **233 Mio. Euro Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen**
- **40,1 Mio. Euro Energiekostenzuschüsse** an soziale Dienstleister ausgezahlt

Organisation des BAS

Ende Dezember 2023 hatte das BAS 791 Beschäftigte, von denen 657 am Hauptsitz in Bonn und 134 in den Außenstellen des Prüfdienstes Kranken- und Pflegeversicherung in Berlin, Cloppenburg, Duisburg, Fulda und Ingolstadt tätig waren.

Aktuell ist das BAS organisatorisch in acht Abteilungen mit 55 Referaten gegliedert – darunter eine Zentralabteilung mit fünf Referaten, eine IT-Abteilung mit fünf Referaten sowie der Leitungsbereich mit zwei Stabsstellen. Seit dem 1. Januar 2024 ist beim BAS die Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE) angesiedelt. Das Organigramm auf Seite S. 168 bietet einen Gesamtüberblick über die Struktur des BAS.

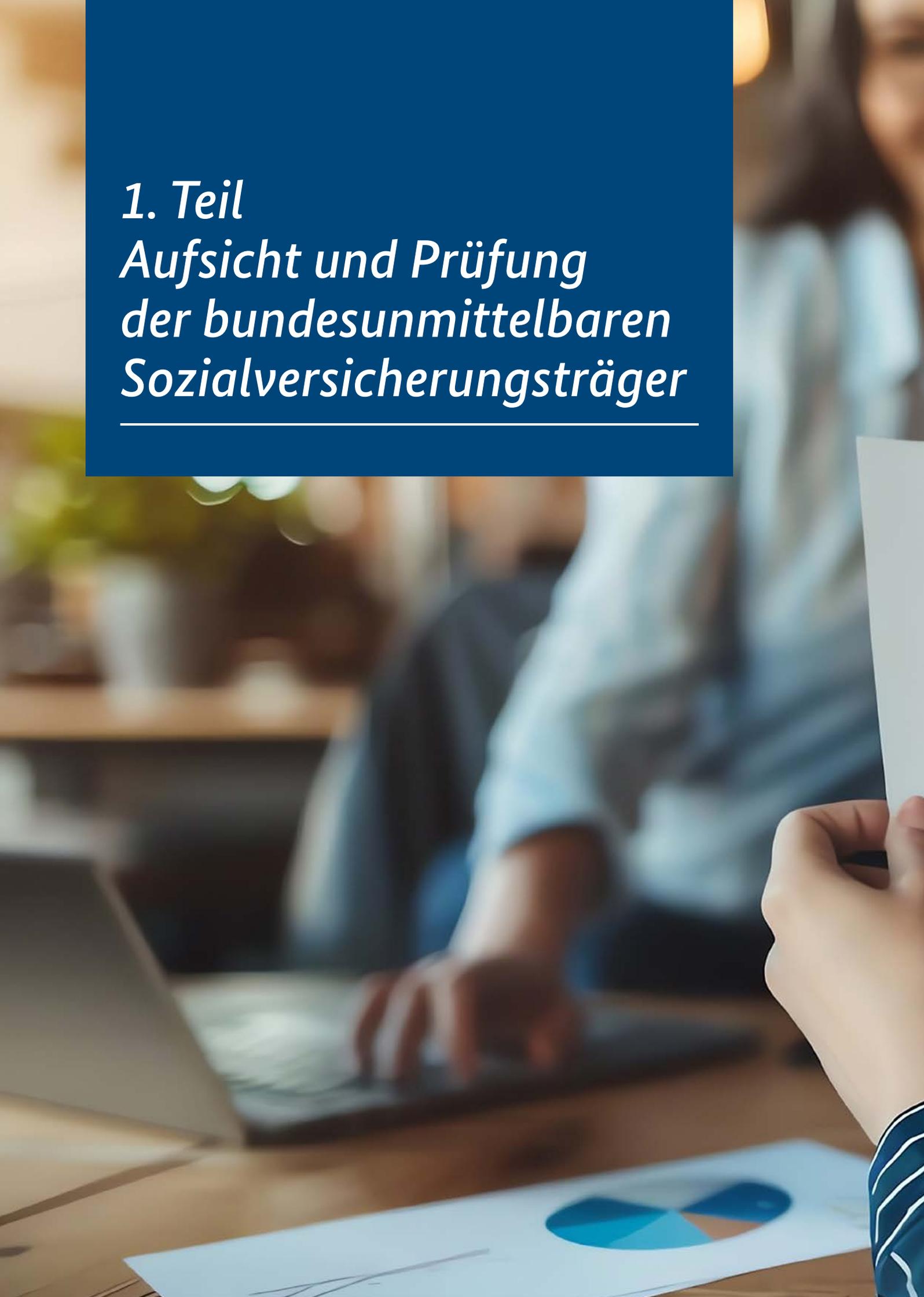
Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 3 |
| Überblick: Aufgaben des BAS und Kennzahlen 2023 | 6 |
| 1. Teil Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger | 10 |
| 1. Krankenversicherung | 12 |
| 1.1 Krankenversicherung in Zahlen | 13 |
| 1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht | 16 |
| 2. Pflegeversicherung | 26 |
| 3. Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung | 30 |
| 4. Rentenversicherung | 44 |
| 4.1 Themen der Aufsicht | 45 |
| 4.2 Prüfungen | 47 |
| 5. Unfallversicherung | 50 |
| 5.1 Themen der Aufsicht | 51 |
| 5.2 Prüfungen | 54 |
| 6. Landwirtschaftliche Sozialversicherung | 56 |
| 6.1 Themen der Aufsicht | 57 |
| 6.2 Prüfungen | 58 |
| 7. Übergreifende Aufsichtsthemen | 60 |
| 7.1 Finanzen | 61 |
| 7.2 Personal- und Verwaltungsangelegenheiten | 63 |
| 7.3 Selbstverwaltung | 65 |
| 7.4 Gerichtsverfahren | 66 |
| 7.5 Internationales Sozialversicherungsrecht | 67 |
| 8. Digitalisierung in der Sozialversicherung | 72 |
| 8.1 Der Digitalausschuss im BAS | 73 |
| 8.2 Themenfelder im Digitalausschuss | 74 |
| 8.3 Informationstechnik im Aufsichtsbereich | 78 |
| 8.4 Datenschutz im Aufsichtsbereich | 79 |

| | |
|---|------------|
| 2. Teil Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung | 82 |
| 1. Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung | 84 |
| 1.1 Gesundheitsfonds | 85 |
| 1.2 Schätzerkreis | 89 |
| 1.3 Risikostrukturausgleich | 90 |
| 1.4 Weitere GKV-Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren | 96 |
| 2. Innovationsfonds | 100 |
| 3. Krankenhausstrukturfonds | 102 |
| 4. Krankenhauszukunftsfonds | 104 |
| 5. Vertragstransparenzstelle | 108 |
| 6. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung | 112 |
| 6.1 Finanzentwicklung und Reformkontext | 113 |
| 6.2 Einsatz von Förder- und Finanzierungsmitteln | 116 |
| 6.3 Beteiligungsmanagement | 119 |
| 6.4 Pflegevorsorgefonds | 121 |
| 7. Strukturierte Behandlungsprogramme | 122 |
| 8. Überblick über Finanzhilfen des Gesundheitsfonds im Rahmen der Corona-Pandemie | 126 |
| 9. Aufsicht über die ZFP / Ordnungswidrigkeitenbehörde / Meldestelle im Bereich der privaten Pflegeversicherung | 132 |
| 10. Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung | 136 |
| 10.1 Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung | 137 |
| 10.2 Ausgleichsbetrag für das Anpassungsgeld nach dem Kohleverstromungsbeendigungsgesetz | 137 |
| 11. Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften | 138 |
| 12. Finanzhilfen aus Anlass der Energiekrise | 140 |
| 12.1 Energiepreispauschale an Rentnerinnen und Rentner | 141 |
| 12.2. Zahlungen infolge der Energiepreisbremse | 142 |
| 3. Teil Sonderaufgaben | 144 |
| 1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz | 146 |
| 1.1 Ausbildungsplatzsituation | 147 |
| 1.2 Beratung und Überwachung | 149 |
| 1.3 Prüfungen | 150 |
| 2. Mutterschaftsgeldstelle | 152 |
| 3. Aufbau der Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE) | 154 |
| Blick nach Innen | 156 |
| Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung | 164 |
| Organigramm | 168 |
| Impressum | 170 |

1. Teil

Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger





1. Krankenversicherung



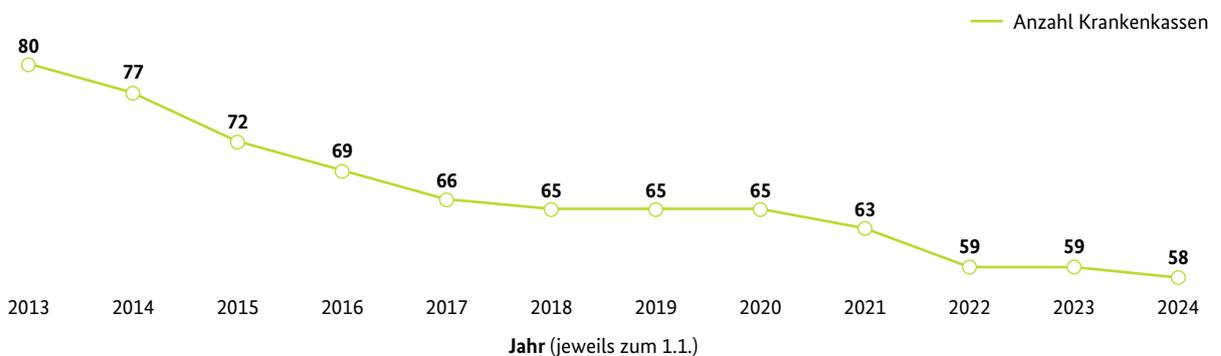
Das BAS führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Dies sind die Träger, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt.

1.1 Krankenversicherung in Zahlen

Der Aufsicht des BAS unterstanden in 2023 weiterhin 59 Kranken- und Pflegekassen. Das BAS hat die freiwillige Vereinigung von zwei Krankenkassen zum 1. Januar 2024 genehmigt. Die BKK Melitta HMR fusionierte mit der landesunmittelbaren

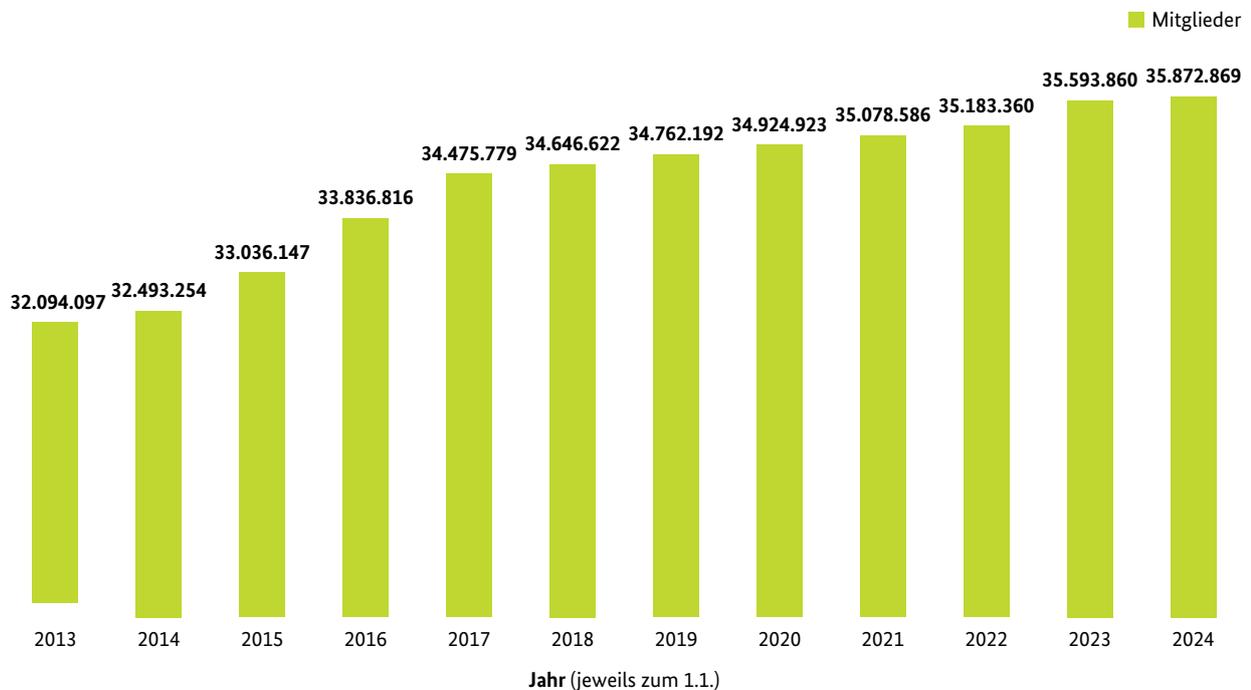
BKK BPW Bergische Achsen KG. Die BKK MTU wird ab 1. Januar 2024 landesunmittelbar, so dass sich der Aufsichtsbereich ab 2024 für das BAS auf 58 Kranken- und Pflegekassen reduziert.

Anzahl bundesunmittelbarer Krankenkassen

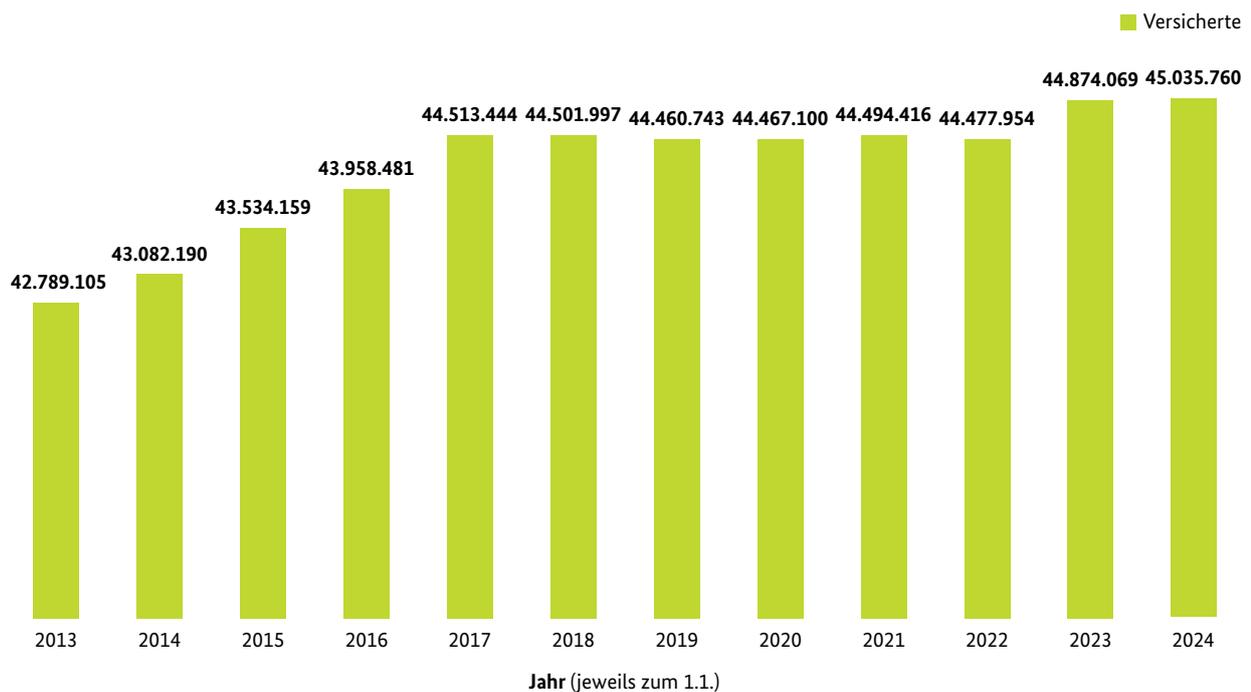


Die Anzahl der Mitglieder und Versicherten der vom BAS beaufsichtigten Krankenkassen ist in 2023 erneut gestiegen.

Mitgliederentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Versichertenentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen

Im Jahr 2023 verzeichneten die bundesunmittelbaren Krankenkassen einen Verlust in Höhe von rund 1,4 Mrd. Euro. Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen betrug das Betriebsmittel- und Rücklagevermögen am Jahresende rund 5,1 Mrd. Euro, was 33 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe entsprach (Quelle: Finanzstatistik KV45 für 2023). Im Dezember 2023 lag der Zusatzbeitragssatz der bundesunmittelbaren Krankenkassen im Durchschnitt bei 1,44 Prozent.

Gemäß den vorgelegten Haushaltsplänen für das Jahr 2024 erwarten 37 von 59 bundesunmittelbaren Krankenkassen einen Verlust. Insgesamt ergibt sich aus den Planungen ein Vermögensabbau in Höhe von etwa 1 Mrd. Euro, der durch einen weiteren Abbau noch vorhandener Finanzreserven finanziert wird. Sollten sich die Planungen realisieren, würden die bundesunmittelbaren

Krankenkassen am Ende des Jahres 2024 über Betriebsmittel und Rücklagen in Höhe von 4,1 Mrd. Euro verfügen, was etwa 25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe entsprechen würde. In diesen Planungen sind Anhebungen der Zusatzbeitragssätze zum 1. Januar bei 27 Krankenkassen enthalten, die das BAS nach Prüfung der Haushaltspläne genehmigt hat.

Für das Jahr 2024 gilt ein vom Bundesministerium für Gesundheit bekanntgegebener durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz in Höhe von 1,7 Prozent. Tatsächlich festgelegt werden die Zusatzbeitragssätze bei jeder Krankenkasse individuell auf der Grundlage der jeweiligen Haushaltsplanung. Im Januar 2024 lag der im mitgliedergewichteten Durchschnitt aller bundesunmittelbaren Krankenkassen erhobene Zusatzbeitragssatz bei 1,66 Prozent. Tagesaktuelle Informationen über die Höhe der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen können dem Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden.

Betriebsmittel und Rücklagen



Quelle: Finanzstatistik KJ1 (2023: KV45, 2024: HH-Pläne)

1.2 Fragen der allgemeinen Aufsicht

Hilfsmittelversorgung

Das BAS hat im Jahr 2022 die Qualität in der Hilfsmittelversorgung systematisch untersucht und seine Erkenntnisse in einem Sonderbericht dargelegt. Die Auswertungen hatten gezeigt, dass nicht alle Krankenkassen ihrer Verpflichtung nachgekommen sind, mit Hilfsmittelleistungserbringern eine ausreichende Anzahl an Verträgen abzuschließen. Erfreulicherweise lässt sich inzwischen feststellen, dass die Krankenkassen weitere Hilfsmittelverträge für eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung der Versicherten geschlossen haben und noch weitere Verträge schließen werden.

Zahlreiche Krankenkassen sind bestehenden oder neuen Verträgen von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen beigetreten oder befinden sich hierzu in Gesprächen. So konnte beispielsweise in 2023 der Vertragsschluss zur Produktgruppe 16 „Kommunikationshilfen“ erreicht werden. Zudem befinden sich derzeit die Arbeitsgemeinschaften noch in Verhandlungen zu weiteren neuen Verträgen. Dabei werden auch bundesweite Verträge der Arbeitsgemeinschaften mit Leistungserbringern angestrebt.

Ein Ziel des Sonderberichts war es auch, die Prüfung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen selbst sicherzustellen. So hat das BAS im Berichtsjahr weiterhin geprüft, inwieweit die Kassen die Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen in Bezug auf die Qualität der Hilfsmittelversorgung bei den Leistungserbringern durchführen. Es zeigt sich, dass die Kassen nun vermehrt dieser Pflicht nachkommen

und Konzepte vorlegen, wie zukünftig die Qualität in der Hilfsmittelversorgung durch diese Prüfungen sichergestellt werden soll. In diesem Zusammenhang fordern die Kassen auch zunehmend die Dokumentationen über die Mehrkostenzahlungen der Versicherten bei den Leistungserbringern an.

Positiv ist auch, dass inzwischen fast alle Hilfsmittelverträge Regelungen beinhalten, die entsprechend der gesetzlichen Vorgabe Vertragsstrafen für den Fall eines Verstoßes gegen vertragliche Pflichten der Leistungserbringer vorsehen.

Im Jahr 2024 wird das BAS diese Entwicklung weiter beobachten. Ein Fokus wird dabei auf der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen liegen, über die wesentlichen Vertragsinhalte der geschlossenen Verträge zu informieren.

Präventionsprojekte

Auch 2023 befasste sich das BAS mit verschiedenen Präventionsprojekten der Krankenkassen seines Aufsichtsbereichs. Präventionsmaßnahmen müssen qualitativ bestimmte Voraussetzungen erfüllen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) in einem Leitfaden Prävention konkretisiert hat. Der Präventionsleitfaden bildet die Grundlage für die Förderung beziehungsweise Bezuschussung von Maßnahmen, die Versicherte dabei unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und ihre gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen zu stärken. Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern und

Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von §§ 20, 20a und 20b SGB V durchgeführt oder gefördert werden (Präambel des Präventionsleitfadens, Seite 8, Stand: 4. Dezember 2023).

Der Präventionsleitfaden wird regelmäßig angepasst. Die Neufassung des Präventionsleitfadens zum 6. Januar 2023 betraf insbesondere die Integration von Themen der ökologischen Nachhaltigkeit und des Klimawandels in Verbindung mit der Gesundheitsförderung und Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung. Krankenkassen aus dem Aufsichtsbereich des BAS starteten neue nachhaltige Präventionsprojekte. So lagen die Themenschwerpunkte dieser Projekte beispielsweise auf einer gesunden, klima- und umweltschonenden Ernährung. Die Präventionsprojekte wurden auch anhand der Maßstäbe des neuen Kapitels „Querschnittsthema Klimawandel und Gesundheit“ im Präventionsleitfaden aufsichtsrechtlich bewertet.

Das BAS hat mehrfach bei Kassen seines Aufsichtsbereichs auf die ordnungsgemäße Verbuchung von Werbeausgaben hinwirken müssen, die auf dem Leistungskonto für Prävention verbucht wurden. So hatte eine Betriebskrankenkasse als Hauptsponsor der Bundesgartenschau Werbeausgaben als vermeintliche Präventionsmaßnahme verbucht. Hierdurch hat die Kasse nicht nur ihr Budget für Werbemaßnahmen geschönt, sondern auch weniger Geld für tatsächliche Präventionsleistungen ausgegeben.

Ärztliche Behandlungskosten für Operationen des Grauen Stars (Katarakt)

Die derzeitige Vergütungspraxis für ambulante Kataraktoperationen ist von einer hohen Intransparenz geprägt. Das BAS erreichten Fragen zur

Implantation von Wunschlinsen beziehungsweise zu laserassistierten Operationen, deren Kostenbelastungen sich für die Versicherten deutlich im vierstelligen Eurobereich bewegen.

Den Versicherten werden bei der Wahl von Wunschlinsen Kosten für die ärztliche Behandlung berechnet, auch wenn eine in der GKV-Regelversorgung abgebildete Operation durchgeführt wird. Dies bedeutet, dass die Versicherten ärztlicherseits als Selbstzahler behandelt werden.

Das Gesetz sieht eine Mehrkostenregelung für solche Operationsleistungen explizit nur hinsichtlich der Kosten der Wunschlinsen vor (§ 33 Abs. 9 SGBV). Das BAS hatte daher gegenüber den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene angeregt, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) konkreter als bislang zu definieren, welche ärztlichen Leistungen mit den dortigen Gebührenpositionen abschließend vergütet werden. Zum 1. April 2023 ist eine Anpassung der Präambel zu Anhang 2 des EBM in Kraft getreten. Die Leistungsinhalte der ärztlichen Regelversorgung und der durch die Wunschlinsen bedingten zusätzlichen Leistungen bleiben aber weiterhin unklar. In der Praxis führt dies zu erheblichen finanziellen Mehrbelastungen der Versicherten, soweit die ärztlichen Leistungserbringer diese zusätzlichen Leistungen neben der Vergütung nach dem EBM mit den Versicherten abrechnen.

Unklar bleibt zudem auch die Kostenverantwortung für laserassistierte Operationen. Auch hierfür fehlt bislang eine eindeutige Positionierung der zuständigen Selbstverwaltungsinstitutionen auf Bundesebene im Hinblick auf die Bewertung als GKV-Regelleistung. Ein medizinischer Zusatznutzen dieses sehr teuren Lasereinsatzes ist zweifelhaft (vgl. Pressemitteilung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG, vom 16. Januar 2024). Derzeit wer-

den auch für solche Operationen Versicherte finanziell belastet. Laser werden bei Operationen nicht nur deshalb eingesetzt, weil die Versicherten Wunschlinsen wählen. Es ist vielmehr von einer für das GKV-System neuen Behandlungsmethode auszugehen. Eine grundsätzliche finanzielle Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen müsste dann ausgeschlossen werden und die Versicherten vor der Operation umfassend über alternative, für sie kostenfreie Operationsmethoden aufgeklärt werden.

Das BAS wird weiter den Austausch mit den Krankenkassen, den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene und dem Bundesministerium für Gesundheit suchen. Ziel ist es, zu einer rechtskonformen Vergütungspraxis und einer verlässlichen Informationslage beizutragen.

Hörgeräteversorgung

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen. Hörgeräte werden auf Grundlage von Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern an Versicherte abgegeben.

Zum 1. Januar 2023 trat ein neuer Vertrag zwischen dem Verband der Ersatzkassen e.V. und der Bundesinnung der Hörakustiker zur Versorgung der Versicherten mit Hörsystemen in Kraft. Aufgrund der bisherigen vertraglichen Regelung konnten die Versicherten davon ausgehen, dass nach Ablauf eines Versorgungszeitraumes von sechs Jahren „automatisch“ ein Anspruch auf eine Neuversorgung mit Hörsystemen bestand. Anders als zuvor ist allerdings nach der neuen vertraglichen Regelung eine vom bisherigen Verfahren abweichende Prüfung dazu erforderlich, ob das bestehende Hörgerät weiterhin geeignet ist, den Hörverlust auszugleichen. Nur wenn dies

nicht der Fall ist, erhalten die Versicherten die erforderliche Neuversorgung mit Hörgeräten. Die neue Prüf- und Genehmigungspraxis der Krankenkassen führte im Jahr 2023 zu Irritationen bei den Versicherten und Leistungserbringern und in der Folge zu einem Anstieg an Eingaben im Hilfsmittelbereich.

Festsetzung von Beiträgen für freiwillig Versicherte

Bereits im letzten Tätigkeitsbericht hat das BAS darüber berichtet, dass freiwillig Versicherte bei der Beitragsfestsetzung aus Arbeitseinkommen häufig von einer endgültigen Festsetzung von Höchstbeiträgen durch ihre Krankenkasse „überrascht“ wurden. Diese Thematik bestimmte auch im Berichtsjahr 2023 die Eingaben im Beitragsbereich.

Hintergrund ist das seit 1. Januar 2018 geltende Verfahren nach § 240 Absatz 4a SGB V zur Festsetzung von Beiträgen aus Arbeitseinkommen. Die Beiträge werden zunächst vorläufig auf Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides und dann endgültig auf Grundlage der tatsächlich erzielten Einnahmen für das jeweilige Kalenderjahr festgesetzt. Für die endgültige Festsetzung müssen Mitglieder ihre tatsächlichen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse durch Vorlage des Einkommensteuerbescheides nachweisen. Hierfür haben Sie drei Jahre nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres Zeit. Tun sie dies nicht, hat die Krankenkasse endgültig Höchstbeiträge festzusetzen. Diese Regelung zur endgültigen Festsetzung bei fehlendem Nachweis hat sich erstmals zum Ablauf des Jahres 2021 ausgewirkt und das BAS vor allem im Berichtsjahr 2022 beschäftigt.

Das BAS hat zahlreiche Gespräche mit anderen Institutionen zur rechtlichen Einordnung der Dreijahresfrist und ihrer Auswirkungen geführt. Ebenso wurden die Krankenkassen bei regelmäßigen Austauschen sensibilisiert, die Mitglieder nach Möglichkeit mehrfach und rechtzeitig auf den Ablauf der Frist und die daraus folgenden Konsequenzen hinzuweisen.

Ende 2023 griff der Gesetzgeber die für die Versicherten problematische Regelung nochmals auf. Mit der seit dem 16. Dezember 2023 geltenden Neuregelung des § 240 Absatz 4a SGB V wird die Ausschlussfrist von drei Jahren zur Vorlage des Einkommensteuerbescheides um einen Zeitraum von zwölf Monaten ergänzt. Anders als bisher hat das Mitglied damit die Möglichkeit, auf die Festsetzung des Höchstbeitrags zu reagieren und unter Vorlage des Einkommensteuerbescheides eine Korrektur der Beiträge zu beantragen.

Nach der neuen Regelung wird der Höchstbeitrag für zwölf Monate nicht festgelegt, wenn das Mitglied nachweist, dass es noch keinen Einkommensteuerbescheid erhalten hat. Bereits festgesetzte Höchstbeiträge sind gegebenenfalls auch rückwirkend für Zeiträume ab dem 1. Januar 2018 zu korrigieren (§ 423 SGB V).

Vertragsverhandlungen zur häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege

Das BAS beschäftigte intensiv die schleppend vorankommende Anpassung von Verträgen der häuslichen Krankenpflege (§ 132a SGBV) und der außerklinischen Intensivpflege (§ 132l SGB V).

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz beabsichtigte der Gesetzgeber, die Rehabilitation im außerklinischen Umfeld zu stärken. Hierzu wurde die außerklinische Inten-

sivpflege aus der häuslichen Krankenpflege ausgegliedert und in eigene Vorschriften, den §§ 37c und 132l SGB V überführt.

2023 hat die letzte Phase dieser Umsetzung begonnen: Am 1. Juli 2023 sind die Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V in Kraft getreten. Diese sind den Verträgen zur außerklinischen Intensivpflege zugrunde zu legen. Damit liegen seit diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für den Abschluss von entsprechenden Verträgen vor. Die Verträge sind nun gemeinsam und einheitlich von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit zuverlässigen Leistungserbringern zu schließen.

Zum 1. Juli 2023 erfolgte eine Gesetzesänderung, nach der gemäß § 132a SGB V auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege die Verträge gemeinsam und einheitlich auf Landesebene zu schließen sind. Zuvor waren die einzelnen Krankenkassen Vertragspartner, auch wenn sich in der Praxis teilweise bereits auch in der Vergangenheit schon Vertragspartner für Verhandlungen zusammengeschlossen hatten.

Aufgrund dieser Änderungen sind verschiedene rechtliche Fragestellungen und Umsetzungsfragen an das BAS herangetragen worden. So hat das BAS beispielsweise Fragen zur Gestaltung des Übergangs der Verträge von § 132a SGB V zu § 132l SGB V bewertet. Konfliktpotential bieten die unterschiedlichen Fallkonstellationen, die sich aus den bisherigen Verträgen ergeben, beispielsweise zur Vergütung.

Fragen stellten sich auch zur Änderung der Vertragspartner auf Krankenkassenseite. Zudem beobachtete das BAS, inwieweit von den Krankenkassen Vorbereitungen für gemeinsame und einheitliche Verhandlungen getroffen oder ob bereits Vertragsverhandlungen begonnen wurden.

Ziel ist es, rechtzeitig Verträge nach neuer Rechtslage zu schließen, um vertragslose Zustände zu vermeiden. Dies verlangt der Selbstverwaltung ein effektives gemeinsames Vorgehen sowie die Bündelung ausreichender Kapazitäten ab. Dies gilt insbesondere im Bereich der außerklinischen Intensivpflege nach Ablauf der Übergangsfrist.

Bestimmung von Schiedspersonen

Der Zugang zur Versorgung mit Gesundheitsleistungen ist gesetzlich vielfach durch den Abschluss von Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Anbietern von Gesundheitsleistungen geregelt.

Einigen sich die Verhandlungspartner nicht auf Versorgungsverträge, sieht das SGB V als Konfliktlösungsmechanismus in vielen Fällen ein Schiedsverfahren vor. Das BAS ist dafür zuständig, Schiedspersonen einzusetzen, wenn sich die Verhandlungspartner nicht auf eine gemeinsame Schiedsperson einigen können. Das gilt beispielsweise für die Versorgungsbereiche Hilfsmittelversorgung, Versorgung mit Haushaltshilfe, häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) sowie der hausarztzentrierten Versorgung. Die Anzahl der Anträge auf Einsetzung einer Schiedsperson stieg von 2021 auf 2022 schon von 180 auf 430 und im Jahr 2023 auf 1.736 an. Dies entspricht einer Steigerung von über 300 Prozent.

Das BAS hat im Jahr 2023 vermehrt Anträge auf Bestimmung einer Schiedsperson für den Abschluss von Verträgen der häuslichen Krankenpflege abgelehnt. Das Gesetz setzt für das Einsetzen von Schiedspersonen ein Scheitern der Verhandlungen zwischen Krankenkassen- und Leistungserbringerseite voraus. Nach der Neufas-

sung des § 132a Absatz 4 Satz 1 SGB V müssen die Verhandlungen nunmehr gemeinsam und einheitlich auf Krankenkassenseite geführt werden. Diese Voraussetzung lag nicht in allen Fällen vor, was im Jahr 2023 zu Antragsablehnungen führte.

Schwerpunkt der Meinungsverschiedenheiten unter den Vertragsparteien ist die Höhe der Vergütung. Notwendige Anpassungen aufgrund von Personal- und Energiekostensteigerungen erfolgen oftmals nicht zeitnah genug.

Grenzen der Ausgliederung von Kassenaufgaben

Die Grenzen der Aufgabenauslagerung durch gesetzliche Kranken- und Pflegekassen beschäftigen das BAS bereits seit Jahren. Das Bundessozialgericht hat hierzu nun in zwei parallelen Fällen (BSG, Urteile vom 30. August 2023, Aktenzeichen: B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) Entscheidungen von erheblicher Tragweite getroffen.

Gegenstand der beiden Verfahren waren zwei Verpflichtungsbescheide des BAS, mit denen eine Krankenkasse und eine Pflegekasse zur Kündigung von Dienstleisterverträgen aufgefordert wurden. Diese Verträge sahen die Auslagerung von sachbearbeitenden Tätigkeiten der Kassen auf einen privaten Dritten vor. Das BSG hat die vom BAS vertretenen Rechtsauffassungen in beiden Fällen vollumfänglich bestätigt.

Das Gericht stellte zunächst fest, dass es für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung keine Generalklausel gibt, die eine Ausgliederung von Aufgaben auf Dritte zulässt. Lediglich im SGB V ist in § 197b SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung normiert worden, dass Aufgaben, die gesetzlich der Krankenkasse zugewiesen sind, auf Arbeitsgemeinschaften oder Dritte ausgliedert

werden dürfen. Das Gesetz schränkt diese Möglichkeit aber insoweit ein, als wesentliche Aufgaben der Krankenversicherung gar nicht ausgliederungsfähig sind. In den konkret entschiedenen Fällen hat das Gericht die Auffassung des BAS bestätigt, dass die Kassen rechtswidrig wesentliche sachbearbeitende Aufgaben auf einen privaten Dienstleister ausgegliedert hatten.

Das BAS hat gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit angeregt, eine Gesetzesänderung zur Einführung einer Generalklausel im SGB XI für die Ausgliederung von Aufgaben auf Dritte entsprechend der Regelung in § 197b SGB V zu initiieren.

Die Ausgliederung von wesentlichen Aufgaben der Kranken- und Pflegeversicherung wird das BAS weiter mit Aufsichtsmitteln unterbinden. Auch wird das BAS aufsichtsrechtlich tätig werden, wenn die Kassen das Verbot der Ausgliederung von Kernaufgaben der Kranken- und Pflegekassen umgehen, indem sie Arbeitnehmerüberlassungsverträge abschließen.

Abgabe von Digitalen Gesundheitsanwendungen

Seit dem 19. Dezember 2019 können Versicherte Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die sogenannte „App auf Rezept“, nach Vorlage einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Verordnung in Anspruch nehmen. Die DiGA kann aber auch ohne Vorlage einer Verordnung bei der Krankenkasse beantragt werden, sofern eine entsprechende medizinische Indikation vorliegt (§ 33a SGB V).

Das BAS wurde durch Zuschriften von DiGA-Herstellern, Versicherten und Vertretern der Presse darauf aufmerksam, dass einige Krankenkas-

sen ihren Versicherten den für die Nutzung der DiGA erforderlichen Freischaltcode nicht ausstellen und stattdessen die Versorgung mit einer kostengünstigeren, nicht verordneten DiGA anbieten. In einem Rundschreiben wies das BAS am 13. Juni 2023 darauf hin, dass die Krankenkassen bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung nicht berechtigt sind, auf andere, gegebenenfalls preiswertere DiGA zu verweisen. Unter Beachtung der Therapiefreiheit des Arztes/der Ärztin ist es der Krankenkasse grundsätzlich verwehrt, in die Verordnungsentscheidung einzugreifen.

Ergänzend wurde mit Rundschreiben vom 21. November 2023 darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen im Einzelfall eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen herbeiführen können, wenn Zweifel an der Erforderlichkeit oder Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Verordnung einer DiGA bestehen. Eine regelhafte Überprüfung, zum Beispiel von Folgeverordnungen, ist jedoch nicht zulässig. Beide Rundschreiben können auf der Website des BAS nachgelesen werden

Genehmigung von Satzungen

Das BAS hat in 2023 insgesamt 179 Satzungsänderungen genehmigt. Dabei wurden verschiedene rechtliche Fragestellungen relevant, die sich unter anderem mit den Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenkassen befassen.

Für Versicherte, die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken, Früherkennung von Krankheiten, Schutzimpfungen sowie verhaltensbezogene Prävention in Anspruch nehmen, schütten die Krankenkassen gemäß § 65a SGB V an die Versicherten einen Bonus aus. Dieser Bonus dient als Anreiz für ein gesundheitsbewusstes Verhalten.

Grundsätzlich wird der Bonus in Form von Bargeld gewährt. Darüber hinaus können die Kassen auch einen erhöhten Bonus leisten, insbesondere wenn die Versicherten alle für sie in Betracht kommenden Vorsorgemaßnahmen absolviert haben. Die Erhöhung muss allerdings in einem angemessenen Verhältnis zum erworbenen Bonusanspruch stehen.

Das BAS hatte in diesem Zusammenhang auch Satzungsregelungen zu prüfen, wonach Versicherte einen erhöhten Bonus in Form eines Zuschusses zu einer bestimmten privaten Versicherung erhalten sollten. Genehmigungsfähig waren Satzungsregelungen für eine Bezuschussung einer Zusatzversicherung, zum Beispiel für den Bereich der Krankenhausleistungen oder Auslandskrankenversicherungen. Gleiches gilt wegen des engen Sachzusammenhangs für den Bereich der Pflegeversicherung.

Nicht genehmigungsfähig waren Satzungsregelungen, die die Ausschüttung eines erhöhten Bonus in Form eines Zuschusses zu einer Zusatzversicherung beinhalten, die keinen unmittelbaren Bezug zum Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. sozialen Pflegeversicherung hat. Dies gilt beispielsweise für Berufsunfähigkeitsversicherungen bzw. eine ergänzende Altersvorsorge.

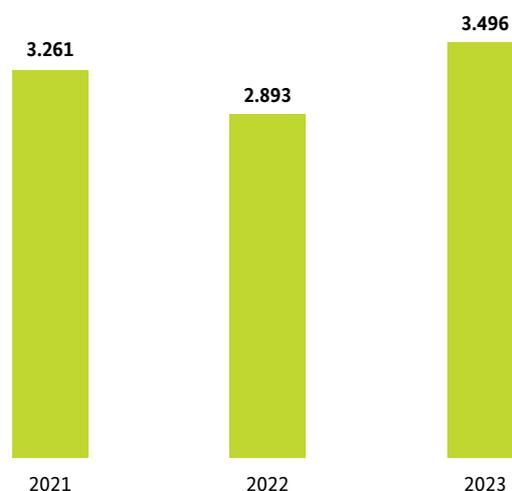
Dieser Auffassung liegt auch ein Beschluss der 98. Aufsichtsbehördentagung von Bund und Ländern von Mai 2021 zugrunde, wonach ein erhöhter Bonus in Form einer Maßnahme oder Leistung einen thematischen Bezug zur Gesundheit/Krankheit haben muss. Zu Maßnahmen oder Leistungen, die keine unmittelbare Wirkung auf die Gesundheit haben, können keine zusätzlichen Boni gewährt werden.

Mehrere Anträge, die eine entsprechende Satzungsänderung zum Gegenstand hatten, wurden im Berichtszeitraum vom BAS daher abgelehnt. Soweit erhöhte Bonuszahlungen für Versicherungen ohne ausreichenden Bezug zur gesetzlichen Kranken- beziehungsweise Sozialen Pflegeversicherung bereits in bestehenden Satzungen vorhanden sind, wirkte und wirkt das BAS gegenüber den Krankenkassen im Aufsichtsbereich darauf hin, die Satzungen anzupassen und so rechtmäßige Bonusregelungen festzulegen.

Eingaben Krankenversicherung

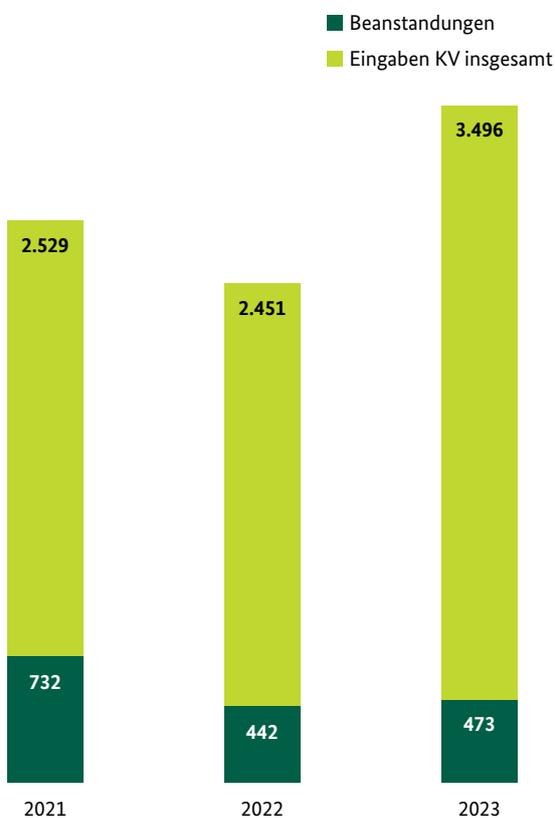
In der Rückschau auf das Jahr 2023 wird wieder einmal mehr die Bedeutung des BAS als korrektive Stelle im Gesundheitswesen greifbar. So haben sich deutlich mehr Versicherte, Leistungserbringer, Arbeitgeber und Institutionen mit der Bitte um eine neutrale Überprüfung an das BAS gewandt. Im Bereich der Krankenversicherung stieg die Zahl der Eingaben gegenüber dem Vorjahr um 603 auf 3.496 Eingaben. Dies entspricht einer Steigerung um rund 21 Prozent.

Eingabeentwicklung Krankenversicherung

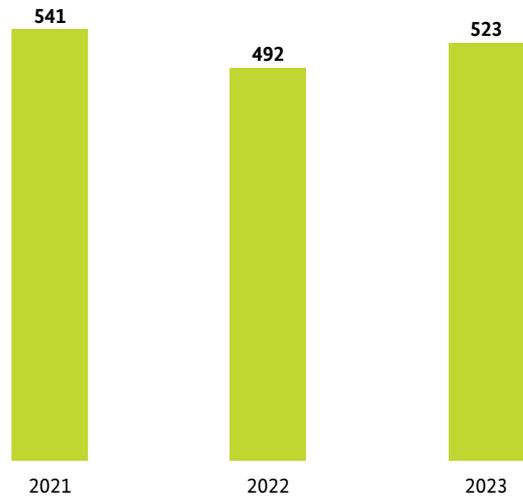


Fällt dem BAS bei der Prüfung der Eingaben ein fehlerhaftes Vorgehen der Krankenkasse auf, wird dies als Beanstandung statistisch erfasst. Trotz steigender Eingaben ist die Beanstandungsquote, das heißt die Anzahl der erfassten Prüfanmerkungen im Verhältnis zur Gesamtzahl der Eingaben niedrig geblieben. Betrug die Beanstandungsquote im Jahr 2021 noch 22 Prozent und im Jahr 2022 nur 15 Prozent, liegt sie im Jahr 2023 mit 14 Prozent weiterhin auf niedrigem Niveau.

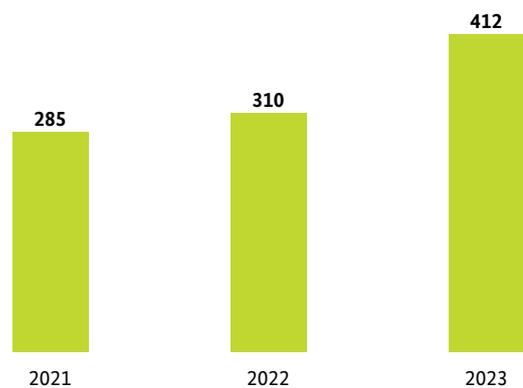
Beanstandungsquote Krankenversicherung



Krankengeld



Hilfsmittel

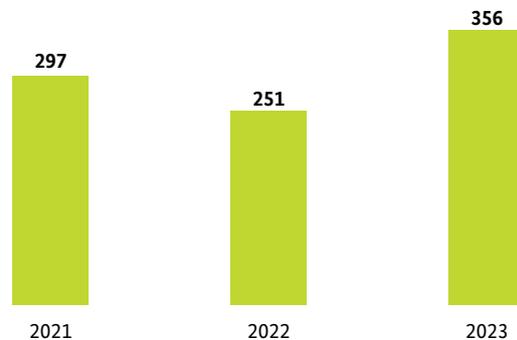


Am häufigsten haben die Einsendenden Probleme oder Klärungsbedarf im Bereich der Entscheidungen über Leistungen. Schwerpunkte sind hier unter anderem Fragen rund um die Gewährung von Krankengeld oder die Übernahme von Hilfsmitteln.

Während die Beschwerden zum Thema Krankengeld weitestgehend konstant geblieben sind, zeigt sich im Bereich Hilfsmittel ein deutlicher Anstieg im Jahr 2023. Verursacht wurde dies unter anderem dadurch, dass sich viele Versicherte darüber beschwerten, dass eine Folgeversorgung mit Hörgeräten nach sechs Jahren von Krankenkassen zunächst abgelehnt wurde. Hintergrund war ein zum 1. Januar 2023 neuer Vertrag zwischen dem Verband der Ersatzkassen e.V. und der Bundesinigung der Hörakustiker zur Versorgung der Versicherten mit Hörsystemen. Hierdurch ergaben sich geänderte Verfahrensweisen in der Genehmigungspraxis. Im Ergebnis wurde eine Neuversorgung auch erbracht, wenn sie notwendig war, (vgl. Hörgeräteversorgung S. 18).

Neben dem Bereich „Leistungen“ erreichten das BAS eine Vielzahl von Eingaben in den Bereichen „Mitgliedschaft/Beiträge“ und „Sonstiges“ (beispielsweise zur Auskunft und Beratung oder zum Widerspruchsverfahren), welche rund ein Drittel der Gesamtzahl der Eingaben an das BAS ausmachten. Gerade wenn Krankenkassen Höchstbeiträge festsetzen oder rückständige Beiträge anmahnen, kann dies Betroffene existentiell belasten. Das BAS überprüft dabei, ob die Maßnahmen der Krankenkassen den gesetzlichen Vorgaben entsprechen.

Rückständige Beiträge / Beitragszahlung



Dies zeigt sich auch in den Eingabezahlen zu rückständigen Beiträgen und Problemen bei der Beitragszahlung, die im Jahr 2023 nochmals gestiegen sind. Das BAS musste sich hier weiterhin mit der endgültigen Festsetzung von Höchstbeiträgen bei freiwillig versicherten Selbständigen beschäftigen, die ihre Einnahmen nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Fristen nachwiesen, (vgl. Festsetzung von Beiträgen für freiwillig Versicherte).



2. Pflegeversicherung



Dialog mit den Pflegekassen

Im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung gab es im Jahr 2023 prägende gesetzliche Neuerungen durch das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG). Änderungen im Beitragsrecht sowie ein Teil der Änderungen im Leistungsrecht traten bereits zum 1. Juli 2023 beziehungsweise 1. Oktober 2023 in Kraft und führten zu vielfältigen Nachfragen von Versicherten und Pflegekassen.

Hervorzuheben ist das Thema „pauschale Zusatzzahlungen“. Der Gesetzgeber hat die Regelungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in den §§ 18 folgende SGB XI neu strukturiert und dabei wichtige Klarstellungen vorgenommen. Das Gesetz sieht im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowohl für die Begutachtung als auch für die abschließende Bearbeitung durch die Pflegekasse Fristen vor. Dies dient der Beschleunigung des Verfahrens. Die Pflegekassen haben bei Überschreitung der Begutachtungs- oder Bearbeitungsfristen unverzüglich für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an die antragstellende Person zu zahlen. Damit soll ein Anreiz geschaffen werden, die Fristen nicht nur überwiegend, sondern in jedem Einzelfall einzuhalten.

Zudem sollen die antragstellenden Personen bis zur endgültigen Entscheidung über die Gewährung der Pflegeleistungen eine wirtschaftliche Unterstützung erhalten. Allerdings laufen die Begutachtungs- und Bearbeitungsfristen zunächst nicht weiter, wenn eine Verzögerung eintritt, die die Pflegekasse nicht zu vertreten hat. Beispiele hierfür sind ein Krankenhausaufenthalt oder eine Urlaubsabwesenheit der antragstellenden Person. Der Gesetzgeber hat nunmehr klargestellt, dass in diesen Fällen eine Fristhemmung eintritt, so dass nach dem Entfallen eines solchen Verzögerungsgrundes die Begutachtungs- und Bearbeitungs-

fristen nicht etwa entfallen oder neu beginnen, sondern weiterlaufen. Nicht von der Pflegekasse zu vertretende Verzögerungen im Verfahren unterbrechen also die Fristen lediglich bis zum Wegfall des jeweiligen Verzögerungsgrundes.

Sowohl zur Frage des Auszahlungszeitpunktes der Zusatzzahlung als auch zu Fragen im Zusammenhang mit der Fristhemmung bei Verfahrensverzögerungen, die nicht von der Pflegekasse zu vertreten sind, gibt es trotz der gesetzgeberischen Klarstellungen durch das PUEG in der Praxis Erörterungsbedarf der Pflegekassen. Das BAS prüft und beantwortet zudem Beschwerden und Anfragen pflegebedürftiger Personen. Das BAS steht zu diesen Fragen der Gesetzesauslegung und -umsetzung in engem Austausch mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) als Spitzenverband der Pflegekassen und berät die Pflegekassen seines Aufsichtsbereiches.

Das BAS hat sich anlassbezogen mit bestimmten digitalen Anwendungen und deren möglichen Einsatz in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI befasst.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz) am 9. Juni 2021 wurde die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI um digitale Beratungsangebote ergänzt. Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person kann die Pflegeberatung durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden.

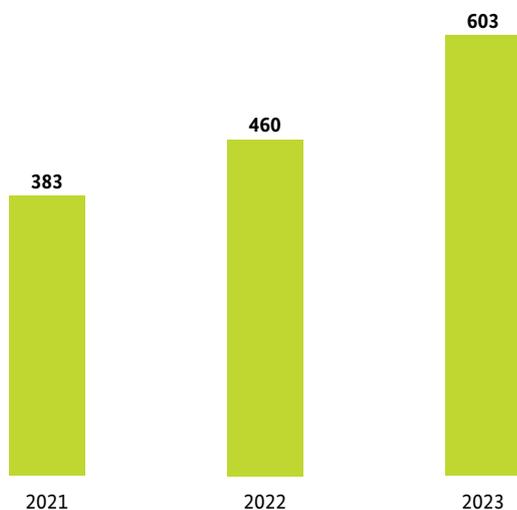
In diesen Fällen war eine Prüfung erforderlich, ob die jeweilige digitale Anwendung für den unterstützenden Einsatz in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI geeignet ist und von den Pflegekassen als ergänzendes Beratungsangebot gegenüber ih-

ren Versicherten bereitgestellt werden kann. Dabei stand das BAS den Pflegekassen bei grundsätzlichen Fragestellungen zu rechtlichen Vorgaben zur Verbuchung der Kosten unterstützend zur Seite. Außerdem beriet das BAS auch zu Abgrenzungsfragen zu den allgemeinen Auskunft- und Beratungspflichten nach § 7 Absatz 2 SGB XI.

Eingaben

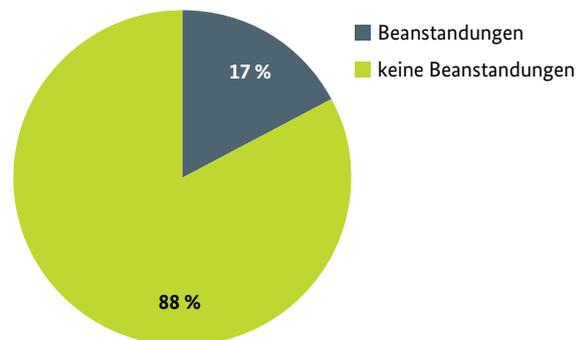
Mit insgesamt 603 Eingaben und Petitionen haben sich im Berichtszeitraum Pflegepersonen oder Versicherte mit Beschwerden aus dem Bereich der Pflegeversicherung an das BAS gewandt. Die Zahl der Eingaben hat sich im Jahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr (460 Eingaben) um rund 31 Prozent deutlich erhöht.

Eingabenentwicklung



Die Eingaben betrafen alle grundlegenden Leistungsbereiche der Pflegeversicherung. Hervorzuheben sind vor allem die Dauer der Verwaltungsverfahren im Zusammenhang mit der Zuordnung zu einem Pflegegrad sowie Probleme bei der Auszahlung der Leistungen (Pflegegeld, anteiliges Pflegegeld bei Kombination von Geld- und Sachleistungen). Auch die Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie die Bewilligung und Auszahlung des Entlastungsbetrages waren regelmäßig Gegenstand der Eingaben.

Beanstandungsquote



Wie die Grafik zeigt, liegt die Zahl der Beanstandungen gegenüber den Pflegekassen auf einem niedrigen Niveau. Die Zusammenarbeit mit den Pflegekassen gestaltet sich insgesamt einvernehmlich und kooperativ.



3. *Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung*



Kernaufgaben

Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung (PDK) im BAS weist mit seinen circa 170 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Besonderheit auf, dass nicht alle Referate am Standort Bonn angesiedelt sind. Aufgrund seiner dezentralen Struktur besteht die Möglichkeit, Vor-Ort-Prüfungen schnell und ohne längere Anfahrten effektiv durchführen zu können. In Bonn befinden sich drei Referate: zwei Steuerungseinheiten und ein Prüfreferat. Fünf Außenstellen mit jeweils fünf bis sieben Fach-Prüfgruppen, die ihrerseits mit durchschnittlich drei bis fünf Personen tätig werden, sind über das Bundesgebiet verteilt.



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

Die Kernaufgabe des PDK besteht seit mehr als 30 Jahren darin, die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Kranken- und Pflegekassen sowie deren Arbeitsgemeinschaften in regelmä-

ßigen Abständen zu prüfen (§ 274 SGB V/§ 46 SGB XI). Nachdem der PDK zu Beginn des Jahres 2023 die „Sonder“-Prüfungen zur Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung abschließen konnte, kam er seiner Kernaufgabe 2023 wieder verstärkt nach. Damit wird auch den (weiterhin) steigenden Zahlen von Versicherten und Mitgliedern der bundesunmittelbaren Krankenkassen (siehe Grafiken unter 1.1) entsprochen. Die Prüfungen unterstützen die Kranken- und Pflegekassen dabei, ihre Verfahren effektiv zu gestalten. Dabei achten die Prüferinnen und Prüfer auch darauf, die Rechte der Versicherten zu wahren.

Die in den vergangenen Jahren durchgeführten o.g. „Sonder“-Prüfungen zur Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung (§ 408 SGB V) schloss der PDK 2023 mit den letzten Vollprüfungen ab, sodass die für den RSA zuständige Stelle im BAS daher nach Abschluss dieser letzten Prüfungen die entsprechenden Korrekturbescheide erstellte.

Für die Prüfungen zur rechtmäßigen Beitragsfestsetzung, zum Beitragseinzug und zur Weiterleitung von Beiträgen nach § 252 SGB V steigerte der PDK seine Personalkapazitäten und setzte insgesamt erstmalig sieben Prüfgruppen ein, vgl. hierzu Näheres auf S. 41.

Eine weitere Prüfung betrifft den Risikostrukturgleich (RSA); vgl. hierzu auch S. 41. Hier prüft der PDK auf der Grundlage von § 20 RSAV (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung), ob die für die Berechnung der Ausgleichsbeträge von den Krankenkassen gemeldeten Daten zutreffend ermittelt und an die für den RSA zuständige Stelle des BAS gemeldet werden. Nach dieser Vorschrift sind die Datenmeldungen Versicherungszeiten / Disease-Management-Programme (DMP) und Morbi-RSA jeweils wechselnd zu prüfen. Durch die letzte Änderung der Vorschrift sind die Prüfungen künftig nicht mehr jährlich wechselnd, sondern jeweils

nur alle drei Jahre bezogen auf eines der drei zuletzt abgeschlossenen Ausgleichsjahre des RSA durchzuführen. Aufgrund dieses turnusbedingten Wechsels standen in 2022 die Datenmeldungen der Krankenkassen zu Versicherungszeiten/DMP zur Überprüfung an, die im vergangenen Jahr fortgesetzt wurden. Die erstellten Rückmeldearten wurden anschließend an den Gesundheitsfonds weitergeleitet. Die Rückmeldearten leitete der PDK anschließend an den Gesundheitsfonds weiter.

Auch im Jahr 2023 hat der PDK wieder eng mit dem Prüfdienst beim Bundesministerium für Gesundheit und den Prüfdiensten der Länder zusammengearbeitet. Neben der Abstimmung fachlicher Themen legten die Prüfdienste sehr viel Wert auf eine strukturelle und inhaltliche Abstimmung der Prüfungen. So haben der PDK und die Prüfdienste zum Beispiel eine neue Version des Leitfadens „Elektronische Kommunikation und Digitalisierung in der Sozialversicherung“ veröffentlicht (siehe gesonderter Beitrag).

Zahl der Prüfungen 2023

| Art der Prüfverfahren | Durchgeführte Prüfverfahren 2022 | Durchgeführte Prüfverfahren 2023 |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI zur Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung („Kernaufgabe“) | | |
| Standardprüfungen | 40 | 24 |
| Allgemeine Verwaltung | 6 | 5 |
| Finanzen/Kassensicherheit | 3 | 2 |
| Mitgliedschaft/Beiträge | 0 | 0 |
| Leistungen Krankenversicherung | 10 | 5 |
| Leistungen Pflegeversicherung | 9 | 6 |
| DRG | 4 | 3 |
| EDV/Informationstechnik | 8 | 3 |
| Sonderprüfungen | 1 | 0 |
| Finanzstatus | 1 | 0 |
| Schwerpunktprüfungen | 2 | 12 |
| Leistungen Krankenversicherung | 2 | 8 |
| EDV/Informationstechnik | - | 4 |

Prüfungen nach § 252 SGB V „Sonstige Beiträge“

| Art der Prüfverfahren | Durchgeführte Prüfverfahren 2022 | Durchgeführte Prüfverfahren 2023 |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Standardprüfungen | 23 | 17* |

Prüfungen nach § 20 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

| Art der Prüfverfahren | Durchgeführte Prüfverfahren 2022 | Durchgeführte Prüfverfahren 2023 |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Versicherungszeiten/DMP | 45 | 20 |
| Morbi-RSA | 0 | 0 |

Prüfungen nach § 408 SGB V „obligatorische Anschlussversicherung“

| Art der Prüfverfahren | Durchgeführte Prüfverfahren 2022 | Durchgeführte Prüfverfahren 2023 |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | 10 | 2** |
| Summe Prüfungen | 121 | 75 |

* Inkl. Systematische Prüfungen

** Vollprüfungen

Bereits im Jahr 2022 begonnene Prüfungen nach § 20 RSAV wurden im Jahr 2023 fortgeführt. Die im Gegensatz dazu aufwandsintensiveren Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V und § 46 SGB XI wurden in 2023 begonnen, aber für die statistische Erfassung noch nicht abgeschlossen, sodass diese Prüfungen erst in der Statistik für das Jahr 2024 erfasst werden können.

Seit dem zweiten Halbjahr 2023 werden neben den Prüfungen für den Gesundheitsfonds nach § 252 SGBV (s. unten S. 41) auch wieder Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V auf dem Prüfgebiet „Mitgliedschaft/Beiträge durchgeführt. Auch diese in 2023 begonnenen Prüfungen erstrecken sich in das folgende Jahr, weswegen die Ergebnisse dieser Prüfungen auch erst in den Tätigkeitsbericht 2024 einfließen werden.

Krankenversicherung

Mitgliederwerbung – Aufwandsentschädigung und zusätzliche Urlaubstage für Kassenmitarbeitende

Die Beanstandungen in diesem Bereich sind vielfältig und dem Prüfdienst fallen immer neue Sachverhalte auf. So wurden z.B. Beschäftigten einer Krankenkasse zusätzlich zu der – grundsätzlich zulässigen – Aufwandsentschädigung je erworbenem Mitglied, Urlaubstage gewährt. Weitere Leistungen wie zusätzliche Urlaubstage dürfen jedoch nur dann gewährt werden, wenn die der Höhe nach begrenzte Aufwandsentschädigung nicht überschritten wird. Dies ist in Randziffer 34 der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt.

Nachhaltigkeit rückt als Prüfthema in den Fokus

Am 25. September 2015 beschlossen die Staats- und Regierungschefs der Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen die „Agenda 2030“ für nachhaltige Entwicklung. Kernstück dieser Agenda bildet ein Katalog mit 17 Zielen für Nachhaltigkeit, an denen sich auch die deutsche Nachhaltigkeitsstrategie orientiert.

Doch schon mit der vorausgehenden „Agenda 21“ verpflichtete sich die Bundesregierung dazu, das Leitbild der nachhaltigen Entwicklung national in allen Politikbereichen – unter der Beteiligung von Gesellschaft und Wirtschaft – umzusetzen. Darin geht es um eine übergreifende Verantwortung für eine ökonomisch, ökologisch und sozial tragfähige Entwicklung für alle Generationen. Die in der „Agenda 2030“ abgebildeten 17 globalen, ökologischen, sozialen und ökonomischen Nachhaltigkeitsziele wenden sich sowohl an den (unmittelbaren und mittelbaren) staatlichen Bereich als auch an die Zivilgesellschaft. Zum mittelbaren staatlichen Bereich gehören auch die Sozialversicherungsträger. Verbindliche Normen, die einzuhalten sind, gibt es jedoch nicht. Dementsprechend kann der Prüfdienst nur beratend auf die Träger einwirken, damit die Nachhaltigkeitsziele dort in den Blick genommen und verfolgt werden.

Seit 2023 prüfte der PDK verstärkt das Themengebiet Nachhaltigkeit bei den Krankenkassen. Hierzu entwickelte er Prüffragen in Bezug auf Nachhaltigkeit in der Beschaffung und im Umweltschutz. Die Art und Weise, wie die Krankenkassen ihre Mitarbeiter einsetzen, unterschied sich stark voneinander. Das Fazit aus den bisherigen Prüfungen ist, dass die Krankenkassen verstanden haben, wie wichtig die Nachhaltigkeitsziele sind. Allerdings setzen sie diese in verschiedenen Stufen um, was auch von den Mitteln abhängt, die ihnen zur Verfügung stehen.

Abrechnung der digitalen Gesundheitsanwendungen

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz erhielten gesetzlich Versicherte erstmals einen Zugang zu einer Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Für die Abrechnung der Inanspruchnahme der medizinischen Apps und browserbasierten Programme etablierten die Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Hersteller (als Leistungserbringer) einen gemeinsamen Prozess.

Die Prüfungen des Prüfdienstes ergaben, dass in jeder zehnten Abrechnung erforderliche Rechenkorrekturen unterblieben. Der festgestellte wirtschaftliche Schaden für die geprüften Krankenkassen belief sich auf einen niedrigen sechsstelligen Betrag. Der PDK wird dieses Thema auch bei künftigen Prüfungen nachhalten.

Einerseits bemängelte der Prüfdienst, dass die Krankenkassen gegenüber den Herstellern keine Ausgleichsansprüche für rückwirkend in Kraft getretene Preisabsenkungen geltend machen. Preisanpassungen betrafen bisher 14 der im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte gelisteten DiGA. Sie führen zu Ausgleichsansprüchen der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern. Diese umfassen die Differenz zwischen dem abgerechneten sowie dem vereinbarten bzw. festgesetzten Preis für die Nutzung der medizinischen Anwendungen.

Andererseits zeigte der Prüfdienst auf, dass die Krankenkassen einzelne Nutzungstage bei wiederholter DiGA-Inanspruchnahme mehrfach vergüten. Dieses Problem entsteht, wenn Versicherte Freischaltcodes für eine Folgeverordnung bzw. -genehmigung noch in einem laufenden Leistungszeitraum einer Erstverordnung bzw. -genehmigung einlösen. Um eine ordnungsgemäße Vergütung sicherzustellen, sind in diesen

Fällen Korrekturen des Leistungsbeginns auf den nächsten Tag nach dem Ende des vorhergehenden Leistungszeitraumes vorzunehmen.

Die betroffenen Krankenkassen konnten inzwischen sowohl das bestehende Abrechnungsverfahren als auch die eingesetzten Anwendungssysteme optimieren (vgl. S. 21, Abgabe von Digitalen Gesundheitsanwendungen).

Kommunikation im Widerspruchsverfahren

Wie bereits in den vorangegangenen Jahren nahm der Prüfdienst auch im Jahr 2023 das Thema Widerspruchsbearbeitung auch im Leistungsbereich von Krankenkassen in den Fokus. Grundlage für die Prüfung sind zwei Rundschreiben des BAS aus den Jahren 2018 und 2020, die sich mit dem Thema beschäftigen. Darin führt das BAS unter anderem aus, unter welchen Voraussetzungen Nachfragen im Widerspruchsverfahren gegenüber Versicherten zulässig sind und in welcher Art und Weise sie erfolgen dürfen.

Die festgestellten Verstöße betrafen missverständliche Mitteilungen an die Versicherten, die den Eindruck erweckten, dass bereits nach erneuter Prüfung durch die Sachbearbeitung und damit vor Abgabe des Verfahrens an den Widerspruchsausschuss über den Widerspruch entschieden worden sei. Weiterhin wurde eine Rückäußerung der Versicherten angefordert, ob der Widerspruch aufrecht gehalten werden solle.

Eine andere geprüfte Krankenkasse sah sogar generell vor, nach Eingang des Widerspruchs telefonisch Kontakt mit den Versicherten aufzunehmen. Dies sollte pauschal geschehen, obwohl kein neuer Sachverhalt vorlag, der eine erneute Kontaktaufnahme erforderlich gemacht hätte.

Rückforderung von überzahltem Krankengeld

Im Rahmen der Prüfung von Krankengeldfällen stellte der Prüfdienst fest, dass einige Krankenkassen maßgeblichen Vorschriften bei der Rückforderung von überzahlten Geldleistungen nicht beachtet hatten.

So baten sie z.B. Versicherte mit einem kurzen Anschreiben, das überzahlte Krankengeld an die Krankenkasse zurückzuüberweisen.

Dabei sehen die geltenden Vorschriften vor, dass vor einer Erstattung der entsprechende Bewilligungsbescheid aufgehoben werden muss. Bei der Aufhebung eines Bescheides für die Vergangenheit, was bei der Rückforderung von überzahltem Krankengeld der Fall ist, sind dabei zahlreiche Prüfschritte und Abwägungen erforderlich. Unter anderem deswegen muss die Krankenkasse die betroffenen Versicherten im Vorfeld anhören, damit alle relevanten Gesichtspunkte bei der Prüfung berücksichtigt werden können. Darüber hinaus müssen die wesentlichen Entscheidungsgründe und Abwägungsgesichtspunkte bei der Begründung des Aufhebungsbescheids angegeben werden. Die Festsetzung der von Versicherten zu erstattenden Leistungen wird dann vom Aufhebungsbescheid getrennt getroffen, soll aber mit diesem verbunden werden.

Zustimmung zum Auslandsaufenthalt

Der Anspruch auf Krankengeld ruht, solange sich Versicherte im Ausland aufhalten. Dies gilt jedoch nicht, solange der Auslandsaufenthalt mit Zustimmung der Krankenkasse erfolgt. In der Vergangenheit haben Krankenkassen für die Prüfung der Erteilung einer Zustimmung häufig den Medizinischen Dienst eingeschaltet. Dieser sollte prüfen, ob der Auslandsaufenthalt der Gesundheit der Arbeitsunfähigen schadet bzw. deren Heilung verzögert.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 4. Juni 2019 zum Thema Prüfungen von Genehmigungen eines Auslandsaufenthaltes während des Krankengeldbezuges (Aktenzeichen: B 3 KR 23/18 R) ausgeführt, dass eine ungerechtfertigte Inanspruchnahme der Leistung vermieden werden soll.

Die Krankenkasse soll über den Auslandsaufenthalt informiert werden und ihr dadurch die Prüfung bzw. Kontrolle ermöglicht werden, ob die Voraussetzungen für den Anspruch auf Krankengeld weiterhin bestehen oder ob sich Anhaltspunkte für einen Leistungsmissbrauch ergeben. Die Zustimmungserteilung steht somit nicht im Ermessen der Krankenkasse. Generell muss sich die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung über die Zustimmung jedoch auf die Prüfung „praktischer Gründe“ (Vorliegen plausibler ärztlicher Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen während des Auslandsaufenthaltes) beschränken.

Soweit eine Krankenkasse aus dem Blickwinkel des Wirtschaftlichkeitsgebots heraus Bedenken gegen eine Auslandsreise hat und die Zustimmung versagen will – beispielsweise wegen der möglichen Verschlimmerung des Gesundheitszustandes und Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit – muss sie den Versicherten zu entsprechenden Mitwirkungshandlungen, etwa zur Teilnahme an einer ärztlichen Untersuchung oder an einer Heilbehandlung auffordern. Kommt eine Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden nicht in Betracht, hat der arbeitsunfähig Versicherte unabhängig vom Ziel der Reise im In- oder Ausland nur die gesetzlich normierten Mitwirkungspflichten, die auch nur nach entsprechendem Hinweis gemäß der gesetzlichen Regelung sanktioniert werden können.

Geprüfte Krankenkassen haben in vielen Fällen die Zustimmung dennoch nach wie vor ausschließlich von der medizinischen Einschätzung des Medizinischen Dienstes abhängig gemacht, nach der sich der Gesundheitszustand der jeweils betroffenen Personen durch den geplanten Auslandsaufenthalt voraussichtlich verschlechtern bzw. die Arbeitsunfähigkeit verlängern würde. Dies führte dazu, dass eine Zustimmung zum Auslandsaufenthalt im laufenden Krankengeldbezug zu Unrecht versagt wurde.

Krankenhausabrechnungen

Anforderungen im Erörterungsverfahren

Zum 1. Januar 2022 trat die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) in Kraft, in der das Verfahren zu der gesetzlich eingeführten einzelfallbezogenen Erörterung geregelt worden ist. Das vorherige Erörterungsverfahren ist dabei Zulässigkeitsvoraussetzung für den Rechtsweg zu den Sozialgerichten, sollten sich Krankenhaus und Krankenkasse bei Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten nach einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht einigen können. Der PDK ging in seinen Prüfungen der Frage nach, wie die Krankenkassen die Vorgaben der PrüfvV für das Erörterungsverfahren mit den Krankenhäusern umgesetzt haben.

Damit die Krankenkasse den zwischen ihr und dem Krankenhaus streitigen Fall beurteilen kann, stellt der Medizinische Dienst der Krankenkassen die Daten des Krankenhauses zur Verfügung. Ist das Erörterungsverfahren abgeschlossen, müssen die Krankenkassen diese Daten wieder löschen, da sie für den ursprünglichen Zweck nicht mehr benötigt werden.

Bei den Krankenkassen mangelte es jedoch an verbindlichen Datenlöschkonzepten nach Abschluss der Erörterung oder der gerichtlichen Überprüfung. Der PDK empfahl daher den Krankenkassen, Datenlöschkonzepte zu erarbeiten. Ebenso müssen die Krankenkassen darauf achten, dass entsprechende Konzepte bei ihren Abrechnungsdienstleistern vorliegen, sofern sie die Krankenhausabrechnungsprüfung dorthin ausgelagert haben.

Der PDK stellte weiterhin fest, dass im Rahmen des Erörterungsverfahrens erhobene Daten und Unterlagen (Sozialdaten i. S. d. § 67 Abs. 2 SGB X) auch von Beschäftigten der Kassen eingesehen und verarbeitet werden konnten, die nicht an dem Erörterungsverfahren beteiligt waren. Der PDK forderte daher, für die in Papier- oder elektronischer Form eingehenden Unterlagen ein Benutzer- bzw. Rollenkonzept mit Historienführung zu implementieren, welches ausschließlich den befugten Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern Einsichtnahme bzw. Zugriff auf die Daten erlaubt.

Erfolgsquote bei Abrechnungsfällen

Im Rahmen seiner Turnusprüfungen nach § 274 SGB V wertet der PDK standardmäßig die Erfolgsquote von Krankenhausabrechnungsfällen aus, die dem Medizinischen Dienst seitens der Krankenkassen zur Überprüfung vorgelegt werden. Eine hohe Erfolgsquote bei den Prüfungen der Krankenhausabrechnungen bedeutet, dass die Krankenkassen mehr Einsparungen erzielen. Der PDK hat bei seinen Prüfungen sinkende Erfolgsquoten festgestellt. Die Gründe können nicht abschließend ermittelt werden.

Ein großer Teil der dem Medizinischen Dienst vorgelegten Fälle bezog sich auf die Verweildauer und Fälle, die medizinisch nicht zwingend eine stationäre Krankenhausbehandlung erfordern. Bei die-

sen Prüfungen bedienen sich die Krankenkassen in der Regel standardisierter Fragestellungen und gehen oftmals nicht auf die medizinischen Besonderheiten des Einzelfalls ein.

Prüfungen mit einem deutlich höheren Einsparpotential sind Kodierprüfungen, wovon die Krankenkassen bisher weniger Gebrauch machen.

Bei diesen Kodierprüfungen werden vor allem die zum Krankenhausfall gemeldeten Haupt- und/oder die Nebendiagnosen sowie die gemeldeten Operations- und Prozedurenschlüssel mit medizinischen Fachkenntnissen kontrolliert, damit dem Medizinischen Dienst konkrete Prüfanfragen gestellt werden können. Der PDK empfahl daher den Krankenkassen, Maßnahmen zu ergreifen, um eine gezieltere Fallauswahl zu treffen (zum Beispiel Schulungen der Beschäftigten, Anpassung der automatisierten Fallprüfung) und die Kodierprüfungen auszuweiten.

Finanzen und Kassensicherheit

Im Bereich der Prüfung der Kassensicherheit ist es Ziel, weiterführende Überlegungen der Krankenkassen zu fördern, sowie Orientierungs- und Entscheidungshilfen zu geben. Dementsprechend liegt der Fokus weniger auf der Aufdeckung von Fehlern oder Mängeln, sondern stellt vor allem einen Beitrag im Hinblick auf das rechtzeitige Erkennen von Schwachstellen dar. Im Rahmen allgemeiner Plausibilitätsprüfungen ist beispielsweise bei einer Kasse bei der Auswertung von Daten eine betrügerische Handlung mit einem mutmaßlichen Schaden von ca. 260.000 Euro festgestellt worden. Problematisch aus Kassensicherheitsgründen ist der Umstand, dass die mangelnde Umsetzung der implementierten Prüfroutine des eigenen internen Kontrollsystems diese betrügerische Handlung ermöglicht hat.

Informationstechnologie

Fortführung der Prüfungen zur Transportverschlüsselung

Durch die zunehmende Digitalisierung und damit einhergehende Übertragung von Informationen über das Internet ist es zwingend notwendig, diese Übertragungswege abzusichern. Um die personenbezogenen Daten von Besucherinnen und Besuchern einer Website zu schützen, ist der Einsatz des Verschlüsselungsprotokolls TLS (Transport Layer Security) zur sicheren Übertragung sensibler Daten wie Passwörter, Zahlungsinformationen und anderen persönlichen Informationen im Internet unerlässlich.

Im Jahr 2022 wurde bereits bei einigen Krankenkassen die Prüfung der Transportverschlüsselung begonnen. Ziel der Prüfung war es, ungeeignete Protokolle zur Transportverschlüsselung zu identifizieren und zu ersetzen. Die Prüfung wurde aufgrund der Ergebnisse im Jahr 2023 fortgesetzt und auf alle bundesunmittelbaren Krankenkassen ausgeweitet. Die Ausweitung der Prüfung soll ein einheitlich hohes Sicherheitsniveau bei der Datenübertragung im Internet zwischen Versicherten und Krankenkassen gewährleisten.

Sichere Internetauftritte

Ein Internet-Auftritt ist für Krankenkassen unverzichtbar. Oft wird dabei außer Acht gelassen, dass der Betrieb einer Internet-Seite nicht nur informativen Charakter für die Nutzenden hat, sondern auch ein Sicherheitsrisiko darstellen kann. Dazu hat der PDK seine schon in den vergangenen Jahren aufgenommenen Prüfkategorien auf den sicheren Betrieb der Internet-Auftritte der Krankenkassen fortgeführt.

Vor kriminellen Angriffen auf die digitale Infrastruktur bleiben auch Krankenkassen nicht verschont. So kam es bei einer Krankenkasse während einer laufenden Prüfung zum Internetauftritt zu einem Sicherheitsvorfall. Zwei Beschäftigte dieser Krankenkasse hatten kompromittierte E-Mail-Anlagen geöffnet. Die Krankenkasse hat zwar schnell und umfassend reagiert, gleichwohl ist es zu einem nicht näher identifizierbaren Abfluss von Daten in überschaubarer Größe gekommen. Eine der ergriffenen Sofortmaßnahmen war das Isolieren der Systeme. Dies hatte unter anderem zur Folge, dass die Krankenkasse nicht mehr erreichbar war, denn auch die VOIP-Telefonie (Voice-over-Internet-Protocol) fiel aus.

Neben dem Hinweis auf das BAS-Rundschreiben vom 20. September 2023 zum Umgang mit IT-Sicherheitsvorfällen hat der PDK der betroffenen Krankenkasse die Trennung und Segmentierung von Netzbereichen nahegelegt. Es wird empfohlen, die Schutzmaßnahmen laufend zu aktualisieren.

Der Vorfall verdeutlicht jedoch, wie wichtig es ist, die Beschäftigten für dieses Thema zu sensibilisieren und durch geeignete Maßnahmen die Aufmerksamkeit hoch zu halten. Letztlich bleibt der Faktor „Mensch“ auch hier das größte Risiko in der Kette.

Weiterführung der Prüfungen Softwareentwicklung zur Erstellung von RSA-Datenmeldungen

Die Prüfungen des PDK unter Beteiligung der Prüfdienste der Länder im Rahmen der sogenannten ADV-AG der Prüfdienste befassten sich erneut mit der Softwareentwicklung im Zusammenhang mit der Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 267 SGB V sowie des Risikopools nach § 268 SGB V. Die Prüfun-

gen erfolgten unter der Federführung des PDK bei Software-Erstellern für Krankenkassen und Krankenkassen mit eigener Basissoftware.

Inhaltlich wurde die Software zur Erstellung der Satzarten 100 (Versichertenstammdaten), 400 (Daten der Arzneimittelversorgung), 500 (Diagnosen der Krankenhausversorgung) und 600 (Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung), die Grundlage des morbiditätsorientierten RSA sind, sowie die Satzart 703 (personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben) des Risikopools geprüft. Die Satzarten bezogen sich auf die an das BAS gelieferten Daten im Meldejahr 2022. Dabei befassten sich die Prüfungen vorrangig mit den Anpassungen einzelner Datenfelder und deren Inhalten bzw. Erläuterungen. Der Fokus wurde insbesondere auf die hinzugekommenen Datenfelder der geprüften Satzarten gelegt. Weiter wurde die Meldung der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der neuen Satzart 703 geprüft.

Als Ergebnis aus den Prüfungen lässt sich festhalten, dass bei einigen Prüfobjekten die Dokumentationen und die Programmierung nicht aktuell gepflegt oder fehlerhaft waren. Die Prüfdienste haben dem Ersteller der Software und den Krankenkassen zu den Auffälligkeiten geraten, eine Änderung in der Ermittlung der Daten vorzunehmen und sich künftig an den Regelungen der Bestimmung des GKV-SV auszurichten.

Die Krankenkassen und Entwicklungsgesellschaften nahmen die vorgenommenen Prüfungen durchweg positiv auf. Eine Einbeziehung der noch verbliebenen Satzarten sowie Wiederholungsprüfungen sind daher sinnvoll, um auch künftig sicherstellen zu können, dass die abgegebenen amtlichen Meldungen auf validen Daten beruhen.

Leitfaden „Elektronische Kommunikation und Digitalisierung in der Sozialversicherung“

Der PDK arbeitet eng mit dem Prüfdienst beim BMG und den Prüfdiensten der Länder zusammen. Ein Ergebnis dieser Zusammenarbeit ist der Leitfaden „Elektronische Kommunikation und Digitalisierung in der Sozialversicherung“, der durch einen gemeinsamen Arbeitskreis erstellt wird.

Der Leitfaden beschreibt die gesetzlichen Vorgaben zur Digitalisierung und die hieraus abzuleitenden Rahmenbedingungen unter anderem bei der Einführung von neuen Verfahren, der Nutzung von elektronischer Kommunikation (Online-Geschäftsstellen, sogenannte Apps), der digitalen und (teil-)automatisierten Sachbearbeitung und der rechtssicheren Archivierung elektronischer Daten und Dokumente.

Aufgrund rechtlicher sowie technischer Entwicklungen wird der Leitfaden fortlaufend aktualisiert und auf der Webseite des BAS unter Themen/Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung veröffentlicht. In der neuen Fassung wurden zusätzliche Themen wie die digitale Barrierefreiheit oder die Speicherung von Daten in einer Cloud berücksichtigt. Bestehende Themenbereiche wie die Bekanntgabe von Verwaltungsakten wurden gemäß den neuen gesetzlichen Bestimmungen aktualisiert und ergänzt.

Die Prüfdienste arbeiten bereits an der nächsten Version des Leitfadens, um diesen insbesondere im Hinblick auf die in 2024 in Kraft tretenden sogenannten Digitalgesetze im Bereich der Krankenversicherung auf dem aktuellen Stand zu halten.

Pflegeversicherung

Vollständige Rechnungsprüfung durch die Pflegekassen sind unerlässlich

Bereits im Februar 2022 hatte der Prüfdienst in einem Rundschreiben die Abrechnung von Pflegesachleistungen beanstandet. Auch 2023 stellte der Prüfdienst gravierende Mängel fest. Ein besonders relevanter Fehler war die unvollständige Rechnungsprüfung durch die Pflegekassen. Sie beschränken ihre Prüfung auf einzelne Positionen, die zusammen die Höchstgrenze der nach dem Gesetz zur Verfügung stehenden Erstattungsbeiträge ausschöpften. Die im SGB XI vorgesehene Begrenzung der Pflegesachleistung auf Höchstbeträge ist jedoch keine Rechtsgrundlage für eine eingeschränkte Prüfung der Abrechnung von Pflegesachleistungen bzw. eine Teilprüfung. Nach den geltenden Bestimmungen der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung und der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung ist ausschließlich die vollumfängliche Prüfungspflicht der gesamten Rechnung als rechtmäßig anzusehen.

Pflegekassen haben die Rechnungen der Leistungserbringer vollständig zu prüfen und ggf. zurückzuweisen. Nur in diesem Fall können Versicherte auf die Richtigkeit der Abrechnungen ihrer Pflegedienste vertrauen.

Übermittlung von Daten zu Heilmitteln im Datenaustausch – BAS hat eine Anpassung der Datenmeldung erreicht

Im Rahmen eines Prüfverfahrens fiel auf, dass im Datenaustausch der Pflegekassen mit dem Medizinischen Dienst keine Angaben zur Heilmittelversorgung zu übermitteln waren. Der Prüfdienst fragte die Pflegekasse, ob eine Ergänzung der Da-

tendefinition um ein entsprechendes Datensegment vorgesehen sei. Diese Frage nahm die Kasse zum Anlass, sie über die Verbandsebene zu klären.

Inzwischen hat die geprüfte Pflegekasse ein entsprechendes Datensegment ergänzend in die Datendefinition aufgenommen. Damit kann der Medizinische Dienst auch diese Daten beim Begutachtungsverfahren berücksichtigen.

Verwaltungsverfahren – Selbstauskunftsbögen

Der Prüfdienst stellte fest, dass bei Höherstufungsanträgen von Pflegebedürftigen mit einem Alter ab 70 Jahren ein mehrseitiger Selbstauskunftsbogen Verwendung finden. Dieser beinhaltet Abfragen zur Versorgungssituation, zu Erkrankungen, Beeinträchtigungen und Hilfestellungen. Dabei wird darauf hingewiesen, dass die Angaben im Selbstauskunftsbogen die Bearbeitung durch den Medizinischen Dienst erleichtern soll; zudem seien die Angaben freiwillig. Der Einsatz des Selbstauskunfts bogens biete eine erhebliche Unterstützung des Gutachters in der Bewertung der Pflegesituation und verkürze die Verfahrenslaufzeit.

Nach §97 Abs. 1 SGB XI obliegt jedoch dem Medizinischen Dienst und nicht der Pflegekasse die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten, soweit dies für seine Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen erforderlich ist.

Verwaltungsverfahren – Fehlende Anhörung bei Rückstufungen

Im Bereich des Verwaltungsverfahrens von Pflegekassen stellte der Prüfdienst auch im Berichtsjahr 2023 Bearbeitungsmängel im Rahmen von Rückstufungen oder Einstellung von Pflegeleistungen fest.

So war erneut festzustellen, dass bei Rückstufungen oder Einstellung von Pflegeleistungen Anhörungen nach § 24 Abs. 1 SGB X nicht erfolgten.

Vor dem Erlass eines Verwaltungsaktes, der in die Rechte von Beteiligten eingreift, müssen diese nach § 24 Abs. 1 SGB X die Gelegenheit erhalten, sich zu den Tatsachen zu äußern, die für die Entscheidung wichtig sind. Ein Eingriff liegt immer dann vor, wenn bestehende Rechte verringert oder entzogen werden.

Widerspruchsverfahren – Pflegekassen

Im Bereich des Widerspruchsverfahrens stellte der Prüfdienst auch in 2023 Bearbeitungsmängel bei den geprüften Pflegekassen fest. So nahmen Pflegekassen Kontakt zu den Versicherten auf, die Widerspruch gegen die Rückstufung oder Einstellung der Pflegeleistungen einlegten. Dabei teilten sie den Versicherten mit, dass sie dem Widerspruch nicht abhelfen und die Versicherten sich zum Sachverhalt abschließend äußern könnten. Eine Pflegekasse verlangte sogar eine Rückmeldung des Versicherten, da sie ansonsten den Widerspruch als erledigt betrachten würde. Dies geschah, obgleich kein neuer Sachverhalt vorlag, welcher eine erneute Kontaktaufnahme erforderlich machte. Es fehlten auch Hinweise auf verfahrensrechtliche Konsequenzen, die das Zurücknehmen des Widerspruchs haben würde.

Prüfungen nach § 252 SGB V zur rechtmäßigen Beitragsfestsetzung, zum Beitragseinzug und zur Weiterleitung von Beiträgen nach

Das Ziel der Prüfungen besteht darin, festzustellen, ob dem Gesundheitsfonds durch fehlerhafte Bearbeitung des jeweiligen Trägers in den geprüften Fällen ein monetärer Schaden entstanden ist – und wenn ja, diesen Schaden nachvollziehbar in einem

schriftlichen Bericht zu beziffern. Auf Grundlage des Prüfberichts erstellt die den Gesundheitsfonds verwaltende Stelle im BAS einen Prüfbescheid und übersendet diesen der Krankenkasse.

Daneben konnten 2023 auch die vorgeschriebenen systematischen Prüfungen im Rahmen des § 252 SGB V verstärkt aufgenommen werden.

In 2023 wurden 17 Prüfungen nach § 252 SGB V abgeschlossen, die in der Prüfstatistik zum Jahr 2023 gezählt werden, und bei denen mehr als 4.500 Stichprobenfälle überprüft wurden. Der ermittelte Gesamtschaden für den Gesundheitsfonds beläuft sich auf über 2,25 Mio. Euro.

Prüfungen der RSA-Datenmeldungen

Versicherungszeiten / DMP Ausgleichsjahr 2017

Aufgrund des turnusbedingten jährlichen Wechsels ging es im Jahr 2022 und 2023 bei den sogenannten RSA-Prüfungen (§ 20 RSAV) wieder um den Bereich „Versicherungszeiten/-DMP“ (Datenmeldungen für das RSA-Ausgleichsjahr (AJ) 2017, siehe Tätigkeitsbericht 2022, S. 37/38). Mit diesen Prüfungen soll geklärt werden, ob die von den Krankenkassen zum Risikostrukturausgleich gemeldeten Versicherungszeiten et cetera auch tatsächlich belegt waren und die darauf basierenden Zuweisungen an die Krankenkassen zu Recht erfolgten. Die für den PDK sehr zeitaufwändigen Prüfungen bestätigten erneut, dass die Datenmeldungen der Krankenkassen weitgehend korrekt erfolgt waren.

Die Stichprobe umfasste insgesamt gut 141.000 Versicherte. Bei zu prüfenden 62 bundesunmittelbaren Krankenkassen bedeutete dies einen Durchschnitt von 2284 zu prüfenden Versicherten pro Krankenkasse. Für die 141.000 Versicherten hatten

die Krankenkassen insgesamt eine Versicherungszeit von fast 50 Mio. Tagen gemeldet. Die Prüfung umfasste auch die von den Krankenkassen gemeldeten Versicherungszeiten von ca. 10.000 Versicherten, welche in einem DMP eingeschrieben waren, ca. 25 Mio. gemeldete Krankengeldtage sowie knapp 1 Mio. gemeldete Tage mit Erwerbsminderungsrentenbezug (EMR-Tage).

Das positive Prüfergebnis der vergangenen Jahre bestätigte sich auch für den aktuell abgeschlossenen Prüfzeitraum. Die Zahl der festgestellten Fehler bei allen bundesunmittelbaren Krankenkassen lag bei 554 und damit erneut unter den Werten der Vorjahre mit zu den Zeitpunkten allerdings noch größerer Anzahl von Krankenkassen (Prüfung AJ 2016: 578; Prüfung AJ 2014: 1.275; Prüfung AJ 2011: 1.686; Prüfung AJ 2010: 2.471).

Vorbereitung der Prüfung der Datenmeldungen Risikopool

Mit dem am 23. März 2020 in Kraft getretenen „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FKG) wurden unter anderem die Regelungen zum RSA reformiert. Mit der Zielrichtung einer systematischen Weiterentwicklung und zielgenaueren Ausgestaltung des Finanzausgleichs der Gesetzlichen Krankenkassen wurde unter anderem ein Risikopool (§ 268 SGB V) eingeführt (siehe Tätigkeitsbericht 2022, S. 92).

Gemäß § 20 Absatz 1 Satz 2 RSAV müssen die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen (Prüfdienste der Länder und des Bundes) jährlich die Korrekturmeldung der Krankenkassen zu den personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Satzart 713) der Risikopoolversicherten prüfen. Im Jahr 2023 wurden die Erörterungen zur Ausgestaltung sowie Festlegung des Prüfverfahrens gemeinsam mit den Prüfdiensten der Länder weiter fortgesetzt. Mit den Krankenkassen und ihren Dienstleistern wurde begonnen, mögliche Prüfsatzarten mit der Zielsetzung eines prüfbegleitenden maschinellen Datenabgleichs abzustimmen. Seit dem vierten Quartal 2023 führen die Prüfdienste der Länder und des Bundes bei insgesamt 11 Krankenkassen Pilotprüfungen der Datenmeldungen der Satzart 713 des Ausgleichsjahres 2021 durch (sechs durch den PDK, fünf durch Landesprüfdienste), die in 2024 abgeschlossen werden. Ziel der Prüfungen ist, der für die Durchführung des RSA zuständigen Abteilung im BAS prüfungsbasierte Einschätzungen zur Höhe der fallbezogenen sowie monetären Fehlerquoten für die Erstellung des für die Prüfungen geltenden Stichproben- und Hochrechnungsverfahren liefern zu können (siehe auch das entsprechende Gutachten auf der Webseite des BAS unter Themen/Risikostrukturausgleich/Prüfungen). Auch sollen die Prüffeststellungen sowie Erfahrungen für die Festlegung des Prüfverfahrens und der Festlegung der Prüfsatzarten herangezogen werden.



4. Rentenversicherung



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

4.1 Themen der Aufsicht

Bearbeitungszeiten der DRV Bund

Mit den Bearbeitungszeiten der DRV Bund hat sich das BAS auch im Jahr 2023 intensiv beschäftigt. Die Beschwerden von Versicherten und Rentnerinnen und Rentnern über zu lange Bearbeitungszeiten haben weiter zugenommen. Als Gründe für die Verzögerungen benennt die DRV Bund die ohnehin starke Arbeitsbelastung und das zusätzlich gestiegene Arbeitsaufkommen.

Die DRV Bund hat Anfang Januar 2023 ein neues Kundenservicecenter errichtet. Dieses soll die Sachbearbeitung entlasten und die Erreichbarkeit für die Versicherten und Rentnerinnen und Rentner erhöhen. Der Aufbau des Kundenservicecenters ist noch nicht abgeschlossen. Es bleibt abzuwarten, ob die Verlagerung der Anrufe der Versicherten und Rentnerinnen und Rentner aus der Sachbearbeitung ins Kundenservicecenter wie geplant dazu führt, dass die Rentenanträge in der Sachbearbeitung zügiger bearbeitet werden können.

Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe bezogen sich die Beschwerden überwiegend auf die Dauer der Bearbeitung von Anträgen auf eine medizinische Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (Übergangsgeld, Reisekosten). Soweit diesbezüglich Beschwerden an das BAS herangetragen wurden, konnten diese nach Kontaktaufnahme mit dem Rentenversicherungsträger zeitnah erledigt werden. Das BAS steht jedoch weiterhin mit der DRV Bund in Kontakt, da es Aufgabe des Versicherungsträgers ist, die strukturellen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass entsprechende Anträge damit grundsätzlich zeitnah beschieden werden.

Nachträgliche Auszahlung der Energiepreispauschale

Die Energiepreispauschale in Höhe von 300 Euro wurde den meisten Rentnerinnen und Rentnern bis Anfang Januar 2023 automatisch überwiesen. Rentnerinnen und Rentner, denen trotz Antragsberechtigung die Energiepreispauschale nicht überwiesen wurde, konnten bis zum 30. Juni 2023 einen Antrag auf nachträgliche Auszahlung bei der DRV KBS stellen.

Im Laufe des Jahres 2023 erreichten das BAS vermehrt Eingaben in denen moniert wurde, dass trotz fristgerechter Antragsstellung bei der DRV KBS eine zeitnahe Auszahlung der Energiepreispauschale nicht erfolgt ist. Nach Kontaktaufnahme des BAS mit der DRV KBS erfolgte in der Regel eine unverzügliche Auszahlung der Energiepreispauschale, wenn die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllt waren.

Künstlersozialkasse

Unternehmen, die künstlerische und publizistische Leistungen von selbständigen Künstlern oder Publizisten in Anspruch nehmen und verwerten, sind grundsätzlich zur Zahlung von Künstlersozialabgabe an die Künstlersozialkasse (KSK) verpflichtet.

Die KSK kann vertraglich mit mehreren Unternehmen die Bildung einer Ausgleichsvereinigung vereinbaren. Die KSK regelt mit der Ausgleichsvereinigung dann eine von der gesetzlichen Regelung abweichende Ermittlung der künstlerischen und publizistischen Entgelte, die für die Höhe der Künstlersozialabgabe maßgebend sind. Diese Verträge bedürfen der Zustimmung des BAS.

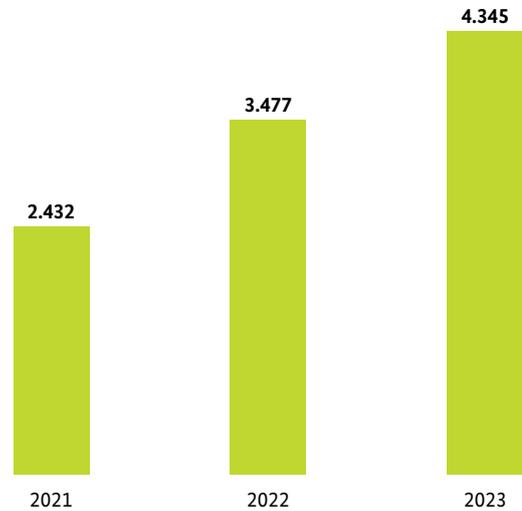
Die KSK legt den einzelnen Vereinbarungen mit dem BAS abgestimmte Mustervereinbarungen zugrunde. Damit ist sichergestellt, dass die gesetzlichen Vorgaben für die Bildung von Ausgleichsvereinigungen beachtet werden, einheitliche Maßstäbe für alle Ausgleichsvereinigungen gelten und das BAS zügig prüfen kann, ob es die Genehmigung erteilen kann.

Im Jahr 2023 haben die KSK und das BAS diese Mustervereinbarungen überarbeitet. Die Aktualisierung der Mustervereinbarungen war insbesondere notwendig, da die KSK eine neue Berechnungsmethode entwickelt hat, die die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen bei einzelnen Verwertern von künstlerischen und publizistischen Leistungen besser abbildet. Zudem sind die in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen in die Neufassungen eingeflossen.

Eingabenentwicklung Rentenversicherung

Im Jahr 2023 haben sich erneut mehr Versicherte, Rentnerinnen und Rentner an das BAS gewandt als in den Vorjahren. Insgesamt 4.345 Eingaben zum Renten- und Rehabilitationsrecht und zum Internationalen Sozialversicherungsrecht hat das BAS bearbeitet. Der Schwerpunkt der Beschwerden betraf wiederum die Bearbeitungsdauer bei den Rentenversicherungsträgern.

Eingabenentwicklung Rentenversicherung



4.2 Prüfungen

Das BAS führt Aufsichtsprüfungen bei den bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern DRV Bund und DRV KBS durch. Ziel ist es, durch eine systematische Analyse der Fehlerquellen eine rechtskonforme Anwendung des geltenden Rechts sicherzustellen. Die praktische Umsetzung von gesetzlichen Neuregelungen durch die Rentenversicherungsträger wird hierbei besonders in den Blick genommen und ist regelmäßig Gegenstand der Prüfverfahren.

Da besonders die „Grundrente“ eine hohe sozialpolitische Bedeutung hat, leitete das BAS hierzu bei beiden Trägern Aufsichtsprüfungen zum Grundrentenzuschlag ein. Hier wurde zwischen erstmaligen Rentenfeststellungen und Bestandsrenten unterschieden, da die Deutsche Rentenversicherung zuerst Neufeststellungen und erst zu einem späteren Zeitpunkt die bereits gezahlten Renten (Bestandsrenten) hinsichtlich eines möglichen Anspruchs auf den Grundrentenzuschlag überprüft hat.

Die Prüfverfahren „Grundrente (Rentenerstfeststellungen)“ konnten in 2023 weitestgehend abgeschlossen werden. Hierbei wurden keine nennenswerten Fehler im Zusammenhang mit der Ermittlung des Grundrentenzuschlags festgestellt. Bei den Prüfverfahren „Grundrente (Bestandsrenten)“ dauern die Erörterungen mit den Rentenversicherungsträgern noch an.

Auf dem Gebiet „Versichertenrenten“ hat das BAS im Jahr 2023 die bei der DRV Bund und der DRV KBS durchgeführten Aufsichtsprüfungen abgeschlossen. Der Schwerpunkt der Prüfverfahren lag auf der zutreffenden Berücksichtigung der verschiedenen rentenrechtlichen Zeiten sowie der korrekten Umsetzung des zum 1. Juli 2017 geänderten Hinzuverdienstrechts bei den als Teilrenten gezahlten Renten.

Abgeschlossen werden konnten auch die Aufsichtsprüfungen auf dem Gebiet „Hinterbliebenenrenten“. Lediglich zu den Prüfverfahren „Witwen- und Witwerrenten“ und „Witwenrentenabfindung“ dauern die Erörterungen mit der DRV KBS noch an.

Ferner hat das BAS mehrere turnusmäßige Aufsichtsprüfungen auf dem Gebiet „Auslandsleistungen, internationales Rentenversicherungsrecht“ durchgeführt und Prüfverfahren zu den Themen „Widerspruchsverfahren“ und „Beitragszahlung bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Rente wegen Alters“ abgeschlossen. Auch das Prüfverfahren „Beitragserstattung“ bei der DRV Bund konnte beendet werden. Prüfungsschwerpunkt bildete hier die Anspruchsprüfung sowie die Umsetzung der Beitragserstattung als einmalig zu erbringende Sozialleistung für zu Recht gezahlte Beiträge.

Das BAS hat im Jahr 2023 bei beiden Trägern Aufsichtsprüfungen auf dem Gebiet „Nachversicherung“ durchgeführt und die Aufsichtsprüfungen zu dem Thema „Beanstandung und Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge“ fortgeführt.

Bei der DRV Bund hat das BAS Aufsichtsprüfungen zu den Themen „Tagesaktuelle Versicherungs- und Beitragsangelegenheiten“ sowie „Feststellung von Pflichtversicherungszeiten von sonstigen Versicherten“ aufgenommen.

Bei der DRV KBS hat das BAS Prüfverfahren zu den Themen „Versicherungspflicht auf Antrag von Selbständigen“ und „Beitragszahlung für Zeiten einer besonderen Auslandsverwendung“ begonnen sowie eine Nachprüfung zum Thema „Pflichtversicherung von Selbständigen“ eingeleitet.



5. Unfallversicherung



Das BAS führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Träger in der gesetzlichen Unfallversicherung. Dies sind neun Berufsgenossenschaften sowie die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und die Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB). Außerdem führt das BAS die Rechtsaufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) soweit der Verband nach den Vorschriften des SGB VII Richtlinien erlässt oder Verträge mit (zahn-) ärztlichen Leistungserbringern abschließt. Dazu gehören u. a. die UV-Reisekostenrichtlinien und die UV-Hilfsmittelrichtlinien sowie der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und das Zahnärzteabkommen.

5.1 Themen der Aufsicht

Mitwirkungsangelegenheiten

Nach wie vor wurden dem BAS von den Unfallversicherungsträgern mehrere Satzungsänderungen zur Vorprüfung bzw. Genehmigung vorgelegt. Neben erforderlichen redaktionellen Anpassungen an geänderte Rechtsgrundlagen umfassten diese auch Anpassungen an das Satzungsmuster der DGUV, dessen Änderungen zum 1. Januar 2023 im Vorfeld mit dem BAS abgestimmt worden wa-

ren. Darüber hinaus wurden unter anderem Änderungen des Beitragsausgleichsverfahrens vorgenommen, die Mindestversicherungssumme für freiwillige Versicherungen geändert und ein neuer Höchstjahresarbeitsverdienst beschlossen. Nach der gesetzlichen Regelung beträgt der für die Berechnung der Geldleistungen zu berücksichtigende Jahresarbeitsverdienst höchstens das Zweifache der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls maßgebenden Bezugsgröße. Die Unfallversi-

cherungsträger sind jedoch ermächtigt, in ihren Satzungen eine höhere Obergrenze zu bestimmen.

Eine weitere Mitwirkungsangelegenheit ist die Genehmigung von Gefahrтарifen. Diese stellen eine der Berechnungsgrundlagen für die Beiträge in der gesetzlichen Unfallversicherung dar. Im Berichtsjahr wurden von den gewerblichen Berufsgenossenschaften drei Anträge zur Genehmigung von Gefahrтарifen gestellt. Das BAS hatte hierbei unter anderem die Zulässigkeit der Zusammensetzung von Gewerbe­zweigen zu bewerten.

Anknüpfungspunkt für Definition und Zuschnitt eines Gewerbe­zweiges sind nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts primär Art und Gegenstand der Unternehmen. Im Weiteren ist die Unfallgefahrlichkeit zu berücksichtigen. Am Ende ist es nicht unüblich, dass ein Gewerbe­zweig nicht homogen zusammengesetzt ist, sondern aus vom Durchschnitt der Gruppe mehr oder weniger deutlich abweichenden Unternehmen und Unternehmensarten besteht. Die Betriebe und Einrichtungen werden nach der gesetzgeberischen Intention nicht mit ihren individuellen Risiken zur Beitragszahlung herangezogen, sondern mit der ihrer Gefahrengemeinschaft.

Ferner haben Gefahrтарife eine gesetzlich vorgeschriebene Höchstlaufzeit von sechs Jahren. Ist – wie im Berichtsjahr – in einem Fall eine kürzere Laufzeit angezeigt, ist dies im Gefahrтарif ausdrücklich festzuschreiben. Schließlich hat das BAS darauf geachtet, dass gegebenenfalls noch vorhandene Übergangsregelungen nur weiterbestehen, wenn sie zulässig sind.

Aufsicht DGUV

Das BAS führt die Rechtsaufsicht über die DGUV, soweit der Verband nach den Vorschriften des SGB VII Richtlinien erlässt oder Verträge mit (zahn-)ärztlichen Leistungserbringern abschließt.

UV-Reisekostenrichtlinien

Die Anpassungen der UV-Reisekostenrichtlinien betrafen unter anderem die Regelungen zur Kostenübernahme von Familienheimfahrten. Durch redaktionelle Änderungen und klarstellende Ergänzungen wurde an die in den vergangenen Jahren erfolgte Stärkung des sozialen Teilhabegedankens angeknüpft und ein ganzheitlicher Rehabilitationsansatz gefördert. Zudem konnten im konstruktiven Austausch zwischen DGUV und BAS rechtliche Unklarheiten im Zusammenhang mit der Erstattung von Parkgebühren beseitigt und die Richtlinien an die Rechtsprechung angeglichen werden. Es bleibt abzuwarten, ob eine gesetzliche Verankerung der Erstattung von Parkgebühren im Kontext der Reisekostenübernahme erfolgen wird. Die überarbeiteten Richtlinien sind zum 1. Juli 2023 in Kraft getreten.

UV-Hilfsmittelrichtlinien

Weiterhin erfolgte eine Bewertung der Überarbeitung der seit dem 1. Juli 2011 gültigen Fassung der UV Hilfsmittelrichtlinien. Hintergrund war der Wegfall des Bundesversorgungsgesetzes ab dem 1. Januar 2024 und das gleichzeitige Inkrafttreten des im SGB XIV neu geregelten Sozialen Entschädigungsrechts. Nach dem SGB XIV gelten fortan bei der Versorgung mit Hilfsmitteln und beim

Pauschbetrag für außergewöhnlichen Verschleiß von Kleidung und Wäsche die Grundsätze der Leistungserbringung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung und die UV-Hilfsmittelrichtlinien auch für Geschädigte im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts. Daher waren umfangreiche redaktionelle Änderungen/Anpassungen an die geänderten Rechtsgrundlagen vorzunehmen. Neben klarstellenden Ergänzungen, zum Beispiel zur Hilfsmittelversorgung im Kontext der Arbeitssicherheit (zur persönlichen Schutzausrüstung), wurden die Richtlinien zudem um eine Bestimmung zur Notfallversorgung mit Hilfsmitteln erweitert. Inhaltlich wurden hierfür überwiegend die bestehenden und etablierten Verfahren und Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Die neue Fassung dieser Richtlinien gilt seit dem 1. Januar 2024.

Verträge zur (zahn)ärztlichen Leistungserbringung

Des Weiteren erfolgten Anpassungen und Änderungen im Bereich der (zahn-) ärztlichen Leistungserbringung bestehenden Verträge. Diese regeln insbesondere die Durchführung der Heilbehandlung der Versicherten und die Vergütung einschließlich Abrechnung in der gesetzlichen Unfallversicherung. Vertragspartner sind einerseits die DGUV und die SVLFG sowie andererseits die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Im Berichtsjahr hat das BAS hier Gebührenerhöhungen der zahnärztlichen Vergütung bewertet. Bedenken haben sich nicht ergeben. Zusätzlich erfolgte ein intensiver Austausch mit der DGUV über eine mögliche Vertragsänderung betreffend das Durchgangsverfahren, einem besonderen Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung.

Eingaben

Im Jahr 2023 sind im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung 352 Eingaben und Petitionen eingegangen: (zusätzlich 8 im Bereich SVLFG). Diese umfassten eine Vielzahl von Anliegen verschiedener Themenbereiche und erstreckten sich auf die Gebiete des Leistungsrechts sowie des Mitgliedschafts- und Beitragsrechts.

Auch in diesem Berichtsjahr wurde vermehrt die Dauer des Verwaltungsverfahrens der Unfallversicherungsträger kritisiert. Die Unfallversicherungsträger räumten die entsprechenden Verzögerungen ein und gaben an, ihr Möglichstes zu tun, um Anträge künftig zeitgerecht zu bearbeiten. Die darüber hinaus vom BAS geprüften Fälle ergaben nur vereinzelt Grund zur Beanstandung. Es konnte überwiegend ein rechtmäßiges sowie versichertenfreundliches Verwaltungshandeln der Unfallversicherungsträger festgestellt werden.

Die Veranlagung von Corona-Testzentren war Gegenstand einer Beschwerde zum Mitgliedschafts- und Beitragsrecht. Bei den durch die Corona-Pandemie neu errichteten Corona-Testzentren stellte sich die grundsätzliche Frage, welcher Unfallversicherungsträger zuständig ist und welcher Gefahrgemeinschaft diese zuzuordnen sind.

Der Schwerpunkt der Corona-Testzentren wurde in einer Vorstufe zum Katastrophenschutz gesehen und damit dem allgemeinen Gesundheitswesen zugerechnet. Hinzu kam die Gewinnorientierung der Testzentren. Aufgrund dessen erfolgte die Zuordnung nicht zu den Trägern der öffentlichen Hand, sondern zu der gewerblichen Unfallversicherung, konkret zur Berufsgenos-

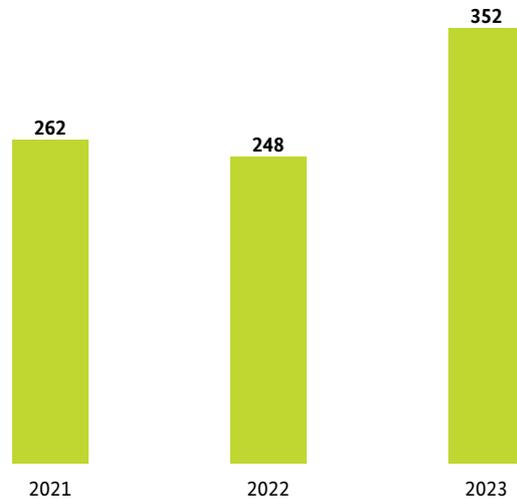
senschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Hier wurden die Testzentren der Gefahrgemeinschaft mit Unternehmen zugeordnet, die in unmittelbarer sachlicher Nähe zur Hilfeleistung bei Unglücksfällen und zum Katastrophenschutz angesiedelt sind (z.B. Rettungsdienste, Krankentransporte und Sanitätsdienste). Während der Pandemie dienten die Corona-Testzentren zur Eindämmung des Infektionsgeschehens. Die Finanzierung erfolgte in der Regel aus öffentlichen Mitteln und an das Testergebnis wurden rechtliche Konsequenzen, wie beispielsweise Quarantäneregelungen, geknüpft. Aufgrund des ständig wechselnden Kundenbetriebs bargen Corona-Testzentren zudem für die Beschäftigten die Gefährdung durch eine möglichen Ansteckung mit dem Coronavirus. Bei Entnahme der Proben bestand ein enger Kontakt zu potentiell am Corona-Virus erkrankten Personen. Das BAS hat sich der Auffassung der BGW hinsichtlich der Einordnung der Corona-Testzentren in die oben beschriebene Gefahrgemeinschaft angeschlossen.

5.2 Prüfungen

Im Jahr 2008 wurden gesetzliche Regelungen geschaffen, aus denen sich die Verpflichtung ergab, die Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften bis zum 31. Dezember 2009 auf neun und damit auf zirka ein Drittel zu reduzieren. Auch für die bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand sollte geprüft werden, wie deren Zahl reduziert werden könnte.

Im Ergebnis kam es zu unterschiedlichen Arten von Fusionen. Neben dem Zusammenschluss etwa gleich großer Träger erfolgte auch die Auf-

Eingabenenwicklung Unfallversicherung



nahme von kleineren Trägern in bereits bestehende größere Einheiten. Einige Träger fusionierten zeitgleich zu einer neuen Berufsgenossenschaft, andere in sogenannten Stufenfusionen, bei denen der Zusammenschluss in mehreren Etappen erfolgt ist.

Nach den Fusionen hat das BAS deren Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit sowie die Schaffung einheitlicher Verfahrensweisen im Rahmen umfassender Prüfungen der acht fusionierten gewerblichen Berufsgenossenschaften und des un-

ter der Aufsicht des BAS stehenden fusionierten öffentlichen Unfallversicherungsträgers untersucht.

Insgesamt wurden bis Ende 2023 alle neun fusionierten Träger an 74 Verwaltungsstandorten untersucht. Gegenstand der Prüfungen waren 1.660 Arbeitsunfälle, 1.480 Berufskrankheitsverfahren und 1.290 Widerspruchsverfahren. Bei den meisten Trägern erfolgte die Bearbeitung aller Bereiche an allen Standorten, es gab allerdings auch Unfallversicherungsträger, bei denen Widersprüche oder Berufskrankheiten zentral bearbeitet werden.

Der Schwerpunkt der Prüfungen im Leistungsbe- reich lag darin, die Angleichung der Arbeitsweisen nach der Fusion zu untersuchen. Im Ergebnis hatten alle geprüften Unfallversicherungsträger gute Voraussetzungen für die Gewährleistung einheitlicher Verfahrensweisen geschaffen. Insbesondere haben alle Träger einheitliche DV-Systeme eingeführt und elektronisch aufrufbare Arbeits- und Dienstanweisungen sowie Richtlinien zur Verfügung gestellt.

Allerdings fanden sich auch nach den Fusionen deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Standorten von Trägern. Dies resultiert einerseits aus dem erforderlichen Maß an Selbständigkeit der Standorte und der Sachbearbeitung, andererseits aus den verschiedenen äußeren Einflüssen wie beispielsweise der Zuständigkeit des jeweiligen Standorts für einige große oder viele kleine Betriebe oder vieler selbständiger Ärzte im Vergleich zu großen Kliniken im Einzugsbereich.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde bei den vier gemeinsamen Prüfungen auf eine dezidierte Querschnittsprüfung im Leistungswesen verzichtet.

Im Ergebnis der nachfolgenden Aufsichtsprüfungen haben die geprüften Träger als Auswirkung dieser Prüfungen an Versicherte und andere Berechtigte neben teilweise laufend höheren Leistungen insgesamt Nachzahlungen in Höhe von knapp 235.000 Euro erbracht. Da das BAS auch bei den ersten Prüfungen entsprechende Hinweise gegeben hatte, sind hochgerechnet auf alle Prüfungen etwa eine halbe Million Euro an Versicherte nachgezahlt worden. Gleichzeitig konnten bei den Prüfungen Hinweise auf fehlerhafte Zahlungen bzw. Leistungen oder offene Rückforderungen gegeben werden, was erhebliche Einnahmen bzw. künftige Einsparungen ermöglicht.

6. *Landwirtschaftliche Sozialversicherung*



Das BAS führt die Aufsicht über die „Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau“ (SVLFG). Die landwirtschaftliche Sozialversicherung stellt einen Sonderfall in der gesetzlichen Sozialversicherung dar. Unter dem Dach des Einheitsträgers finden sich sowohl die landwirtschaftliche Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pflegeversicherung als auch die Alterssicherung der Landwirte. Die SVLFG ist seit dem Zusammenschluss der bis dahin bestehenden regionalen Sozialversicherungsträger und des Verbandes der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung zum 1. Januar 2013 der zentrale Ansprechpartner in Fragen der Sozialversicherung für die Angehörigen der „grünen Berufe“ in Deutschland.

6.1 Themen der Aufsicht

Eingaben

Neben den auch bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung erfassten Eingaben erhielt das BAS Eingaben und Petitionen zur Alterssicherung der Landwirte. Diese hatten vermehrt Fragen zum Zusammentreffen von Renten aus der gesetzli-

chen Rentenversicherung mit Renten aus der Alterssicherung der Landwirte zum Inhalt. Dabei handelte es sich insbesondere um Problemstellungen im Zusammenhang mit der gegenseitigen Berücksichtigung von Zeiten, die in den unterschiedlichen Alterssicherungssystemen zurückgelegt wurden.

6.2 Prüfungen

Im Rahmen des Prüfverfahrens „Zuschlag bei Witwen- und Witwerrenten wegen Kindererziehung“ stellte das BAS in zahlreichen Hinterbliebenenrentenfällen fest, dass der Zuschlag für Zeiten der Kindererziehung nach dem ab dem 1. Januar 2002 geltenden Recht fehlerhaft nicht gezahlt wurde.

Der Tod eines Menschen stellt für Familien auch einen entscheidenden finanziellen Einschnitt dar. Um für Witwen und Witwer, die Kinder erzogen haben und von der Absenkung des Versorgungssatzes von 60 Prozent auf 55 Prozent betroffen sind, einen finanziellen Ausgleich zu schaffen, ist seit 2002 im Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte in Verbindung mit einer entsprechenden Vorschrift des Sozialgesetzbuches VI eine Zuschlagsberechnung normiert. Betroffene können durch die Zuschlagsgewährung schon durch die Erziehung nur eines Kindes jährlich einen zusätzlichen Zuschlag zur Steigerungszahl (als einem Element der Rentenberechnung der landwirtschaftlichen Rentenversicherung) von bis zu 3,636 und für jedes weitere Kind 1,818 Punkten erhalten.

Das BAS veranlasste im Rahmen des Prüfverfahrens die Neuberechnung aller Fälle, in denen der Zuschlag fehlerhaft nicht berücksichtigt wurde, woraufhin Beträge im mittleren fünfstelligen Bereich nachgezahlt wurden.

Der Sozialversicherungsträger hat aufgrund der getroffenen Feststellungen zudem alle zum 1. Juli 2022 maßgeblichen laufenden Renten mit diesbezüglichen Auffälligkeiten überprüft. Somit erhielten in weit mehr als 200 Fällen betroffene Witwen und Witwer entsprechende Nachzahlungen wegen der Erziehung von Kindern im insgesamt mittleren sechsstelligen Euro-Bereich.

Darüber hinaus hat der Sozialversicherungsträger die einschlägigen Antragsvordrucke überarbeitet und sich mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung darauf verständigt, dass auch mit ihm ein Verfahren Anwendung finden soll, nachdem sich die Rentenversicherungsträger untereinander verständigen, sofern in der gesetzlichen Rentenversicherung ein Zuschlag zu berücksichtigen ist. Zukünftig wird der Sozialversicherungsträger mit einem Schreiben an den jeweils zuständigen gesetzlichen Rentenversicherungsträger herantreten und um die Angabe von Erziehungszeiten im Zusammenhang mit der Gewährung eines Zuschlags bitten.

Mit diesen Maßnahmen dürften maßgebliche Verbesserungen und Beschleunigungen des Verfahrensablaufs zu erreichen sein.

Begleitung der IT-Konsolidierung auf der Zielgeraden

Zur Sicherstellung organisationsweit einheitlicher und effizienter Fachprozesse startete die SVLFG im Jahr 2014 ein Großprojekt zur Entwicklung eines einheitlichen IT-Systems. Aufgrund der besonderen Bedeutung der technischen und organisatorischen Konsolidierung seit der Bildung eines einheitlichen Trägers hat der Gesetzgeber dem BAS die Aufgabe übertragen, diesen Prozess zur Konsolidierung der IT in der SVLFG eng zu begleiten (§ 94 Abs. 3 SGB IV).

Neben den Aufgaben der klassischen Rechtsaufsicht, lag der Fokus der begleitenden Prüfung vor allem auf der frühzeitigen Identifikation möglicher Risiken, die den erfolgreichen Abschluss des Großprojekts gefährden könnten. Ziel und

Anspruch der Begleitung war es stets, die SVLFG in IT-fachlichen, organisatorischen und strategischen Fragestellungen mit Bezug zum Konsolidierungsprozess beratend zu unterstützen. Gleichzeitig galt es die verantwortlichen Bundesressorts (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft und Bundesministerium für Arbeit und Soziales) sowie weitere Stakeholder, wie zum Beispiel den Bundrechnungshof fortlaufend über die Fortschritte der SVLFG zu unterrichten.

Mit dem erfolgreichen Rollout der wesentlichen Systemkomponenten im Jahr 2022 hat die SVLFG den wichtigsten Meilenstein des Großprojekts erreicht. Die aktuell noch laufenden Projekte wird die SVLFG voraussichtlich im Laufe des Jahres 2025 abschließen können. Das bisher Erreichte verdient besondere Anerkennung, besonders im Hinblick auf die vergleichsweise lange Projektlaufzeit, die Ausdruck der fachlichen, organisatorischen und technischen Komplexität der Neuentwicklung der Anwendungssysteme eines Verbundträgers ist. Unter anderem wuchs der Projektumfang im Vergleich zur ursprünglichen Planung durch die Vielzahl gesetzlicher Änderungen bzw. Neuerungen (zum Beispiel Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung, Umsetzung der elektronischen Patientenakte und das Onlinezugangsgesetz) stetig an. Die SVLFG hat jedoch auch in kritischen Phasen passende Lösungsstrategien entwickelt und diese erfolgreich umgesetzt. Insofern bewertet das BAS die bisher erzielten Erfolge als Ergebnis des großen Engagements aller Beschäftigten, einer vorausschauenden Planung, eines professionellen Managements sowie einer identitätsstiftenden Organisationskultur.

Der Bundesrechnungshof hat die Begleitung durch das BAS überprüft und keine wesentlichen Mängel festgestellt. Das BAS hat durch die enge Begleitung der Weiterentwicklung der IT der SVLFG einen positiven Beitrag zum erfolgreichen Abschluss des Großprojektes leisten können. Künftig jedoch hält der Bundesrechnungshof eine über die Aufsichtstätigkeit hinausgehende, enge Begleitung der Aktivitäten der SVLFG im Bereich der IT für entbehrlich. Für eine Beendigung der weiteren Begleitung bedarf es einer Gesetzesänderung des § 94 Absatz 3 SGB IV.

Das BAS wird daher den Konsolidierungsprozess der SVLFG weiterhin begleiten und nach dem erfolgreichen Abschluss des Großprojekts alle relevanten Faktoren und Ereignisse in einem abschließenden Bericht darstellen und würdigen.

7. *Übergreifende Aufsichtsthemen*



Neben den Angelegenheiten, die fachlich einzelne Sozialversicherungszweige betreffen, beschäftigt sich das BAS auch mit Themen, die für alle bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger gleichermaßen von Bedeutung sind.

7.1 Finanzen

Geldanlagen der Sozialversicherungsträger zum Stichtag 31. Dezember 2022

Das BAS führt als Rechtsaufsicht der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger jährliche Abfragen zu deren Geldanlagen durch und überprüft, ob die Anlagegrundsätze Sicherheit, Liquidität und angemessener Ertrag sowie die rechtlichen Vorgaben zu den einzelnen Anlagearten eingehalten wurden.

Die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger verfügten zum 31. Dezember 2022 über insgesamt 83,7 Mrd. Euro an liquiden Mitteln. Ihr Geldanlagevolumen ist gegenüber 2021 (74,8 Mrd. Euro) um 8,9 Mrd. Euro gestiegen. Der größte Anteil der Geldanlagen (35,8 Mrd. Euro) entfiel auf die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger. Die Rentenversicherungsträger DRV Bund und DRV Knappschaft-Bahn-See verfügten über 32,6 Mrd. Euro, die weiteren Mittel in Höhe von 15,1 Mrd. Euro verteilten sich auf die bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger und die

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

72 Prozent des Anlagevolumens (60,1 Mrd. Euro) entfällt auf Einlagen bei Kreditinstituten mit einer Laufzeit von bis zu 3 Jahren. Daneben wurden 10,5 Mrd. Euro (entspricht 12,5 %) in Wertpapiere (Direktinvestments) und 11,5 Mrd. Euro (13,7 %) in Investmentvermögen angelegt. Anteile an Investmentfonds werden von den bundesunmittelbaren Kranken- und Unfallversicherungsträgern überwiegend erworben, um ihrer gesetzlichen Verpflichtung zum Aufbau eines Kapitalstocks zur Deckung zukünftiger Altersversorgungsverpflichtungen nachzukommen.

Einige Krankenkassen hielten Schuldscheindarlehen (SSD), darunter auch immobilienbesicherte SSD gemäß § 83 Abs. 1 Nr. 6 SGB IV. Die zwischenzeitlich gestiegenen Zinssätze und die hierdurch erwarteten Auswirkungen auf die Immobilienbranche hatte das BAS zum Anlass genommen, mit Rundschreiben vom 8. September 2023 (ab-

rufbar auf der Webseite des BAS unter Themen/Service/Rundschreiben) auf die notwendige Werthaltigkeit der Immobilienbesicherungen für diese SSD i.S. der in § 84 SGB IV für die Sozialversicherungsträger geregelten Beleihungsgrenzen hinzuweisen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass im Falle einer Störung der Zins- und/oder Rückzahlung die Verwertung der Sicherheit zur vollständigen Befriedigung der Restschuld ausreicht. Der Wert von Immobilien, die erst noch entwickelt werden sollen, enthält prognostische Elemente und kann daher nach den sozialrechtlichen Vorgaben nicht für die Bestimmung der Beleihungsgrenze herangezogen werden. In Fällen, in denen es zu Zahlungsstörungen gekommen ist, sind die Sozialversicherungsträger gehalten, entsprechend zielgerichtete Maßnahmen zur Vermeidung oder Verminderung von Verlusten zu ergreifen; ggf. sind auch bilanzielle Wertberichtigungen vorzunehmen.

Die für die Sozialversicherungsträger geltenden Anlagegrundsätze fordern ein hohes Maß an Sicherheit und Liquidität bei der Anlage der Mittel. Die Prüfungen des BAS sind daher darauf gerichtet, dass die Sozialversicherungsträger zulässige, sichere und liquidierbare Anlagen erwerben und ein angemessenes Anlage- und Risikomanagement durchführen. Mit der Neuregelung des SGB IV-Vermögensrechts zum 1. Januar 2023 hat der Gesetzgeber dazu entsprechende Klarstellungen vorgenommen. Im Wesentlichen wurden verbindlichere Vorgaben für die Anlage der Mittel der Sozialversicherungsträger benannt und neue Anlagemöglichkeiten eingeführt. So benennt § 80 SGB IV nun neben den Anlagegrundsätzen ein qualifiziertes Anlage- und Risikomanagement, fordert die Mischung und Streuung der Anlagen und verlangt den Erlass einer Anlagerichtlinie. Das Verwaltungsvermögen wurde als eigenständige Vermögenskategorie neu geregelt. Mit Rundschreiben vom 22. Juni 2023 hat das BAS die Grundsätze für die Anlage und Verwaltung der

Mittel unter Berücksichtigung des neuen Vermögensrechts ausführlich in Form eines Leitfadens dargestellt.

Baumaßnahmen

Das BAS prüft nach § 85 Abs. 1 SGB IV die Erwerbe, Errichtungen und Umbauten von Immobilien der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger sowie auch Darlehensgewährungen zur Investitionsfinanzierung. Zur Orientierung stellt das BAS den Sozialversicherungsträgern auf seiner Webseite einen Leitfaden zur Verfügung, der die Durchführung der Verfahren erleichtern soll.

Ursprünglich durch den Beginn der Coronapandemie 2020 ausgelöst, ist der Bereich der Investitionen im Immobilienbereich weiterhin von großen Veränderungsprozessen geprägt. Bei den Verwaltungsbauten hat sich der zunächst als Trend wahrgenommene Wandel zu alternativen Bürokonzepten und mobilen Arbeitsformen (Stichwort Homeoffice) nunmehr als Standard durchgesetzt. In der Regel geht dies mit einer Reduzierung der benötigten Flächen einher. Weiterhin ist festzustellen, dass sich die Sozialversicherungsträger mit Themen wie energetische Sanierungen und nachhaltige Gebäudekonzepte beschäftigen.

Im Kalenderjahr 2023 bearbeitete das BAS Baumaßnahmen, Grunderwerbe und Darlehen mit einem Gesamtvolumen in Höhe von 112,0 Mio. Euro, was im Vergleich zum Volumen des Vorjahres (624,9 Mio. Euro) eine Reduzierung von etwa einer halben Mrd. Euro bedeutet. Jedoch besteht im Vergleich zum Vorvorjahr (117,2 Mio. Euro) lediglich eine Reduzierung um ca. 4,4 Prozent. Insgesamt führte das BAS die Aufsicht über 65 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von rund 1,6 Mrd. Euro.

7.2 Personal- und Verwaltungsangelegenheiten

Verwaltungskostenbudgetierung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Aufgrund der Vorgaben des Ende 2022 in Kraft getretenen Finanzstabilisierungsgesetzes waren die gesetzlichen Krankenkassen gehalten, ihre sächlichen Verwaltungsausgaben im Jahr 2023 grundsätzlich nicht um mehr als drei Prozent gegenüber dem Vorjahr zu erhöhen (§ 4 Absatz 5 SGB V).

Da diese Budgetierung von den Krankenkassen bereits bei der Aufstellung des Haushaltsplans für das Jahr 2023 zu berücksichtigen war, wertete das BAS die Ende 2022 eingehenden Haushaltspläne der bundesunmittelbaren Krankenkassen entsprechend aus. Hierbei zeichnete sich ab, dass sich die sächlichen Verwaltungskosten bei einem Teil der Krankenkassen möglicherweise über den im Gesetz genannten Budgetrahmen entwickeln würden. Das BAS appellierte daher Anfang des Jahres 2023 vorsorglich an alle seiner Aufsicht unterstehenden Krankenkassen, die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben im Rahmen des Haushaltsvollzuges sicherzustellen.

Im Verlauf des Jahres verfolgte das BAS die weitere Entwicklung. Nach Auswertung der unterjährig eingegangenen tatsächlichen Rechnungsergebnisse für das Kalenderjahr 2022 zeigte sich, dass bei einem überwiegenden Teil der Krankenkassen die Ausgaben niedriger waren, als zu Beginn des Jahres 2023 prognostiziert.

Da eine endgültige Gewissheit über die Einhaltung der gesetzlich auferlegten Budgetierung für das Haushaltsjahr 2023 erst nach Vorliegen der endgültigen Rechnungsergebnisse für das Jahr 2023 erzielt werden kann, steht eine abschließende Bewertung noch aus. Das BAS hat das Bundesministerium für Gesundheit über die Entwicklungen informiert.

Nachhaltigkeit bei der Beschaffung von Dienstkraftfahrzeugen

Das BAS hat bei den bundesunmittelbaren Berufsgenossenschaften sowie der Unfallversicherung Bund und Bahn eine umfassende Abfrage auf dem Gebiet des Kfz-Wesens durchgeführt. Ziel dieser Abfrage war eine ganzheitliche Betrachtung des Kfz-Wesens bei den UV-Trägern und deren Fuhrpark. Die Abfrage bei den UV-Trägern gab unter anderem darüber Aufschluss, inwieweit bereits Nachhaltigkeitsaspekte bei der Beschaffung und Unterhaltung von Dienst-Kraftfahrzeugen berücksichtigt wurden.

Aus den Ergebnissen folgte als eine erste Maßnahme ein Rundschreiben zur Festlegung von Rahmenbedingungen für die Beschaffung von Dienst-Kfz. Die Rückmeldungen und die Auswertungen der vorgelegten Daten der Abfrage zeigten die Notwendigkeit, Nachhaltigkeitsaspekte und die weitergehende Beschaffung von Hybrid- und

Elektrofahrzeugen stärker in den Fokus zu setzen. So sind zukünftig vor der Beschaffung von Dienst-Kfz neben der Durchführung von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen (§69 Abs. 3 SGB IV) auch Aspekte der Nachhaltigkeit zu berücksichtigen. Auch wenn dies gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt ist, haben die Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern auf ihrer 102. Arbeitstagung im Mai 2023 beschlossen, dass Nachhaltigkeitsaspekte bei finanzwirksamen Maßnahmen berücksichtigt werden können. Das BAS und die Aufsichtsbehörden der Länder haben sich zudem für eine entsprechende Gesetzesänderung ausgesprochen. Das Protokoll der Arbeitstagung kann auf der Webseite des BAS unter der Rubrik Themen/Aufsichtsbehördentagungen eingesehen werden.

Das BAS hat in dem Rundschreiben ebenfalls Regelungen und Maßgaben aus dem Gesetz über die Beschaffung sauberer Straßenfahrzeuge, der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift (AVV) der Bundesregierung zur Beschaffung sauberer Straßenfahrzeuge in der Bundesverwaltung, dem „Regierungsprogramm Elektromobilität“ sowie dem „Klimaschutzprogramm 2030“ der Bundesregierung aufgenommen.

Das Ziel der Bundesregierung im „Klimaschutzprogramm 2030“ ist es, im Fuhrpark des Bundes den Anteil von Hybrid- und Elektrofahrzeugen an den Neu- und Ersatzbeschaffungen bis zum Jahr 2025 auf möglichst 40 Prozent und bis zum Jahr 2030 auf möglichst 100 Prozent zu steigern. Mit dem oben genannten Gesetz aus dem Jahr 2021, welches EU-Vorgaben umsetzt (Richtlinie (EU) 2019/1161), gelten bereits für bestimmte Fahrzeugklassen verbindliche Beschaffungsquoten für saubere bzw. emissionsfreie Fahrzeuge für öf-

fentliche Auftraggeber und Sektorenauftraggeber des Bundes (Mindestziele). Am 1. Januar 2023 ist dazu die AVV in Kraft getreten. Mit dieser wird der Anteil emissionsfreier Fahrzeuge in der Bundesverwaltung weiter erhöht. Sie sichert unter anderem die Einhaltung der gesetzlichen Mindestziele zur Beschaffung der Fuhrparke, die durch das Gesetz festgelegt wurden. Der Bund trägt dadurch wesentlich zur Reduktion der eigenen Treibhausgasemissionen bei.

Die AVV Saubere Fahrzeuge findet auch auf die mittelbare Bundesverwaltung und damit auf die Sozialversicherungsträger Anwendung. Einige Verpflichtungen (Mindestziele bei Unterschwellenvergaben, Nutzung der Rahmenvereinbarungen des Kaufhauses des Bundes) gelten jedoch nicht für die Träger.

In diesem Zusammenhang wurde das BAS vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Gesundheit gebeten, gegenüber den bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern das Inkrafttreten der AVV Saubere Fahrzeuge bekannt zu geben. Außerdem wird das BAS künftig die für das Monitoring innerhalb der Bundesverwaltung erforderlichen Abfragen von Daten gegenüber den Trägern übernehmen. Das BAS hat hierzu Mitte des Jahres 2023 eine erste Abfrage gestartet. Gegenstand dieser Datenabfrage bei den Sozialversicherungsträgern war die Dokumentation der Erreichung der Mindestziele für das Jahr 2022 sowie für die beiden Folgejahre (2024 und 2025). Im Fokus standen Beschaffungen von Fahrzeugen und Verkehrsdienstleistungen, die in den Anwendungsbereich des oben genannten Gesetzes oder der AVV fallen.

7.3 Selbstverwaltung

Umlageverfahren zum Modellprojekt Online-Sozialwahl

Im Jahr 2023 fanden die Sozialversicherungswahlen statt. Bei den Sozialwahlen werden Mitglieder der Verwaltungsräte und Vertreterversammlungen der Sozialversicherungsträger bestimmt. Zum ersten Mal konnten im Rahmen eines Modellprojekts die Wahlen der Vertreter der Versicherten bei den gesetzlichen Krankenkassen auch in einem elektronischen Wahlverfahren über das Internet (Online-Wahl) durchgeführt werden. Das Modellprojekt wurde kassenübergreifend durch eine Arbeitsgemeinschaft durchgeführt. 15 Krankenkassen waren bei der Gründung der Arbeitsgemeinschaft beteiligt. Insgesamt hatten rund 22 Mio. Wahlberechtigte die Möglichkeit, von Mitte April bis zum 31. Mai 2023 ihre Stimme online ohne technische Schwierigkeiten und sicher abzugeben. Dabei wurden die hohen Anforderungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik umgesetzt.

Die hierbei entstandenen Kosten der an diesem Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen werden auf alle Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen nach der Zahl der wahlberechtigten Versicherten umgelegt. Der Gesetzgeber hat die Aufgabe des Umlageverfahrens auf das BAS übertragen (vgl. § 194a Absatz 3a SGB V). Hierzu müssen die auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Umlagebeträge festgesetzt, die Beträge von allen Krankenkassen eingezogen sowie die entstandenen Kosten an die am Modellprojekt teilgenommenen Kassen erstattet werden. Um den Verfahrensablauf und die erforderliche Datenübermittlung näher zu regeln, hat das BAS eine Richtlinie zur Durchführung des Umlage- und Erstattungsverfahrens erstellt.

Im Ergebnis sollen die entstandenen Kosten seitens der Arbeitsgemeinschaft gesammelt an das BAS übermittelt werden. Nachdem alle Daten plausibilisiert vorliegen, erfolgt die Festsetzung der Kostenbeteiligung der einzelnen Krankenkassen und der Versand der Festsetzungsbescheide. Es ist davon auszugehen, dass dies im 2. Quartal 2024 erfolgen wird.

Satzungsänderungen aufgrund der Einführung hybrider und digitaler Sitzungen in der Selbstverwaltung

Im Juli 2023 trat das Gesetz zur Stärkung der Aus- und Weiterbildungsförderung in Kraft, mit dem unter anderem auch die Handlungs- und Funktionsfähigkeit der sozialen Selbstverwaltungsgremien verbessert und die Vereinbarkeit der Gremienarbeit mit Beruf und Familie gefördert werden soll. Zudem wurde eine neue Vorschrift in das Sozialgesetzbuch eingefügt, die eine digitale Gremienarbeit der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger regelt (§ 64a SGB IV). Mit der neuen Regelung wird neben der Präsenzsitzung der rechtliche Rahmen festgelegt, in dem die Selbstverwaltungsorgane auch hybride und digitale Sitzungen durchführen können. Entsprechende Regelungen gelten auch für Sitzungen der sogenannten besonderen Ausschüsse (§ 36a SGB IV) sowie für Sitzungen der Erledigungsausschüsse (§ 66 SGB IV).

Die Selbstverwaltungen können damit in eigener Verantwortung entscheiden, unter welchen Voraussetzungen sie die Zuschaltung einzelner Organmitglieder über ein Videokonferenzsystem ermöglichen wollen. Die Teilnahme einzelner Or-

ganmitglieder kann beispielsweise von besonderen Gründen abhängig gemacht werden, die eine persönliche Anwesenheit vor Ort erschweren oder unmöglich machen.

Zur Sicherstellung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung und zum Schutz der Organmitglieder wurde die Möglichkeit von rein digitalen Sitzungen in „außergewöhnlichen Notsituationen“ geschaffen. Außerdem können digitale Sitzungen auch in besonders eiligen Fällen durchgeführt werden. Für beide Konstellationen sieht das Gesetz eine Widerspruchslösung vor, durch die sichergestellt wird, dass für einen Wechsel in das digitale Sitzungsformat stets eine breite Zustimmung vorliegt. Neben dem verankerten Öffentlichkeitsgrundsatz wird ausdrücklich geregelt, dass in hybriden und digitalen Sitzungen auch Abstimmungen und Wahlen stattfinden können; nähere Bestimmungen dazu werden der Satzungsautonomie überlassen.

Wenn im Rahmen einer Sitzung eine Störung auftritt, die in den Verantwortungsbereich des Versicherungsträgers fällt, darf die Sitzung nicht begonnen beziehungsweise fortgesetzt werden; anderenfalls wäre ein gefasster Beschluss unwirksam. Sonstige Störungen, insbesondere wenn eine Störung nicht in den Verantwortungsbereich des Versicherungsträgers fällt, stehen einer wirksamen Beschlussfassung nicht entgegen.

Die Sozialversicherungsträger sollen die konkrete Ausgestaltung der Rahmenbedingungen und Verfahren für digitale Sitzungen in der Satzung regeln. Hierbei ist ihnen ein Gestaltungsspielraum eingeräumt worden. Das BAS hat als zuständige Rechtsaufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Sozialversicherungsträger 46 Satzungsnachträge vorgeprüft sowie 35 formelle Genehmigungen erteilt.

7.4 Gerichtsverfahren

Im Jahr 2023 sind insgesamt 49 neue Rechtsstreite unter Beteiligung des BAS zu verzeichnen gewesen. Damit hat sich die Anzahl neuer gerichtlicher Verfahren im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt (2022: 23 neue Rechtsstreite). Bei drei der neuen Verfahren handelte es sich um einstweilige Rechtsschutzverfahren.

Lediglich in zwei Verfahren erfolgte die Einbeziehung des BAS im Wege der Beiladung in laufende Verfahren anderer Hauptbeteiligter. In den übrigen 47 Rechtsstreiten wurden Entscheidungen des BAS beklagt.

Dabei betraf der weit überwiegende Teil der neuen Rechtsstreite die Tätigkeit des BAS als Verwaltungsbehörde. In diesem Zusammenhang entfielen allein 13 Klagen auf Bescheide über die Zuführung von Mitteln aus den Finanzreserven der Krankenkassen an den Gesundheitsfonds (§ 272b SGB V). Demgegenüber wurden im Rahmen der Aufgaben des BAS als Aufsichts- und Mitwirkungsbehörde 15 Bescheide beklagt.

Im Laufe des Jahres 2023 konnten 19 gerichtliche Verfahren, an denen das BAS beteiligt war, beendet werden.

In fünf Verfahren erfolgte die Beendigung durch Urteile und Beschlüsse. Dabei haben alle Entscheidungen die Rechtsauffassung des BAS bestätigt. Zwei dieser Rechtsstreite wurden durch das Bundessozialgericht höchstrichterlich entschieden. Betroffen war hier das Outsourcing von Aufgaben der gesetzlichen Kranken- bzw. sozialen Pflegeversicherung auf private Dritte, (vgl. auch S. 20).

Außerdem erfolgte in 14 gerichtlichen Verfahren die Beendigung auf nichtstreitigem Wege (zwölf Rechtsmittelrücknahmen, eine Beendigung durch übereinstimmende Erledigungserklärungen, eine Verfahrenseinstellung durch das Gericht).

Im Ergebnis ist somit der Bestand der Rechtsstreite von 98 zu Beginn des Jahres auf 127 Verfahren zu Ende des Jahres 2023 deutlich gestiegen.

7.5 Internationales Sozialversicherungsrecht

Versicherungs- und leistungsrechtliche Auswirkungen bei grenzüberschreitender Telearbeit (nach Aufhebung der unter der Corona-Pandemie bestehenden Sonderregelungen)

Telearbeit gewinnt nicht zuletzt durch die Corona Pandemie in der heutigen Arbeitswelt immer mehr an Bedeutung. Während der Pandemie waren insbesondere grenzüberschreitend erwerbstätige Personen gezwungen, ihre regulär in einem anderen Staat ausgeübte Tätigkeit vorübergehend im privaten Umfeld im Wohnstaat zu erbringen.

Bei grenzüberschreitenden Sachverhalten kann die vermehrte Nutzung der Telearbeit grundsätzlich dazu führen, dass sich das bisher auf die erwerbstätige Person anzuwendende Sozialversicherungsrecht ändert. Während der Pandemie bestanden jedoch insbesondere im Verhältnis zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraumes (Mitgliedstaat) Sonderregelungen. Diese besagten im Wesentlichen, dass die pandemiebeding-

te vorübergehende Änderung des Tätigkeitsortes oder Verteilung der Arbeitszeit keine Auswirkungen auf das anwendbare Sozialversicherungsrecht haben. Diese Sonderregelungen sind jedoch zum 30. Juni 2023 ausgelaufen, so dass ab 1. Juli 2023 das für die Mitgliedstaaten geltende überstaatliche Recht ohne Besonderheiten anzuwenden ist.

Gilt aufgrund einer überwiegenden Arbeitsleistung im Wohnstaat nunmehr für die Erwerbstätigkeit deutsches Recht, ist der Grenzgänger nach deutschem Sozialversicherungsrecht zu versichern. Bislang bestehende ausländische Versicherungen sind zu beenden. Auch für den ausländischen Arbeitgeber heißt es, dass er die deutschen Arbeitgeberpflichten, wie etwa die Meldepflicht zur Sozialversicherung, zu beachten und einzuhalten hat. Ebenso können sich aus dem Wechsel des anzuwendenden Rechts auch leistungsrechtliche Einschränkungen für Personen ergeben.

Die sich bei der grenzüberschreitenden Telearbeit ergebenden versicherungs- und leistungsrechtli-

chen Konsequenzen boten im Berichtszeitraum wiederholt Anlass für Beschwerden grenzüberschreitend tätiger Personen. Das BAS hat die Rechtslage klarstellend erläutert und im Bedarfsfall auf die zügige Aufnahme der bislang im Ausland versicherten Person in die deutsche Sozialversicherung hingewirkt.

Elektronische Patientenakte steht auch zur Sachleistungsaushilfe in Deutschland eingeschriebenen Personen zu

Der Gesetzgeber hat für Versicherte deutscher Krankenkassen eine elektronische Patientenakte (ePA) ins Leben gerufen, die seit 1. Januar 2021 schrittweise eingeführt und ab 2025 allen gesetzlich Versicherten bereitgestellt wird. Für die Versicherten ist die Nutzung der ePA freiwillig, so dass sie selbst entscheiden, ob und wie sie von der versichertengeführten elektronischen Akte Gebrauch machen wollen. In der ePA lassen sich auf Wunsch der Versicherten alle wichtigen Informationen zum Gesundheitszustand und zur Krankengeschichte speichern. Die wesentlichen Vorteile liegen dabei auf der Hand: Medizinische Unterlagen können zwischen Arztpraxen, Krankenhäusern und sonstigen Leistungserbringern im Gesundheitswesen unkompliziert geteilt und unnötige Mehrfachuntersuchungen sowie Doppelbehandlungen vermieden werden.

Auch in Deutschland wohnhafte Personen, die in einem anderen Mitgliedstaat der EU, des EWR, der Schweiz sowie dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland (Mitgliedstaaten) gesetzlich krankenversichert und bei einer deutschen Krankenkasse auf Kosten ihrer mitgliedstaatlichen gesetzlichen Krankenkasse mit Anspruch auf alle in der gesetzlichen Krankenver-

sicherung zur Behandlung einer Krankheit vorgesehenen medizinischen Leistungen (sog. Sachleistungsaushilfe) eingeschrieben sind, haben ein Recht auf Nutzung der deutschen ePA. Denn sie sind faktisch Versicherten deutscher gesetzlicher Krankenkassen gleichgestellt und sind daher als in Deutschland gesetzlich Versicherte anzusehen.

Entsprechend den Vorgaben des überstaatlichen Rechts und der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zum gemeinschaftsrechtlichen Sachleistungsbegriff ist die ePA eine Sachleistung. Im Berichtszeitraum hat das BAS dafür Sorge getragen, dass seiner Aufsicht unterliegenden Krankenkassen, die die ePA als nicht zu den Sachleistungen zugehörig ansahen, nunmehr auch ihren zur Sachleistungsaushilfe eingeschriebenen Personen eine ePA zur Verfügung stellen.

Verzögerungen im zwischenstaatlichen Rentenverfahren

Immer mehr Personen üben im Laufe ihres Erwerbslebens Beschäftigungen in verschiedenen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes, der Schweiz sowie dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland (im Folgenden: Mitgliedstaaten) aus und erarbeiten sich dort gesetzliche Rentenansparungen. Dies führt unter Umständen dazu, dass Versicherte im Leistungsfall Rentenansprüche in mehreren Staaten geltend machen können. Um den Versicherten die gleichzeitige Rentenansparung in mehreren Staaten zu erleichtern, sieht das für die Mitgliedstaaten anwendbare überstaatliche Recht Regelungen vor, die u.a. den Ablauf der zwischenstaatlichen Rentenverfahren sicherstellen sollen. Ausgangspunkt bildet dabei der Grundsatz, dass der in einem Staat gestellte

Rentenantrag mit dessen Antragsdatum auch als Antrag auf eine entsprechende Leistung in den anderen beteiligten Mitgliedstaaten, in denen der Berechtigte Versicherungszeiten zurückgelegt hat, gilt. Eine eigenständige Antragsstellung in mehreren Staaten ist somit nicht erforderlich.

Der Versicherungsträger, bei dem die versicherte Person ihren Antrag stellt, ist in der Regel auch für die Einleitung des zwischenstaatlichen Rentenverfahrens in den anderen beteiligten Staaten verantwortlich. So muss dieser den anderen beteiligten Rentenversicherungsträgern neben dem Leistungsantrag alle für die Bearbeitung des Antrags erforderlichen Unterlagen übermitteln, damit diese den Rentenantrag nach ihrem Recht prüfen und ihre nationale Rente gewähren können. Fehlende für den Rentenanspruch entscheidende Unterlagen, wie zum Beispiel die für die Erfüllung der Mindestversicherungszeit notwendige Bestätigung der in anderen Staaten vorliegenden Versicherungszeiten, werden von dem für das zwischenstaatliche Rentenverfahren verantwortlichen Rentenversicherungsträger nachgefordert. Stellen die beteiligten mitgliedstaatlichen Rentenversicherungsträger diese Unterlagen nicht zeitnah aus, kann über den deutschen Rentenanspruch nicht abschließend entschieden werden und es kommt zu Verzögerungen im deutschen Rentenverfahren. Da die am zwischenstaatlichen Verfahren beteiligten Rentenversicherungsträger untereinander nicht weisungsbefugt sind und auch keinen Einfluss auf die jeweiligen nationalen Bearbeitungszeiten haben, können die beteiligten Träger nur in regelmäßigen Abständen an die Übersendung der ausstehenden und dringend für den Rentenanspruch benötigten Unterlagen erinnert werden.

Der Ablauf von zwischenstaatlichen Rentenverfahren, die Bearbeitungsdauer in anderen Staaten und die mangelnden Befugnisse gegenüber ausländischen Rentenversicherungsträgern waren im Berichtszeitraum Anlass für Beschwerden von Versicherten. Ständen für den deutschen Rentenanspruch benötigte zwischenstaatliche Unterlagen aus, hat das BAS bei den seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträger darauf hingewirkt, dass sie im regelmäßigen Kontakt zum betroffenen beteiligten Rentenversicherungsträger im anderen Staat standen und auch alle ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Beschleunigung eines zwischenstaatlichen Rentenverfahrens genutzt haben.

Grundrentenzuschlag

Personen, die im Verlauf ihres langjährigen Erwerbslebens aus verschiedenen Gründen unterdurchschnittlich verdient haben, können über einen zum 1. Januar 2021 eingeführten Zuschlag an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung (sogenannter Grundrentenzuschlag) eine höhere Rente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung erhalten.

Die Bewilligung und Auszahlung des Grundrentenzuschlages setzen unter anderem voraus, dass das Versicherungskonto der betroffenen Person mindestens 33 Jahre an sogenannten Grundrentenzeiten aufweist. Hierzu zählen etwa deutsche Pflichtbeitragszeiten aus einer Beschäftigung oder Beitragszeiten, die nach dem Fremdrentengesetz in die deutsche Rentenversicherung eingegliedert wurden. Bei der Ermittlung der für die Zuschlagsbewilligung erforderlichen Grundren-

tenzeiten hat der zuständige deutsche Rentenversicherungsträger auch vergleichbare bestätigte Versicherungszeiten aus dem europäischen Ausland heranzuziehen.

Gleiches gilt für Versicherungszeiten, die in einem Staat zurückgelegt wurden, mit dem die Bundesrepublik Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen unterhält, es sei denn, dies wird im Abkommen ausgeschlossen (z. B. für die USA und die Türkei).

Die Berechnung der Grundrentenzeiten von mindestens 33 Jahren erfolgt jedoch allein aus den deutschen Grundrentenzeiten; das heißt, die ausländischen Zeiten haben im Ergebnis keinen Einfluss auf die Höhe des Grundrentenzuschlages, können aber den Zugang zum Grundrentenzuschlag eröffnen.

Die individuelle Höhe des Grundrentenzuschlages wird auch durch das anzurechnende Einkommen der betroffenen Person und ihres Ehe-/Lebenspartners beeinflusst. Die für die Einkommensanrechnung notwendigen Informationen erhalten die Rentenversicherungsträger von in Deutschland wohnhaften berechtigten Personen im Wege eines automatisierten Verfahrens von den deutschen Finanzbehörden. Demgegenüber müssen Personen mit Wohnsitz im Ausland ihr Einkommen gegenüber den deutschen Rentenversicherungsträgern durch geeignete Unterlagen nachweisen. Bei fehlendem Nachweis besteht kein Zahlungsanspruch auf den Grundrentenzuschlag.

Wenn das zu berücksichtigende gemeinsame Einkommen der berechtigten Person und ihres Ehe-/Lebenspartners die gesetzlichen Schwellenwerte übersteigt, kann eine Auszahlung des Grundrentenzuschlages entfallen.

Oft beklagten Beschwerdeführer gegenüber dem BAS, dass eine Bestätigung ausländischer Zeiten zur Ermittlung der Grundrentenzeiten erforderlich ist und, dass Zeiten im Ausland sich nicht auf die Höhe des Zuschlages auswirken. Ebenso bot die im Zuge der Zuschlagsprüfung zwingend durchzuführende Einkommensanrechnung wiederholt Anlass zu Beschwerden. Das BAS konnte hierbei den Beschwerdeführern die Rechtslage erläutern und damit zur Akzeptanz der Entscheidungen der Träger beitragen.

Rentenleistungen für im Ausland lebende Berechtigte

Renten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung werden im Auftrag der zuständigen gesetzlichen deutschen Rentenversicherungsträger vom Renten Service der Deutschen Post AG (Renten Service) weltweit ausgezahlt. Im Ausland lebende Empfänger deutscher Renten (Berechtigte) werden grundsätzlich einmal im Jahr über das vom Renten Service versandte Formular „Lebensbescheinigung“ aufgefordert, einen Nachweis über ihre weitere Rentenberechtigung zu erbringen. Die Lebensbescheinigung ist von den Berechtigten eigenhändig zu unterschreiben und die unterschriebene Bescheinigung von einer Behörde bzw. autorisierten Stelle des Wohnlandes zu bestätigen und im Original an den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger bzw. den Renten Service postalisch zurückzusenden. Liegt die bestätigte Bescheinigung zu einem bestimmten Termin nicht vor, wird die Rentenzahlung vom Renten Service unterbrochen.

Wird die Rentenzahlung infolge eines nicht oder zu spät eingereichten Lebensnachweises unterbrochen und erfolgte die Überweisung der Rente bis zur Unterbrechung auf ein Bankkonto außerhalb des Geltungsbereichs der sogenannten

SEPA-Verordnung (beispielsweise schweizerisches Bankkonto), wird für die Wiederaufnahme der Rentenzahlung ergänzend eine neue, von der ausländischen Bank bestätigte und mit allen erforderlichen Unterschriften versehene, Zahlungserklärung benötigt.

Verzögerungen bei der Wiederaufnahme der Rentenzahlungen boten im Berichtsraum wiederholt Anlass zu Beschwerden von Versicherten. Diese resultieren daraus, dass eine Übersendung der Lebensbescheinigung im Original sowie die Abgabe einer aktuellen Zahlungserklärung bei Rentenzahlungen auf Bankkonten außerhalb des Geltungsbereichs der SEPA-Verordnung erforderlich war.

Internationale Kontakte

Das BAS hat im Berichtsjahr die Gespräche zwischen den deutschen und den österreichischen, polnischen sowie bosnisch-herzegowinischen Rentenversicherungsträgern begleitet. Bei den Besprechungen mit den österreichischen und polnischen Verbindungsstellen ging es vor allem um materiell- und verfahrensrechtliche Fragen, die sich aus dem jeweiligen nationalen Recht sowie bei der Umsetzung der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 ergeben. Problemfragen aus dem anzuwendenden deutsch-jugoslawischen Sozialversicherungsabkommen ebenso wie die Auswirkungen der verschiedenen nationalen Rechtsänderungen standen im Mittelpunkt der Besprechung mit den Rentenversicherungsträgern aus Bosnien und Herzegowina, welche die erste nach der Unabhängigkeit der Bundesrepublik Bosnien-Herzegowina am 1. März 1992 war. Ein besonderer Stellenwert kommt bei allen Gesprächen der Abstimmung von Verfahrensfragen zu, um die langwierigen Verwaltungsverfahren im Interesse der Versicherten insgesamt zu beschleunigen.

8. *Digitalisierung in der Sozialversicherung*



8.1 Der Digitalausschuss im BAS

Die voranschreitende Digitalisierung in der Sozialversicherung führt allgemein zu einer Intensivierung der Beratungsaufgaben bei Rechtsaufsichtsbehörden. Die Einordnung digitaler Veränderungen und der Einsatz neuer Technologien in den bestehenden Rechtsrahmen erfordern in der Regel neue Rechtsauslegungen. Zudem ist es wichtig, dass bei verbleibenden Rechtsunsicherheiten der Rechtsrahmen geändert wird. Die Grenzen der Auslegbarkeit auszuloten und notwendige Änderungsimpulse herauszuarbeiten, führten auch im BAS zu komplexen Analyseprozessen und intensiven, meist projektbegleitenden Beratungen.

Seit dem Jahr 2017 bietet das BAS den bundesunmittelbaren Trägern eine zentrale Anlaufstelle für Fragen und Anregungen rund um das Thema Digitalisierung in der Sozialversicherung. Im Zentrum der Beratungen stehen leistungsrechtliche, datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und verwaltungsökonomische Fragestellungen.

Neben der zentralen Anlaufstelle für die bundesunmittelbaren Träger schafft der Digitalausschuss des BAS auch eine Plattform für die interne abteilungsübergreifende Abstimmung und Koordination. In den 14-tägig stattfindenden Sitzungen werden digitale Entwicklungen im Aufsichtsbereich aus den unterschiedlichen Fachdisziplinen gemeinsam bewertet und etwaige Maßnahmen abgestimmt werden.

Insoweit spiegelt sich der querschnittliche Ansatz der Digitalisierung in der internen Organisation der Abläufe im BAS wider. Dieses Konzept hat sich über die Jahre bewährt und wird fortgeführt. Die Diskussionen im Digitalausschuss haben deutlich gezeigt, dass ein Fortschritt in der Digitalisierung in der Sozialversicherung nur gelingen kann, wenn ein Silo-Denken überwunden wird und die Lösungen bereichsübergreifend angegangen werden. Hierzu will das BAS mit dem Digitalausschuss einen Beitrag leisten.

Statistik des Digitalausschusses

Die Kennzahlen in der folgenden Tabelle zeigen die zahlenmäßige Entwicklung der Sitzungen und Beratungen im Digitalausschuss. Die bereits im Vorjahr zu erkennenden Tendenzen setzen sich weiter fort. Während der Abstimmungsbedarf zu den digitalen „Grundausstattungen“ – wie zum Beispiel zu Onlinegeschäftsstellen, Service-Apps etc. – weiter abgenommen hat, rücken Anfragen zu digitalen Vorhaben zu konkreten Prozessoptimierungen in den Vordergrund. Hierbei geht es meist auch um den Einsatz von technologischen Innovationen wie Cloud-Computing und zunehmend auch von Anwendungen der Künstlicher Intelligenz. Diese Entwicklung hat auch zu einer Revision der Themenfelder geführt, die den Diskussionen im Digitalausschuss eine Struktur gibt (siehe dazu auch die Ausführungen im nächsten Abschnitt).

Statistik des Digitalausschusses

| Berichtsjahr | 2023 | 2022 | 2021 | 2020 | 2019 | 2018 | 2017 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|
| Anzahl der Sitzungen des Digitalausschusses | 28 | 27 | 26 | 28 | 22 | 22 | 25 |
| Anzahl der Sitzungen mit Vertretern von Sozialversicherungsträgern , deren Arbeitsgemeinschaften und/oder Dienstleistern | 9 | 9 | 15 | 10 | 8 | 9 | 0 |
| Anzahl Anfragen an den Digitalausschuss | 20 | 34 | 37 | 63 | 56 | 28 | 17 |

8.2 Themenfelder im Digitalausschuss

Neuausrichtung eines Themenschwerpunkts

Die Digitalisierung bei den Krankenkassen hat in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht. So haben die ersten Krankenkassen ab 2017 damit begonnen, ihre Service-Apps und Online-Geschäftsstellen auch in Abstimmung mit dem Digitalausschuss einzuführen. Online-Services wie die Bestandspflege zur Familienversicherung oder die Einreichung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung werden von den Versicherten gut angenommen. Zur Abstimmung und Bewertung der Online-Services der Krankenkassen wurde damals im Digitalausschuss das Themenfeld „Service-Apps und Online-Geschäftsstellen“ aufgenommen.

Mittlerweile gehören Service-Apps und Online-Geschäftsstellen zum digitalen Standard der meisten Sozialversicherungsträger. Die Krankenkassen treiben die Digitalisierung nun weiter voran und versuchen, weitere Arbeitsbereiche zu digitalisieren. Die Digitalisierungsschwerpunkte verlagern sich zunehmend in Richtung fachlicher Prozesse. So werden seit einiger Zeit neue Projekte wie zum Beispiel die (teil-)automatisierte Sachbearbeitung einfacher Anträge bei verschiedenen

Verfahren (sogenannte Dunkelverarbeitung bei Anträgen) dem Digitalausschuss zur Bewertung vorgelegt. Aus diesem Grund hat das BAS im Digitalausschuss beschlossen, einige Themenfelder inhaltlich neu auszurichten sowie namentlich anzupassen. Somit wird das oben genannte Themenfeld in „Digitaler Kundenservice und automatisierte Sachbearbeitung“ und im Gegenzug der Bereich „Künstliche Intelligenz, Cloud-Computing und automatisierte Sachbearbeitung“ in „Künstliche Intelligenz, Cloud-Computing und technologische Innovation“ umbenannt.

Ersetzendes Scannen von Abrechnungsunterlagen der Leistungserbringer

Die Aufbewahrung der Papieroriginale von Abrechnungsunterlagen von Leistungserbringern ist mit einem hohen organisatorischen und finanziellen Aufwand verbunden. Um diesen zu verringern, besteht die Möglichkeit des sogenannten „ersetzens Scannens“. Unter diesem Vorgang versteht man das elektronische Erfassen von Papierdokumenten zur elektronischen Weiterverarbeitung des hierbei entstehenden Abbildes (Scanprodukt),

der sicheren Speicherung der Scandateien und der späteren Vernichtung des papiergebundenen Originals. Somit stellt nur noch das elektronische Scanprodukt das einzige Original dar, das auch Belegwirkung entfaltet.

Die Abrechnungsprozesse nach § 302 SGB V zwischen den Krankenkassen und sonstigen Leistungserbringern erfolgen bereits elektronisch, das heißt papierlos. Allerdings kann eine Krankenkasse ihre Prüfung der Abrechnungsunterlagen nur ausschließlich auf elektronische Dokumente stützen, wenn die Unterlagen nach den Regeln der ordnungsgemäßen Aufbewahrung von der Behörde in elektronische Dokumente überführt wurden (§ 110 a Abs. 2 SGB IV). Diese Anforderung ist erfüllt, wenn die Originalunterlage von der Krankenkasse nach TR-RESISCAN (Richtlinie des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik) ersetzend gescannt wurde. Ist dies nicht der Fall, sind die Originalunterlagen vom Abrechnenden für Prüfzwecke aufzubewahren.

Im Jahr 2022 hatte das BAS festgestellt, dass das ersetzende Scannen von Abrechnungsunterlagen, wie den ärztlichen Verordnungen, auf einen externen Dienstleister oder auch auf einen Leistungserbringer unter Beachtung der gesetzlichen Anforderungen übertragen werden kann. Bei der Auslagerung des Scanprozesses an einen Leistungserbringer besteht jedoch die Besonderheit, dass die ersetzend scannende Stelle (Leistungserbringer) nicht neutral ist und dort insbesondere im Abrechnungsprüfverfahren eigene Interessen verfolgt werden könnten. Dies macht seitens der Krankenkasse eine Risikobetrachtung zum Verfahren „Auslagerung des Scanprozesses an einen Dienstleister/Leistungserbringer“ erforderlich. Hieraus ergeben sich einige Anforderungen:

Aus der Risikobetrachtung müssen Maßnahmen erwachsen, die mögliche Risiken (das heißt Möglichkeiten der Fehlabbildungen zu Lasten der

Krankenkassen) bis zu einem aus Sicht der Krankenkassen vertretbaren Niveau minimieren. Die konkreten Verfahren der Scandienstleister der Leistungserbringer sollten hierzu bewertet und gegebenenfalls auf die Umsetzung der Konzeption im tatsächlichen Scanverfahren aus der Sphäre der Kasse heraus geprüft werden.

Ergänzend sollten Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern entsprechende Prüfrechte vereinbaren. Insbesondere geht es dabei darum, in einem zu bestimmenden Umfang stichprobenweise Papieroriginale zu Scandokumenten anzufordern, um diese mit den elektronischen Abbildern vergleichen zu können. Die Höhe der Stichproben sollte wiederum risikoorientiert festgelegt werden. Alternativ könnten diese Überprüfungen auch während des laufenden Sachbearbeitungsprozesses innerhalb der Krankenkassen erfolgen, wenn hierbei eine ausreichende Zahl an Images überprüft wird. Das Verfahren und die Erkenntnisse aus den Stichprobenprüfungen sollten dokumentiert werden. Es liegt in der Verantwortung der Krankenkassen, welche Maßnahmen in welchem Umfang sie zur Erfüllung ihrer Kontrollpflicht vorsehen.

Somit muss die Krankenkasse in einer Risikobewertung zur Auslagerung des Scanverfahrens an einen Dienstleister oder Leistungserbringer selbst festlegen, welche Maßnahmen sie in welchem Umfang zur Erfüllung ihrer Kontrollpflicht ergreifen muss.

Mitarbeit des BAS an der Digitalisierungsstrategie der Arbeits- und Sozialverwaltung im BMAS

Das BAS hat im vorliegenden Berichtszeitraum an der gemeinsamen Digitalisierungsstrategie des BMAS und der Arbeits- und Sozialverwaltung mitgewirkt. Ziel war es, in einem behördenüber-

greifenden Gemeinschaftsprojekt eine Strategie zu erarbeiten, um die digitale Transformation in der Arbeits- und Sozialverwaltung zu fördern. Im Ergebnis wurden 60 konkrete Maßnahmen herausgearbeitet, mit denen die Verwaltungsprozesse weiter digitalisiert und so weit wie möglich automatisiert werden sollen. Außerdem soll der Zugang zu Leistungen für Menschen und Unternehmen erleichtert werden. Angestrebt wird eine verstärkte behördenübergreifende Zusammenarbeit und die Schaffung einer digitalfreundlichen Transformations- und Innovationskultur. Die Einzelheiten können der Digitalisierungsstrategie entnommen werden, die auf der Webseite des BMAS unter der Rubrik Publikationen/Broschüren/Digitalisierungsstrategie der Arbeits- und Sozialverwaltung veröffentlicht ist.

Das BAS hat zum einen seine Erkenntnisse aus den Beratungen des Digitalausschusses (Aufsichtsperspektive) und zum anderen seine Erfahrungen sowie technologisches Know-how als Geschäftsbereichsbehörde eingebracht. Nach Einschätzung des BAS haben sowohl der Prozess der behördenübergreifenden Zusammenarbeit, an dem auch Sozialversicherungsträger beteiligt waren, als auch die erarbeitete Digitalisierungsstrategie im Ergebnis einen positiven Beitrag zur weiteren Digitalisierung in der gesamten Sozialversicherung geleistet.

Einsatz von Cloud-Computing – Aktueller Diskussionsstand

Der rechtskonforme Einsatz von Cloud-Technologien ist in vielen Anwendungskontexten der digitalen Transformation relevant (z. B. Sprachassistenten, Videokonferenzlösungen, Messaging-Dienste, Systeme der Künstlichen Intelligenz). Unter dem Begriff „Cloud-Computing“ wird in der Regel die Nutzung von Internet-basierten

Hardware-, Software- oder Plattformdiensten verstanden. Wesentliche Vorteile solcher Lösungen liegen in der Unabhängigkeit von eigenen IT-Ressourcen und der sich daraus ergebenden Flexibilität bei der Abbildung von Geschäftsprozessen. Soll beispielsweise eine neue Service-App für Versicherte angeboten werden, müssen hierzu keine eigenen Rechenzentrumskapazitäten eingerichtet werden. Stattdessen kann die zum Betrieb der App erforderliche Rechenleistung bei einem Dienstleister „eingekauft“ werden. Als Vorteile werden in der Diskussion oft variable Kosten und eine einfache Skalierung der benötigten IT-Ressourcen genannt. Bei den Risiken gilt es, strategische Abhängigkeiten von Cloud-Dienstleistern sowie besondere Aspekte des Datenschutzes und der Informationssicherheit abzuwägen.

Im Rahmen der Aufsichtstätigkeit begleitet das BAS seit mehreren Jahren Sozialversicherungsträger bei der Planung und Umsetzung von Cloud-Lösungen. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sind in diversen Rundschreiben veröffentlicht worden. Zuletzt wurde im März 2019 eine aktualisierte Fassung herausgegeben, die auf der Webseite des BAS unter der Rubrik Themen/Informationstechnik und Datenschutz heruntergeladen werden kann. Die dort vertretene Rechtsauffassung wurde zudem in diversen Vorträgen und Literaturbeiträgen zur Diskussion gestellt.

Dreh- und Angelpunkt vieler Diskussionen ist eine besondere Anforderung aus dem Bereich des Sozialdatenschutzes, nämlich eine räumliche Beschränkung der Verarbeitung. Der nationale Gesetzgeber hat aufgrund des regelmäßig höheren Schutzbedarfs von Sozialdaten die allgemeinen Regelungen der Datenschutzgrundverordnung eingeschränkt. So ist eine Verarbeitung auf Basis geeigneter Garantien (zum Beispiel EU-Standardvertragsklauseln) ausgeschlossen.

Im Kontext des Cloud-Computings ist diese räumliche Beschränkung insbesondere dann relevant, wenn weltweit tätige Cloud-Diensteanbieter einbezogen werden sollen. Bei der Prüfung, mit welchen technischen und organisatorischen Maßnahmen die geforderte räumliche Begrenzung im Bereich der Sozialversicherung umgesetzt werden kann, sind regelmäßig drei Verarbeitungssituationen zu differenzieren:

- die physische Speicherung der sogenannten „ruhenden“ Daten, die in der Regel verschlüsselt in Rechenzentren in Europa stattfindet,
- grenzüberschreitende Datenflüsse, die zum Beispiel im Supportfall ausgetauscht werden und auf die zulässigen Geo-Zonen beschränkt werden müssen sowie
- die eigentliche Verarbeitung, bei der ebenfalls durch geeignete Konzepte ein Betreiberausschluss sichergestellt werden muss (zum Beispiel durch das sogenannte Confidential Computing – Computertechnik, die sich auf den Schutz der verwendeten Daten konzentriert.).

Stark verkürzt zusammengefasst, wird durch eine jeweils geeignete Verschlüsselung eine Anonymisierung der Sozialdaten bezogen auf den Cloud-Dienstleister erzielt. Voraussetzungen hierfür sind ausreichend sichere Verschlüsselungsverfahren sowie flankierende technische und organisatorische Maßnahmen, um das Risiko einer De-Anonymisierung wirksam zu minimieren.

Ein rechtskonformer Einsatz von Cloud-Lösungen ist somit auch in der Sozialversicherung möglich. Zudem ist für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung im Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens

(kurz: Digital-Gesetz) ein spezifischer Erlaubnistatbestand für den Cloud-Einsatz im Gesundheitswesen geschaffen worden. Dort sind Mindeststandards wie zum Beispiel die räumliche Beschränkung der Verarbeitung, die Absicherung durch Stand der Technik und die Berücksichtigung des branchenspezifischen Sicherheitsstandards festgelegt worden.

Das BAS hat im Rahmen von Beratungen im Berichtszeitraum allerdings festgestellt, dass trotz der skizzierten rechtlichen Rahmenbedingungen eine gewisse Rechtsunsicherheit verbleibt. Diese äußert sich darin, dass letztlich die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung von der positiven Beurteilung der technischen und organisatorischen Maßnahmen abhängig ist. In den einschlägigen Vorschriften wird häufig auch der Begriff „Stand der Technik“ verwendet. Die Einhaltung der rechtlichen Anforderungen ist also von der (subjektiven) Beurteilung der Wirksamkeit komplexer technischer Maßnahmen abhängig. Es ist daher möglich, dass zwei „konkurrierende“ Aufsichtsbehörden zu unterschiedlichen Rechtspositionen kommen und die Frage der Rechtmäßigkeit letzten Endes gerichtlich geklärt werden muss. Das BAS hat in entsprechenden Beratungen empfohlen, dieser systemimmanenten Unsicherheit mit verschiedenen Maßnahmen entgegenzutreten. Unter anderem können ein ganzheitlich ausgerichtetes Risikomanagement, der gezielte Einsatz einer Multi-Cloud-Strategie, die konsequente Umsetzung der Kriterien für souveräne Clouds der Datenschutzkonferenz sowie eine gut ausgearbeitete Exit-Strategie zur Verminderung der strategischen Abhängigkeiten die letzte Entscheidung unter Unsicherheit erleichtern.

8.3 Informationstechnik im Aufsichtsbereich

Im Jahr 2023 hat das BAS neben den Anfragen über den Digitalausschuss in 18 weiteren Anfragen Sozialversicherungsträger zum gesetzeskonformen Einsatz von Informationstechnik beraten. Darüber hinaus prüfte und bewertete das BAS 38 Anzeigen von Sozialversicherungsträgern mit informationstechnischem Bezug. Sozialversicherungsträger unterliegen verschiedenen gesetzlichen Anzeigepflichten, insbesondere dann, wenn sie neue Informationstechnik einsetzen wollen, die das Systemkonzept der Datenverarbeitung grundlegend verändert. Zudem organisierte das BAS einen fachspezifischen Erfahrungsaustausch in der „Arbeitsgruppe Cloud“ zwischen den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder zum Einsatz von Cloud-Lösungen.

Aktuelle Entwicklungen im KRITIS-Bereich

Kritische Infrastrukturen (KRITIS) sind Institutionen, die von hoher Bedeutung für das Funktionieren des Gemeinwesens sind, weil durch einen Ausfall erhebliche Versorgungsengpässe eintreten könnten. Im Aufsichtsbereich des BAS waren im Jahr 2023 sieben große Sozialversicherungsträger Betreiber Kritischer Infrastrukturen. Im Dezember 2023 wurde die vierte Änderung der KRITIS-Verordnung veröffentlicht, in der die Schwellenwerte zur Identifizierung der Betreiber Kritischer Infrastrukturen festgelegt werden. Für den Sektor der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung wurde dieser Schwellenwert von 3 Millionen auf 500.000 Versicherte abgesenkt. Im Ergebnis erhöhte sich die Anzahl der betroffenen Sozialversicherungsträger im Aufsichtsbereich um weitere 13 KRITIS-relevante Träger.

Die betroffenen Sozialversicherungsträger sollen ihre IT-Strukturen unter Berücksichtigung des Standes der Technik absichern und dies gegenüber dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) alle zwei Jahre nachweisen. Einen entsprechenden Nachweis haben die bisher betroffenen sieben Sozialversicherungsträger im Jahr 2023 erbracht. Neben der Aufarbeitung der im Zuge dieser Nachweisprüfung festgestellten Abweichungen hat das BAS begonnen, die Umsetzung der Informationssicherheit im Bereich der Dienstleistersteuerung durch die KRITIS-Betreiber zu prüfen. Zudem hat das BAS auch in 2023 die IT-Sicherheitslage beobachtet und die Sozialversicherungsträger fachlich beraten.

Darüber hinaus besteht für die KRITIS-Betreiber seit dem 1. Mai 2023 die Verpflichtung zum Einsatz von Systemen zur Angriffserkennung. Auch mit der für das Jahr 2024 geplanten Umsetzung zweier EU-Richtlinien werden sich die rechtlichen Rahmenbedingungen im KRITIS-Umfeld weiter ändern. Das BAS hat sich in den zugehörigen Gesetzgebungsverfahren durch Beratung bzw. Stellungnahmen eingebracht und begleitet die Institutionen im Aufsichtsbereich bei der Umsetzung der neuen Anforderungen.

Umgang mit IT-Sicherheitsvorfällen

Aufgrund vermehrter IT-Sicherheitsvorfälle, bei denen Sozialversicherungsträger betroffen waren, hat das BAS im Jahr 2023 ein Rundschreiben zum Thema „Umgang mit IT-Sicherheitsvorfällen“ an alle bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger versandt. Das Rundschreiben hatte

zum Ziel, sowohl die Notfallkommunikationswege der Sozialversicherungsträger zu prüfen als auch Kommunikationswege zwischen dem BAS und den Trägern abzustimmen. Als Rechtsaufsichtsbehörde ist das BAS auch ein Ansprechpartner für die Öffentlichkeit und die Versicherten. Darüber hinaus obliegen dem BAS zahlreiche Verwaltungsaufgaben, die einen Datenaustausch mit den Trägern erfordern. Das BAS ist daher auf eine zeitnahe und funktionierende Kommunikation mit den Sozialversicherungsträgern bei einem IT-Sicherheitsvorfall angewiesen.

Der IT-Sicherheitsvorfall bei einer großen Arbeitsgemeinschaft von verschiedenen Krankenversicherungsträgern im April 2023 führte zu ei-

nem umfangreichen Ausfall der Systeme bei den Trägern. Dabei kam es zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der angebotenen Leistungen als auch der Kommunikation gegenüber den Versicherten. Das BAS verzeichnete in diesem Zeitraum ein erhöhtes Eingabeaufkommen durch Versicherte. Die Aufarbeitung des IT-Sicherheitsvorfalls zwischen der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Trägern ist noch nicht abgeschlossen. Auf Grundlage von Gutachten und diversen Untersuchungen werden Handlungsbedarfe zur Stärkung der IT-Sicherheitsarchitektur, Nachholbedarfe beim sogenannten Business Continuity Management sowie die rechtliche Schadensaufarbeitung diskutiert.

8.4 Datenschutz im Aufsichtsbereich

Datenschutz in Zahlen

Auch im Jahr 2023 hatte das Thema Datenschutz eine große und durch die voranschreitende Digitalisierung zunehmende Bedeutung in der Sozialversicherung. Dabei lag der Fokus nicht nur auf ausschließlich datenschutzrechtlichen Themen, sondern auch bei Fragen im Zusammenhang mit IT-Sicherheit.

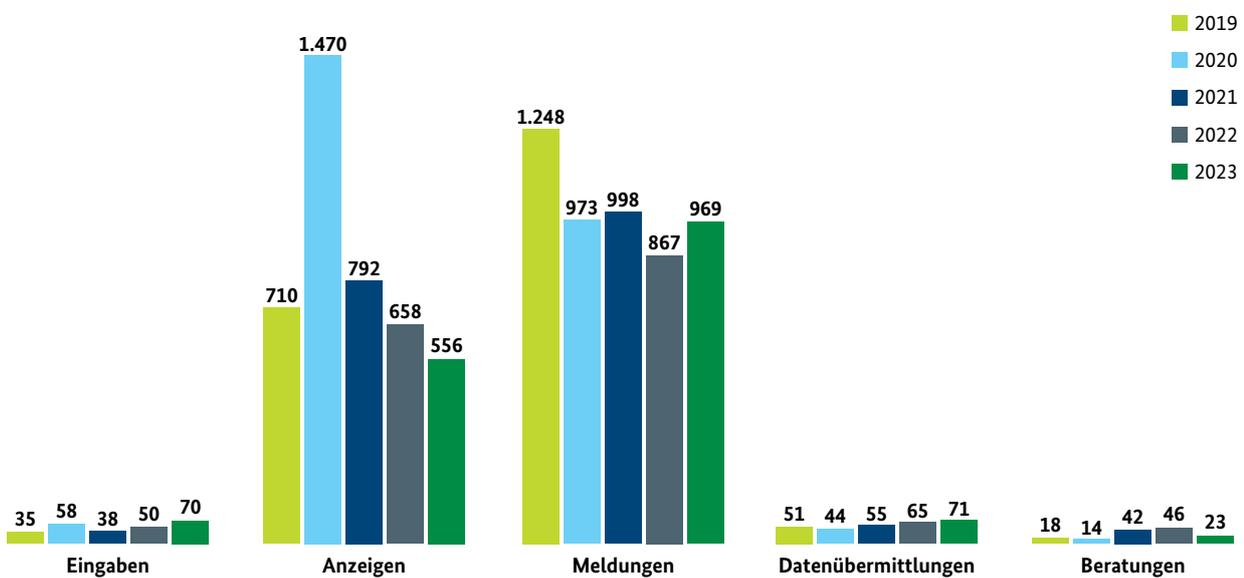
Bei den Eingaben hat sich bereits im Berichtsjahr ein Thema zur Digitalisierung besonders hervorgetan: Die geplante Einführung der sogenannten Opt-Out-Lösung bei der elektronischen Patientenakte zum 1. Januar 2025 hat zu einigen Eingaben geführt. Die Erklärungen der Versicherten, mit denen diese der Einrichtung einer elektronischen Patientenakte widersprechen, sind an die Krankenkassen und nicht an die Aufsichtsbehörde zu richten.

Im Jahr 2023 wurden 969 Meldungen zu Datenschutzverletzungen gemäß § 83a SGB X von den Sozialversicherungsträgern an das BAS übermittelt. Die meisten Cyberangriffe gehen mit einer Datenschutzverletzung einher. Die Angriffe zielen bewusst auf besonders schützenswerten Daten wie insbesondere auf Gesundheitsdaten ab, um diese sodann im Internet zu veröffentlichen oder im Darknet zu verkaufen. Insgesamt zehn Cyberangriffe bei Sozialversicherungsträgern oder ihren Dienstleistern mit zum Teil vielen betroffenen Krankenkassen wurden dem BAS in 2023 als Datenschutzverletzungen gemeldet. Dies stellt einen erheblichen Anstieg zum Vorjahr 2022 dar, in dem nur ein Datenschutzvorfall in Zusammenhang mit einem Hackerangriff gemeldet worden war. Neben den technischen Fragestellungen spielt auch der Datenschutz eine wichtige Rolle in der Abwehr und Verhinderung von Cyberangriffen.

Im Berichtsjahr 2023 hat das BAS:

- 70 Eingaben von Versicherten mit ausschließlich datenschutzrechtlichem Inhalt,
- 556 Anzeigen zur Verarbeitung von Sozialdaten gemäß § 80 SGB X,
- 969 Meldungen zu Datenschutzverletzungen gemäß § 83a SGB X bearbeitet,
- 71 Datenübermittlungen zu Forschungsvorhaben nach § 75 SGB X, auch mit Bezug zu innovativen Projekten genehmigt,
- 26 Stellungnahmeverfahren des BfDI nach § 16 BDSG vorgenommen, sowie
- 23 Ad hoc Beratungen von Sozialversicherungsträgern durchgeführt.

Datenschutz in Zahlen



Genehmigung von Forschungsvorhaben

Das BAS hat im Jahr 2023 von den Sozialversicherungsträgern 68 neue Anträge auf eine Übermittlung von Sozialdaten zur Durchführung eines wissenschaftlichen Forschungsvorhabens im Sozialleistungsbereich erhalten. Alle Anträge sind unter Verwendung der Musteranträge eingereicht worden, die im April 2022 vom BAS veröffentlicht wurden. Die Erwartung, dass durch die Nutzung der Formulare eine bessere Übersichtlichkeit und Vollständigkeit der Unterlagen erreicht werden kann, hat sich im Berichtsjahr bestätigt. Es kam dadurch zu weniger Nachfragen. Zwar wurde der Prozess der Antragstellung übersichtlicher und

vollständiger, die komplexen Sachverhalte erforderten aber nach wie vor weitere Erläuterungen und Klärungen mit den Antragstellern. Dabei stand das BAS, wie in der Vergangenheit auch, im engen Austausch mit den Sozialversicherungsträgern, datenempfangenden Stellen, sowie den Aufsichten der landesunmittelbaren Sozialversicherungsträger. Mit insgesamt 71 genehmigten Vorhaben im Berichtsjahr (davon 28 Anträge aus dem Vorjahr), ist die Anzahl an Genehmigungen im Vergleich zu den Vorjahren deutlich gestiegen. Es gab keine ablehnenden Bescheide.

Unter den vielfältigen Forschungsthemen ist eine weitere Zunahme von Forschungsvorhaben im Zusammenhang mit Online-Anwendungen zwecks Verbesserung der Gesundheitsversorgung aufgefallen. Aus dem Bereich Kranken- und Pflegeversicherung kamen 56 Projekte, aus dem Bereich Unfallversicherung drei Projekte und aus dem Bereich Rentenversicherung 12 Projekte. Berücksichtigt ist dabei auch ein Projekt, das erstmals verschiedene Sozialversicherungszweige verbunden hat.

Aufgrund des steigenden Interesses an Forschungen mit Sozialdaten und der dementsprechend hohen Anzahl an Anträgen, die das BAS erreichen, ist eine möglichst frühzeitige Antragstellung ratsam. Nur so kann eine rechtzeitige Genehmigung, oder im Falle einer Projektverlängerung eine nahtlose Fortsetzung der Datenverarbeitung, gewährleistet werden.

Austausch des BAS mit dem BfDI

Aufgrund der konkurrierenden Zuständigkeiten von Datenschutz- und Rechtsaufsichten im Bereich des Sozialdatenschutzes hat der Gesetzgeber ein Abstimmungsverfahren vorgesehen. Sofern der Bundesbeauftragte für den Datenschutz

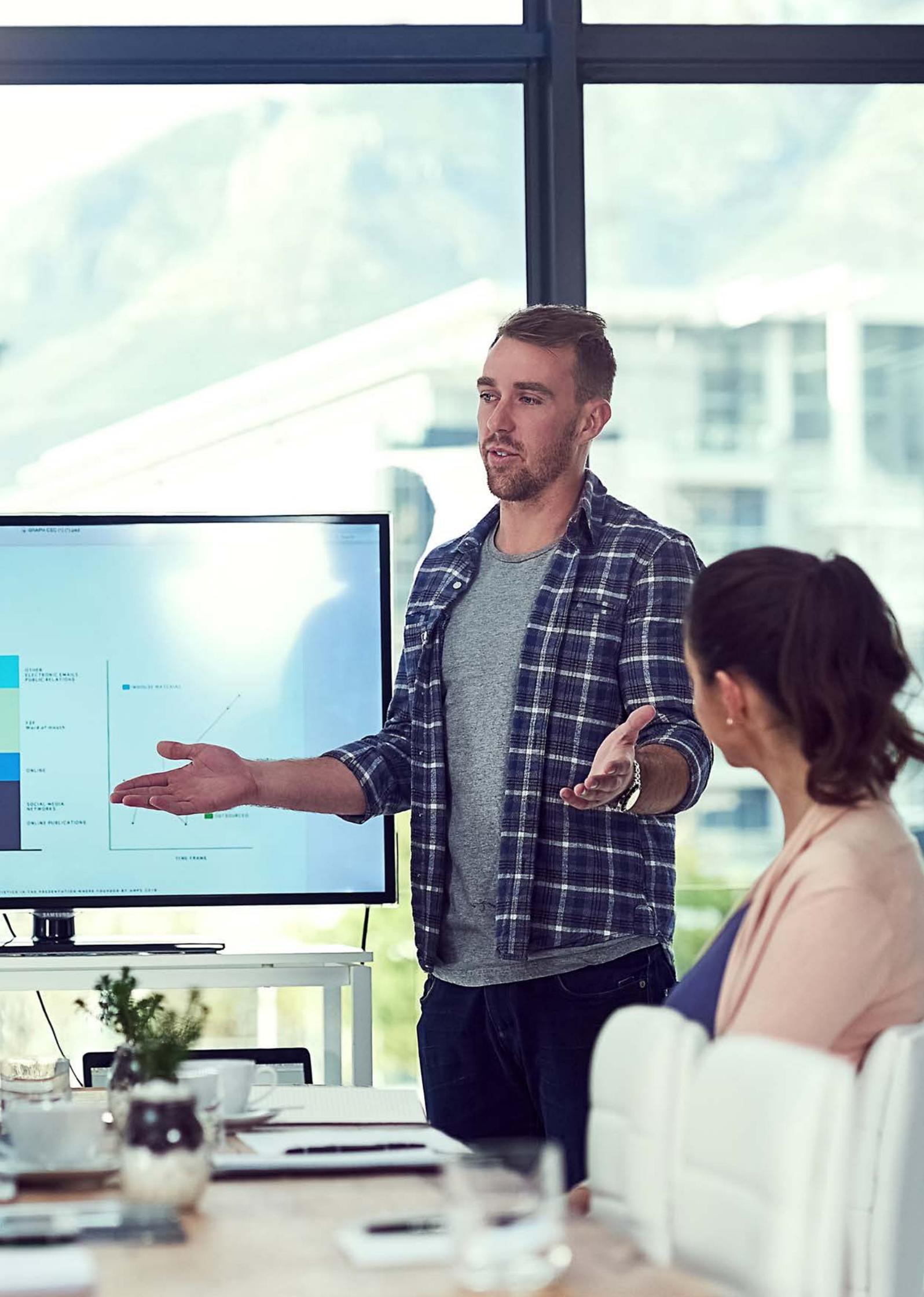
und die Informationsfreiheit (BfDI) beabsichtigt, Abhilfemaßnahmen gegenüber bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern zu erlassen, ist er grundsätzlich verpflichtet, zuvor das BAS zu beteiligen.

Die Beteiligung eröffnet dem BAS die Gelegenheit zur Stellungnahme. Das BAS kann somit prüfen, ob es in der Angelegenheit bereits Maßnahmen ergriffen hat. Selbst wenn das nicht der Fall sein sollte, können unter eigenständiger rechtlicher Würdigung Erkenntnisse für künftige gleichgelagerte Konstellationen gewonnen werden. Damit leistet das Verfahren seinen Beitrag zu einer Vereinheitlichung der Rechtsauffassungen zwischen dem BfDI und dem BAS.

Während in 2022 noch 10 Stellungnahmeverfahren zu verzeichnen waren, ist die Anzahl im Jahr 2023 auf 26 deutlich gestiegen. In den überwiegenden Fällen sind das BAS und der BfDI zu derselben rechtlichen Einschätzung gelangt. Unabhängig von diesen Verfahren haben das BAS und der BfDI ihre bilateralen Abstimmungen im Interesse einer effektiven Aufsichtsführung zuletzt nochmals verstärkt.

2. Teil Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung





1. Finanzierung 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 allen gesetzlichen Krankenkassen eingezogenen und an den Gesundheitsfonds weitergeleiteten Krankenversicherungsbeiträge. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Krankenversicherungsbeiträge für Rentnerinnen und Rentner und die Minijob-Zentrale Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ab. Direktzahler sind die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger für die Beiträge aus Arbeitslosengeld und Bürgergeld, die Künstlersozialkasse sowie das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr.

Der Bund leistete an den Gesundheitsfonds im Jahr 2023 Bundeszuschüsse zur pauschalen Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen und zum Ausgleich für die Mehrausgaben im Bereich Kindergeld sowie einen ergänzenden Bundeszuschuss. Zudem erstattete der Bund sonstige

Aufwendungen des Gesundheitsfonds, die im Zusammenhang der Corona-Pandemie sowie zum Ausgleich der Energiekostensteigerung in Krankenhäusern (s. auch Kapitel 12.1, S. 141) geleistet wurden.

Zahlungsverkehr

Aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben Zuweisungen, die das BAS im Rahmen der in den Kapiteln 1.3 sowie 1.4 näher erläuterten verschiedenen Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren ermittelt. Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie leistete der Gesundheitsfonds auch im Jahr 2023 Zahlungen für verschiedene Gruppen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Eine ausführliche Übersicht über die Zahlungen des Gesundheitsfonds wie auch Einzelheiten zu den Rechtsgrundlagen und Empfängern findet sich im Kapitel 8. Darüber hinaus leistete der Gesundheitsfonds im Jahr 2023 Zahlungen zum Ausgleich der Energiekostensteigerung in Krankenhäusern.

Übertragung von Finanzreserven der Krankenkassen an den Gesundheitsfonds

Wie bereits im Jahr 2021 wurden die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, dem Gesundheitsfonds auch im Jahr 2023 Mittel aus ihren Finanzreserven zuzuführen. Grundlage für die Ermittlung des abzuführenden Betrags, der sich auf rund 2,5 Mrd. Euro belief, waren die von den Krankenkassen für das Geschäftsjahr 2021 vorgelegten endgültigen Rechnungsergebnisse. 68 der insgesamt 95 Krankenkassen mussten Mittel aus ihren Finanzreserven an den Gesundheitsfonds zahlen. Bei 27 Krankenkassen erfolgte keine Abführung, da die jeweilige Finanzreserve zum Stichtag unterhalb der rechtlich festgelegten Be-

messungsgrenze lag. Diese Abführungsbeträge wurden vom BAS mit Bescheid geltend gemacht und mit den monatlichen Zuweisungen, die der Gesundheitsfonds im Jahr 2023 den Krankenkassen ausgezahlt hat, verrechnet.

Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

Das Jahr 2023 hat der Gesundheitsfonds mit einem Überschuss der Ausgaben in Höhe von rund 3,3 Mrd. Euro abgeschlossen, davon entfallen rund 244,4 Mio. Euro auf den Saldo des Einkommensausgleiches. Den Einnahmen in Höhe von rund 302,0 Mrd. Euro stehen Ausgaben in Höhe von rund 305,3 Mrd. Euro gegenüber.

Rechnungsergebnis 2023 des Gesundheitsfonds in Euro (lt. KJ1)

| | |
|--|---------------------------|
| Beitragseinnahmen | 277.609.466.161,76 |
| <i>davon aus Zusatzbeiträgen</i> | 25.291.355.908,64 |
| weitere Einnahmen (Bundeszuschuss, Zinsen, Erstattung des Bundes, Vermögenszuführung) | 24.409.382.610,15 |
| <i>Bundeszuschüsse, Zinsen etc.</i> | 16.698.962.217,21 |
| <i>Erstattungen des Bundes</i> | 5.216.577.922,76 |
| <i>Vermögenszuführung</i> | 2.493.842.470,18 |
| Einnahmen gesamt | 302.018.848.771,91 |
| Zahlungen an Krankenkassen | 299.575.725.669,11 |
| <i>davon für Einkommensausgleich</i> | 25.535.725.669,20 |
| Weitere Zahlungen | |
| <i>Zuführungen an Innovations- und Strukturfonds</i> | 380.200.521,50 |
| <i>Aufwendungen Corona-Pandemie</i> | 1.309.981.323,43 |
| <i>Ausgleich Energiekostensteigerung</i> | 3.960.892.296,47 |
| Verwaltungskosten | 54.632.871,46 |
| Ausgaben gesamt | 305.281.432.681,97 |
| Überschuss der Ausgaben | -3.262.583.910,06 |

Die Einnahmen setzen sich mit rund 277,6 Mrd. Euro größtenteils aus Beitragseinnahmen (inklusive Zusatzbeiträge) und weiteren Einnahmen (Bundeszuschüsse, Erstattungen des Bundes, Vermögenszuführung und Zinsen) von rund 24,4 Mrd. Euro zusammen. Von den Ausgaben entfallen rund 299,6 Mrd. Euro auf Zahlungen an die Krankenkassen (Zuweisungen und Zahlungen aus dem Einkommensausgleich), rund 5,7 Mrd. Euro auf weitere Zahlungen des Gesundheitsfonds (Zuführungen aus der Liquiditätsreserve an den Innovations- und Strukturfonds, Zahlungen im Rahmen der Corona-Pandemie und Zahlungen für Krankenhäuser zum Ausgleich der Energiekostensteigerung) und rund 54,6 Mio. Euro auf die Verwaltungskosten. Diese setzen sich aus der Einzugskosten-Vergütung an die Mini-job-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rund 35,0 Mio. Euro, den Kosten für Beitragsprüfungen von 5,3 Mio. Euro, den Erstattungen weiterer Verwaltungskosten des BAS von 2,3 Mio. Euro sowie den originären Verwaltungskosten des BAS für die Verwaltung des Gesundheitsfonds und der Durchführung des RSA von rund 11,4 Mio. Euro zusammen. Eine detaillierte Aufteilung der Einnahmen und Ausgaben ist der nachfolgenden Übersicht zu entnehmen.

Das Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds beträgt zum 31. Dezember 2023 rund 6,2 Mrd. Euro. Die zum Stichtag 15. Januar 2024 ermittelte Liquiditätsreserve beträgt rund 9,4 Mrd. Euro.

Weitere Einzelheiten zu den Rechnungsergebnissen des Gesundheitsfonds können dem jährlich erscheinenden Begleitbericht zur Jahresrechnung auf der Webseite des BAS entnommen werden.

Entwicklung der Beitragseinnahmen und -rückstände

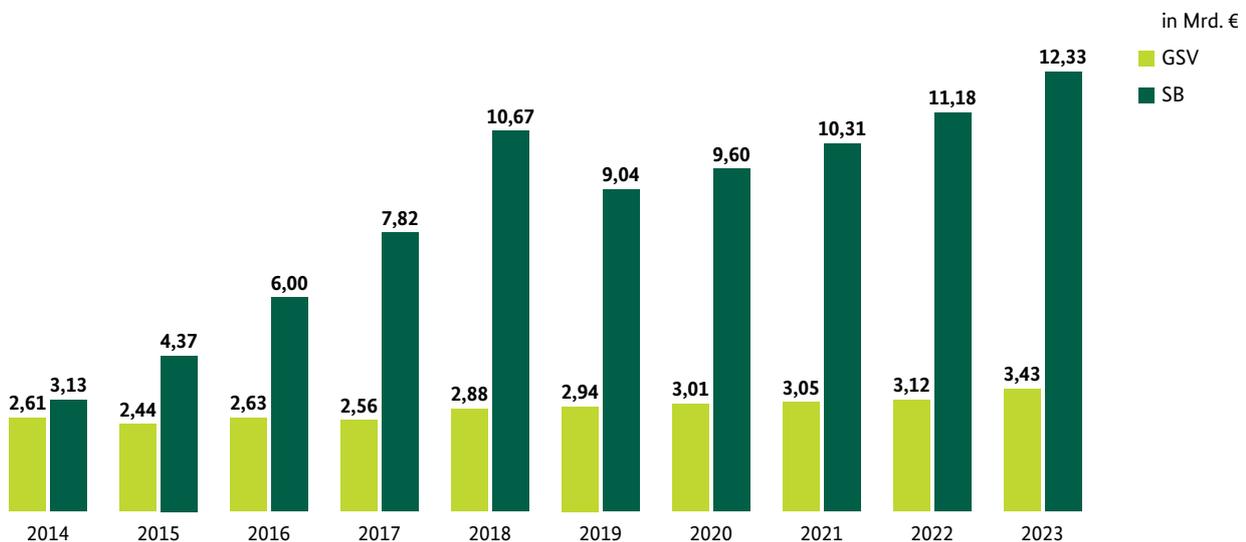
Das BAS als Verwalter des Gesundheitsfonds überwacht die Entwicklung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Seit 2010 bildet es die Entwicklung der Beitragsrückstände in der Sozialversicherung für den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (GSV-Beitrag) gegenüber den beteiligten Stellen und dem Bundesrechnungshof ab. Beitragsrückstände sind definiert als die Summe aus den laufenden Rückständen (monatlicher Fehlbetrag) und Listenrückständen (im wesentlichen Bestandswerte). Seit dem 1. Januar 2011 werden auch die sogenannten Sonstigen Krankenversicherungsbeiträge (beispielsweise Freiwillige Versicherung, Versorgungsbezüge) ausgewiesen und seit dem 1. Januar 2014 auf der Homepage des BAS unter Themen/Gesundheitsfonds veröffentlicht.

Im Bereich des GSV-Beitrages belaufen sich die Beitragsrückstände für alle Beteiligten für das Jahr 2023 auf rund 10 Mrd. Euro. Bei einem Jahres-Soll von rund 511,8 Mrd. Euro, beziehungsweise einem Jahres-Ist von rund 509,7 Mrd. Euro zeigt dies, dass der Einziehungserfolg auf einem hohen Niveau stabil ist und auch in 2023 über das Jahr 99,58 Prozent der Beitragsforderungen realisiert wurden. Dies gilt auch für die Krankenversicherungsbeiträge inklusive Zusatzbeitrag aus dem GSV-Verfahren, die rund 3,4 Mrd. Euro Rückstände aufweisen, wobei die Beiträge sich auf rund 165,3 Mrd. Euro im Soll und 164,6 Mrd. Euro im Ist belaufen.

Die Beitragsrückstände bei den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen betragen am 31. Dezember 2023 rund 12,3 Mrd. Euro und sind damit im Vergleich zum Vorjahr um 1,1 Mrd. Euro gestiegen. Somit sind die Beitragsrückstände in diesem Bereich nicht nur in absoluten Zahlen höher als im GSV-Bereich, sondern auch im Verhältnis zum Beitrags-Soll in Höhe von 52,4 Mrd. Euro bzw. 50,3 Mrd. Euro Beitrags-Ist. Insgesamt ist die Realisierung der Beitragsansprüche mit 96,04 Prozent auf dem Niveau der Vorjahre.

Das BAS steht im Dialog mit den Krankenkassen, um weitere Ursachen für die Beitragsrückstände zu identifizieren und um diese weiter zu verringern. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, wurde gemeinsam mit dem BMG und dem GKV-Spitzenverband die amtliche Statistik KB9 entwickelt. Diese erfasst die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 240 SGB V zu verbeitragenden Personengruppen sowohl in Anzahl der Mitglieder, als auch Beitragsaufkommen und Rückständen.

Rückstände im Bereich der GKS-V-Beiträge und der Sonstigen Beiträge im Zeitverlauf



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

Als Verwalter des Gesundheitsfonds ist das BAS dafür zuständig, die Beitragszahlungen zur Kranken- und Pflegeversicherung der Bundesagentur für Arbeit und den zugelassenen kommunalen Trägern zu prüfen. Die örtlichen Erhebungen bei den Jobcentern und Agenturen für Arbeit werden von Prüfteams der AOK Bremen/Bremerhaven, der AOK Nordost und des BKK Landesverbands Süd im Auftrag des BAS durchgeführt.

Im Jahr 2023 wurden insgesamt 112 Institutionen (68 Agenturen für Arbeit, 33 gemeinsame Einrichtungen und 11 zugelassene kommunale Träger) geprüft. Dabei wurden rund 20.000 Fälle fehlerhafter Zahlungen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an den Gesundheitsfonds festgestellt. Dies führte dazu, dass die geprüften Institutionen hohe Beitragsnachzahlungen und Säumniszuschläge an den Gesundheitsfonds entrichten mussten, da sie beispielsweise die mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014

beabsichtigte Vereinfachung des Beitragsrechts im ALG II-Bereich mangelhaft umgesetzt haben. Zudem sind bei den zugelassenen kommunalen Trägern zum Teil Softwareprobleme der jeweils genutzten IT-Fachverfahren für die hohe Anzahl

an Fehlerfeststellungen verantwortlich. Insgesamt betragen die Einnahmen aus den Prüfungen zugunsten des Gesundheitsfonds sowie des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung ca. 16,3 Mio. Euro.

1.2 Schätzerkreis

Der beim BAS gebildete GKV-Schätzerkreis, dem Fachleute des BMG, des GKV-Spitzenverbandes und des BAS angehören, hat die gesetzliche Aufgabe, die finanzielle Entwicklung der GKV für das laufende Jahr zu bewerten und eine Prognose für das Folgejahr zu treffen. Diese Prognose dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes, für die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs.

Die Schätzung für die Jahre 2023 und 2024 wurde am 11. und 12. Oktober 2023 vorgenommen und berücksichtigt unter anderem die Effekte des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) sowie des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfLEG).

Für das Jahr 2024 erwartet der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von rund 283,5 Mrd. Euro. Diese setzen sich im Wesentlichen aus den erwarteten Beitragseinnahmen in Höhe von rund 261,9 Mrd. Euro, dem regulären Bundeszuschuss in Höhe von 14,4 Mrd. Euro sowie einem weiteren ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 150 Mio. Euro für zusätzliche Aufwendungen im Bereich Kinderkrankengeld zusammen. Zudem wurde bei der Schätzung der Einnahmen des Gesundheitsfonds eine Zuführung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von rund 3,1 Mrd. Euro berücksichtigt.

Davon dienen 378 Mio. Euro der Finanzierung von Mehrausgaben, die durch die Förderung der pädiatrischen und geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern entstehen. Ferner werden rund 2,8 Mrd. Euro überschüssige Mittel, die die zulässige Obergrenze der Mittel der Liquiditätsreserve voraussichtlich überschreiten, in die Einnahmen des Gesundheitsfonds überführt. Die Ausgaben der Krankenkassen werden im Jahr 2024 voraussichtlich rund 313,7 Mrd. Euro betragen.

Das BMG hat den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2024 am 31. Oktober 2023 auf 1,7 Prozent festgelegt. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen und den voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen betragen im Jahr 2024 insgesamt rund 283,5 Mrd. Euro. Damit liegt das Zuweisungsvolumen um rund 30,2 Mrd. Euro unter den erwarteten Ausgaben der Krankenkassen. Unter Berücksichtigung der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen entspricht dieser Fehlbetrag rechnerisch dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,7 Prozent. Die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze werden dagegen von den Selbstverwaltungen der Krankenkassen auf der Grundlage der jeweiligen Haushaltspläne festgelegt.

Weitergehende Informationen zum Schätzerkreis und ein ausführlicher Bericht über die Ergebnisse der Schätzung für das Jahr 2024 sind auf der Web-

site des BAS www.bundesamtsozialesicherung.de unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Schätzerkreis abrufbar.

1.3 Risikostrukturausgleich

Grundlagen

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das zentrale Element der solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. Da der Umfang des Krankenversicherungsschutzes eines Versicherten unabhängig von der Höhe der geleisteten Mitgliedsbeiträge besteht, müssen zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen Unterschiede in den Ausgaben der Krankenkassen, die auf Differenzen in der Risikostruktur beruhen, ausgeglichen werden. Dies stellt das primäre Ziel des RSA dar. Diese Ausgabenunterschiede können insbesondere aus Abweichungen im Alter, beim Geschlecht, Wohnort oder in den Erkrankungen der Versicherten einer Krankenkasse resultieren. So soll die Versicherung von überdurchschnittlich vielen kranken Versicherten für eine Krankenkasse keinen Wettbewerbsnachteil darstellen. Ein weiteres Ziel des RSA besteht darin, entsprechende Anreize zur Risikoselektion – um mehr Zuweisungen zu erhalten – zu reduzieren. Daraus ergibt sich die oft verwendete Bezeichnung „morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich“ oder „Morbi-RSA“.

Die Krankenkassen erhalten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die an die Risikostruktur ihrer Versicherten angepasst sind. Das Zuweisungsvolumen errechnet sich dabei aus einer Grundpauschale zur Deckung der erwarteten

durchschnittlichen Ausgaben eines Versicherten und einem System risikoadjustierter Zu- und Abschläge, die an den erwarteten Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse angepasst sind. Derzeit sind dies folgende Zu- bzw. Abschläge:

- Zu- und Abschläge für Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG),
- Zuschläge für hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG),
- Zuschläge für Versicherte mit Kosten-erstattungstarif bzw. für Kostenerstattergruppen (KEG),
- Zu- und Abschläge für regionale Risikogruppen (RGG),
- Zuschläge für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland bzw. für Wohnlandgruppen (WLG) und
- Zuschläge für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach Alter und Geschlecht (KAGG).

Hinzu kommen Zuweisungen für den Risikopool und für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie eine Programmkostenpauschale für Versicherte, die in einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) eingeschrieben sind. Darüber hinaus erhalten die Krankenkassen Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungsausgaben und ihrer standardisierten Ausgaben für Satzungs- und Ermessensleistungen.

Die Werte zur Berechnung der Zuweisungen werden jährlich vom BAS ermittelt und bekannt gegeben; die Programmkostenpauschale wird hingegen vom GKV-Spitzenverband festgelegt.

Das BAS berechnet die Höhe der Zuweisungen und führt den Zahlungsverkehr durch. Das Verfahren ist als monatliches Abschlagsverfahren mit drei unterjährigen Strukturanpassungen und einem Jahresausgleich mit einer einmaligen Korrektur im Folgejahr ausgestaltet. Im Jahr 2023 wurde der Jahresausgleich für das Jahr 2022 sowie die Korrektur des Jahresausgleichs für das Jahr 2021 durchgeführt.

Weitergehende Informationen zur Funktionsweise und Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sind auf der Website des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich abrufbar.

Monatliches Abschlagsverfahren für das Ausgleichsjahr 2023

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

Da sich auch die Versichertenstrukturen der Krankenkassen im Zeitverlauf verändern, werden im Rahmen unterjähriger Strukturanpassungen sowohl die Höhe der zukünftigen Zuweisungen angepasst als auch die bislang geleisteten Zuwei-

sungen rückwirkend neu ermittelt. Die Anpassungen erfolgen jeweils im März und September des Ausgleichsjahres und im März des Folgejahres.

Im Abschlagsverfahren wurden die Zuweisungen bezogen auf die im Schätzerkreis vom 13. Oktober 2022 erwarteten Ausgaben für Pflichtleistungen, Verwaltungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen ermittelt. Die für 2023 erwarteten Ausgaben beliefen sich auf rund 299,9 Mrd. Euro. Das Gesamt-Zuweisungsvolumen (ohne Einnahmen aus Zusatzbeitragsätzen) ist jedoch auf 273,7 Mrd. Euro begrenzt, was den erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds für 2023 entspricht. Daher erfolgte bereits im monatlichen Abschlagsverfahren eine Kürzung der Zuweisungen (mitgliederbezogene Veränderung) um jeweils 37,52 Euro je Mitglied einer Krankenkasse. Die Zuweisungen für Pflichtleistungen und Verwaltungsausgaben werden zudem um die Zuweisungen für DMP-Programmkosten bereinigt.

Jahresausgleich des Ausgleichsjahres 2022

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen erfolgte im November 2023 die abschließende Festsetzung der Zuweisungen für das Jahr 2022 (Jahresausgleich). Die Zu- und Abschläge werden im Jahresausgleich 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 2022 ist der folgenden Übersicht zu entnehmen:

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2022 (RSA)

| Kassenart | für Pflichtleistungen | für Verwaltungsausgaben | für Satzungs- und Ermessensleistungen | für DMP | mitgliederbezogene Veränderung | Gesamt |
|-----------|-----------------------|-------------------------|---------------------------------------|--------------|--------------------------------|--------------|
| AOK | 99,3 Mrd. € | 4,726 Mrd. € | 0,536 Mrd. € | 0,355 Mrd. € | -7,3 Mrd. € | 97,6 Mrd. € |
| BKK | 36,3 Mrd. € | 1,813 Mrd. € | 0,216 Mrd. € | 0,111 Mrd. € | -2,9 Mrd. € | 35,5 Mrd. € |
| VdEK | 101,3 Mrd. € | 4,845 Mrd. € | 0,552 Mrd. € | 0,313 Mrd. € | -7,8 Mrd. € | 99,2 Mrd. € |
| IKK | 17,8 Mrd. € | 0,867 Mrd. € | 0,100 Mrd. € | 0,062 Mrd. € | -1,4 Mrd. € | 17,4 Mrd. € |
| KBS | 7,2 Mrd. € | 0,294 Mrd. € | 0,028 Mrd. € | 0,029 Mrd. € | -0,4 Mrd. € | 7,1 Mrd. € |
| GKV | 261,8 Mrd. € | 12,5 Mrd. € | 1,432 Mrd. € | 0,870 Mrd. € | -19,8 Mrd. € | 256,8 Mrd. € |

Weiterentwicklung

Festlegung für das Ausgleichsjahr 2024, Erarbeitung von Gutachten durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA und das BAS

Das Versichertenklassifikationsmodell des BAS bildet die Grundlage für die Durchführung des RSA. Es wird jährlich vom BAS weiterentwickelt und an die aktuelle Datenlage und das Versorgungsgeschehen angepasst. Bis zum 30. September jedes Jahres wird das Modell für das folgende Ausgleichsjahr festgelegt.

Das BAS wird hierbei vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beraten. Dieser setzt sich aus Expertinnen und Experten aus den Bereichen Medizin, Gesundheitsökonomie und Statistik zusammen. Erstmals kam der Beirat im Mai 2007 zusammen und stellte seinerzeit als wichtiges Beratungsgremium die Weichen für die Einführung der sogenannten „direkten Morbiditätsorientierung“ im Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen. Im Mai 2023 trat der Beirat zu seiner 100. Sitzung zusammen. Hierbei wurden unter anderem die Anpassungen des

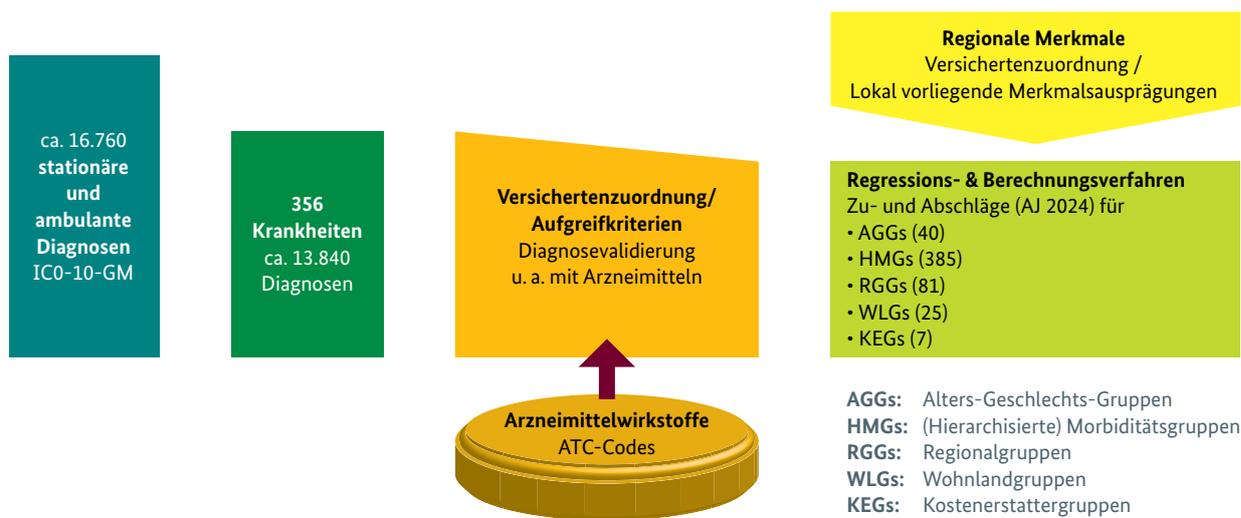
Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2024 beraten. Informationen über die Expertinnen und Experten im aktuellen Beirat sind abrufbar auf der Website des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher Beirat.

Die Modellberechnungen des BAS basierten auf den Morbiditätsdaten des ersten Pandemiejahres 2020 und den Leistungsausgaben des zweiten Pandemiejahres 2021. Daher umfasste der Festlegungsentwurf des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2024 auch empirische Auswertungen, die die Auswirkungen der Pandemie auf die Daten des Berichtsjahres 2021 verdeutlichen. Zum 30. September 2023 hat das BAS nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und abschließender Beratung mit den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats das Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2024 festgelegt und bekannt gegeben. Das festgelegte Klassifikationsmodell umfasst 385 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), 40 Alters-Geschlechts-Gruppen (AGGs), sieben Risikogruppen für Versicherte mit Wahl einer Kostenerstattung (KEGs) und 81 regionale Risikogruppen (RGGs). Für den Ausgleich

der Ausgaben von Versicherten, die sich mindestens die Hälfte des Vorjahres nicht in Deutschland aufgehalten haben, wurden 25 Wohnlandgruppen (WLGs) abgegrenzt. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Struktur des RSA mit den Zahlen

für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2024. Weitergehende Informationen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs sind auf der Website des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung abrufbar.

Klassifikationsmodell



Der Risikostrukturausgleich – von der Diagnose und dem Wohnort zum Zuschlag (Zahlen für das Ausgleichsjahr 2024)

Zusätzlich zu den turnusgemäßen Anpassungen des Klassifikationssystems wurden der Wissenschaftliche Beirat und das BAS im Zuge der Umsetzung des Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV (GKV-FKG) vom Gesetzgeber mit insgesamt drei Sondergutachten beauftragt, die im Jahr 2023 zu erarbeiten waren:

„Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich“

Mit dem GKV-FKG wurde die Regionalkomponente in den Risikostrukturausgleich eingeführt. Sie wurde erstmals für das Ausgleichsjahr 2021 berechnet und angewendet. Ziel der Regionalkomponente

ist es, regionale Risikoselektionsanreize zu vermeiden oder abzuschwächen. Diese entstehen, wenn von den Krankenkassen nicht steuerbare regionale Risikofaktoren die Höhe der Krankenkassenausgaben beeinflussen und die regionalen Ausgabenunterschiede, die hieraus resultieren, durch den RSA nicht bzw. nur unvollständig kompensiert werden.

Mit dem Gutachten, das der Wissenschaftliche Beirat in 2023 im Auftrag des BMG erarbeitet hat, werden die Auswirkungen der Regionalkomponente des RSA evaluiert.

„Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu den Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen im Risikostrukturausgleich“

Im Ausgleichsjahr 2021 wurde das Versichertenklassifikationsmodell im Zuge des GKV-FKG außerdem um ein Verfahren zum Ausschluss auf-

fälliger Risikogruppen erweitert. Dabei werden bestimmte hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs) des Versichertenklassifikationsmodells aus dem Ausgleichsverfahren ausgeschlossen, die im Verlauf mehrerer Jahre besonders hohe Steigerungsraten in ihren Fallzahlen aufweisen. Ziel dieses Ausschlusses ist es, ungerechtfertigte Verzerrungen im RSA zu vermeiden.

Um die Auswirkungen dieses HMG-Ausschlusses zu überprüfen, hat der Gesetzgeber den Wissenschaftlichen Beirat beauftragt, ein weiteres Gutachten zu erstellen. In diesem Gutachten werden die Wirkungen des Ausschlussverfahrens untersucht und bewertet.

„Untersuchung des BAS zur Verwendung von Leistungsausgaben der Vorjahre als zusätzliche Variablen im BAS-Klassifikationssystem“

Aus dem GKV-FKG ergibt sich schließlich ein dritter Gutachtenauftrag, der sich an das BAS richtet. So hat der Gesetzgeber dem BAS aufgegeben, den Zusammenhang zwischen den Leistungsausgaben eines Versicherten im Jahr 2019 und den Leistungsausgaben der vorangegangenen drei Jahren zu untersuchen. Gleichzeitig wurde mit diesem Gesetz die Rechtsgrundlage für die Übermittlung der notwendigen Daten der Krankenkassen an das BAS geschaffen.

Ziel des Gutachtens ist es zu prüfen, ob die Verwendung der Leistungsausgaben der Vorjahre zu einer Verbesserung bei der Prognose der versichertenbezogenen Folgekosten führen kann.

Die drei genannten Gutachten stehen auf der Webseite des BAS unter Themen/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung bereit.

Sicherung der Datengrundlagen

Grundlage für den RSA sind Datenmeldungen der Krankenkassen, die unter anderem die ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen umfassen. Hier kann zwischen zwei Arten von Prüfungen unterschieden werden: Erstens prüft das BAS in seiner Funktion als RSA-Durchführungsbehörde auf der Grundlage des § 273 SGB V. Dies bedeutet, dass das BAS zur Sicherung der RSA-Datengrundlagen, anders als im Aufsichtsbereich, ein autonomes Prüfrecht bei allen Krankenkassen hat. Zweitens finden gemäß § 20 RSAV Prüfungen durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder statt, die durch das BAS koordiniert und ausgewertet werden. Auch bei diesen Prüfungen agiert das BAS als RSA-Durchführungsbehörde.

Bei den Prüfungen nach § 273 SGB V unterzieht das BAS die von den Krankenkassen für ihre Versicherten gemeldeten Morbiditätsdaten einer Überprüfung mit dem Ziel, rechtswidrige Datenmeldungen zu identifizieren. Für die Krankenkassen gilt ein sogenanntes „Einwirkungsverbot“. Sie dürfen weder mittelbar noch unmittelbar auf die ärztlichen Abrechnungsdaten Einfluss nehmen, welche die Grundlage für die Morbiditätsdatenmeldungen der Krankenkassen an das BAS darstellen. Hintergrund ist, dass nur eine auf einheitlichen Regeln fußende und einwirkungsfreie Datengrundlage die risikogerechte Verteilung der Gelder des Gesundheitsfonds und damit den fairen Wettbewerb im System der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet und Risiko-selektion vermieden wird.

Das Prüfverfahren ist mehrstufig angelegt und setzt sich aus kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfungen, regulären und anlassbezogenen

Einzelfallprüfungen sowie gegebenenfalls der Erhebung von Korrekturbeträgen zusammen. Die Korrekturbeträge werden erhoben, indem das BAS bei einem festgestellten Rechtsverstoß die von der Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhaltenen Zuweisungen nachträglich kürzt. Diese Kürzungen schließen einen obligatorischen Strafzuschlag von 25 Prozent mit ein. Aus den vom BAS im Kalenderjahr 2023 erlassenen Korrekturbescheiden ergeben sich Korrekturbeträge in Höhe von rund 20 Mio. Euro.

Die Auffälligkeitsprüfung für die Daten des Berichtsjahres 2015, die das BAS im Jahr 2023 durchführte, ergab für 16 gesetzliche Krankenkassen statistisch signifikante Steigerungsraten in RSA-relevanten Diagnosebereichen. Die betroffenen Krankenkassen müssen nunmehr im Rahmen der regulären Einzelfallprüfungen die tatsächlichen Gründe für eine Auffälligkeit nachvollziehbar darlegen.

Anlassbezogene Prüfungen leitet das BAS ein, wenn Tatsachen den Verdacht begründen, dass Diagnosen unrechtmäßig erhoben und/oder auf unzulässige Weise in den RSA eingeflossen sind. Mit Stand Dezember 2023 befasste sich das BAS mit 130 anlassbezogenen Prüfverfahren, die sich auf Datenmeldungen der Berichtsjahre 2013 bis 2019 erstreckten.

Die vom BAS koordinierten Prüfungen durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder nach § 20 RSAV untergliedern sich in die Prüfung der Versichertenzeiten und der Morbiditätsdaten. Sie finden mindestens alle drei Jahre separat voneinander statt. Zur Prüfung werden Datenmeldungen der drei zuletzt durch den Jahresausgleich abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre herangezogen. Bei diesen Prüfungen geht es um die Klärung, ob die Krankenkassen die für die Be-

messung der Zuweisungen im RSA an das BAS gemeldeten Daten durch Originaldaten und -nachweise belegen können. Korrekturbeträge erhebt das BAS in diesen Prüfungen nur dann, wenn die von den Prüfdiensten festgestellten Datenfehler einen bestimmten Schwellenwert überschreiten.

Im Jahr 2023 wertete das BAS die von den Prüfdiensten übermittelten Prüfergebnisse (sogenannte Rückmeldesatzarten) für die laufenden Prüfungen der Morbiditätsdaten des Ausgleichsjahres 2016 sowie der Versichertenzeiten für das Ausgleichsjahr 2017 in der Stufe 1 aus. Die Morbiditätsdatenprüfung des Ausgleichsjahres 2016 konnte für alle Krankenkassen in der Stufe 1 abgeschlossen werden.

Nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und der Prüfdienste des Bundes und der Länder legte das BAS die Änderungen in der Bestimmung zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik einschließlich der Datenbestimmungen für die Stichproben-, Prüf- und Rückmeldesatzarten für die Morbiditätsdatenprüfung des Ausgleichsjahres 2019 fest. Daraufhin erfolgte die Stichprobenziehung und Einleitung der Morbiditätsdatenprüfung 2019 in der Stufe 1.

Wegen der Überschreitung der Schwellenwerte in der Stufe-2-Prüfung in der Versichertenzeitenprüfung des Ausgleichsjahres 2014 erhob das BAS für eine Krankenkasse einen Korrekturbetrag.

Im Bereich der neu eingeführten Risikopoolprüfungen wurden in Zusammenarbeit mit den Prüfdiensten des Bundes und der Länder die Pilotprüfungen vorbereitet und bei ausgewählten Krankenkassen durchgeführt. Die Ergebnisse sollen der Verfahrensausgestaltung auf Grundlage des 2022 erstellten Gutachtens dienen.

Einzelheiten zu den Prüfungen nach § 273 SGB V und § 20 RSAV sind auf der Website des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Prüfungen veröffentlicht.

Bei der sogenannten Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung gemäß § 408 SGB V hatten die Krankenkassen ihren Mitgliederbestand für den Zeitraum August 2013 bis Dezember 2018 um bestimmte freiwillige Mitgliedschaften zu bereinigen. Die Prüfdienste des Bundes und der Länder haben in einer Sonderprüfung bei den Krankenkassen nachvollzogen, ob die Krankenkassen die entsprechenden gesetzlichen Vor-

gaben zur Bereinigung eingehalten haben. Die Ergebnisse wurden dem BAS übermittelt, das bei unvollständiger Bereinigung einen Korrekturbetrag ermittelte. Zusätzlich zu den bereits im Jahr 2022 erhobenen Korrekturbeträgen in Höhe von drei Mio. Euro wurden im Jahr 2023 weitere rund 2,25 Mio. Euro erhoben (jeweils inklusive der Aufschläge in Höhe von 25 Prozent). Die insgesamt vereinnahmte Summe der Korrekturbeträge über alle geprüften Berichts-/Ausgleichsjahre beläuft sich somit auf rund 5,25 Mio. Euro und wurde mit dem Jahresausgleich 2022 im November 2023 wieder an die GKV ausgeschüttet.

1.4 Weitere GKV-Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren

Grundlagen

Neben dem RSA hat das BAS im Jahr 2023 weitere Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren durchgeführt. Diese umfassen unter anderem den Einkommensausgleich, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für den Risikopool sowie für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen.

Einkommensausgleich

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 Kranken-

kassen erhebliche Unterschiede bei den mit den Zusatzbeitragssätzen erzielten Beitragseinnahmen resultieren. Dies hätte zur Folge, dass die Zusatzbeitragssätze letztlich nicht mehr vergleichbar wären und der Wettbewerb im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung verzerrt werden könnte.

Der Einkommensausgleich wird wie folgt durchgeführt: Die Einnahmen aus den Zusatzbeitragssätzen 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 2022, den das BAS im November 2023 für den Einkommensausgleich durchgeführt hat, sowie die Auszahlungen im Abschlagsverfahren 2023:

Zugewiesene Mittel aus dem Einkommensausgleich

| Kassenart | im Jahresausgleich 2022 | im Abschlagsverfahren 2023 |
|------------|-------------------------|----------------------------|
| AOK | 8.076,5 Mio. € | 9.969,4 Mio. € |
| BKK | 3.040,0 Mio. € | 3.661,2 Mio. € |
| VdEK | 8.469,8 Mio. € | 9.220,2 Mio. € |
| IKK | 1.467,6 Mio. € | 1.823,0 Mio. € |
| KBS | 531,9 Mio. € | 545,3 Mio. € |
| GKV | 21.585,8 Mio. € | 25.219,0 Mio. € |

Die Einzelheiten zum Verfahren des Einkommensausgleichs sind auf der Website des BAS unter dem Thema Gesundheitsfonds/Einkommensausgleich abrufbar.

Risikopool

Der Risikopool umfasst einen solidarischen Ist-Kosten-Ausgleich zur Finanzierung von Hochkostenfällen, die für einzelne Krankenkassen schwerwiegende finanzielle Belastungen zur Fol-

ge haben können. So werden beispielsweise die Therapiekosten in Höhe von knapp 2 Mio. € zur Behandlung der spinalen Muskelatrophie, die in einem prospektiven RSA nur unzureichend vorhergesagt werden können, zu einem großen Teil über den Risikopool finanziert. Ggf. werden zukünftig auch weitere Gentherapien, die nur einmalig angewendet werden, über den Risikopool ausgeglichen. Neben dem Abbau von negativen Risikoselektionsanreizen gegenüber kostenintensiven Versicherten und der Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen soll auch der zunehmenden Bedeutung neuer kostenintensiver Therapien Rechnung getragen werden.

Der Risikopool gleicht 80 Prozent der Leistungsausgaben eines Versicherten aus, die einen bestimmten Schwellenwert übersteigen. Der Schwellenwert ist in seiner Höhe dynamisch und jährlich vom BAS festzulegen.

Für das Ausgleichsjahr 2022 wurde der Schwellenwert auf 102.230,21 Euro festgesetzt. Im Jahresausgleich zum Ausgleichsjahr 2022 haben die Krankenkassen auf Kassenartenebene zusätzlich zu den Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich folgende Zuweisungen für den Risikopool erhalten:

Zuweisungen für Risikopool

| Kassenart | im Jahresausgleich 2022 |
|------------|-------------------------|
| AOK | 2.711,0 Mio. € |
| BKK | 949,3 Mio. € |
| VdEK | 2.758,4 Mio. € |
| IKK | 510,8 Mio. € |
| KBS | 154,8 Mio. € |
| GKV | 7.084,3 Mio. € |

Das Nähere zum Risikopoolverfahren wird in einer Verfahrensbestimmung geregelt, die auf der Website des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Verfahrensbestimmungen und -beschreibungen veröffentlicht ist.

Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

Die Präventionsbemühungen der Krankenkassen werden zusätzlich durch die Gewährung einer Vorsorgepauschale gefördert. Die Krankenkassen erhalten dabei für jeden Versicherten einen pauschalen Betrag, wenn eine Präventionsmaßnahme (zum Beispiel Früherkennungsuntersuchung, zahnärztliche Individualprophylaxe oder Schutzimpfung) in Anspruch genommen wurde. Hierfür werden die ausgleichsfähigen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen in drei Stufen eingeteilt, die zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Die Stufeneinteilung und die Höhen der Pauschalen werden jährlich vom BAS ermittelt und zusammen mit einer Verfahrensbeschreibung zum 30. April eines Ausgleichsjahres bekanntgegeben.

Im Jahresausgleich des Ausgleichsjahres 2022 haben die Krankenkassen die in der folgenden Tabelle aufgeführten Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen erhalten:

Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

| Kassenart | im Jahresausgleich 2022 |
|------------|-------------------------|
| AOK | 60,1 Mio. € |
| BKK | 25,5 Mio. € |
| VdEK | 65,0 Mio. € |
| IKK | 11,1 Mio. € |
| KBS | 2,7 Mio. € |
| GKV | 164,4 Mio. € |

Die Einzelheiten zum Verfahren der Vorsorgepauschale sind auf der Website des BAS unter dem Thema Risikostrukturausgleich/Verfahrensbestimmungen und -beschreibungen veröffentlicht.



2. Innovationsfonds



Grundlagen

Aus dem Innovationsfonds werden seit 2016 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. Dabei legt der beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtete Innovationsausschuss unter Einbeziehung externer Expertise die Schwerpunkte wie auch Kriterien für die Förderung fest und entscheidet über die Förderungsfähigkeit der eingereichten Anträge.

Mit dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) wurde der Innovationsfonds über das Jahr 2024 verstetigt.

Verwaltung der Mittel

Die jährliche Fördersumme beträgt bis zu 200 Mio. Euro. Aufgrund der mehrjährigen Projektlaufzeit verwaltet das BAS die Mittel bis zur tatsächlichen Auszahlung. Nach Abzug des Finanzierungsanteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) von unter einem Prozent wird der Innovationsfonds jeweils zur Hälfte durch die am RSA teilnehmenden Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Das BAS berechnet die einzelnen Finanzierungsanteile und behält diese jährlich ein. Nicht bewilligte Fördermittel werden ins Folgejahr übertragen und erhöhen das zur Verfügung stehende Fördervolumen.

Fördermittelauszahlungen in 2023

Auf Veranlassung der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses zahlt der Innovationsfonds die Mittel an die Fördergeldempfänger aus. In 2023 wurden insgesamt Fördermittel in Höhe von rund 177,8 Mio. Euro ausgezahlt.

Finanzergebnisse des Innovationsfonds

Nach dem Rechnungsergebnis für das Geschäftsjahr 2023 betragen die Gesamtausgaben des Innovationsfonds rund 134,6 Mio. Euro. Davon entfallen unter Berücksichtigung von nicht mehr benötigten Fördermitteln von beendeten Projekten aus Vorjahren rund 80,0 Mio. Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der neuen Versorgungsformen, rund 45,4 Mio. Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der Versorgungsforschung und rund 9,2 Mio. Euro auf Verwaltungskosten. Dabei beliefen sich die Verwaltungskosten der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses (GBA) auf rund 9,0 Mio. Euro und die des BAS auf rund 0,2 Mio. Euro. Die Verwaltungskosten verursachen einen Anteil von rund 4,6 Prozent des gesetzlich vorgesehenen Fördervolumens. An der Finanzierung haben sich im Geschäftsjahr 2023 die LKK mit rund 1,5 Mio. Euro sowie die RSA-Krankenkassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit jeweils rund 99,3 Mio. Euro beteiligt. Der Einnahmenüberschuss des Innovationsfonds beträgt rund 65,4 Mio. Euro.

3. Krankenhaus- strukturfonds



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

von Krankenhäusern, auf die Schaffung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, auf die Bildung integrierter Notfallzentren sowie auf die Schaffung bzw. Erweiterung von Ausbildungskapazitäten in der pflegerischen Versorgung gerichtet.

Im Jahr 2023 hat das BAS Fördermittel in Höhe von rund 303 Mio. Euro an die Bundesländer ausgezahlt. Den Auszahlungen standen Rückzahlungen aus nicht benötigten Fördermitteln von rund 25,4 Mio. Euro gegenüber.

4. *Krankenhaus- zukunftsfonds*



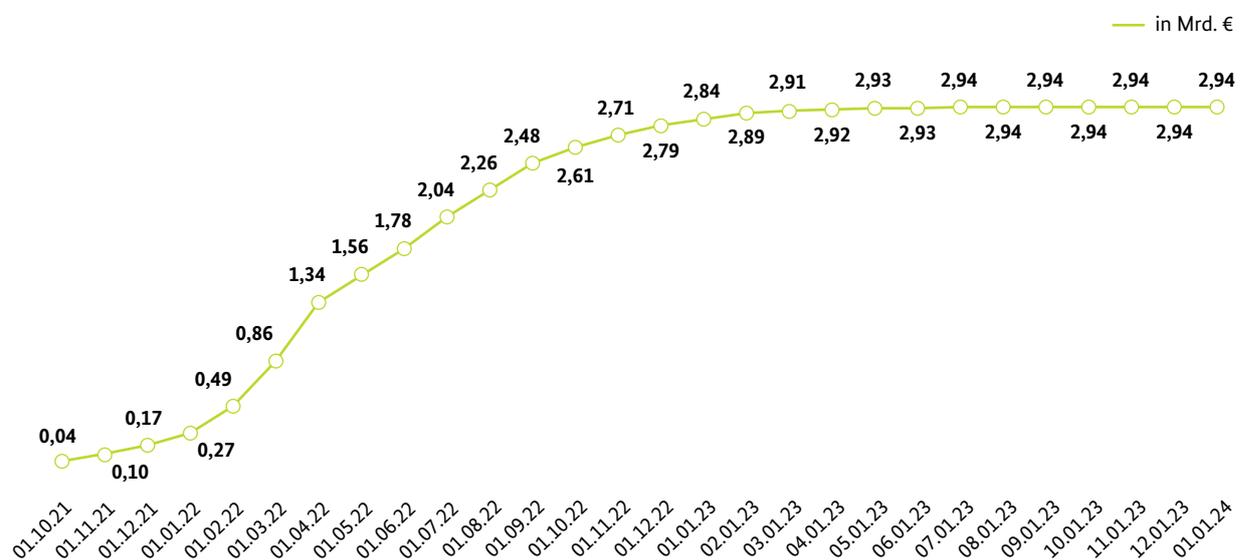
Im Juni 2020 hat die Bundesregierung ein Konjunktur- und Krisenbewältigungspaket im Umfang von 130 Mrd. Euro beschlossen. In dem dazugehörigen Eckpunktepapier „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“ wurde auch festgestellt, dass die Patientenversorgung in Krankenhäusern 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 drei

Milliarden Euro zur Verfügung gestellt, mit denen Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und verschiedene Digitalisierungsvorhaben gefördert werden sollten.

Insgesamt sind seitens der Länder 6078 Anträge mit einem Fördervolumen von 3,042 Mrd. Euro beim BAS über das Online-Portal gestellt worden.

Bis zum 31. Dezember 2023 konnten insgesamt 5.771 Anträge beschieden und ein Fördervolumen von insgesamt 2,94 Milliarden Euro ausgezahlt werden.

Höhe der bewilligten Fördermittel zum Stand 31. Dezember 2023



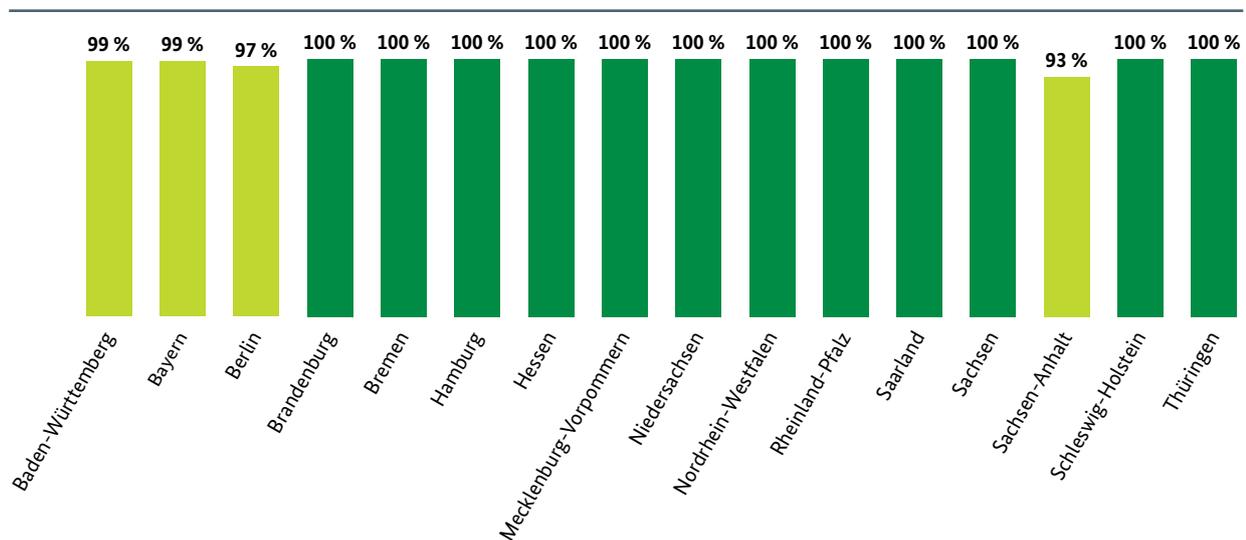
Eine Übersicht über die Anzahl der gestellten Anträge und das Volumen der beantragten Fördermittel einschließlich der Verteilung auf die einzelnen Bundesländer sowie der bereits bewilligten Fördergelder ist auf der Homepage des BAS veröffentlicht.

Darüber hinaus war das BAS im gesamten Jahr 2023 mit der Bearbeitung der Nachweise im Rahmen des Nachweisverfahrens beschäftigt. Die Länder haben zum 1. April eines jeden Jahres für die Vorhaben, für die das BAS Fördermittel gewährt hat, Unterlagen oder Angaben zum Beispiel

über den Stand der Umsetzung, zur Höhe der ausbezahlten Fördermittel und zur Einhaltung der Förderrichtlinie abzugeben. Das Nachweisverfahren inklusive der Portallösung, die es den Ländern ermöglicht Nachweise in elektronischer Form zu übermitteln, wurde während des gesamten Jahres stetig verbessert und angepasst. Insgesamt wur-

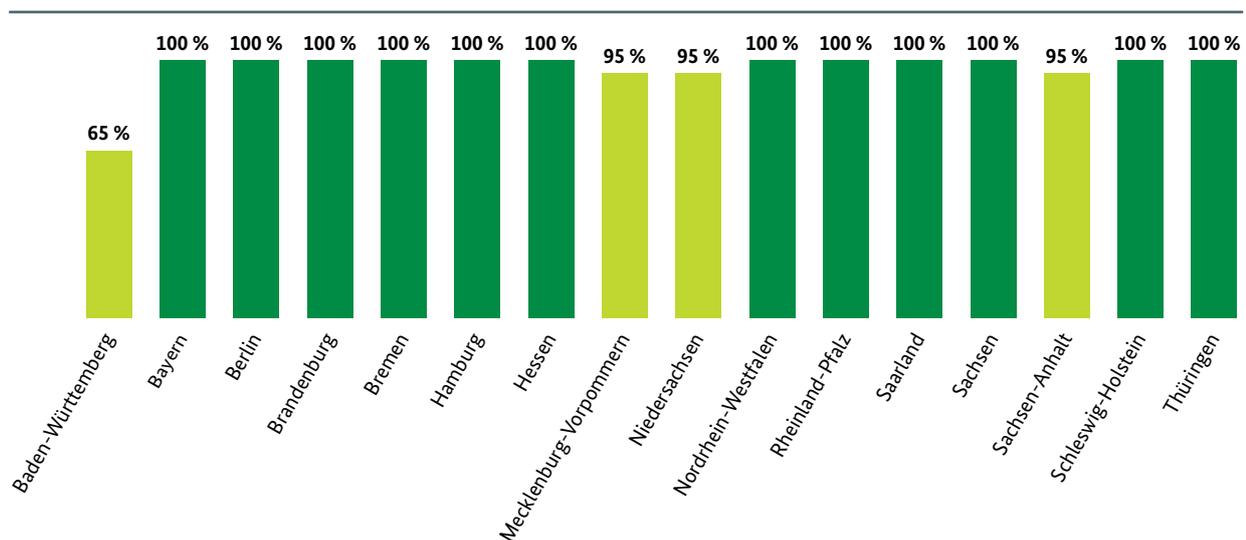
den bereits deutlich über 4.000 Nachweise geprüft. Schwerpunktmäßig wurden dabei zunächst die Nachweise bearbeitet, die zum 1. April 2022 eingereicht worden sind. Daneben ist aber auch die Bearbeitung der Nachweise mit dem Stichtag 1. April 2023 aufgenommen worden.

Anteil der bewilligten Fördermittel nach Bundesland



Die nachfolgende Grafik zeigt den Stand des Nachweisverfahrens für die Nachweise, die bis zum 1. April 2022 einzureichen waren.

Anteil der eingegangenen Nachweise nach Bundesland (Stichtag 1. April 2022)

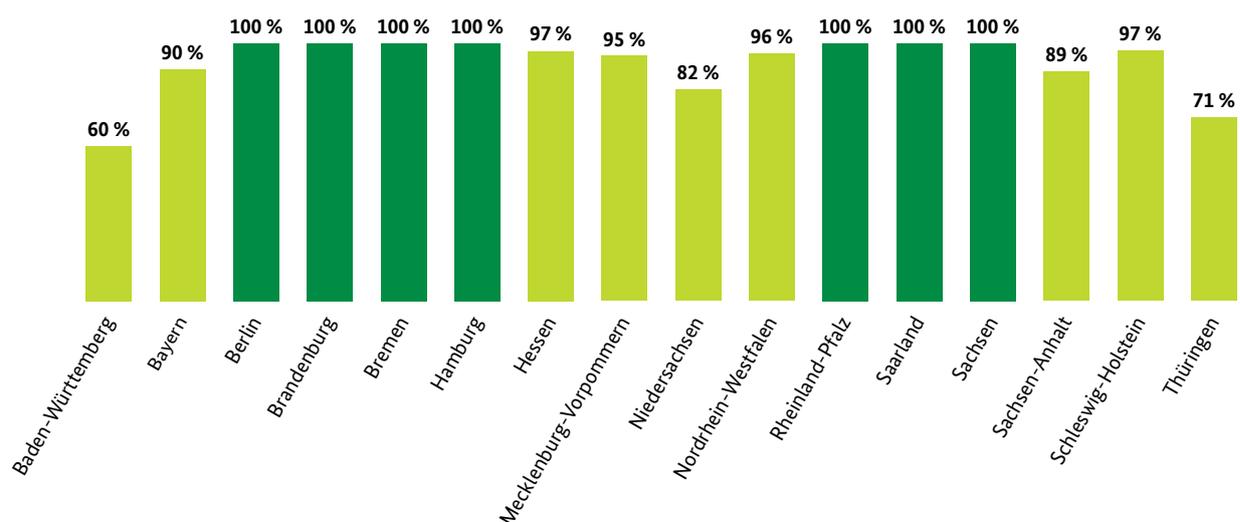


Die Bundesregierung hat sich entschlossen, den Krankenhauszukunftsfonds als Vorhaben im Rahmen des Deutschen Aufbau- und Resilienzplans (DARP) für eine Förderung durch die europäische Aufbau- und Resilienzfazilität (ARF) bei der EU anzumelden. Das hat zur Folge, dass dem Bund aus der ARF bis zu 3 Mrd. Euro für die Zwecke des Krankenhauszukunftsfonds zur Verfügung gestellt werden. Die Auszahlung der EU-Mittel aus der ARF ist leistungsorientiert und erfolgt bei Erfüllung bestimmter Ziele/Meilensteine. Die ARF ist ein befristetes Instrument und zentraler Bestandteil von „NextGenerationEU“, einem befristetem

Wiederaufbauinstrument, das die EU angesichts der wirtschaftlichen Folgen der COVID-19 Pandemie aufgesetzt hat. Ziel ist die Schaffung einer grüneren, digitaleren und resilienteren Zukunft.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit lag darin, den verschiedenen Berichtspflichten, in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bundesministerium für Finanzen (BMF), nachzukommen, die sich daraus ergeben, dass der Krankenhauszukunftsfonds in den Deutschen Aufbau- und Resilienzplan (DARP) aufgenommen wurde.

Anteil der abschließend bearbeiteten Nachweise nach Bundesland (Stichtag 1. April 2022)



Daneben ist der Betrieb des Schulungsprogramms für IT-Dienstleister um ein weiteres Jahr verlängert worden. Mit dem Schulungsprogramm können sich interessierte IT-Dienstleister noch mindestens bis Ende 2024 schulen lassen und eine sogenannte Berechtigung erwerben. Bislang haben gut 8500 Dienstleister nach Absolvierung des Schulungsprogramms die Berechtigung erlangen

können. Die Berechtigung wird durch das BAS erteilt, wenn der IT-Dienstleister über die notwendige Eignung verfügt, festzustellen, ob die Vorhaben die Voraussetzungen für die Gewährung der Fördermittel erfüllen. Das Vorliegen dieser Feststellung eines berechtigten IT-Dienstleisters ist bei einem Teil der Vorhaben Fördervoraussetzung.

5. Vertragstransparenzstelle



Placeholder text consisting of several lines of horizontal dashes, representing a document or report.

Placeholder text consisting of several lines of horizontal dashes, representing a document or report.

Verwaltung des Verzeichnisses der Vertragstransparenzstelle

Die beim BAS eingerichtete Vertragstransparenzstelle führt seit dem 30. September 2020 ein öffentliches Verzeichnis zu allen von den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossenen Verträgen über eine hausarztzentrierte Versorgung oder besondere Versorgungsformen (Selektivverträge). Alle Selektivverträge sind mit einer Vertragsnummer gekennzeichnet unter der die Krankenkasse der Vertragstransparenzstelle die Vertragsdaten übermittelt. Die Datensätze enthalten unter anderem Angaben über die Vertragsform, die vertragschließende Krankenkasse und Leistungserbringer, den Geltungsbereich des Vertrages sowie über die dem Vertrag als Einschlusskriterien zugrunde liegenden Diagnosen, sofern diese von den Vertragsparteien vereinbart wurden. Zum 31. Dezember 2023 umfasste das Verzeichnis der Vertragstransparenzstelle Daten zu rund 9.400 Selektivverträgen.

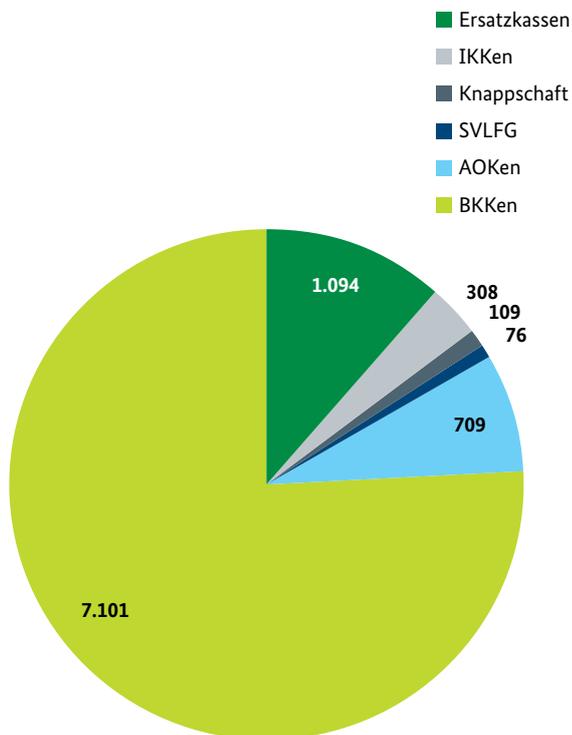
Das Verzeichnis der Vertragstransparenzstelle ermöglicht es Versicherten, Aufsichtsbehörden und der interessierten Fachöffentlichkeit, sich über die Selektivverträge zu informieren. Außerdem dient sie der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich gemäß § 273 SGB V.

Durch den Vergleich der Datenmeldungen zum Risikostrukturausgleich mit den Daten des Verzeichnisses der Vertragstransparenzstelle können statistische Auffälligkeiten der Meldungen der Krankenkassen zu Leistungen aufgedeckt werden, die auf der Grundlage von Selektivverträgen erbracht wurden. Diese Rückschlüsse lassen sich durch die von den Vertragsparteien der Selektivverträge als Einschlusskriterien vereinbarten und im Verzeichnis erfassten Diagnosen ziehen. Unter Hinzuziehung der Daten aus dem Verzeichnis können vom BAS außerdem rechtswidrige Vertragsgestaltungen gezielter überprüft werden.

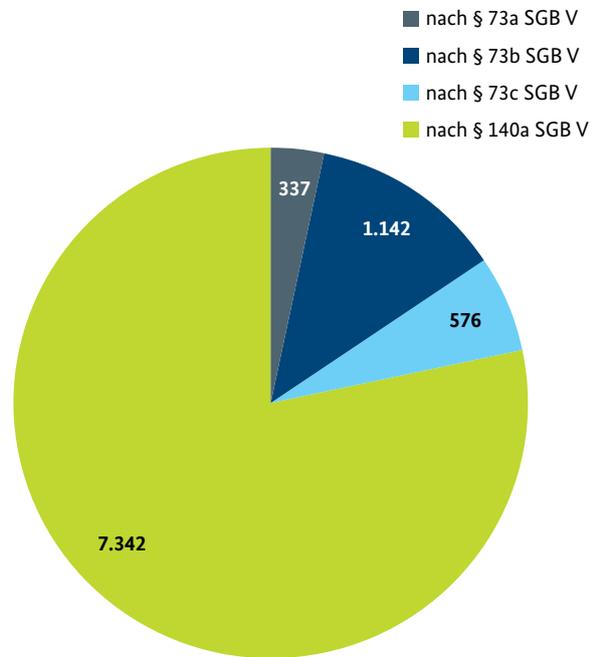
Vertragsänderungen und Angaben zu neu abgeschlossenen Verträgen werden von den Krankenkassen fortlaufend übermittelt. Die Krankenkassen melden die Datensätze zu den Verträgen einzeln – sobald Änderungen vereinbart oder neue Selektivverträge abgeschlossen wurden – oder vierteljährlich mit den Daten ihres gesamten Vertragsbestandes. Die übermittelten Daten werden von der Vertragstransparenzstelle plausibilisiert und unter Zusammenarbeit mit den Krankenkassen werden gegebenenfalls notwendige Korrekturen vorgenommen. Dabei werden die als ICD-Codes angegebenen Einschlussdiagnosen, die Vertragsnummern und die Betriebsnummern der Krankenkassen überprüft.

Darüber hinaus tauscht sich die Vertragstransparenzstelle kontinuierlich mit einzelnen Krankenkassen und/oder mit deren Verbänden aus, um ein möglichst reibungsloses Meldeverfahren zu gewährleisten. Häufige Fragestellungen, die sich zur Übermittlung der Daten ergeben, hat die Vertragstransparenzstelle in einem Fragenkatalog zusammengefasst, der regelmäßig aktualisiert wird und auf der Homepage des BAS veröffentlicht ist.

Veröffentlichte Verträge nach Krankenkassenart (Stand: Februar 2024)



Veröffentlichte Verträge nach Vertragsform (Stand: Februar 2024)





6. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung



6.1 Finanzentwicklung und Reformkontext

Stabilisierung der Finanzsituation durch das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG)

Das Jahr 2023 stand für die Soziale Pflegeversicherung ganz im Zeichen der Stabilisierung der Finanzsituation. Neben den Pflegekassen war im Besonderen der Ausgleichsfonds darauf angewiesen, dass mit dem PUEG – dem zentralen Gesetzgebungsvorhaben des Jahres 2023 wichtige finanzierungsrelevante Regelungen rechtzeitig mit Wirkung zum Juli 2023 in Kraft traten. Obwohl der Bundeszuschuss zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der Pflegeversicherung für das Jahr 2023 größtenteils bereits im Januar und somit vorgezogen überwiesen worden war, verfügte der Ausgleichsfonds im 2. Quartal 2023 nur noch über geringe Eigenmittel in Höhe von rund 100 bis 150 Mio. Euro.

Erst im Gefolge der Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes zum 1. Juli 2023 von 3,05 auf 3,4 Prozent und des Beitragszuschlags für Kinderlose von 0,35 auf 0,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder traten mit Wirkung ab August 2023 auch beim Ausgleichsfonds merkliche Entlastungen ein. In der Folge der Anpassungen war die Funktionsfähigkeit des Ausgleichsfonds für das gesamte Jahr 2023 sichergestellt.

Unterdessen kann das BAS weiterhin Festlegungen treffen, denen zufolge bei der Ermittlung der Ausgleichsansprüche im Liquiditätsausgleich zwischen den Pflegekassen nicht der volle lt. Haushaltsplan festgelegte Bedarf an Betriebsmitteln in Ansatz gebracht wird (Absenkung der regulär mit dem Faktor 1,0 berücksichtigten Ausgabendeckungsquote). Im Umfang dieser Absenkung, konkret auf 0,7 gemäß der bereits seit Oktober 2021 bestehenden Praxis, hat der Ausgleichsfonds auch im Jahr 2023 Mittel der Pflegekassen zum Erhalt seiner Funktionsfähigkeit herangezogen. Näheres zum Liquiditätsausgleich findet sich nachfolgend unter „Kennzahlen“.

Der Ausgleichsfonds hat im Jahr 2023 keine Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds geleistet. Mit dem PUEG wurde der für den Gesamtbetrag der Zuführungen für das Jahr 2023 maßgebliche Fälligkeitstermin Dezember zugunsten ratierlicher Nachzahlungen in das Jahr 2024 verschoben (näher zum Pflegevorsorgefonds unter 6.4.). Darüber hinaus hat der Ausgleichsfonds ein ihm auf Grundlage des Haushaltsgesetzes 2022 gewährtes Darlehen zur Hälfte, das heißt im Umfang von 500 Mio. Euro, an den Bund zurückgezahlt.

Anders als die beitrags- bzw. finanzierungsrechtlichen Bestimmungen des PUEG werden die mit ihm verbundenen leistungsrechtlichen Verbesserungen (vor allem die stufenweise Anhebung der Leistungsbeträge im Bereich der ambulanten Pflege sowie die Erhöhung der Leistungszuschläge für Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2 in vollstationären Pflegeeinrichtungen) überwiegend erst im Jahr 2024 (ausgaben-) wirksam (siehe auch unter 6.2.). Bereits mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2023 können aus Mitteln des Ausgleichsfonds auch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der Aufgaben der Medizinischen Dienste im Rahmen der Begutachtung und ihrer Verfahren finanziert werden. Dazu haben das BAS und der Medizinische Dienst Bund eine entsprechende Finanzierungsvereinbarung geschlossen.

Ohne Einfluss auf die Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung blieben die im Jahr 2023 aus Mitteln des Wirtschaftsstabilisierungsfonds an den Ausgleichsfonds gezahlten Beträge für „Energiehilfen“ gemäß §154 SGB XI. Diese dienen ausschließlich der Refinanzierung derjenigen Pflegekassen, die mit der Bewilligung und der Auszahlung von Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom betraut sind (siehe unter 12.2.). Ähnlich wie beim Pflege-Rettungsschirm werden hier „lediglich“ etablierte Finanzierungsmechanismen der sozialen Pflegeversicherung unter Einbindung des Ausgleichsfonds genutzt.

Kennzahlen

Das Jahresergebnis 2023 der Pflegeversicherung beläuft sich auf rund 1,78 Mrd. Euro (Vorjahr: -2,252 Mrd. Euro). Dabei stiegen die Leistungsausgaben der Pflegekassen um 1,17 Prozent gegenüber dem Vorjahr auf rund 56,67 Mrd. Euro

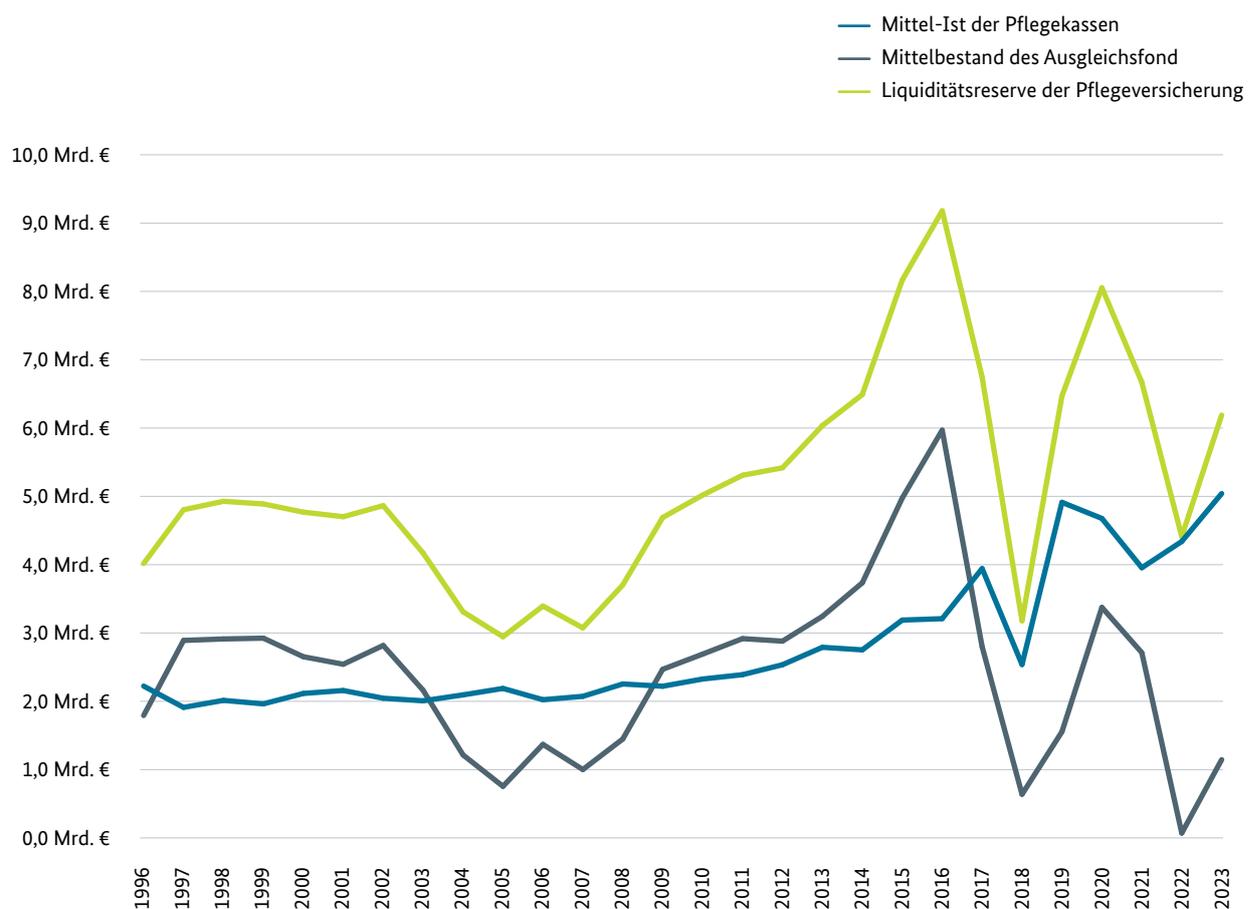
an; davon umfasst sind Ausgaben für „Energiehilfen“ in Höhe von insgesamt rund 187,9 Mio. Euro. Die Beitragseinnahmen der Pflegekassen in Höhe von rund 46,49 Mrd. Euro im Jahr 2023 lagen um 11,48 Prozent über denen des Vorjahres; die des Ausgleichsfonds (rund 12 Mrd. Euro) nahmen um 12,06 Prozent zu.

Im Jahr 2023 hat das BAS insgesamt rund 22,16 Mrd. Euro aus Mitteln des Ausgleichsfonds an diejenigen Pflegekassen überwiesen, denen weniger Mittel zur Verfügung standen, als an Betriebsmitteln und Rücklage gesetzlich vorzuhalten sind. Gegenüber dem Vorjahr (2022) entspricht dies einem Rückgang von 8,98 Prozent. Der Rückgang ist unmittelbare Folge der Erhöhung des Beitragssatzes zum 1. Juli 2023 und der damit gestiegenen Beitragseinnahmen der Pflegekassen. Die monatsdurchschnittlichen Zahlungen an die Pflegekassen im Jahr 2023 beliefen sich auf rund 1,85 Mrd. Euro (Vorjahr: 2,03 Mrd.). Den Auszahlungen aus Mitteln des Ausgleichsfonds standen Zahlungen an den Ausgleichsfonds in Höhe von monatsdurchschnittlich rund 759,4 Mio. Euro (insgesamt rund 9,11 Mrd. Euro) durch diejenigen Pflegekassen gegenüber, deren Mittel-Ist das Soll überstieg (+ 20,65 Prozent gegenüber dem Vorjahr). Der hinter diesen Kennzahlen stehende Liquiditätsausgleich zwischen den Pflegekassen ist erforderlich, weil die Pflegekassen aufgrund ihrer unterschiedlichen Versichertenstruktur über unterschiedlich hohe Einnahmen verfügen und unterschiedlich hohe Ausgaben verzeichnen, während gleichzeitig ein bundeseinheitlicher Beitragssatz von (2023) 3,05 bzw. 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen besteht (zzgl. des Beitragszuschlags für Kinderlose). Es gilt das den Liquiditätsausgleich tragende Prinzip, dass die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen werden.

Im Bereich der Förderverwaltung und der Finanzierung besonderer Einrichtungen und Aufgaben hat der Ausgleichsfonds im Jahr 2023 Mittel in Höhe von insgesamt rund 243,3 Mio. Euro aufgewendet (näher unter 6.2.). Entsprechend ihrer gesetzlichen Mitverantwortung für die Finanzierung der Pflege-Infrastruktur (einschließlich der Kosten für den „Pflege-Rettungsschirm“) haben sich die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Jahr 2023 mit insgesamt 159,1 Mio. Euro und die gesetzliche Krankenversicherung im Umfang von insgesamt rund 917,6 Mio. Euro an den Finanzierungsaufgaben beteiligt (siehe zum Beteiligungsmanagement unter 6.3.).

Der Mittelbestand des Ausgleichsfonds belief sich Ende des Jahres 2023 auf rund 1,15 Mrd. Euro (ohne Berücksichtigung des zur Hälfte verbliebenen Darlehens des Bundes sowie der Mittel aus dem Wirtschaftsstabilisierungsfonds im Ausgleichsfonds zur Refinanzierung der „Energiehilfen“ (Ergänzungshilfen) in Höhe von 1,81 Mrd. Euro). Unter Hinzurechnung des Gesamt-Mittelbestandes der Pflegekassen in Höhe von insgesamt rund 5,042 Mrd. Euro zum Ende des Jahres 2023 (+ 40,26 Prozent) betrug die so zusammengesetzte Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung rund 6,19 Mrd. Euro (+ 40,26 Prozent gegenüber dem Vorjahr).

Entwicklung des Mittelbestandes der sozialen Pflegeversicherung



Im Jahr 2023 hat der Ausgleichsfonds Zinserträge in Höhe von rund 64,59 Mio. Euro (ohne Rechnungsabgrenzung) bzw. 74,44 Mio. Euro (mit Rechnungsabgrenzung) erzielt (siehe zu den Rahmenbedingungen für die Vermögensverwaltung des Ausgleichsfonds den Tätigkeitsbericht 2022,

S. 109). Nähere Informationen zu den Finanz- und Rechnungsergebnissen sowie zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben finden Sie auf der Webseite des BAS zum Thema Ausgleichsfonds/ Finanzergebnisse.

6.2 Einsatz von Förder- und Finanzierungsmitteln

Förder- und Finanzierungsmittel im Bereich der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

Der Ausgleichsfonds hat im Jahr 2023 rund 38,1 Mio. Euro für Fördermaßnahmen und -vorhaben sowie für die Finanzierung besonderer Einrichtungen aufgewendet. Mit mehr als 50 Prozent des Gesamtfördervolumens bildeten die Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen den Schwerpunkt der Leistungsverwaltung. Überwiegend erfolgte die Förderung unter Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung als ergänzende Mitfinanzierung (Anteilsfinanzierung), die an die Förderung aus Mitteln der Länder oder Kommunen anknüpft. Hinzu kommt die Finanzierung von Einrichtungen und Vorhaben als alleinige Finanzierung aus Mitteln der Pflegeversicherung.

Neben der Förderung der Maßnahmen und Vorhaben finanziert das BAS aus Mitteln des Ausgleichsfonds auch die Kosten besonderer Einrichtungen, die ihrerseits mit der Förderung bzw. Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und der Qualität in der Pflege befasst sind. Dazu gehören die Forschungsstelle beim GKV-Spitzenverband, die Geschäftsstelle des Qualitätsschusses Pflege und die Datenauswertungsstelle. Seit 2023 werden gemäß Pflegebonusgesetz (2022) auch die Kosten der durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen einzurichtenden „Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege“ aus Mitteln des Ausgleichsfonds finanziert. BAS und GKV-Spitzenverband haben dazu im Jahr 2023 eine Finanzierungsvereinbarung geschlossen.

Das Portfolio an Förder- und Finanzierungstatbeständen wurde 2023 im Zuge des PUEG erweitert. So werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds fortan auch die Beauftragung und die Durchführung von Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten (MD) zugewiesenen Aufgaben finanziert. Das Fördervolumen beträgt 500.000 Euro im Kalenderjahr. Das BAS und der MD Bund haben dazu eine entsprechende Vereinbarung geschlossen, die rückwirkend zum 1. Oktober 2023 in Kraft getreten ist. Für die Finanzierung des neu einzurichtenden Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege stehen von 2023 bis 2027 insgesamt 10 Mio. Euro zur Verfügung. Für die Förderung gemeinsamer Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier – einschließlich ihrer wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung – wird die Förderung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit bis zu 30 Mio. Euro je Kalenderjahr erst im Jahr 2025 wirksam. Im Jahr 2024 sind entsprechende Vorbereitungen, unter anderem für den elektronischen Mittelabruf, zu treffen. Die Förderung „aus Mitteln des Ausgleichsfonds“ im Rahmen der zeitlich und inhaltlich erweiterten Förderprogramme zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie für digitale Anwendungen (§ 8 Abs. 7 und 8 SGB XI idF des PUEG) erfolgt durch die Pflegekassen, die ihre Ausgaben über den Finanzausgleich refinanzieren.

Übersicht: 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 (gerundet) |
|---|------------------------------------|
| Angebote zur Unterstützung im Alltag | 11,57 |
| Förderung des Ehrenamtes | 2,83 |
| Förderung der Selbsthilfe | 3,50 |
| Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen | 7,43 |
| Modellvorhaben im Bereich des Ehrenamtes | 0,0 |
| Modellvorhaben im Bereich der Selbsthilfe | 1,86 |
| Qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege einschließlich wissenschaftlicher Aufträge | 0,48 |
| Regionale Netzwerke | 3,18 |
| Datenauswertungsstelle | 1,06 |
| Modellvorhaben des Spitzenverbandes Bund | 2,44 |
| Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur | 1,50 |
| Modellvorhaben zu innovativen Versorgungsansätzen | 0,11 |
| Modellvorhaben zur Personalbedarfsmessung | 1,91 |
| Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege | 0,11 |
| Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur (Erstattungen an den GKV-Spitzenverband) | 0,14 |

Die Umstellung des Mittelabrufs aller Förder- sowie zahlreicher Finanzierungstatbestände auf ein vollständig elektronisches Verfahren erfolgte wie geplant zum 1. Januar 2023. Zu diesem Zweck hat das BAS das EMA-Portal eingerichtet. Der Start des Portals war erfolgreich. Das Fallzahlauftreten ist weiterhin hoch. Über das Portal zur „Elektronischen Mittelanforderung“ sind im Jahr 2023 rund 2.700 Mittelabrufe eingegangen. Rund 40 Prozent des gesamten Antragsaufkommens entfällt auf Baden-Württemberg. Durch die Umstellung des Verfahrens auf den elektronischen Mittelabruf sind bereits positive Wirkungen auf die Arbeitsabläufe zu verzeichnen. Dazu gehören in erster Linie die zeitliche Entzerrung des Antragsaufkommens und die relativ gleichmäßige Verteilung der Mittelabrufe über das Kalenderjahr. Gab es noch im Dezember 2022 rund 1.000 gebündelte Einreichungen für Mittelabrufen, konnte 2023 das Antragsvolumen auf das gesamte vierte Quartal 2023 verteilt werden. Rund 75 Prozent der im laufenden Jahr gestellten Anträge konnten 2023 auch ausgezahlt werden. Vor dem Hintergrund des außerordentlich hohen Antragsaufkommens im Dezember 2022 wurden im Jahr 2023 insgesamt rund 3.400 Anträge bearbeitet und entsprechende Gelder ausgezahlt.

Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege

Die soziale Pflegeversicherung beteiligt sich an den Kosten der beruflichen Ausbildung in der Pflege nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG). Die Zahlung ergänzt die Umlagebeiträge der Krankenhäuser und der ambulanten und der stationären Pflegeeinrichtungen sowie den Beitrag des jeweiligen Landes. Der Anteil der sozialen Pflege-

versicherung beträgt 3,6 Prozent des gesamten Finanzierungsbedarfs. Im Jahr 2023 entsprach dies Direktzahlungen des BAS an die auf Landesebene verwalteten (gleichnamigen) Ausgleichsfonds von insgesamt 205,18 Mio. Euro. Damit bildet die Mitfinanzierung der beruflichen Pflegeausbildung den höchsten Ausgabenposten des Ausgleichsfonds im Bereich seiner Leistungsausgaben. Die private Pflege-Pflichtversicherung erstattet der sozialen Pflegeversicherung 10 Prozent der insgesamt geleisteten Direktzahlungen.

Die Höhe der Beteiligung ist seit ihrer Einführung stetig angestiegen. Insgesamt lag die Summe der geleisteten Direktzahlungen für das Jahr 2023 rund 10 Prozent über dem Vorjahreswert. Diese Steigerung bildet noch nicht die zu erwartenden Mehrausgaben durch die Regelungen des Pflegestudiumstärkungsgesetzes ab, nach dem sich die soziale Pflegeversicherung in Zukunft auch an den Kosten der hochschulischen Pflegeausbildung beteiligen wird. Im Zuge der Ermittlung des Finanzbedarfs der Länder wird diese Änderung im Festsetzungsjahr 2024 Berücksichtigung finden und die Direktzahlung (für den Finanzierungszeitraum 2025) entsprechend erhöhen. Bei der Ermittlung des Finanzierungsbedarfs werden auch die Ergebnisse der Rechnungslegung in dem auf die Rechnungslegung folgenden Erhebungs- und Abrechnungsjahr berücksichtigt.

Die Zahlungen an die Bundesländer lagen im Jahr 2023 zwischen 1,5 Mio. Euro (Bremen) und 61 Mio. Euro (NRW). Eine Übersicht über die Zahlungen in den Festsetzungsjahren 2019 bis 2023 nach Bundesländern finden Sie auf der Webseite des BAS unter dem Thema Ausgleichsfonds/Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege.

6.3 Beteiligungsmanagement

Die Verwaltung des Ausgleichsfonds fungiert auch als zentrale Stelle zur Abrechnung und zur Vereinnahmung von Finanzierungsanteilen, die von den gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Pflege-Pflichtversicherung zugunsten der sozialen Pflegeversicherung zu leisten sind. Für die GKV agiert hier der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, während der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. für die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung tätig wird. Mit beiden Verbänden, die die Mittel in der Regel über Umlagen zu Lasten der Mitglieds-kassen bzw. -unternehmen aufbringen, hat das BAS eine Reihe von Finanzierungsvereinbarungen getroffen.

Die GKV hat sich im Jahr 2023 erneut mit 640 Mio. Euro an den Kosten der medizinischen Be-

handlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen beteiligt. Darüber hinaus entstanden im Abrechnungszeitraum 2023 Kosten für die Beteiligung der GKV an pandemiebedingten Erstattungen (für Mehraufwendungen und Minder-einnahmen) an ambulante Pflegeeinrichtungen und stationäre Hospize sowie anteilige Testkosten nach der Coronavirus-Testverordnung in Höhe von insgesamt 70,7 Mio. Euro. Die im Jahr 2023 geleisteten, in Teilen den Vorjahreszeitraum betreffenden Zahlungen belaufen sich auf 277,6 Mio. Euro.

Eine Beteiligung der GKV an den Kosten für Corona-Prämien für Beschäftigte von Pflegeeinrichtungen und anderen Arbeitgebern war im Jahr 2023 – im Unterschied zum Vorjahr – nicht vorgesehen.

Übersicht: Finanzierungsanteile der gesetzlichen Krankenkassen zugunsten des Ausgleichsfonds

| Tatbestand / Leistungsbereich | Berechnung | Anteil absolut |
|---|--|----------------|
| Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen (§ 37 Abs.2a SGB V) | Pauschal | 640.000.000 € |
| Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Erstattungen (§ 150 Abs.4 SGB XI) | gemäß Verhältnis der Ausgaben für häusliche Krankenpflege (GKV) und für Pflegesachleistungen (SozPV) | 70.713.110 € |

Die private Pflege-Pflichtversicherung hat sich ebenfalls an den pandemiebedingten Kosten zum Schutze der pflegerischen Infrastruktur beteiligt. Zudem nimmt sie ihre Mitverantwortung für die Förderung der pflegerischen Versorgungs- und Infrastruktur einschließlich der Finanzierung besonderer Einrichtungen sowie für die Mitfinanzierung der Berufsausbildung in der Pflege durch

Finanzierungsbeteiligungen im Umfang von (je nach Tatbestand) 7 bzw. 10 Prozent wahr. Danach entfielen auf den Abrechnungszeitraum 2023 die aus der nachfolgenden Darstellung ersichtlichen Anteile und Beträge.

Übersicht: Finanzierungsanteile der privaten Pflege-Pflichtversicherung zugunsten des Ausgleichsfonds

| Tatbestand / Leistungsbereich | Kosten | Anteil | Anteil absolut |
|--|----------------------|----------|---------------------|
| Angebote zur Unterstützung im Alltag, Förderungen des Ehrenamts sowie Modellvorhaben (§ 45c Abs. 1 SGB XI) | 21.831.583 € | 10 % | 2.183.158 € |
| Angebote der Selbsthilfe (§ 45d SGB XI) | 5.357.896 € | 10 % | 535.790 € |
| Regionale Netzwerke (§ 45c Abs. 9 SGB XI) | 3.176.442 € | 10 % | 317.644 € |
| Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Abs. 6 SGB XI und wissenschaftlicher Aufträge nach § 113 Abs. 4 SGB XI (§ 8 Abs. 4 SGB XI) | 476.604 € | 10 % | 47.660 € |
| Finanzierung der fachlich unabhängigen Institution nach § 113 Abs. 1b S. 1 SGB XI (§ 8 Abs. 5 SGB XI) | 1.055.287 € | 7 % | 73.870 € |
| Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (§ 8 Abs. 7 SGB XI) | 1.174.875 € | 7 % | 82.241 € |
| Förderung digitaler Anwendungen in Pflegeeinrichtungen (§ 8 Abs. 8 SGB XI) | 28.072.975 € | 7 % | 1.965.108 € |
| Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege (§ 33 Abs. 1 Nr. 4 PflBG) | 205.179.234 € | 10 % | 20.517.923 € |
| Finanzierungsanteil für Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal (§ 8 Abs. 6 SGB XI) | | pauschal | 44.000.000 € |
| Finanzierungsanteil an pandemiebedingten Kosten (§ 150 Abs. 2, 5a SGB XI; Corona-TestV) | 43.815.760 € | 7 % | 3.067.103 € |
| Gesamt | 354.140.656 € | | 72.790.499 € |

Das BAS und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. haben im Jahr 2023 eine Vereinbarung über quartalsweise Abschlagszahlungen getroffen. Unabhängig davon erfolgt der Abschlag zur Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege bis zum 30. November eines Jahres auf Basis des Vorjahreswertes. Im Folgejahr wird spitz abgerechnet.

6.4 Pflegevorsorgefonds

Der Pflegevorsorgefonds ist mit Beginn des Jahres 2015 als Sondervermögen zum Zwecke der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung der Pflegeversicherung errichtet worden. Zuführungen aus Mitteln des Ausgleichsfonds erfolgten erstmals im Februar 2015; sie enden mit der Zahlung für Dezember 2033. Der Zuführungsbetrag für die Jahre bis einschließlich 2023 entspricht jeweils 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen in der Sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres. Das BAS hat dem Pflegevorsorgefonds in den Jahren 2015 bis 2022 insgesamt rund 11,34 Mrd. Euro aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung zugeführt (näher dazu auf der Website des BAS unter dem Thema Ausgleichsfonds/Finanzergebnisse).

Zur Stabilisierung der Liquidität der Pflegeversicherung sollte – anders als in den Jahren zuvor – die Zahlung für das Jahr 2023 nach Maßgabe des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes

nicht in zwölf gleichen Raten, sondern als Jahreszahlung (im Dezember 2023) erfolgen. Im Zuge des PUEG indes wurde die Zahlung vollständig in das Jahr 2024 verschoben, nachträglich zu leisten in zwölf gleichen Raten. Für das Jahr 2024 selbst werden dem Pflegevorsorgefonds nach Maßgabe des Haushaltsfinanzierungsgesetzes 2023 pauschal 700 Mio. Euro in zwölf gleichen Raten zugeführt. Der Jahreszuführungsbetrag 2024 (für die Jahre 2023 und 2024) beträgt damit insgesamt rund 2,42 Mrd. Euro. Die Pauschalierung des jährlichen Zuführungsbetrages in Höhe von 700 Mio. Euro gilt nach dem Haushaltsfinanzierungsgesetz auch für die Jahre 2025 bis 2027.

Der Pflegevorsorgefonds wird von der Deutschen Bundesbank verwaltet. Das Portfolio hatte am 31. Dezember 2023 einen Marktwert von rund 11,64 Mrd. Euro. Seit 2020 wird der Pflegevorsorgefonds in gerichtlichen Verfahren vom BAS vertreten.

7. *Strukturierte Behandlungsprogramme*



Strukturierte Behandlungsprogramme, auch Disease-Management-Programme (DMP) genannt, sind Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Die Zuständigkeit für die Zulassung dieser Programme obliegt dem BAS. Die auf dem aktuellen Forschungsstand basierenden Programme stellen eine hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten sicher. Ziel eines DMP ist es, durch die Zusammenarbeit der betreuenden Fachleute und Einrichtungen eine verbesserte Versorgung von chronisch kranken Versicherten zu erreichen. Gleichzeitig können auf diese Weise eventuelle Über-, Unter- und Fehlversorgungen im vorhandenen Gesundheitssystem abgebaut werden.

Die Entscheidung für neue Behandlungsprogramme wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) getroffen. Neben den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, koronare Herzkrankheit, Asthma, COPD und Brustkrebs, wurden zurückliegend fünf neue Indikationen vom G-BA ausgewählt und beschlossen. Für diese fünf neuen Indikationen Herzinsuffizienz, Rückenschmerz, Osteoporose, Rheumatoide Arthritis und Depression sind die strukturellen Voraussetzungen durch die Beteiligten bereits überwiegend geschaffen. Nachdem Verträge zur Vorprüfung für die Indikationen Osteoporose und Herzinsuffizienz bereits 2022 eingereicht

wurden, konnten im Oktober 2023 in Schleswig-Holstein die ersten Patienten für Osteoporose eingeschrieben werden. Auch in der Region Nordrhein trat der Wirkbetrieb für Osteoporose am 1. Januar 2024 in Kraft. Regelungen für ein neues DMP Adipositas hat der G-BA am 16. November 2023 beschlossen.

Die Zahl der Programmteilnehmenden ist im Jahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr um insgesamt rund 65.000 Versicherte gestiegen. Dies ist insbesondere auf einen Anstieg der Teilnehmenden der Indikation Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 zurückzuführen. Die Zahl der Teilnehmenden der Indikation KHK ist nahezu gleichgeblieben, während bei den Indikationen Asthma bronchiale, COPD und Brustkrebs ein Rückgang zu verzeichnen ist.

Die absolute Zahl an Zulassungen für strukturierte Behandlungsprogramme hat seit 2022 aufgrund von Kassenfusionen weiter abgenommen. Knapp 8,6 Mio. Personen haben an insgesamt 8.356 Programmen teilgenommen. Alleine am DMP Diabetes mellitus Typ 2 nahmen knapp 4,5 Mio. Versicherte teil. Mit Stand vom 1. Januar 2024 haben Krankenkassen in bereits 5 Regionen die Zulassung zum DMP Osteoporose beantragt und mit der Einschreibung von Patientinnen und Patienten begonnen.

Die bestehenden strukturierten Behandlungsprogramme im Vergleich 2022 und 2023

| Indikation | Zulassungen | | | Teilnahme am DMP | | |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------------------|------------------|------------------|-------------------------|
| | 2022 | 2023 | Veränderung zum Vorjahr | 2022 | 2023 | Veränderung zum Vorjahr |
| Asthma bronchiale | 1497 | 1398 | -99 | 1.075.293 | 1.066.306 | -8.987 |
| | | | (-6,61%) | | | (-0,84%) |
| Brustkrebs | 1441 | 1349 | -92 | 172.319 | 160.398 | -11.921 |
| | | | (-6,38%) | | | (-6,92%) |
| COPD | 1504 | 1401 | -103 | 714.832 | 699.341 | -15.491 |
| | | | (-6,85%) | | | (-2,17%) |
| Diabetes mellitus Typ 1 | 1481 | 1382 | -99 | 259.153 | 269.051 | +9.898 |
| | | | (-6,68%) | | | (+3,82%) |
| Diabetes mellitus Typ 2 | 1530 | 1429 | -101 | 4.406.309 | 4.495.887 | 89.578 |
| | | | (-6,60%) | | | (+2,03%) |
| KHK | 1491 | 1397 | -94 | 1.880.478 | 1.882.108 | +1.630 |
| | | | (-6,30%) | | | (+0,09%) |
| Insgesamt | 8944 | 8356 | -588 | 8.508.384 | 8.573.091 | +64.707 |
| | | | (6,57%) | | | (+0,76%) |

Stichtage für beide Jahre war jeweils der 31. Dezember.
 Die Indikation Osteoporose wurde für 2023 noch nicht erfasst.

Stand: 01.01.2024



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



Im Rahmen der Corona-Pandemie wurden für verschiedene Gruppen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen Finanzhilfen vorgesehen, die zu einem erheblichen Teil durch das BAS ausgezahlt und aus Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert wurden. Nachfolgend wird ein Überblick über die verschiedenen Hilfeverfahren gegeben, deren Anspruchszeitraum sich auch noch auf das Jahr 2023 erstreckt.

Übernahme der Aufwendungen für SARS-CoV-2-Testungen

| | |
|---------------------------------------|--|
| Rechtsgrundlage: | § 20i SGB V i.V.m. Coronavirus-Testverordnung |
| Inhalt: | Die Aufwendungen für bestimmte Testungen von Personen auf den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 werden über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Zudem werden die Aufwendungen für die Ausstellung von COVID-19-Genesenzertifikaten über die KVen bzw. die Apothekenrechenzentren mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Einzelheiten sind in der Coronavirus-Testverordnung geregelt. |
| Bisheriges Auszahlungsvolumen: | 17,88 Mrd. Euro (Stand: 15. Februar 2024) |
| Zahlungsempfänger: | Kassenärztliche Vereinigungen, Apothekenrechenzentren |
| Finanzierung: | Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund |
| Status: | Der Anspruch auf Leistungen nach der Coronavirus-Testverordnung endete am 28. Februar 2023, die bis dahin entstandenen Ansprüche auf Vergütungen wurden bis zum 15. Dezember 2023 abgerechnet. |

Kostentragung für Impfungen

| | |
|---------------------------------------|--|
| Rechtsgrundlage: | § 20i SGB V i.V.m. Coronavirus-Impfverordnung, ab 2023 auch § 421 SGB V |
| Inhalt: | § 20i Abs. 3 Satz 2 Nr.1a) SGB V ermächtigte das BMG bis zum Ablauf des 7. April 2023 zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Bestimmung des Anspruchs von Versicherten auf bestimmte Impfungen. In der Coronavirus-Impfverordnung wurde der Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geregelt. Die Impfungen wurden durch verschiedene Leistungserbringer durchgeführt (zum Beispiel Impfzentren, mobile Impfteams, Krankenhäuser, niedergelassene Vertrags(zahn)ärzte, Betriebs- und Privat(zahn)ärzte). Der Kreis der zur Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 ermächtigten Leistungserbringer und die Höhe sowie der Kreis der vergüteten Leistungen wurden im Zeitablauf verändert bzw. erweitert. Der Gesundheitsfonds erstattet den Ländern nur noch einen Teil der Kosten der Impfzentren und der mobilen Impfteams, die im Zusammenhang mit der Beendigung des Betriebes bestehen (Leistungszeitraum 1. Januar bis 7. April 2023). Die nach der CoronaImpfV festgelegten Vergütungen (zum Beispiel für die Impfung, ausschließliche Impfberatung, Ausstellung eines Impfbescheinigung, nachträgliche Impfdokumentation) für weitere Leistungserbringer werden über die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Abweichend dazu erfolgt die Abrechnung der in Apotheken ausgestellten Impfbescheinigungen sowie der nachträglichen Impfdokumentation über die jeweiligen Apothekenrechenzentren. Der Pharmagroßhandel und die Apotheken erhalten für die Abgabe von Corona-Impfstoffen an Leistungserbringer eine Vergütung, die ebenfalls über das jeweilige Apothekenrechenzentrum mit dem BAS abgerechnet wird. |
| Bisheriges Auszahlungsvolumen: | rund 7,45 Mrd. Euro (Stand: 15. Februar 2024) |
| Zahlungsempfänger: | Länder, KVen, KZVen, KBV, Apothekenrechenzentren |
| Finanzierung: | ab 2021 Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund, die im Jahr 2023 erbrachten Leistungen werden teilweise aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und teils aus Mitteln der privaten Krankenversicherung finanziert |
| Status: | Der Anspruch auf Leistungen endet überwiegend zum 7. April 2023, danach sind die bis zum 7. April 2023 entstandenen Vergütungen abzurechnen. |

Vergütung der Abgabe von vom Bund beschafften antiviralen Corona-Arzneimitteln

| | |
|---------------------------------------|---|
| Rechtsgrundlage: | § 4b SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung |
| Inhalt: | Nach der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung erhalten der Pharmagroßhandel und die Apotheken für die Abgabe von vom Bund beschafften antiviralen Arzneimitteln eine Vergütung, die über die Apothekenrechenzentren mit dem BAS abgerechnet wird. Für den Aufwand, der Ärztinnen und Ärzten im Zusammenhang mit der Abgabe der vom Bund beschafften zugelassenen antiviralen Arzneimittel zur Behandlung von COVID-19-Erkrankungen entsteht, erhalten Ärztinnen und Ärzte eine Vergütung. |
| Bisheriges Auszahlungsvolumen: | rund 18,2 Mio. Euro (Stand: 15. Februar 2024) |
| Zahlungsempfänger: | Apothekenrechenzentren, Kassenärztliche Vereinigungen |
| Finanzierung: | Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit anschließender Erstattung durch den Bund. |
| Status: | Die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung trat zum 31. Dezember 2023 außer Kraft. |

Vergütung der beauftragten Stellen nach § 2 Absatz 1 der Medizinischer Bedarf Versorgungs-sicherstellungsverordnung für die Lagerung, Verteilung, Abgabe und Abrechnung der Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern

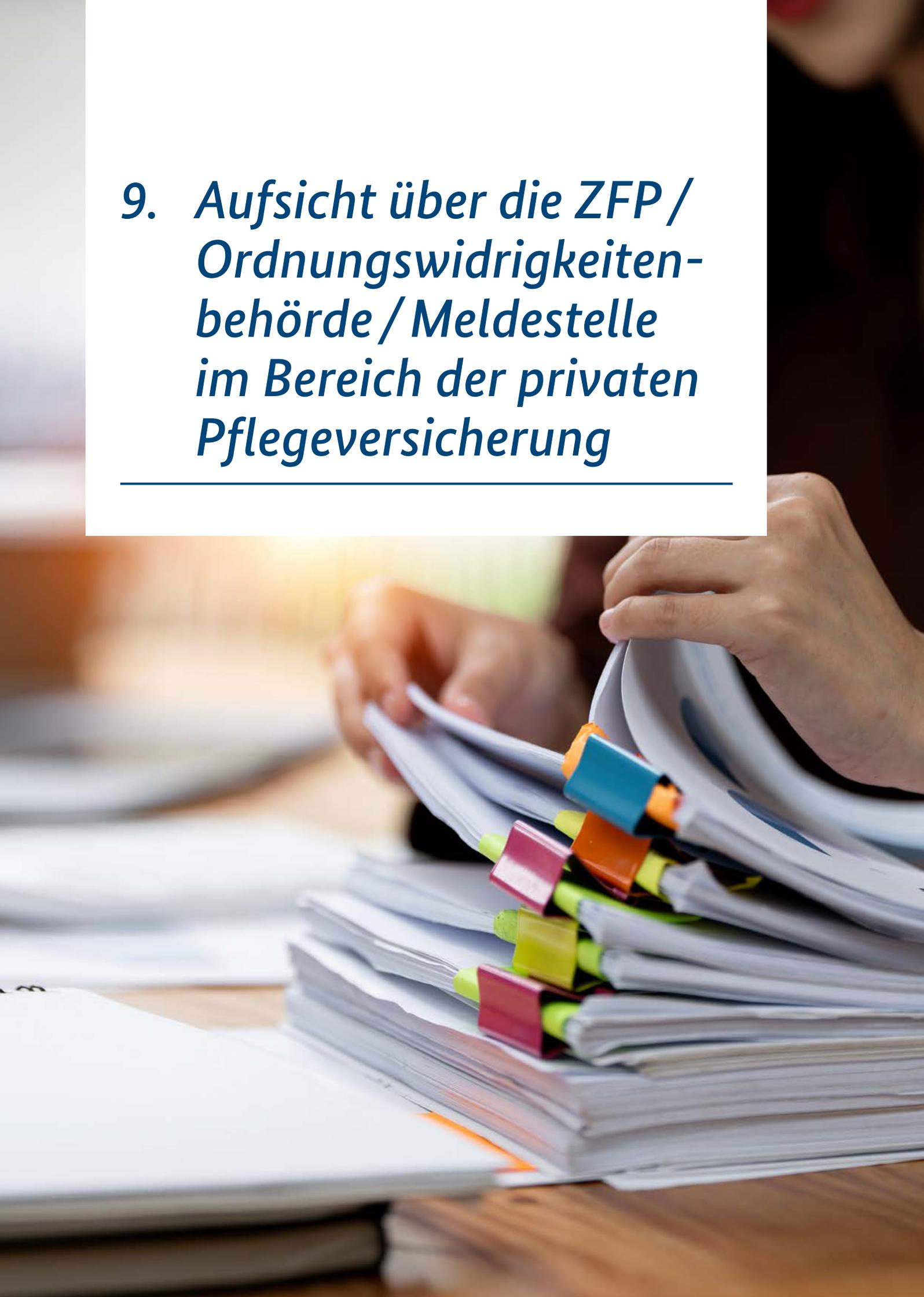
| | |
|---------------------------------------|--|
| Rechtsgrundlage: | § 5 Monoklonale-Antikörper-Verordnung (MAKV) |
| Inhalt: | Vom Bund beschaffte, nicht zugelassene Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern (Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern) werden im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten zur Anwendung bei Patientinnen und Patienten, die sich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert haben, nach § 1 Abs.1 MAKV kostenfrei bereitgestellt, wenn die Anwendung medizinisch indiziert ist. Die Arzneimittel werden über damit beauftragte Krankenhausapotheken zur Verfügung gestellt: Die beliefernden Krankenhausapotheken erhalten je Lieferung eine Logistikpauschale von 100 Euro, die Zahlung des BAS erfolgt quartalsweise an das jeweilige Rechenzentrum. |
| Bisheriges Auszahlungsvolumen: | 67.900 Euro (Stand: 14. Februar 2024) |
| Zahlungsempfänger: | Rechenzentren der Krankenhausapotheken |
| Finanzierung: | Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds |
| Status: | Die MAKV trat mit Ablauf des 31. Dezember 2023 außer Kraft. |

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

| | |
|---------------------------------------|--|
| Rechtsgrundlage: | § 3 Corona-Surveillanceverordnung (CorSurV) |
| 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. |
| Bisheriges Auszahlungsvolumen: | 228,1 Mio. knapp Euro (Stand: 14. Februar 2024) |
| Zahlungsempfänger: | Kassenärztliche Vereinigungen |
| Finanzierung: | Bundeshaushalt |
| Status: | Die Verordnung trat am 31. Juli 2023 außer Kraft. |



**9. Aufsicht über die ZFP /
Ordnungswidrigkeiten-
behörde / Meldestelle
im Bereich der privaten
Pflegeversicherung**



Aufsicht über die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge

Bürgerinnen und Bürger können eine staatlich geförderte Pflege-Zusatzversicherung abschließen. Die staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge wird auf Antrag in Form einer Zulage gewährt. Über die Gewährung der Zulage entscheidet die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge (ZfP), die bei der Deutschen Rentenversicherung Bund eingerichtet wurde.

Als Rechtsaufsichtsbehörde führte das BAS im Jahr 2023 sechs Aufsichtsprüfungen mit folgenden Prüfschwerpunkten durch: Datenschutz, Aufzeichnungs- und Aufbewahrungsfristen, Rückforderungsverfahren, Festsetzungsverfahren, Finanzen-, Kassensicherheit und Schwachstellenanalyse sowie die Informationen der Homepage der ZfP.

Aufgrund einer Anregung des BAS im Verfahren zur Prüfung der Aufzeichnungs- und Aufbewahrungsfristen hat die ZfP erstmals im Berichtsjahr eine Löschprotokollierung im Echtsystem implementiert. Im Verlauf des Prüfverfahrens wurde auch sichergestellt, dass die Daten nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist endgültig gelöscht werden und nicht mehr wiederherstellbar sind.

Bußgeldstelle Pflegevorsorge

Private Versicherungsunternehmen sind gesetzlich verpflichtet, bestimmte Daten über die abgeschlossenen Vorsorgeverträge der ZfP zu melden. Kommen sie diesen Pflichten nicht ordnungsgemäß nach und melden entweder gar nicht, nicht rechtzeitig, nicht richtig oder nicht vollständig, kann ein Bußgeld verhängt werden. Das BAS ist zuständige Verwaltungsbehörde zur Verfolgung dieser Ordnungswidrigkeiten.

Im Berichtsjahr 2023 hat das BAS zehn Ordnungswidrigkeitenverfahren gegenüber privaten Versicherungsunternehmen eingeleitet. Alle Verfahren gegenüber den betroffenen privaten Versicherungen wurden mangels Verschuldens eingestellt.

Meldestelle im Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung

Bei bestimmten Verstößen gegen die Pflegeversicherungspflicht im Bereich der privaten Versicherung kann gegen die versicherungspflichtige Person ein Bußgeld verhängt werden, zum Beispiel wenn kein Vertrag besteht oder wenn bei einem bestehenden Vertrag mehr als sechs Monate die Prämien nicht bezahlt wurden. Zuständig für

die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten sind über 280 Verwaltungsbehörden in den Bundesländern. Die privaten Versicherungsunternehmen melden dem BAS die Verstöße von versicherungspflichtigen Personen auf elektronischem Weg. Als Meldestelle stellt das BAS ein Dateiübertragungsprotokoll (FTP-Server) für die Datenmeldungen zur Verfügung. Das BAS leitet die Meldungen sodann an die jeweils zuständige Ordnungswidrigkeitenbehörde weiter. 2023 erreichten das BAS insgesamt 119.802 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen, die an die zuständigen Bußgeldstellen weitergeleitet wurden. Von diesen Meldungen mussten nach der Plausibilitätsprüfung 4.131 Meldungen storniert beziehungsweise korrigiert werden.

Anfragen von Versicherten der privaten Pflegeversicherungsunternehmen und Bußgeldstellen

2023 erreichten das BAS 29 Anfragen von Versicherten der privaten Versicherungsunternehmen. Thematisch ging es hierbei um Fragen zu bestehenden Beitragsforderungen oder um versicherungsrechtliche Themen. Da diese Anfragen zu meist nicht in den Zuständigkeitsbereich des BAS fielen, erfolgte ein Verweis an die zuständige Stelle.

In 112 Fällen nahmen die Bußgeldstellen Kontakt mit dem BAS auf. Bei diesen Anfragen ging es vorrangig um Themen wie Ansprechpartnerwechsel, technische Schwierigkeiten mit der Erreichbarkeit des Servers oder vergessene Passwörter.

Ordnungswidrigkeiten bei Meldeverstößen privater Pflegeversicherungsunternehmen

Sofern private Pflegeversicherungsunternehmen ihren gesetzlichen Meldepflichten gegenüber dem BAS nicht nachkommen, kann das BAS in seiner Funktion als Ordnungswidrigkeitenbehörde gegen das private Versicherungsunternehmen ein Bußgeld verhängen. Im Berichtsjahr 2023 nahm das BAS gegen neun private Versicherungsunternehmen Ermittlungen auf. Bei diesen wurden insgesamt 242 Ordnungswidrigkeitenverfahren eingeleitet. In der Folge wurde in 192 Fällen ein Bußgeldbescheid erlassen oder das Verfahren eingestellt. Die Differenz ergibt sich aufgrund der noch laufenden Bearbeitung von Verfahren.



10. Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung



10.1 Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung

Das BAS bewirtschaftet die Mittel des Bundes, die an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt werden; dabei hat das BAS 2023 insgesamt rund 112,5 Mrd. Euro ausgezahlt. Auf die Knappschaft-Bahn-See entfielen davon rund 5 Mrd. Euro. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Mittel des Bundes um rund 3,4 Prozent.

In diesem Betrag enthalten sind unter anderem die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung (ARV) in Höhe von 84,3 Mrd. Euro und die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten in Höhe von 17,3 Mrd. Euro sowie die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen

DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) in Höhe von 5,9 Mrd. Euro. Die Bundeszuschüsse, die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten und die sonstigen Erstattungen des Bundes haben 2023 insgesamt rd. 28,6% der Einnahmen der ARV ausgemacht. Somit trägt der Bund wesentlich zur finanziellen Stabilität des Rentenversicherungssystems bei.

Auch die Zuschüsse des Bundes an die Versorgungsanstalt der Bezirksschornsteinfegermeister (VdBS) werden durch das BAS bewirtschaftet und stiegen in 2023 auf 84,7 Mio. Euro im Vergleich zu 81,5 Mio. Euro im Jahr 2022 an.

10.2 Ausgleichsbetrag für das Anpassungsgeld nach dem Kohleverstromungsbeendigungsgesetz

Im Rahmen des Kohleverstromungsbeendigungsgesetzes (KVBG) können Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Braunkohleindustrie und Steinkohlestromversorgung auf Antrag eine Überbrückungshilfe bis zur Anspruchsberechtigung auf die Altersrente erhalten (sogenanntes Anpassungsgeld). Daraus resultiert die Aufgabe für das BAS, die Abrechnung für die Ausgleichszahlungen des Bundes zwischen dem Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA) und der Deutschen Rentenversicherung durchzuführen.

Der im Jahr 2023 auf Grundlage von Daten der BAFA ermittelte Ausgleichsbetrag für das Abrechnungsjahr 2022 belief sich auf 7,23 Mio. Euro, wovon der allgemeinen Rentenversicherung ein Betrag i.H.v. 1,55 Mio. Euro und der knappschaftlichen Rentenversicherung ein Betrag in Höhe von 5,68 Mio. Euro zuzuordnen war.

11. Lastenverteilung zwischen den ge- werblichen Berufs- genossenschaften



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

Für das Jahr 2023 betrug die Lastenverteilung insgesamt rund 855 Mio. Euro und hat sich damit gegenüber dem Vorjahr um ca. 35 Mio. Euro

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).

12. Finanzhilfen aus Anlass der Energiekrise



12.1 Energiepreispauschale an Rentnerinnen und Rentner

Das BAS hat im Rahmen des Gesetzes zur Zahlung einer Energiepreispauschale für Rentnerinnen und Rentner (RentEPPG) in einer zweiten Tranche die Auszahlung der Mittel der Energiepreispauschale von jeweils 300 Euro im Januar 2023 an die allgemeine und knappschaftliche Rentenversicherung angewiesen. Diese zweite Auszahlung (die erste erfolgte im Dezember 2022) betraf die Rentnerinnen und Rentner, die im Dezember 2022 in den Ruhestand eingetreten sind. Die Auszahlung erfolgte für die allgemeine Rentenversicherung durch den Renten Service der Deutschen Post AG und für die knappschaftliche Rentenversicherung durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Die Deutsche-Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hat ab Januar 2023 das in § 5 RentEPPG beschriebene Antragsverfahren für die nachträgliche Auszahlung der Energiepreispauschale an Rentnerinnen und Rentner durchgeführt. Die

hierfür benötigten Mittel inklusive der Verwaltungskosten für die nachträgliche Auszahlung der Energiepreispauschale an die knappschaftliche Rentenversicherung hat das BAS bis Ende 2023 nach einem abgestimmten Verfahren regelmäßig angewiesen.

Ebenso hat das BAS die Erstattung der Aufwendungen für die Auszahlung der Energiepreispauschale nach dem Versorgungsrechtlichen Energiepreispauschalen-Gewährungsgesetz (VEPPGewG) durchgeführt. Danach haben auch Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger der bundesunmittelbaren Krankenkassen Anspruch auf die Zahlung einer Energiepreispauschale in Höhe von 300 Euro.

Im Ergebnis hat das BAS 2023 Bundesmittel im Zusammenhang mit der Energiepreispauschale in Höhe von rund 37,1 Mio. Euro ausgezahlt.

12.2. Zahlungen infolge der Energiepreisbremse

Krankenhäuser

Für die gestiegenen Energiekosten von leitungsgebundenem Erdgas, leitungsgebundener Fernwärme und leitungsgebundenem Strom ist für Krankenhäuser ein Betrag in Höhe von 6 Mrd. Euro durch den Bund zur Verfügung gestellt worden. Die Mittel sind in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds eingestellt worden und werden gemäß § 26f Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom BAS an die Länder zur Weiterleitung an die zugelassenen Krankenhäuser ausgezahlt.

Hiervon sind zunächst 1,5 Mrd. für den pauschalen Ausgleich der mittelbar gestiegenen Kosten anhand der von den Krankenhäusern übermittelten Anzahl der aufgestellten Betten und Intensivbetten ausgezahlt worden. Durch die Anpassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum 3. August 2023 wurden weitere 2,5 Mrd. Euro für den pauschalen Ausgleich vorgesehen.

Mit diesen Mitteln sollen die Krankenhäuser direkt und auch indirekt entlastet werden. In diesem Bereich werden auch Kostensteigerungen in energieintensiven Dienstleistungsbereichen, die vom Krankenhaus ausgelagert worden sind, wie etwa Wäscherei oder Küche, für die den Krankenhäusern deutlich höhere Preise in Rechnung gestellt werden als vor der Energiekrise, mitberücksichtigt.

Des Weiteren werden die direkten Kosten für den Bezug von leitungsgebundenem Erdgas, leitungsgebundener Fernwärme und leitungsgebundenem Strom von den Krankenhäusern für drei

Zeiträume an die Krankenhausplanungsbehörden der Länder gemeldet und vom BAS erstattet. Die Auszahlungen erfolgen zunächst für den Zeitraum von Oktober bis Dezember 2022, dann für das gesamte Jahr 2023 und schließlich für die Zeit von Januar bis April 2024.

Die Auszahlungsbeträge ermittelt das BAS auf Grundlage der durch die Landesbehörden geprüften und von den Krankenhäusern an diese individuell gemeldeten Erstattungsbeträgen.

Weiterhin wurde im Abs. 8 des § 26f KHG ein Höchstbetrag für die Erstattung der Kosten der Energieberatung im Zeitraum vom 1. Dezember 2022 bis zum 31. Dezember 2023 in Höhe von maximal 10.000 Euro je Krankenhaus festgesetzt.

Die an die jeweiligen Länder ausgezahlten Beträge sind auf der Website des BAS www.bundesamt-sozialesicherung.de unter dem Thema Zahlungen infolge der Energiepreisbremse abrufbar. Diese wird laufend aktualisiert, da das Verfahren noch nicht abgeschlossen ist.

Nicht benötigte Mittel werden nach Abschluss des Verfahrens an den Bund zurückgezahlt.

Pflegeeinrichtungen

Im Rahmen der Durchführung des Finanzausgleichs zwischen den Pflegekassen (siehe hierzu 6.1.) sorgt die Verwaltung des Ausgleichsfonds für die Refinanzierung der Ergänzungshilfen, die Pflegekassen an die zugelassenen teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Kurzzeit-

pflegeeinrichtungen leisten (§ 154 SGB XI). Die Ergänzungshilfen zum Betrieb der Einrichtungen umfassen den Zeitraum Oktober 2022 bis einschließlich April 2024. Sie beinhalten die Erstattung der gestiegenen Gas-, Fernwärme- und Strompreise sowie die Kosten für die verpflichtend durchzuführende Energieberatung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat in Richtlinien Näheres zum Erstattungsverfahren und den erforderlichen Nachweisen festgelegt.

Zum Zwecke der (Re-)Finanzierung hat der Bund im Jahr 2023 zwei Mrd. Euro zur Verfügung gestellt; die zweckgebundenen Mittel wurden in zwei Tranchen im Januar 2023 und im Dezember 2023 an das BAS ausgezahlt.

Erstmals im Monatsausgleich März haben die für die Auszahlung des Erstattungsanspruchs zuständigen Pflegekassen entsprechende Ausgaben geltend gemacht. Die Ausgaben für Erstattungen sind im Verlaufe des Jahres stetig angestiegen, zuletzt auf 45 Mio. Euro im Monat. Im Jahr 2023 wurden insgesamt rund 233 Mio. Euro an Mitteln ausgezahlt (bzw. rund 188 Mio. Euro refinanziert). Die im Jahr 2023 bereits an den Ausgleichsfonds ausgezahlten, noch nicht verausgabten Mittel wurden in das Jahr 2024 übertragen. 2024 nicht verausgabte Mittel fließen bis zum Jahresende 2024 an den Bundeshaushalt zurück.

Soziale Dienstleister

Auf Grundlage des Gesetzes zur Einführung von Preisbremsen für leitungsgebundenes Erdgas und Wärme (Erdgas-Wärme-Preisbremsengesetz – EWPPBG) und durch den neugeschaffenen Hilfsfonds des Bundes für Rehabilitation und Teilhabe nach § 36a SGB IX wurde ein Anspruch auf einen einmaligen Energiekostenzuschuss für das Jahr 2022 geschaffen. Im Jahr 2023 hat das BAS als Mittelverwalter Zahlungen in

Höhe von rund 40,1 Mio. Euro geleistet. Das Antragsverfahren wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. und der Siemens-Betriebskrankenkasse durchgeführt, die die Mittel an die Träger der Leistungen zur Teilhabe nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX weitergeleitet haben.

Mit seinem Urteil vom 15. November 2023 hat das Bundesverfassungsgericht den zweiten Nachtragshaushalt 2021 für nichtig erklärt. Die Bundesregierung hat daher am 27. November 2023 beschlossen, die aus dem WSF finanzierten Leistungen zum Ende des Jahres 2023 auslaufen zu lassen. Die notwendigen gesetzlichen Änderungen wurden über das Haushaltsfinanzierungsgesetz umgesetzt. Dies betrifft auch den Hilfsfonds des Bundes für Rehabilitation und Teilhabe nach § 36a SGB IX i.V.m. der ReHV. Mit der Verkündung des Haushaltsfinanzierungsgesetzes am 28. Dezember 2023 ist die Antragsfrist gesetzlich ausgelaufen; ursprünglich war eine Frist bis zum 30. April 2024 vorgesehen.

3. Teil

Sonderaufgaben





1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz



Zu den Aufgaben des BAS gehört, dass es als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz für die Aus- und Fortbildung bei den bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern tätig wird.

Aufgrund des steigenden Fachkräftebedarfs der Sozialversicherungsträger ist seit Jahren die Anzahl der Ausbildungsverhältnisse ungebrochen hoch und im Jahr 2023 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund sogar besonders stark angestiegen (Einzelheiten unter 1.1.).

Das BAS unterstützt die Träger im Hinblick auf mobiles Ausbilden und Lernen in vielfältiger Weise, zum Beispiel durch Ausbildungsberatungen und die gemeinsame Abstimmung entsprechender Ausbildungskonzepte (Einzelheiten unter 1.2.). In einem Pilotprojekt bei den Krankenkas-

sen hat es im Jahr 2023 die Nutzung eines digitalen Sozialgesetzbuchs in Ausbildung und Prüfung erfolgreich erprobt, so dass das Projekt ab dem Einstellungsjahrgang 2024 in den Regelbetrieb überführt wird (Einzelheiten unter 1.3.).

Dem digitalen Wandel in der Ausbildung trägt das BAS auch durch fortlaufende Optimierung und Erweiterung des Internetportals zur Nutzung digitaler Antragsverfahren in der Ausbildung Rechnung. Zu neuen Herausforderungen wie Nachhaltigkeit in der Ausbildung hat das BAS bereits zahlreiche Geschäftsstellenberatungen bei Sozialversicherungsträgern durchgeführt. Auch insoweit hat es gemäß seinem gesetzlichen Auftrag die stetige Entwicklung der Qualität der beruflichen Bildung im Blick – gemeinsam mit Auszubildenden, Berufsbildungsausschuss und allen anderen, an der Ausbildung Beteiligten.

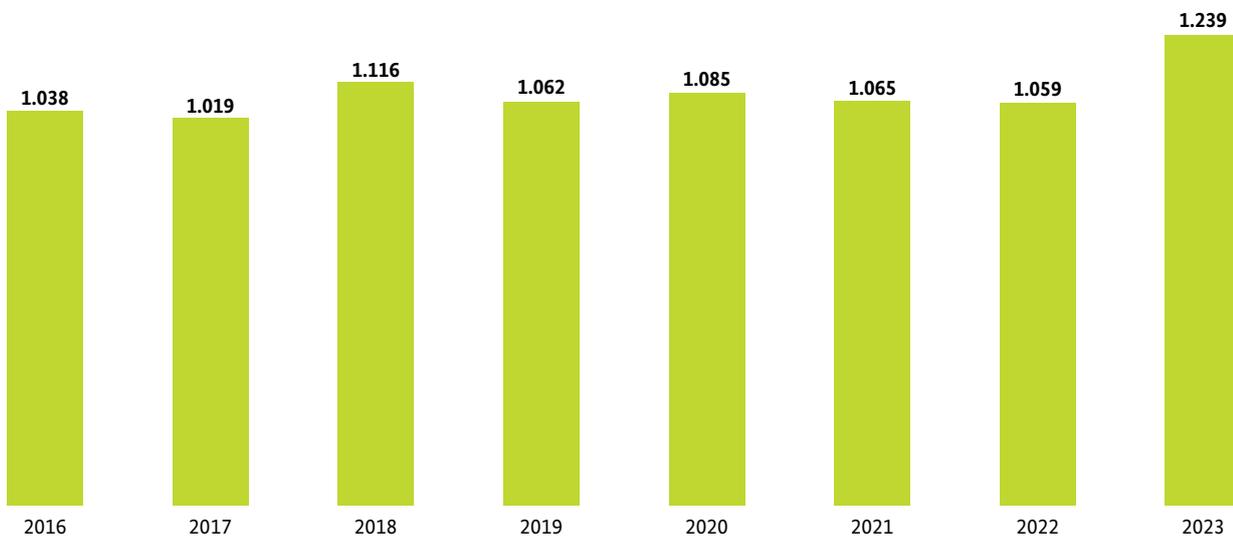
1.1 Ausbildungsplatzsituation

Am Stichtag 31.12.2023 betreute das BAS insgesamt 2.996 Ausbildungsverhältnisse der Einstellungsjahrgänge 2021 bis 2023 in den verwaltungseigenen Berufen (ohne abgebrochene Ausbildungsverhältnisse). Davon entfielen 2.970 auf Sozialversicherungsfachangestellte, elf auf Kaufleute für Büromanagement, sechs auf Verwaltungsfachangestellte bei den Sozialversicherungsträgern und neun auf Verwaltungsfachangestellte beim BAS selbst.

Die Zahl der im Jahr 2023 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge bei den Sozialversicherungsträgern in den verwaltungseigenen Berufen ist mit 1.239 um 180 Verträge gestiegen. Hiervon entfielen 1.231 auf Sozialversicherungsfachangestellte, sechs auf Kaufleute für Büromanagement und zwei auf Verwaltungsfachangestellte.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat im Berichtsjahr 517 Ausbildungsverträge im Beruf der Sozialversicherungsfachangestellten abgeschlossen. Das sind 146 mehr als im Vorjahr. Bei den Krankenkassenversicherungsträgern ist die Ausbildungszahl in diesem Beruf um 16 Ausbildungsverträge auf 502 zurückgegangen. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind sieben Ausbildungsverträge mehr abgeschlossen worden. Die Unfallversicherungsträger haben 93 Ausbildungsverträge abgeschlossen, 40 mehr als im Vorjahr. Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau hat mit 15 Ausbildungsverträgen drei Auszubildende mehr als im Vorjahr eingestellt.

Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in verwaltungseigenen Berufen (einschließlich Abbrecher)



Verteilung der Ausbildungsverhältnisse in verwaltungseigenen Berufen auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger:

| Einstellungs- jahr | Sozialversicherungsfachangestellte | | | | | Verwaltungsfachangestellte | | | | | Kaufleute für Büromanagement | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|-----|-----|-----|----|----------------------------|----|-----|-----|----|------------------------------|----|-----|-----|----|
| | KV | RV | KBS | LSV | UV | KV | RV | KBS | LSV | UV | KV | RV | KBS | LSV | UV |
| 2016 | 700 | 137 | 104 | 9 | 83 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 2017 | 677 | 164 | 100 | 0 | 73 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 2018 | 665 | 235 | 99 | 34 | 68 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 2019 | 605 | 247 | 98 | 34 | 70 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 2020 | 567 | 292 | 100 | 32 | 87 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 2021 | 536 | 337 | 102 | 17 | 66 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 2022 | 519 | 371 | 97 | 12 | 53 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 502 | 517 | 104 | 15 | 93 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Im Einstellungsjahrgang 2023 verfügten rund 57,73 Prozent der Auszubildenden über Hoch- oder Fachhochschulreife, 42,19 Prozent über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss und ein Auszubildender über einen Hauptschulabschluss.

Das vom BAS seit 2022 angebotene digitale Antragsverfahren zur Eintragung der Ausbildungsverträge im Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse wird von den Trägern bereits umfassend genutzt. Das BAS arbeitet kontinuierlich an der Optimierung und Erweiterung des Internetportals.

1.2 Beratung und Überwachung

Im vergangenen Jahr berieten die haupt- und ehrenamtlichen Ausbildungsberaterinnen und -berater des BAS insgesamt 2.564 Auszubildende vor ihrer Zwischen- bzw. Abschlussprüfung. Mit 1.991 Auszubildenden entfiel hierbei der größte Teil auf die angehenden Sozialversicherungsfachangestellten, für die das BAS 105 Beratungsveranstaltungen durchgeführt hat. Die Mehrzahl hiervon fand in Präsenz statt, Videokonferenzsysteme kamen seltener zum Einsatz. Hierbei zeigte sich erneut, dass der Austausch mit den Auszubildenden in Präsenzterminen intensiver ist als in Videokonferenzen. Die Hemmschwelle, Fragen zu stellen oder Probleme zu diskutieren, ist durch die Distanz zwischen der Ausbildungsberatung und den Auszubildenden bei Videoberatungsterminen deutlich höher. Die Präsenztermine nutzten die Beraterinnen und Berater zudem immer, um auch mit Lehrkräften, Auszubildenden und der Ausbildungsleitung in Austausch zu treten. Diese Möglichkeit bietet sich bei Videokonferenzen nur selten.

Bei den auszubildenden Kaufleuten im Gesundheitswesen ergab sich ein etwas anderes Bild. Da der Beratungsumfang bei diesem Ausbildungsberuf um einiges geringer ist als bei den Sozialversicherungsfachangestellten, hat das BAS mehr Videoberatungen als Präsenzveranstaltungen durchgeführt. Zahlreiche konkrete Fragen der Auszubildenden, zum Beispiel zur Handhabung der Teilzeitberufsausbildung oder zum Nachteilsausgleich bei Behinderungen, betreffen aufgrund der geteilten Zuständigkeit die Industrie- und Handelskammern und müssen daher von den Auszubildenden an diese herangetragen werden. Die Ausbildungsberatung des BAS hat für die auszubildenden Kaufleute im Gesundheitswesen 36 Beratungstermine mit insgesamt 573 Auszubildenden durchgeführt.

Beratungen bei den angehenden Sozialversicherungsfachangestellten und Kaufleuten im Gesundheitswesen

| Ausbildungsfachrichtung | Beratungstermine | Beratene Auszubildende |
|-------------------------|------------------|------------------------|
| KV | 63 | 1102 |
| UV | 4 | 147 |
| RV | 27 | 537 |
| KBS | 9 | 165 |
| LSV | 2 | 40 |
| KV KiG | 36 | 573 |
| Summe | 141 | 2564 |

Wie wichtig neben den Lehrgangsbearbeitungen für alle Beteiligten auch die Beratungen in den Geschäftsstellen sind, die das BAS nach dem Ende der Pandemie wieder aufgenommen hat, hat sich auch in diesem Jahr wieder bestätigt. Denn nur dort, wo die praktische Ausbildung auch tatsächlich stattfindet, kann sich das BAS von der Qualität der Ausbildung und der Eignung der Ausbildungsstätten überzeugen. Die Eindrücke der Ausbildungsberatung waren durchweg positiv und es konnte festgestellt werden, dass der Ausbildungsbetrieb nach der Pandemie überall wieder reibungslos verläuft. Die technische Ausstattung der Auszubildenden hat insbesondere im betrieblichen und je nach Bundesland im schulischen Kontext einen erheblichen Digitalisierungsschub erfahren.

Auch die Auszubildenden aller Sozialversicherungsträger zeigten sich mit ihrer Berufsausbil-

derung und ihren Ausbildungsbetrieben sehr zufrieden, abgesehen von einigen kleineren Problemen, die im Rahmen der Beratungen aber gemeinsam gelöst werden konnten. Besonders attraktiv für die Auszubildenden ist die inzwischen vielerorts bestehende Möglichkeit, nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung bei dem ausbildenden Träger direkt in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis übernommen zu werden.

Besonderes Augenmerk in den Geschäftsstellenberatungen hat das BAS auf die Umsetzung der Empfehlungen des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung zur Anwendung der Standardberufsbildpositionen in der Ausbildungspraxis gelegt. Im Vordergrund stand dabei in diesem Jahr das Schwerpunktthema „Nachhaltigkeit“. Hier zeigte sich, dass das Thema für zahlreiche Ausbildungsbetriebe kein Neuland ist, sondern bereits im Ausbildungsalltag „gelebt“ und allen Beschäftigten des Betriebs in Schulungen und Workshops vermittelt wird. Dort, wo Optimierungsbedarf bestand, hat das BAS auf die Bedeutung der Thematik aufmerksam gemacht, für die Umsetzung geworben und Unterstützung angeboten.

Großes Interesse bei Ausbildern und Auszubildenden bestand weiterhin zu Fragen rund um das „mobile Ausbilden und Lernen“ als mögliche Ergänzung der betrieblichen Ausbildung vor Ort. In

Zeiten des „New Work“ und des Fachkräftemangels heißt es auch für die Ausbildungsbetriebe für junge Nachwuchskräfte attraktiv zu bleiben und die Ausbildungsformate entsprechend anzupassen.

Die Ausbildungsberatung des BAS macht in diesem Zusammenhang immer wieder auf die in diesem Jahr vom Hauptausschuss des Bundesinstituts für Berufsbildung herausgegebenen Empfehlungen zum planmäßigen „Mobilen Ausbilden und Lernen“ aufmerksam, die den ausbildenden Betrieben eine Art Leitfaden an die Hand geben, mit dem dies gut umgesetzt werden kann.

Eine auf dieser Grundlage erstellte Ausbildungskonzeption der Träger ist im Einzelfall weiterhin mit der zuständigen Stelle im BAS abzustimmen. Bisher sind die Sozialversicherungsträger eher zurückhaltend, entsprechende Ausbildungskonzeptionen vorzulegen. Neben einer im Vorjahr genehmigten Konzeption wurde dem BAS im Berichtsjahr ein weiteres Vorhaben zur Prüfung vorgelegt. Der Sozialversicherungsträger hat sich vorerst dafür entschieden, das Ausbildungskonzept nicht sofort um diese ergänzende Ausbildungsform der betrieblichen Praxis anzupassen. Stattdessen soll zunächst eine Erprobung im Rahmen eines Pilotprojektes erfolgen. Dem Pilotvorhaben zur Ergänzung der betrieblichen Ausbildung durch Anteile des „mobilen Ausbildens“ hat die zuständige Stelle im BAS zugestimmt.

1.3 Prüfungen

Im Jahr 2023 hat das BAS insgesamt 2.093 Personen und damit weniger als im Vorjahr (2022: 2.114) geprüft.

An zehn Zwischenprüfungen nahmen 899 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten und drei angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei wurden 56 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 13 Abschlussprüfungen, bei denen 77 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 992 Personen teil, darunter 26 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r entfielen 977 zu prüfende Personen, sechs auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte/r und neun auf den Ausbildungsberuf Kaufmann/Kauffrau für Büromanagement. 938 Prüflinge bestanden die Prüfung. Unter den 977 zu prüfenden Personen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellte/r waren zwölf, die – weil nicht in einem Ausbildungsberuf stehend – nach § 45 Absatz 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Diese kamen alle von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zum/zur Krankenkassenfachwirt/in nahmen insgesamt 58 Mitarbeiter/innen von Betriebs- und Innungskrankenkassen teil. Zehn davon kamen von landesunmittelbaren Kassen und wurden vom BAS im Rahmen der Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die bisher keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Drei Prüfungsausschüsse waren im Einsatz. 43 Prüflinge bestanden die Prüfung. Bei der Organisation wurde das BAS von der BKK- und IKK-Akademie unterstützt.

Zudem hat das BAS acht Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 84 Ausbilder/innen teilnahmen. 32 dieser Ausbilder/innen arbeiten bei der DAK-Gesundheit, 31 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und 21 bei Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung.

Es nahmen 30 Mitarbeiter/innen von Betriebs- und Innungskrankenkassen an der Fortbildungsprüfung zum/zur Fachwirt/in für Management und Führung in Krankenkassen teil. Im Einsatz waren drei Prüfungsausschüsse.

Außerdem nahmen 27 Beschäftigte der Deutschen Rentenversicherung Bund an der Fortbildungsprüfung zum/zur geprüften Sozialversicherungsfach-

wirt/in teil. Dabei wurden zwei Prüfungsausschüsse eingesetzt.

Um die zum 1. Oktober 2022 für die Prüfungen zum/zum Sozialversicherungsfachangestellten neu berufenen Prüfer und Prüferinnen in die Lage zu versetzen, die Prüfungen ordnungsgemäß abzunehmen, sie zu motivieren und nicht zuletzt, um ihnen die Zuversicht zu vermitteln, diese Aufgabe bewältigen zu können, hat das BAS im Frühjahr Schulungen organisiert. In mehreren zweitägigen Veranstaltungen an der BKK Akademie und der IKK Akademie sowie bei der DRV Bund erhielten alle neuen, interessierten Mitglieder der Prüfungsausschüsse in den Fachrichtungen allgemeine Krankenversicherung und gesetzliche Rentenversicherung den Stoff praxisorientiert und interaktiv vermittelt. Die Schulungen wurden von erfahrenen Lehrkräften durchgeführt.

Erstmals hat das BAS in diesem Jahr in ausgewählten Pilotgruppen bei BKK- und IKK-Akademie in der Zwischenprüfung die Nutzung eines digitalen Sozialgesetzbuchs und digitaler Endgeräte im Prüfungsmodus zugelassen. Das Feedback war durchweg positiv, so dass das digitale SGB künftig als Hilfsmittel in den Prüfungen des BAS für alle Bildungsmaßnahmen in der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung mit Beginn ab 1. Januar 2024 zugelassen wird. Die entsprechend geänderten „Grundsätze für die Nutzung eines digitalen SGB und digitaler Endgeräte in Prüfungen in der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung“ sind auf der Webseite des BAS veröffentlicht. In diesem Zusammenhang bedankt sich das BAS ganz besonders bei den Mitgliedern des Berufsbildungsausschusses für das Engagement und die Unterstützung im Projekt „Digitalisierung von Prüfungen“.

Der Dank gilt zudem den Versicherungsträgern, Verbänden und den Prüfungsausschüssen für die tatkräftige Hilfe bei der Organisation und Durchführung der Prüfungen.

2. *Mutterschaftsgeldstelle*



Schwangere Frauen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und zudem wegen der Schutzfristen vor und nach der Entbindung sowie für den Entbindungstag kein Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung erhalten, haben Anspruch auf Mutterschaftsgeld von maximal 210 Euro. Das Mutterschaftsgeld bekommen auch Frauen, denen von ihrem Arbeitgeber während der Schwangerschaft oder der Mutterschutzfristen nach der Geburt zulässig, das heißt mit Zustimmung der für den Arbeitsschutz zuständigen Behörde gekündigt wurde. Zuständig für die Auszahlung ist die Mutterschaftsgeldstelle im BAS.

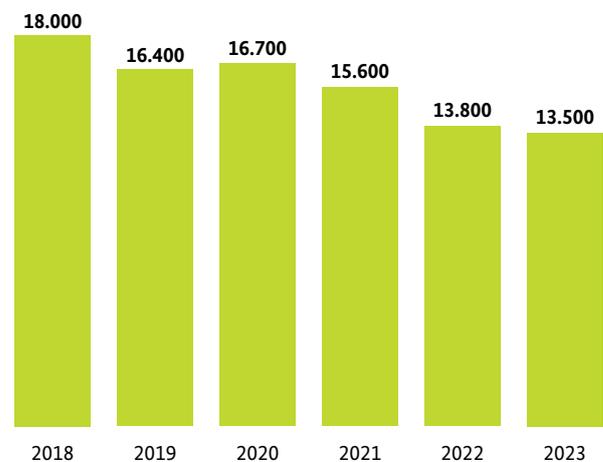
Auf dem Bundesportal (www.verwaltung.bund.de), dem zentralen Zugangspunkt zu den Verwaltungsleistungen von Bund, Ländern und Kommunen, können die Voraussetzungen der vom BAS gezahlten Leistung „Mutterschaftsgeld“ abgerufen werden. Frauen, die zum anspruchsberechtigten Personenkreis gehören und einen Antrag auf Mutterschaftsgeld stellen möchten, werden von diesem Portal auf die Webseite des BAS weitergeleitet. Hier eröffnet sich die Möglichkeit, den Antrag online zu stellen. Seit Oktober 2023 kann das Mutterschaftsgeld zudem auch online mit einem Account bei BundID (www.id.bund.de), dem zentralen Konto des Bundes zur Identifizierung von Bürgerinnen und Bürgern, gestellt werden. Antragstellerinnen, die mit einem elektronischen Personalausweis erstellten Account einen Antrag auf Mutterschaftsgeld beim BAS stellen, erhalten alle Nachrichten und den Bescheid innerhalb kurzer Zeit digital in ihr elektronisches Postfach im BundID-Konto. Durch das neue Antragsverfahren wird das Verwaltungsverfahren noch mehr beschleunigt. Darüber hinaus senkt es den Papier- und Energieverbrauch und trägt somit zur Nachhaltigkeit bei.

Im Jahr 2023 sind rund 13.500 Anträge auf Mutterschaftsgeld beim BAS eingegangen. Der Anteil der online gestellten Anträge lag wie im Vorjahr bei etwa 50 Prozent. Hiervon wurden bereits rund 350 Anträge über einen Account bei BundID gestellt. In rund 60 Prozent der in 2023 abgeschlossenen Antragsverfahren erging eine positive Entscheidung.

Die Anzahl der Widersprüche gegen ablehnende Entscheidungen ging um etwa 20 Prozent auf 83 Fälle zurück. Rund die Hälfte der Widersprüche war erfolgreich, da die Antragstellerinnen bei der Angabe der Krankenversicherung irrtümlich eine bestehende Familienversicherung als eigene Mitgliedschaft angegeben haben. Da in diesen Fällen aber auch die Mutterschaftsgeldstelle zuständig ist, wurde das Mutterschaftsgeld nachträglich ausgezahlt.

An Leistungen für Aufwendungen nach dem Mutterschutzgesetz zahlte das BAS insgesamt rund 1,65 Millionen Euro aus.

Anträge auf Mutterschaftsgeld



3. Aufbau der Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE)



Zum 1. Januar 2024 wurden mit dem neuen SGB XIV dem BAS Aufgaben bei der Durchführung des Sozialen Entschädigungsrechts (SER) übertragen und gleichzeitig die Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE) eingerichtet. Die neue Bundesstelle nimmt einerseits selbständig Aufgaben des Bundes auf dem Gebiet der sozialen Entschädigung wahr und unterstützt andererseits als Kompetenzzentrum das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) bei der Qualitätssicherung zur bundeseinheitlichen Durchführung des SER. Die BfSE unterliegt der Fachaufsicht des BMAS.

Mit der Vorbereitung der Aufgabenübernahme hat das BAS bereits im Jahr 2022 mit einem eigens dafür eingerichteten Aufbaustab begonnen. Dieser arbeitete eng mit dem BMAS, den Ländern und weiteren Beteiligten zur künftigen Umsetzung des SGB XIV zusammen.

Im Jahr 2023 wurden die konzeptionellen organisatorischen und fachlichen Vorarbeiten durchgeführt. Im Fokus stand dabei die Überführung der Deutschen Unterstützungsbehörde (DUB) zur BfSE. Die DUB ist bei grenzüberschreiten-

den Fällen in der EU aktiv. Sie unterstützt Opfer von Straftaten, um ihnen den Zugang zu ausländischen Entschädigungsleistungen zu erleichtern.

Darüber hinaus hat der Aufbaustab maßgeblich an dem Abschluss einer Übereinkunft zwischen den Trägern der Sozialen Entschädigung und dem GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen über die Zusammenarbeit bei der Erbringung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem 7. Kapitel des SGB XIV und über die Abrechnung der Leistungen mitgewirkt. Ebenso erfolgte die Abstimmung eines Meldeverfahrens für die Erhebung der statistischen Merkmale nach §§ 127, 128 SGB XIV in Zusammenarbeit mit den Bundesländern sowie die Unterstützung der Länder im Bereich der Aus- und Fortbildung. Zu diesem Zweck wurde bereits frühzeitig ein Erfahrungsaustausch für Fallmanagerinnen und Fallmanager aus den Versorgungsverwaltungen organisiert.

Ausführliche Informationen über die BfSE und ihre Aufgaben sind abrufbar auf der Webseite des BAS unter Bundesstelle für Soziale Entschädigung.

Blick nach Innen

Presse und Kommunikation

Anfang April 2023 hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Corona-Pandemie für beendet erklärt. Dass sie in den Medien immer seltener ein Thema war, wird auch mit einem Blick auf die Presseanfragen deutlich, die das BAS vergangenes Jahr erreicht haben. Erstmals seit Beginn der Pandemie waren in 2023 nicht mehr die Auszahlungen von Corona-Finanzhilfen, die das BAS in neun Fachverfahren betreibt, ein Schwerpunkt der Medienanfragen. Standen zuvor stets das Zahlungsverfahren und die Auszahlungsbeträge für Corona-Tests sowie Auszahlungen für Schutzimpfungen und Finanzhilfen für Krankenhäuser im Fokus, gab es zuletzt nur noch einige wenige Anfragen zu Corona-Testungen und dem Corona-Medikament Paxlovid.

Die mit Abstand meisten Anfragen betrafen die vom BAS im Tätigkeitsbericht 2022 gerügten Kontaktaufnahmen der gesetzlichen Krankenkassen mit Versicherten im Widerspruchsverfahren. Bei der Auswertung der Arbeitsanweisungen der Kassen sowie durch den Austausch mit anderen Institutionen, stellte das BAS immer wieder zahlreiche Rechtsprobleme beim Umgang der Krankenkassen und Pflegeversicherungen mit Widersprüchen fest.

Die Pressestelle beantwortete die zahlreichen Anfragen zu diesem Themenaspekt und vermittelte für Radio- und TV-Interviews geeignete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner aus dem Haus.

Auch am Krankenhauszukunftsfonds, dessen Fördergelder das BAS verwaltet, bestand hohes mediales Interesse. Besonders interessierte der Stand der Antragsbearbeitung, die Höhe der ausgezahlten Fördermittel, Ablehnungen von Anträgen und wann die Mittel des Fonds vollständig ausgezahlt sein werden.

Zum 31. Dezember 2023 liefen die von der Bundesregierung im Herbst 2022 eingeführten Strom- und Gaspreisbremsen aus. Das BAS erreichten in diesem Zeitraum Anfragen zu den Auszahlungen von Energiehilfen an Krankenhäuser.

Die Pressestelle erteilte auch Auskunft über digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – also Apps, die sich die Versicherten selbst beschaffen oder sich von Ärztinnen und Ärzten auf Rezept verschreiben lassen und von den Krankenkassen erstattet werden können.

Ein hohes Interesse der Presse an Beschwerden zu den Verzögerungen bei der Bearbeitung von Rentenanträgen oder der Auszahlung von Übergangsgeldern der Deutschen Rentenversicherung Bund blieb auch 2023 bestehen.

Auf seiner Webseite www.bundesamtsozialesicherung.de bietet das BAS aktuelle Informationen an, die von Fachleuten und der Öffentlichkeit genutzt werden. So wird das BAS seinem Anspruch an eine wirksame Öffentlichkeitsarbeit gerecht, auch komplexe Themen verständlich darzustellen und gleichzeitig ein hohes Niveau der Informationen zu wahren.

Das BAS – ein moderner und zukunftsorientierter Arbeitgeber

Das BAS beschäftigt derzeit rund 790 gut ausgebildete und hoch motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Mit ihrem täglichen Wirken leisten sie in unterschiedlichen Aufgabenfeldern einen wichtigen Beitrag dazu, dass das deutsche Sozialversicherungssystem funktionsfähig und finanziell liquide bleibt.

Ihnen bietet das BAS attraktive, abwechslungsreiche und zukunftsgerichtete Arbeitsplätze sowie vielfältige Entwicklungs- und Fortbildungsmöglichkeiten – je nach individuellem Bedarf. Neue Führungskräfte erhalten neben fachlichen Fortbildungen insbesondere auch die Möglichkeit, individuelle Coaching-Angebote zu nutzen, um von Beginn an gut in die neue Führungsrolle hineinzuwachsen. Transparente Entscheidungen, offene Kommunikation und gegenseitige kollegiale Unterstützung werden im BAS groß geschrieben und prägen die tägliche Zusammenarbeit.

Einen hohen Stellenwert hat es, Nachwuchskräfte zu gewinnen und auszubilden. So bietet das BAS einen dreijährigen, dualen Bachelor-Studiengang zum Bachelor of Laws im Beamtenverhältnis auf Widerruf an. Das Studium findet an der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung am Fachbereich Sozialversicherung in Berlin und Bochum statt. Daneben bildet das BAS jedes Jahr am Standort Bonn in Zusammenarbeit mit dem Bundesverwaltungsamt Verwaltungsfachangestellte aus.

Inklusion ist im BAS eine wichtige Angelegenheit. Daher begrüßt es Bewerbungen von Menschen mit Schwerbehinderungen oder ihnen gleichgestellte Personen. Bereits im Bewerbungsverfahren werden sie besonders unterstützt; hinsichtlich der Erfüllung der Ausschreibungsvoraussetzungen erfolgt eine individuelle Betrachtung. Auch

im beruflichen Alltag werden sie bestmöglich gefördert und begleitet.

Die interne Kommunikation mit rund 790 Mitarbeitenden erfordert ebenfalls Aufmerksamkeit. Nachdem das BAS 2022 sein Intranet zu einem modernen Wissensportal ausgestaltet hat, stand im vergangenen Jahr auch eine inhaltliche Neuausrichtung an. Unter anderem entstanden so neben zahlreichen Artikeln zu Themen aus dem Haus auch Videobeiträge, um die Beschäftigten über strategische Veränderungen oder für alle relevante Themen, wie etwa Umbauprojekte, zu informieren.

Der Hauptsitz des BAS befindet sich in der Bundesstadt Bonn in gut an ÖPNV und Individualverkehr angebundener Lage. Nachdem es im Jahr 2022 den Mietvertrag für die Liegenschaft verlängert hat und damit den attraktiven Standort langfristig sicherte, wird diese im laufenden Betrieb bis voraussichtlich Ende 2024 umfassend modernisiert und in eine zeitgemäße Büroumgebung transformiert. So werden in der Bonner Liegenschaft außerdem neue Gemeinschaftsräume eingerichtet, welche das Arbeiten in Präsenz noch attraktiver machen, Erholung in den Pausen fördern und referatsübergreifende Begegnungen ermöglichen. In einem Co-Working-Raum können die Beschäftigten gemeinschaftlich arbeiten, Vorträge halten und Workshops durchführen. Eine Café-Lounge mit Kaffee- und Snackautomat bietet eine gemütliche und ansprechende Umgebung für gemeinsame Pausen. Ein Multifunktionsraum mit Tischtennis-Platte und Kicker-Tisch kann außerhalb der Dienstzeiten für unterhaltsame Teamaktivitäten genutzt werden.

In den Außenstellen des BAS in Berlin, Cloppenburg, Duisburg, Fulda und Ingolstadt werden ebenfalls Konzepte für eine moderne Arbeitsumgebung entwickelt.

Beruf und Privatleben – im BAS gelebte Realität

Im BAS ist die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben kein bloßer Programmsatz, sondern gelebte Realität. Flexible Arbeitszeiten, individuelle Teilzeitmodelle, familienbedingte Beurlaubungen, ein Raum für Eltern und Kinder sowie die Unterstützung durch einen Familienservice sind schon lange Standard. Die meisten Beschäftigten nutzen die Möglichkeit, bis zu 60 Prozent ihrer Arbeit außerhalb des dienstlichen Büros zu erledigen.

Das BAS unterstützt auch die Wünsche seiner Beschäftigten zum Arbeiten in Teilzeit konsequent. So können selbstverständlich auch Führungspositionen in Teilzeit ausgeübt werden. Ein wichtiger Beitrag dazu, auch Eltern berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten anzubieten. Dies hat mit dazu beigetragen, dass der Anteil von Frauen in Führungspositionen mittlerweile bei mehr als 50 Prozent liegt. Für seine großen Erfolge im Bereich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie hat die Hertie-Stiftung das BAS schon mehrfach im Rahmen des Audits „Beruf und Familie“ als familienfreundlichen Arbeitgeber zertifiziert.

Ein weiteres besonderes Anliegen ist dem BAS die Gesundheit seiner Beschäftigten. Deshalb passt es den hohen ergonomischen Standard der Arbeitsplätze (zum Beispiel mit höhenverstellbaren Schreibtischen) ständig an. Ein umfassendes „Betriebliches Gesundheitsmanagement“, das schon seit vielen Jahren besteht, bietet den Beschäftigten unter anderem vielfältige gesundheitsfördernde Präventionsangebote an. Seit Ende des Jahres 2023 gibt es dafür einen neu gestalteten Sport- und Gesundheitsraum. Außerdem finden die Beschäftigten in unmittelbarer Nähe des Gesundheitsraums Umkleiden und Duschen.

Nachhaltigkeit im BAS

Nicht zuletzt seit der Veröffentlichung der Umweltleitlinien im Jahr 2022 wird der Gedanke einer „Nachhaltigen Entwicklung“ immer mehr zum festen Bestandteil des Handelns im BAS. So hat das BAS auch im Jahr 2023 das Thema Nachhaltigkeit als eines der Leuchtturmthemen seiner strategischen Ausrichtung weiter vorangetrieben. Ein wichtiger Schritt ist dabei, ein zertifiziertes Umweltmanagementsystems inhaltlich und organisatorisch zu etablieren. Das Ziel ist, die EMAS-Zertifizierung (Eco-Management and Audit Scheme) durch eine externe Prüfung zu erhalten. Auf dem Weg dorthin ist von großer Bedeutung, die Umweltkennzahlen zu ermitteln und sie zu überwachen. Ein speziell dafür eingerichtetes Umweltteam erarbeitet Strategien, um die Umweltauswirkungen, die durch die Arbeit des BAS entstehen, zu verringern. Idealerweise wird den Beschäftigten auf diese Weise deutlich, welchen Einfluss ihr tägliches Handeln für den Klimaschutz hat. Durch den gewählten Managementansatz verfolgt das BAS das Ziel, verursachte Umweltbelastungen kontinuierlich zu reduzieren.

Den für eine EMAS-Zertifizierung erforderlichen Umweltausschuss errichtete das BAS im vergangenen Jahr sowohl als Nachhaltigkeits- als auch als Umweltausschuss, um die Synergien der beiden Themen optimal nutzen zu können. In diesem Ausschuss sind alle betroffenen Arbeitsbereiche des Hauses vertreten. Der Ausschuss überwacht vor allem, wie sich die Umweltleistung kontinuierlich verbessert. Er bewertet Vorschläge des Umweltteams und beurteilt die Umweltziele sowie die Maßnahmen zum Umweltschutz. Er ist damit ein entscheidendes Instrument für die Integration der Nachhaltigkeits- und Umweltaspekte in die Prozesse des BAS.

Darüber hinaus wurden auch weitere Maßnahmen mit dem Ziel umgesetzt, die Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung im BAS voranzubringen. Um beispielsweise alternative Verkehrsmittel zu fördern, nimmt das BAS an der Aktion „Mit dem Rad zur Arbeit“ teil und subventioniert das Deutschland-Job-Ticket. Auch haben alle Beschäftigten jederzeit die Chance, an Fortbildungsveranstaltungen der Bundesakademie für öffentliche Verwaltung (BAkÖV) speziell zum Thema Nachhaltigkeit teilzunehmen. Auf der Liste der möglichen Angebote stehen auch mehrere Kurzseminare der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben zum Thema klimabewusstes Mobilitätsverhalten im Rahmen der sogenannten „Mission E“.

Veränderungsmanagement und neue Formen der Zusammenarbeit

Mit der Einführung der EAB hat sich deutlich herausgestellt, dass neue Formen der internen Zusammenarbeit unerlässlich sind, um Digitalisierungs- und Transformationsprojekte zu bewältigen. Im Ergebnis der Strategieklausur 2023 (der Amts- und Abteilungsleitungen) wurde deshalb ein neues Format entwickelt, das ganz bewusst vorsieht, kontinuierlich abteilungsübergreifend zusammenzuarbeiten und sich hierarchiefrei abzustimmen. Dieses Format soll kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Mit der sogenannten „Agenda BAS25“ werden alle übergreifenden Transformations- und Zukunftsthemen abgebildet und die Verantwortlichkeiten für die inhaltliche Bearbeitung festgelegt. Ziel ist hierbei, Transparenz für anstehende Veränderungen zu erreichen und die Expertisen der Beschäftigten – auch außerhalb von Linienzuständigkeiten – bewusst in Veränderungsprozesse des BAS einzubinden.

Übergreifende Themen, bei denen unterschiedliche Perspektiven für die Entwicklung guter Lösungsansätze hilfreich sind, werden durch abteilungsübergreifende Expertenteams bearbeitet. Ihre Ergebnisse präsentieren die Teams im Ausschuss der Agenda BAS25. Dort werden die nächsten Schritte zur Umsetzung gemeinsam abgestimmt.

Das Veränderungsmanagement hat sich im Jahr 2023 mit der Umsetzung dieser neuer Arbeitsformen beschäftigt. Die größte Herausforderung der Digitalisierung ist nicht immer die technische Umsetzung. Ohne ein enges Miteinander der verschiedenen Abteilungen und ein Überdenken bestehender Prozesse und Organisationsstrukturen kann Digitalisierung nicht funktionieren. Im Sinne von „Zusammenarbeit fördern – Mitarbeiter beteiligen“ begleitet das Veränderungsmanagement drei Teams, die sich aus freiwilligen Beschäftigten gebildet haben. Die Teams sind bereichsübergreifend, selbstorganisiert und unabhängig von den bestehenden organisatorischen Strukturen tätig. Die Arbeitsformen konnten die Teams selbst vereinbaren. Laufbahn und Hierarchie spielen in den Teams keine Rolle.

Digitale Transformation im BAS

Bereits in 2022 ist die E-Akte Bund (EAB) zu einem festen Bestandteil der täglichen Arbeitsprozesse aller Abteilungen im BAS geworden. Zum 1. Dezember 2023 konnte die Einführung der EAB erfolgreich abgeschlossen werden. Damit ist ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg der digitalen Transformation erreicht worden.

Generell erforderte die Einführung der EAB, dass bisher gewohnte Arbeitsabläufe in das digitale Umfeld der elektronischen Verwaltungsarbeit übertragen und angepasst werden mussten.

Deshalb war es besonders wichtig, den Beschäftigten umfangreiche Informationen, moderne Schulungen und Entwicklungsformate anzubieten. Eine digitale Wissensplattform mit praxisorientierten Anleitungen, internen TV-Sessions und Videotutorials wird das BAS bei allen digitalen Transformationsprojekten ergänzen und weiterentwickeln. Auch Formate wie Fragestunden, die sogenannte „Praxisberatung“ und der „Einsatz von Multiplikatoren“ bleiben wichtige Werkzeuge für die Beschäftigten im BAS.

Um die eigene digitale Transformation fortzusetzen, wird das BAS auch künftig die Maßnahmen der IT-Dienstekonsolidierung aktiv begleiten und unterstützen. Diese Maßnahmen haben das Ziel, IT-Dienste und -Systeme zu vereinheitlichen und effizienter zu gestalten, um so die digitale Arbeitsweise zu verbessern und auch Ressourcen besser zu nutzen.

Umsetzung Onlinezugangsgesetz (OZG) im BAS

Im Jahr 2023 hat das BAS weiter an der Digitalisierung seiner Dienstleistungen gearbeitet, wie es das Onlinezugangsgesetz (OZG) verlangt. Das Bundesportal dient als zentrale digitale Plattform, auf der Bürgerinnen und Bürger Zugang zu verschiedenen Verwaltungsdienstleistungen des Bundes erhalten. Das BAS bietet vier OZG-Leistungen an, die nun alle technischen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllen, um sie über das Bundesportal zugänglich zu machen.

Seit Oktober 2023 können dort Anträge für die Leistung „Mutterschaftsgeld“ direkt über das Bundesportal gestellt werden, indem das „Nutzerkonto Bund“ verwendet wird. Bei den OZG-Dienstleistungen zum Informationsfreiheitsgesetz (IFG) und zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) werden Anträge bereits nach einem bundeseinheitlichen Verfahren realisiert. Diese Dienstleis-

tungen werden also über eine standardisierte sogenannte ‚Fertigungsstraße‘ abgewickelt, was Effizienz und gleiche Abläufe gewährleistet.

Wer eine Beschwerde über bundesunmittelbare Sozialversicherungsträger einreichen möchte, wird im Bundesportal zu einem bestehenden Beschwerdeformular auf der Website des BAS weitergeleitet. Auch diese OZG-Leistung soll bald direkt über das „Nutzerkonto Bund“ nutzbar sein.

Korruptionsprävention im BAS

Die Bemühungen des BAS um eine optimale Korruptionsprävention richteten sich im Jahr 2023 darauf, die Beschäftigten verstärkt durch Sensibilisierung und Schulung vor Korruptionsgefahren zu schützen. Es wurde ein Leitfaden erstellt, der für die Sensibilisierung durch die Vorgesetzten eine hausweite einheitliche Grundlage vorgibt. Ein wichtiges Anliegen war dabei, die Gefährdungen für das BAS zu konkretisieren, um so eine zielgerichtete Sensibilisierung zu gewährleisten.

Schulungen hierzu fanden per E-Learning für alle Beschäftigten statt, deren letzte Präsenzschi- lung zur Korruptionsprävention mehr als vier Jahre zurücklag. Auf diese Weise frischten die Beschäftigten ihre bestehenden Kenntnisse nicht nur auf, sondern konnten sie auch vertiefen. Das E-Learning berücksichtigte auch den besonderen Schulungsbedarf, der für Beschäftigte mit Führungsaufgaben besteht.

Informationssicherheit im BAS

Die Cyberkriminalität hat eine starke Dynamik, Qualität und Vielfalt von Cyber-Angriffen nehmen kontinuierlich zu. Um dem weiterhin gezielt entgegenzuwirken hat das BAS im Jahr 2023 seine interne Sicherheitsorganisation weiterentwickelt.

Daneben startete das Einführungsprojekt für ein neues Werkzeug zum Informationssicherheitsmanagement. Wenn unsere Beschäftigten „Sicher unterwegs im BAS“ sind, ist das ein zusätzlicher wichtiger Bestandteil zum Schutz vor Cyber-Bedrohungen. Aus diesem Grund wurde 2023 eine hausweite Sensibilisierungskampagne zu den Themen Informationssicherheit und Datenschutz initiiert.

Anwendungsentwicklung im BAS

Sozialversicherungsträger müssen dem BAS Anzeigen von Auftragsdatenverarbeitungen nach § 80 SGB X melden. Im Jahr 2023 hat das BAS diesen Meldeweg komplett digitalisiert. Das von der IT-Abteilung eigens entwickelte Online-Portal ermöglicht es den Trägern, ihre Anzeigen elektronisch zu erfassen und hochzuladen. Bevor das BAS das Portal einführte, erhielten die Fachabteilungen das ausgefüllte BAS-Anzeigenformular sowie mindestens den zugrunde liegenden Dienstleistungsvertrag und die Datenschutzvereinbarung jeweils in Papierform von den Sozialversicherungsträgern. Häufig wurden auch noch ergänzende Anlagen mitgeschickt. Dadurch umfasste eine Anzeige im Durchschnitt etwa 50 Seiten Papier.

Die jährlich ca. 1000 Meldungen können die Sozialversicherungsträger nun leicht ins Online-Portal hochladen. Dieses überführt die erfassten Informationen in ein BAS-internes Software-Programm und erzeugt automatisch eine elektronische Akte. Gleichzeitig startet ein Workflow – also ein geführter Ablauf durch den Prozess.

Das BAS hat darüber hinaus nicht nur die Mutterchaftsgeldstelle weiterentwickelt und die Software für die Rentenvorschüsse verbessert, sondern auch das Online-Anmeldeverfahren für die Zuständige Stelle der Beruflichen Bildung in der Sozialversicherung erweitert.

Komplett neu programmierte das IT-Entwicklungs-Team auch ein neues Zeiterfassungssystem für das BAS. Dies wurde notwendig, da das im Rahmenvertrag des Bundes verfügbare Standardprodukt zu viele und große Sicherheitslücken aufwies und es nicht absehbar war, ob und wann der Hersteller sie beheben würde.

Aktuell betreut das IT-Entwicklungs-Team ca. 60 BAS-„eigene“ IT-Lösungen (Produkte). Das Team versteht die Produktverantwortung als einen umfassenden Prozess. Dieser beginnt mit der Analyse der Anforderungen, geht über die Entwicklung der Software inklusive der eigenen Qualitätssicherung und erstreckt sich bis zum Betrieb des Produkts. Dazu gehören auch die Wartung und der Support.

Die Produkte werden überwiegend als Webanwendungen bereitgestellt, die mit Hilfe modernster Technologien und Architekturen entwickelt und mit Container-Technologien betrieben werden. Diverse Open-Source Werkzeuge unterstützen dabei den Entwicklungs-, Test- und Deployment-Prozess. Neue Funktionalitäten, Fehlerbehebungen oder Sicherheitsupdates können umgehend und beliebig häufig ausgerollt werden.

Bei der Entwicklung wird der Secure-by-Design Ansatz verfolgt und großer Wert auf Barrierefreiheit der Angebote gelegt. Ende 2023 waren über alle Umgebungen hinweg mehr als 700 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.

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 im Jahr 2023 weiter ausgebaut.

Das BAS betreibt zwei gegeneinander gespiegelte zentrale Serverräume am Hauptstandort Bonn sowie fünf abgesetzte Serverräume zur Versorgung seiner Außenstellen. Insgesamt werden im BAS über 450 Serversysteme in hoch virtualisierten Umgebungen für Produktion, Integration, Entwicklung und Test betrieben. In der zentralen Produktionsumgebung sorgen durchgehende Cluster-Infrastrukturen im Server-, Daten- und Netzwerkbereich für einen hochverfügbaren Betrieb. Im Rahmen des turnusgemäßen Ausbaus der eingesetzten Technologien und Komponenten wurden im Jahr 2023 z.B. Systeme zur Absicherung des externen Netzwerkverkehrs erneuert.

Weiterhin wurden die im Vorjahr begonnenen umfangreichen Arbeiten zur Konsolidierung der Verzeichnisdienst- und Identity-Management-Strukturen erfolgreich abgeschlossen. Neben diesen Arbeiten am Hauptstandort Bonn moderni-

sierte das BAS die netztechnischen Anbindungen der Außenstellen an die Bonner Liegenschaft. Im Jahr 2023 baute es auch seine mobile Infrastruktur durch die flächendeckende Einführung von mobilen Diensttelefonen weiter aus. Dafür richtete es unter anderem eine besonders gesicherte Netzwerk- und Serverinfrastruktur ein.

Aufgrund der sich ständig entwickelnden Gefährdungslage ist die kontinuierliche Überprüfung und Erhöhung der operativen IT-Sicherheit eine wichtige Daueraufgabe. In diesem Kontext hat das BAS Maßnahmen durchgeführt, die auch im Jahr 2023 vor allem auf erweiterte Schutzmechanismen im Bereich der Netzwerkinfrastruktur und Infrastrukturdienste zielten. Dies hat vor dem Hintergrund des Angriffskriegs Russlands gegen die Ukraine und der damit einhergehenden Verschärfung der Sicherheitslage weiterhin eine besondere Bedeutung.

Im Zuge des Umbaus der Liegenschaft begannen 2023 am Hauptstandort Bonn umfangreiche und flächendeckende Renovierungs- und Modernisierungsmaßnahmen. Betroffen ist davon auch ein Umbau der komplexen IT-Landschaft (Verlagerung der Serverräume, Ablösung der Glasfaserverkabelung „Fibre-to-the-Desk“ durch eine strukturierte Kupferverkabelung auf Büroebe, temporäre interne Umzüge der Büroarbeitsplätze während der Renovierung der Etagen). Die Durchführung im laufenden Betrieb stellt eine besondere Herausforderung dar.

ertrauen.
verantwortung.
Hilf mit.



Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung *(insgesamt 58)*

Ersatzkrankenkassen (insgesamt 6)

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

Innungskrankenkassen (insgesamt 4)

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

Betriebskrankenkassen (insgesamt 46)

- Audi BKK
- BAHN-BKK
- Bertelsmann BKK
- Betriebskrankenkasse B. Braun Aesculap
- Betriebskrankenkasse der BMW AG
- Betriebskrankenkasse der Deutsche Bank Aktiengesellschaft
- Betriebskrankenkasse exklusiv
- Betriebskrankenkasse firmus
- Betriebskrankenkasse Linde
- Betriebskrankenkasse Miele
- Betriebskrankenkasse Mobil

- Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers
- Betriebskrankenkasse Technoform
- Betriebskrankenkasse WMF Württembergische Metallwarenfabrik
- BKK Diakonie
- BKK Freudenberg
- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- BKK Melitta HMR
- BKK Pfalz
- BKK ProVita
- BKK Salzgitter
- BKK VerbundPlus
- BKK Verkehrsbau Union
- BKK Wirtschaft & Finanzen Die BKK der wirtschaftsprüfenden und -beratenden Berufe
- BKK ZF & Partner
- BKK24
- BKK-Würth
- Bosch BKK
- Continentale Betriebskrankenkasse
- Mercedes-Benz Betriebskrankenkasse
- Debeka Betriebskrankenkasse
- energie-Betriebskrankenkasse
- Ernst & Young BKK
- Heimat BKK
- mhplus Betriebskrankenkasse
- Novitas BKK
- Pronova BKK
- R+V Betriebskrankenkasse
- Salus BKK
- SECURVITA BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse
- SKD BKK
- Südzucker BKK
- TUI BKK
- VIACTIV BKK
- vivida bkk

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

Weitere (insgesamt 2)

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

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung *(insgesamt 2)*

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

Weitere

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

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (insgesamt 11)

Gewerbliche Berufsgenossenschaften

(insgesamt 9)

- Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft
- Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik
- Berufsgenossenschaft Holz und Metall
- Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe

- Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie
- Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
- Verwaltungs-Berufsgenossenschaft

Trägerin der öffentlichen Hand

- Unfallversicherung Bund und Bahn

Weitere

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

Sonstige

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

Arbeitsgemeinschaften

Arbeitsgemeinschaften Krankenversicherung

(insgesamt 58)

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

- ARGE – Dupilumab
- ARGE – Gemeinsame Arzneimittelrabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V
- ARGE Digitale Innovation
- ARGE – Pilot Generikaausschreibung der Ersatzkassen
- ARGE – Generikaausschreibungen der Ersatzkassen 2019
- ARGE – Arzneimittel § 130a Abs. 8 SGB V
- ARGE – Hämophilie
- ARGE – Rabattverträge zu zugelassenen CAR-T-Präparaten
- ARGE – Verträge Elektrostimulationsgeräte
- ARGE – Beratung Biologika
- ARGE – Hilfsmittelforum der Ersatzkassen
- ARGE – Generika T1302
- ARGE – Ilumetri
- BKK Akademie GmbH, Rotenburg an der Fulda
- ARGE – Risankizumab
- ARGE Rabattverträge zu zugelassenen ATMP-Präparaten
- Arbeitsgemeinschaft zum Datenaustausch zwischen BIG direkt gesund und der BIG direkt gesund Pflegekasse
- ARGE – Modellprojekt Online-Wahlen 2023
- BKK Consult GmbH
- ARGE Upadacitinib
- ARGE Brodalumab GbR
- ARGE – MS-Vertrag
- GKV-Bündnis für Gesundheit
- ARGE Trastuzumab (KKH-DAK Gesundheit)
- ARGE Bevacizumab (KKH-DAK Gesundheit)
- ARGE – Dimethylfumarat ATC-Code
- ARGE Rheuma-Wirkstoffe II
- ARGE Infliximab V
- UniQK
- ARGE Tralokinumab II
- ARGE Adalimumab II
- ARGE Filgotinib II
- ARGE Vedolizumab III
- ARGE Deucravacitinib
- ARGE Etanercept IV
- ARGE Rituximab III

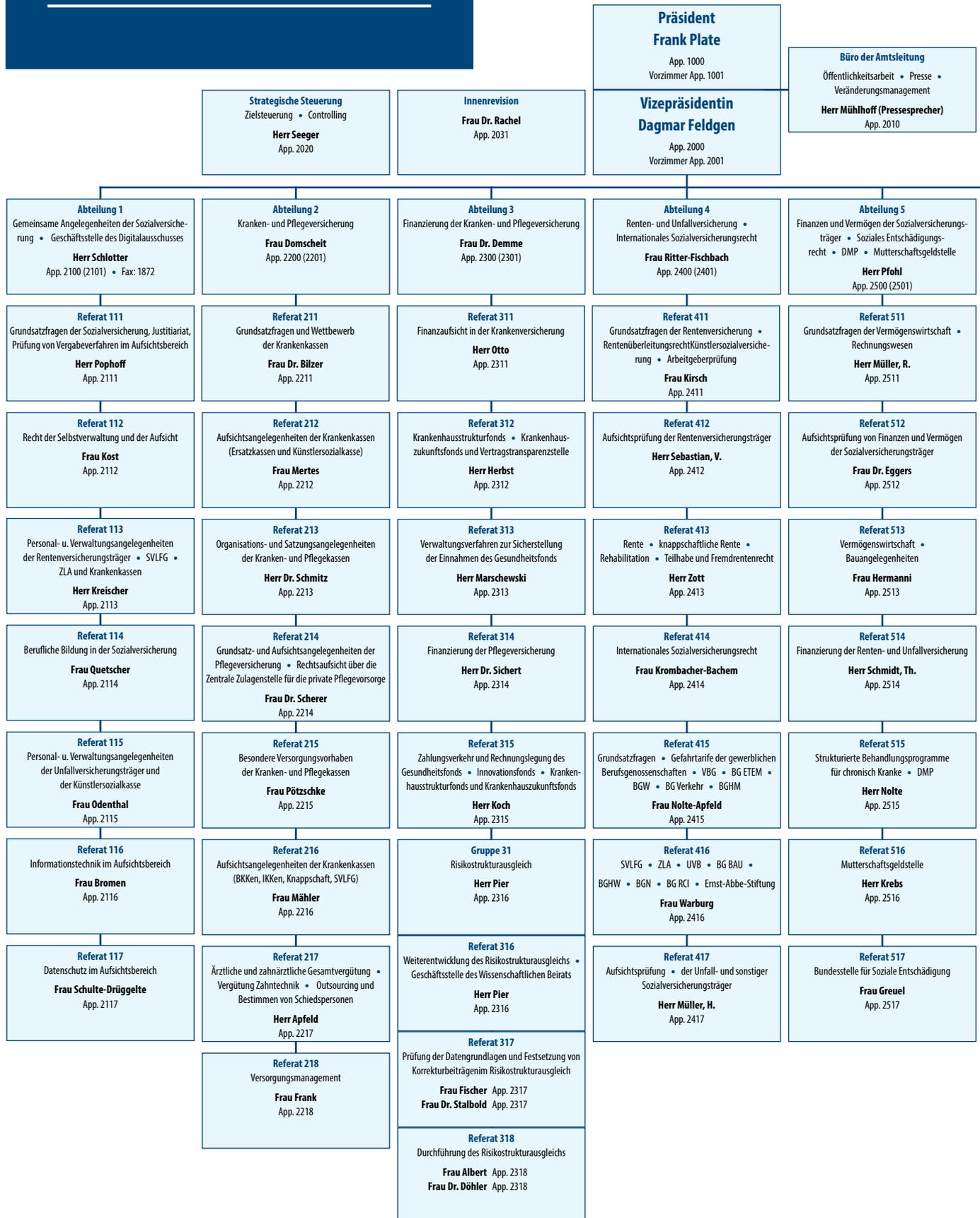
- ARGE-Skilarence
- ARGE Lebrikizumab
- ARGE Tildrakizumab
- ARGE Abatacept IV
- ARGE Sarilumab III
- BKK Dachverband e.V.
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Arbeitsgemeinschaften Unfallversicherung

(insgesamt 19)

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

Organigramm





Legende:
 Aufgaben werden in den Außenstellen des PDK wahrgenommen

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

www.zweiband.de

Druck

Warlich Druck RheinAhr GmbH & Co. KG, Grafschaft



Stand

Juli 2024

Fotocredits

Marian Hamacher / BAS (S.1)

Marian Hamacher / BAS (S.3)

Premreuthai / Adobe Stock (S.10–11)*

Talia Mdlungu/peopleimages.com / Adobe Stock (S.12)

24K-Production / Adobe Stock (S.25)

NDABCREATIVITY / Adobe Stock (S.26)

Photographee.eu / Adobe Stock (S.29)

ArLawKa / Adobe Stock (S.30)

Sveta Evglevskaia / Adobe Stock (S.43)

sam richter / Adobe Stock (S.44)*

Zanni / Adobe Stock (S.49)*

Andrey Bandurenko / Adobe Stock (S.50)

Di Studio / Adobe Stock (S.56)

killykoon / Adobe Stock (S.60)

DanielViero / Adobe Stock (S.72)

peopleimages.com / Adobe Stock (S.82–83)

everythingpossible / Adobe Stock (S.84)

Kiattisak / Adobe Stock (S.99)

ckybe / Adobe Stock (S.100)*

spotmatikphoto / Adobe Stock (S.102)

Dabarti / Adobe Stock (S.104)

Fabio Principe / Adobe Stock (S.108)

Business Pics / Adobe Stock (S.111)*

morita / Adobe Stock (S.112)

LIGHTFIELD STUDIOS / Adobe Stock (S.122)

NanTua / Adobe Stock (S.125)

Quang / Adobe Stock (S.126)

nito / Adobe Stock (S.131)

NAMPIX / Adobe Stock (S.132)

PicDY / Adobe Stock (S.135)

tunedin / Adobe Stock (S.136)

zhinna / Adobe Stock (S.138)

Jiri Hera / Adobe Stock (S.140)

fizkes / Adobe Stock (S.144–145)

Suteren Studio / Adobe Stock (S.146)

bnenin / Adobe Stock (S.152)

Anna Efetova / Adobe Stock (S.154)

Marian Hamacher / BAS (S.163)

* generiert mit KI



[bundesamtsozialesicherung.de](https://www.bundesamtsozialesicherung.de)