



Bundesamt
für Soziale Sicherung

**105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn**

TAGESORDNUNG

TOP 1

Regelmäßige Unterrichtung über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen sowie über genehmigte leistungsbezogene Satzungsregelungen der Krankenkassen gemäß § 90 Abs. 4 Satz 2 SGB IV

(BAS, NW, BW, SN, NI)

- Gemeinsames -

TOP 2

Einsatz der Kollaborationsplattform BSCW-Server zur Verbesserten digitalen Zusammenarbeit unter den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder – Erfahrungsaustausch

(BAS)

TOP 3

Berichte des BMAS zu TOP 2, Ziffer 3 und 4 der 104. Aufsichtsbehördentagung

(BMAS)

TOP 4

Einsatz der Kollaborationsplattform des ITZBund zur Abstimmung der Aufsichtsbehörden von Bund und Länder über Anträge zur Übermittlung von Sozialdaten gemäß § 75 SGB X

(SN)

TOP 5

Pflege der Liste der bestehenden Arbeitsgemeinschaften (kurz: ARGEn-Liste)

(BAS)

TOP 6

Auswirkungen der KI-Verordnung

(BAS)

TOP 7

Die Anwendbarkeit von § 69 Abs. 3 SGB IV und des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei ARGEn mit privatrechtlicher Rechtsform am Beispiel der MD-IT GmbH

(BE)

TOP 8

Gemeinsame Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung (§ 41 SGB IV) ab 1. Januar 2025

(BAS)

- Gesetzliche Rentenversicherung -

TOP 9

Sachstandsbericht zum Multiprojekt rvEvolution der Deutschen Rentenversicherung

(BAS)

- Gesetzliche Unfallversicherung -

TOP 10

Aufgabenspektrum des Geschäftsführers eines Gemeindeunfallversicherungsverbandes

(NI)

- Gesetzliche Krankenversicherung -

TOP 11

Cloud-Einsatz im Gesundheitswesen, § 393 Abs. 3 Nr. 2 SGB V - Erforderlichkeit von C5-Testaten bei Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Abs. 1a SGB X

(BAS)

TOP 12

Ermöglichung der Nutzung einer digitalen Gesundheitsanwendung nach ärztlicher oder psychotherapeutischer Verordnung durch die Krankenkassen nach § 33a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 1. Alt. SGB V

(BMG)

TOP 13

Softwarezertifizierung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nach § 295 Abs. 4 SGB V

(BAS)

TOP 14

Austausch zur neuen Anzeigepflicht gemäß § 25b SGB V gegenüber den Aufsichtsbehörden und Klärung von Rechtsunsicherheiten zu § 25b SGB V (Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen)

(BW/BAS)

TOP 15

Antrag nach § 276 Abs. 2a SGB V für eine Datenübermittlung an den MD Bund zum Betrieb einer Sachkostendatenbank

(BAS)

TOP 16

Entlassmanagement – Prüfung durch den Medizinischen Dienst

(MV)

TOP 17

Verträge über die Außerklinische Intensivpflege (AKI) nach § 132I SGB V, Rundschreiben des BAS an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 7. August 2024

(BAS)

TOP 18

§ 132I SGB V – Außerklinische Intensivpflege (AKI), hier: laufende Vertrags- und Vergütungsverhandlungen

(NW)

TOP 19

Verträge zu Schutzimpfungen gegen Mpox nach § 132e SGB V

(BAS)

TOP 20

**§ 31 SGB V – Versorgung mit Verbandmitteln, hier: Vertragsgrundlage zur Versorgung;
Urteil des BSG vom 30.11.2023 – B 3 KR 2/23 R –**

(NW)

TOP 21

Grundlage des Ausgabenausgleich für doppelfunktionale Hilfsmittel nach § 5 RiDoHiMi

(NW)

TOP 22

Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit neuartigen Arzneimitteln – Gentherapie zur Behandlung schwerer Hämophilien -

(BAS)

TOP 23

Vereinheitlichung des Verfahrens zur Kostenerstattung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz

(BW)

TOP 24

Begründung von Krankengeldbescheiden

(BAS)

TOP 25

Verdacht der missbräuchlichen Verwendung von DRG-Fallpauschalen in Krankenhäusern

(BAS)

TOP 26

Dynamisierungen von Reisekosten- und Entschädigungsregelungen der K(Z)Ven

(SN)

TOP 27

Verwaltungskostenabschlag gemäß § 13 SGB V im Ermessen der Krankenkassen abzüglich ersparter Aufwendungen

(SN)

TOP 28

Obligatorische Anschlussversicherung im Kontext des AsylbLG - § 188 Abs. 4 SGB V

(BW)

TOP 29

Vertrauliche Spurensicherung

(SH)

TOP 30

Auffüllung des Rücklagesolls nach § 261 Abs. 4 SGB V

(SN)

TOP 31

Abrechnungsbetrug von Teststellenbetreibern – Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung bei den Abrechnungsprüfungen nach § 7a TestV

(BMG)

TOP 32

Abführung von Finanzreserven an den Gesundheitsfonds

(BAS)

- Soziale Pflegeversicherung -

TOP 33

§ 42a SGB IX Mitaufnahme von Pflegebedürftigen bei Rehabilitation von Pflegepersonen

(NW)

TOP 34

Pauschale Zusatzzahlung nach § 18c Abs. 5 SGB XI – Zeitpunkt der Auszahlung

(BAS)

- Verschiedenes -

TOP 35

Verschiedenes

- **Länderumfrage des Landes Niedersachsen zu dem Thema: Vereinfachtes Verfahren zur Kostenerstattung für im Vertragsausland selbst beschaffte Sachleistungen**
- **Diabetesversorgung**
- **Werbemaßnahme AOK Bundesverband**
- **106. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden (BMG): 6./7. Mai 2025 in Berlin**



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 01:

Regelmäßige Unterrichtung über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen sowie über genehmigte leistungsbezogene Satzungsregelungen der Krankenkassen gemäß § 90 Abs. 4 Satz 2 SGB IV

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder der Sozialversicherungsträger haben sich gemäß § 90 Abs. 4 Satz 2 SGB IV über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen sowie über genehmigte Satzungsregelungen der Krankenkassen ausgetauscht.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 02:

Einsatz der Kollaborationsplattform BSCW-Server zur verbesserten digitalen Zusammenarbeit unter den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder

Bereich: **Gemeinsames**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 03:

Berichte des BMAS zu TOP 2, Ziffer 3 und 4 der 104. Aufsichtsbehördentagung

Bereich: **Gemeinsames**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder nehmen den Bericht des BMAS zur Kenntnis.

Bericht des BMAS:

Das BMAS kommt zu folgenden Ergebnissen:

- a) Das BMI ist berechtigt, an den Arbeitstagungen der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger teilzunehmen. Es ist auch stimmberechtigt.
- b) Das BMEL ist berechtigt, an den Arbeitstagungen der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger teilzunehmen.

Gesetzlicher Klarstellungen zu a) und b) bedarf es nicht.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 04:

Einsatz der Kollaborationsplattform des ITZBund zur Abstimmung der Aufsichtsbehörden von Bund und Länder über Anträge zur Übermittlung von Sozialdaten gemäß § 75 SGB X

Bereich: **Gemeinsames**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Auf der 93. AT in Hamburg wurde zum Zwecke einer einheitlichen und effizienten Genehmigungspraxis ein Abstimmungsverfahren für den Fall beschlossen, dass für ein Forschungsvorhaben erkennbar von verschiedenen Sozialversicherungsträgern Anträge bei den jeweils zuständigen Behörden nach § 75 Abs. 4 Satz 1, 2 SGB X eingereicht worden sind.

Um diesen Abstimmungsprozess weiter zu optimieren, erfolgt ein Austausch über alternative technische Lösungsmöglichkeiten. Eine zentrale Herausforderung ist es dabei, die vorhandenen Optionen bspw. für bestimmte Schritte so zu nutzen, dass sie eine Verfahrenserleichterung bedeuten. Das gilt insbesondere für die Administration, Durchführung und Dokumentation der Abstimmung.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 05:

Pflege der Liste der bestehenden Arbeitsgemeinschaften (kurz: ARGEn-Liste)

Bereich: **Gemeinsames**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder beschließen, dass Änderungen der ARGEn-Liste ausschließlich durch das BAS redaktionell vorgenommen werden. Die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde teilt zu diesem Zweck dem BAS die relevanten Änderungen mit.

Kurzbegründung:

Das BAS führt nach Beschluss auf der 104. Arbeitstagung (TOP 12) die Liste der bestehenden Arbeitsgemeinschaften (sog. ARGEn-Liste). Die aktuelle Liste ist für die Vertreterinnen und Vertreter der Aufsichten auf dem BSCW-Server abrufbar. Es war eine Entscheidung über Verantwortlichkeiten bei Änderungsbedarf zu treffen.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 06:

Auswirkungen der KI-Verordnung

Bereich: **Gemeinsames**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Am 1. August 2024 ist der europäische Artificial Intelligence Act (AI Act), auf Deutsch KI-Verordnung (KI-VO), in Kraft getreten. Das Gesetz soll die sichere und verantwortungsvolle Entwicklung und Anwendung von künstlicher Intelligenz (KI) in der Europäischen Union fördern. Im Fokus steht der Schutz der Gesundheit, der Sicherheit und der Grundrechte der Bürgerinnen und Bürger. Auch Sozialversicherungsträger, die KI-Systeme einsetzen, sind von der KI-Verordnung betroffen.

Es fand ein erster Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt. Insbesondere stehen die einheitliche Anwendbarkeit der neuen Regelungen im Aufsichtsbereich sowie die konkreten Anforderungen im Zentrum des Austauschs.



105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 07:

Die Anwendbarkeit von § 69 Abs. 3 SGB IV und des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei ARGEN mit privatrechtlicher Rechtsform am Beispiel der MD-IT GmbH

Bereich: **Gemeinsames**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind sich einig, dass die haushaltsrechtliche Vorschrift des § 69 Abs. 3 SGB IV über die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen, und damit die Anwendung des Grundsatzes von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit als Bestandteil der Rechtsaufsicht, grundsätzlich auch auf solche Arbeitsgemeinschaften gem. § 94 Abs. 1a und 2 SGB X anzuwenden sind, die sich eine privatrechtliche Rechtsform wie etwa die der Gesellschaft mit beschränkter Haftung gegeben haben.

Kurzbegründung:

Wie schon im Protokoll zu TOP 02 der 103. Arbeitstagung festgehalten wurde, versperrt nicht schon allein die etwaig privatrechtlich organisierte Rechtsform einer Arbeitsgemeinschaft den Anwendungsbereich der im Übrigen für Arbeitsgemeinschaften einschlägigen Regeln.

Selbst unabhängig von einer „Erforderlichkeit“ der Aufstellung eines Haushaltsplans gem. § 67 SGB IV, gilt nach § 94 Abs. 2 SGB X, dass als etwaiger Prüfungsinhalt der staatlichen Aufsicht die Anwendung der §§ 85, 88 bis 90a SGB IV entsprechend gelten, ohne dass dies im Gesetz von der parallelen Aufstellung eines Haushaltsplans abhängig gemacht wird.

So kann nach § 88 Abs. 1 SGB IV die Aufsichtsbehörde die Geschäfts- und Rechnungsführung des Versicherungsträgers – bzw. hier in analoger Anwendung der Arbeitsgemeinschaft – prüfen, was eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit des Handels der geprüften Institution beinhaltet und voraussetzt. § 88 Abs. 1 SGB IV erfordert nämlich die Anwendbarkeit von § 69 SGB IV, andernfalls läge für die Rechtsaufsicht kaum prüfbarer Inhalt im Hinblick auf die Geschäfts- und Rechnungsführung vor.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 08:

Gemeinsame Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung (§ 41 SGB IV) ab 1. Januar 2025

Bereich: **Gemeinsames**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben gegen die Übertragung der Gemeinsamen Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung (§ 41 SGB IV) ab 1. Januar 2025 in der beigefügten Entwurfsfassung auf etwaige Beschlüsse der Selbstverwaltungsorgane grundsätzlich keine Bedenken.

Kurzbegründung:

Die Höhen der Entschädigungsregelungen für ehrenamtlich Tätige gemäß § 41 SGB IV werden alle drei Jahre durch die Sozialpartner überprüft und an die allgemeinen Kostenentwicklungen angepasst. Den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder liegt eine Anpassung vor, die ab dem 1. Januar 2025 gelten soll. Die Änderungen müssen von der jeweiligen Vertreterversammlung bzw. dem jeweiligen Verwaltungsrat beschlossen werden und bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben hinsichtlich der geplanten Änderungen in der gemeinsamen Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung ab 1. Januar 2025 keine Bedenken vorgetragen. Die Anpassung der Höhe des Pauschbetrags, die Gleichsetzung von hybriden und digitalen Sitzungen mit Präsenzsitzungen, sowie die Aufnahme der Möglichkeit der Nutzung von Fahrrädern und Fahrdienstleistern sind schlüssig.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 09:

Sachstandsbericht zum Multiprojekt rvEvolution der Deutschen Rentenversicherung

Bereich: **Rentenversicherung**

Beschluss:

Es fand ein Informationsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Auf der 101. AT wurde zu TOP 12 beschlossen, dass das BAS den Austausch der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder zum Anzeigeverfahren nach § 85 Abs. 3b Nr. 1 SGB IV zum Multiprojekt rvEvolution der Deutschen Rentenversicherung federführend übernimmt. Über aufsichtsrelevante Gesichtspunkte und den Projektfortschritt wird regelmäßig im Rahmen der Arbeitstagungen der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger berichtet.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 10:

Aufgabenspektrum des Geschäftsführers eines Gemeindeunfallversicherungsverbandes

Bereich: **Unfallversicherung**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Nach § 30 Abs.1 SGB IV dürfen Sozialversicherungsträger nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben sowie die Verwaltungskosten verwenden.

Es bestehen erhebliche Zweifel, ob die mehrtägige Reise des Geschäftsführers eines UV-Trägers zu den Paralympics zu repräsentativen Zwecken vom Aufgabenspektrum des SGB VII (Prävention und Rehabilitation) umfasst wird.



105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 11:

Cloud-Einsatz im Gesundheitswesen, § 393 Abs. 3 Nr. 2 SGB V Erforderlichkeit von C5-Testaten bei Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Abs. 1a SGB X

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Rechtsposition, dass Arbeitsgemeinschaften als Auftragsverarbeiter gemäß § 393 Abs. 3 SGB V ein eigenes C5-Testat vorlegen müssen, soweit sie im Rahmen ihrer Dienstleistung Cloud-Dienste in eigene technische Lösungen einbinden oder als gemanagte Dienstleistung anbieten. Der erforderliche Aufwand für die C5-Testierung skaliert mit der Intensität der Einbindung der Arbeitsgemeinschaft bei der Erbringung des Cloud-Dienstes.

Kurzbegründung:

Krankenkassen sowie ihre jeweiligen Auftragsdatenverarbeiter dürfen Sozialdaten und Gesundheitsdaten im Wege des Cloud-Computing-Dienstes verarbeiten, sofern gemäß § 393 Abs. 3 Nr. 2 SGB V ein aktuelles C5-Testat der datenverarbeitenden Stelle im Hinblick auf die C5-Basiskriterien für die im Rahmen des Cloud-Computing-Dienstes eingesetzten Cloud-Systeme und die eingesetzte Technik vorliegt. Was ein Cloud-Computing-Dienst ist, bestimmt § 384 Nr. 5 SGB V. Offen lässt der Gesetzgeber, ob Arbeitsgemeinschaften i. S. d. § 94 Abs. 1a SGB X, die wiederum Cloud-Dienste Dritter in ihre Dienstleistung einbinden, ebenfalls als Cloud-Dienstleister gesehen werden und somit ein eigenes C5-Testat vorlegen müssen. Aus Sicht der Aufsichtsbehörden ist die konkrete Ausgestaltung des Auftragsverhältnisses zwischen Kasse und Arbeitsgemeinschaft maßgebend. Reicht die Arbeitsgemeinschaft einen Cloud-Computing-Dienst an die Kasse weiter, dann scheidet eine C5-Testatpflicht aus. Ist die Arbeitsgemeinschaft jedoch an der Erbringung des Cloud-Computing-Dienstes maßgeblich beteiligt, dann ist die Arbeitsgemeinschaft ebenfalls C5-Testatpflichtig.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 12:

Ermöglichung der Nutzung einer digitalen Gesundheitsanwendung nach ärztlicher oder psychotherapeutischer Verordnung durch die Krankenkassen nach § 33a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 1. Alt. SGB V

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Es fand ein Meinungs- und Erfahrungsaustausch statt.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 13:

Softwarezertifizierung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nach § 295 Abs. 4 SGB V

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind sich einig, dass Software bzw. Softwareteile und Komponenten die nach Inkrafttreten des TVSG, die der Abrechnung und Vergütung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V dienen, einer Zertifizierung durch die KBV nach § 295 Abs. 4 SGB V bedürfen.

Kurzbegründung:

Nach § 295 Abs. 4 SGB V sind Software bzw. Softwareteile und Komponenten, die der Abrechnung und Vergütung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V dienen, durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu zertifizieren. Damit soll sichergestellt werden, dass sie keine Funktionen mit einer nicht zulässigen Kodierbeeinflussung enthalten.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 14:

Austausch zur neuen Anzeigepflicht gemäß § 25b SGB V gegenüber den Aufsichtsbehörden und Klärung von Rechtsunsicherheiten zu § 25b SGB V (Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen)

Bereich: **Gemeinsames**

Beschluss:

Es fand ein Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Am 26. März 2024 ist die neue Vorschrift des § 25b SGB V in Kraft getreten. Die darin enthaltene Anzeigepflicht war bereits Gegenstand der 104. Arbeitstagung in Erfurt (vgl. TOP 20). In der Diskussion hierzu wurde deutlich, dass ein weiterer Austausch zu ersten Erfahrungen auf der 105. AT stattfinden soll. Hinsichtlich der Umsetzung stellen sich einige Rechtsfragen, die bislang nicht hinreichend geklärt sind. Ziel ist es, eine einheitliche Auslegung der Aufsichtsbehörden sicherzustellen sowie etwaige Änderungsvorschläge zu diskutieren und an den Gesetzgeber zu adressieren.

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 15:

Antrag nach § 276 Abs. 2a SGB V für eine Datenübermittlung an den MD Bund zum Betrieb einer Sachkostendatenbank

Bereich: **Gemeinsames**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Der Austausch gibt den Aufsichtsbehörden der beteiligten Krankenkassen und des MD Bund die Gelegenheit, sich über ihre rechtliche Bewertung des Betriebs einer Sachkostendatenbank und der damit im Zusammenhang stehenden Datenverarbeitung auszutauschen.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 16:

Entlassmanagement – Prüfung durch den Medizinischen Dienst

Bereich: **Medizinische Dienste**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch der Aufsichtsbehörden der Länder statt.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 17:

Verträge über die Außerklinische Intensivpflege (AKI) nach § 132I SGB V, Rundschreiben des BAS an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 7. August 2024

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Die Außerklinische Intensivpflege ist eine Regelleistung nach § 132I Abs. 5 SGB V. Verträge sind einheitlich von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit zuverlässigen Leistungserbringern zu schließen. Gelingt dies nicht, greift als Konfliktlösungsmechanismus ein Schiedsverfahren gemäß § 132I Abs. 6 SGB V. Die Leistungsberechtigten sind als besonders vulnerable Patientengruppe zwingend auf eine verlässliche Versorgung angewiesen. Die Aufsichtsbehörden des Bundes- und der Länder halten es daher für notwendig, die Entwicklung der erforderlichen Vertragsabschlüsse zur Außerklinischen Intensivpflege zu beobachten und sich über den Stand der Vertragsabschlüsse in den einzelnen Bundesländern auszutauschen.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 18:

§ 132l SGB V – Außerklinische Intensivpflege (AKI)
hier: laufende Vertrags- und Vergütungsverhandlungen

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Seit dem 1. Juli 2024 sind Verträge über die Erbringung der ambulanten und stationären AKI auf Grundlage des § 132l SGB V zu schließen. Die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger tauschen sich über die Verhandlungsstände in den jeweiligen Aufsichtsbereichen aus.



105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 19:

Verträge zu Schutzimpfungen gegen Mpox nach § 132e SGB V

Bereich: Krankenversicherung

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Nachdem die Schutzimpfung gegen Mpox in die Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses am 1. Oktober 2022 aufgenommen wurde, besteht für die Krankenkassen die Verpflichtung, hierzu Verträge zu schließen. Die Aufsichtsbehörden des Bundes- und der Länder halten es daher für notwendig, die Krankenkassen, als Vertragspartner der Verträge nach § 132e SGB V, auf die Bedeutung der Verträge zu Schutzimpfungen gegen Mpox hinzuweisen.

Gemäß § 132e Abs. 1 Satz 1 SGB V schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände mit Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärzten, Einrichtungen mit ärztlichem Personal, deren Gemeinschaften, den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen, Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i SGB V.

Einigen sich die Vertragsparteien nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von drei Monaten nach einer Entscheidung gemäß § 20i Abs. 1 Satz 3 SGB V oder nach Erlass oder Änderung der Rechtsverordnung nach § 20i Abs. 3 Satz 1 SGB V, ist ein Schiedsverfahren vorgesehen (vgl. § 132e Abs. 1 Satz 6 und 7 SGB V).

Die Krankenkassen haben die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten. Hierfür ist es erforderlich entsprechende Verträge zu schließen, insbesondere mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, um die Kassenärzte als Leistungserbringer in die Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungen einzubeziehen, aber u.a. auch mit den obersten Landesgesundheitsbehörden.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 20:

§ 31 SGB V – Versorgung mit Verbandmitteln

hier: Vertragsgrundlage zur Versorgung; Urteil des BSG vom 30.11.2023 – B 3 KR 2/23 R –

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Auffassung, dass das Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.11.2023 – B 3 KR 2/23 R – entsprechend auf die Verträge zur Versorgung mit Verbandmitteln außerhalb von Apotheken zu übertragen ist.

In Ergänzung des Beschlusses zu TOP 09 der 104. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden bitten sie das Bundesministerium für Gesundheit um eine kurzfristige gesetzliche Klarstellung, die auch den Bereich der Verbandmittel umfasst.



105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

Kurzbegründung:

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seinem Urteil vom 30.11.2023 – B 3 KR 2/23 R über die vertragliche Grundlage zur Versorgung mit Blut- und Harnteststreifen von Leistungserbringern außerhalb von Apotheken entschieden und festgestellt, dass es hierfür eines Vertrages zwischen der Krankenkasse und den Leistungserbringenden bedarf. Als Vertragsgrundlage sieht das BSG die Übertragung der Vorschriften der §§ 126, 127 SGB V als maßgeblich an. In der Urteilsbegründung hat das BSG mehrfach auf die Trennung zwischen der leistungsrechtlichen und der leistungserbringungsrechtlichen Beurteilung hingewiesen und festgestellt, dass *„die nach § 31 SGB V zugeordneten Ansprüche auf Leistungen, die krankenkassenversicherungsrechtlich keine Arzneimittel sind, der Regelungskonzeption nach leistungserbringungsrechtlich der Hilfsmittelversorgung zugerechnet sind“*. Ferner führt das BSG weiter aus, dass *„diese Verträge gemäß §§ 2 Abs 2 Satz 3, 69 Abs 1 SGB V allein nach Maßgabe der Regelungen, die der Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in den weiteren Abschnitten des Vierten Kapitels des SGB V im Hinblick auf die Leistungserbringer oder die Leistungen abschließend vorgegeben sind, zustande kommen“* und dass *„in diesem Sinne das Vierte Kapitel einen Numerus clausus möglicher Vertragsarten begründet, nach denen „abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände“ u.a. zu „Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden“ zu regeln sind“*.

Die leistungsrechtlichen Ansprüche auf Verbandmittel leiten sich ebenfalls aus § 31 SGB V ab. Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder stimmen überein, dass relevante Unterschiede in der leistungserbringungsrechtlichen Beurteilung nicht erkennbar sind und somit der dem Urteil zugrundeliegenden Rechtsauffassung grundsätzliche Bedeutungen ist. Somit wird die Übertragbarkeit des Urteils gesehen, d. h. auch Verträge zur Versorgung mit Verbandmitteln außerhalb von Apotheken sind auf der Grundlage der §§ 126, 127 SGB V abzuschließen.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 21:

Grundlage des Ausgabenausgleich für doppelfunktionale Hilfsmittel nach § 5 RiDoHiMi

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind der Auffassung, dass die Vorschrift des § 5 RiDoHiMi in Bezug auf den Buchungstag nicht eindeutig ist und als Zuordnungskriterium für die Grundlage des Ausgabenausgleichs für doppelfunktionale Hilfsmittel nach § 5 RiDoHiMi auf den Abgabetag des Hilfsmittels abzustellen ist. Das BMG wird gebeten, auf den GKV-Spitzenverband zuzugehen, um eine Klarstellung und ggfs. Änderung der Richtlinien zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel in der Fassung vom 24. Juni 2020 zu prüfen.



105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

Kurzbegründung:

Die RiDoHiMi, die Umbuchungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung regelt, wird nicht einheitlich angewandt. Hierdurch kommt es bei gleichen Sachverhalten zu unterschiedlichen Belastungen der Versicherungsträger. In § 5 RiDoHiMi ist normiert, dass Grundlage des Ausgabenausgleiches für doppelfunktionale Hilfsmittel der Buchungstag der Ausgaben (Buchungssumme) ist. Fraglich ist, zu welchem Zeitpunkt ein Pflegegrad bei dem Leistungsempfänger vorliegen muss, damit eine anteilige Umbuchung in die Pflegekasse, erfolgen kann. Von den Krankenkassen, deren EDV-Systemen und deren Dienstleistern werden unterschiedliche Zeitpunkte, nämlich der Abgabetag bzw. der tatsächliche Zahltag, für die Beurteilung des gleichen Vorgangs herangezogen, hierdurch haben einige Krankenkassen finanzielle Vorteile. Aufgrund der Einbeziehung von Dienstleistern stimmen die gebuchten Werte in der Finanzbuchhaltung Wilken und die dokumentierten Werte im Leistungsfall (BIT- MARCK_21c|ng) nicht überein. Weitere Auswirkungen ergeben sich auf den Risikopool und die Datenmeldungen zum MORBI RSA.

Die Differenzen zwischen Finanzbuchhaltung und Leistungsfällen und das unterschiedliche Vorgehen bei der Belastung der Träger sind nicht tolerierbar, sodass eine eindeutige rechtliche Festlegung und ein gleichgelagertes Vorgehen zwingend erforderlich sind.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind der Auffassung, dass die Vorschrift des § 5 RiDoHiMi in Bezug auf den Buchungstag nicht eindeutig ist und als Zuordnungskriterium für die Grundlage des Ausgabenausgleichs für doppelfunktionale Hilfsmittel nach § 5 RiDoHiMi auf den Abgabetag des Hilfsmittels abzustellen ist. Das Abstellen auf den Abgabetag ist sinnvoll, da dieses Datum zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel (Rdschr. 08g vom 09.10.2002/Gemeinsame Verlautbarung zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel) herangezogen wird.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 22:

**Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit neuartigen Arzneimitteln
– Gentherapie zur Behandlung schwerer Hämophilien -**

eingereicht vom **BAS**

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Sog. „Orphan-Drugs“ gem. § 35a Abs. 1 Satz 11 SGB V müssen für einen Leistungsanspruch nach § 31 SGB V noch nicht Therapiestandard sein. Gegen Verordnungen, die die Vorgaben in den Beschlüssen des G-BA beachten, kann die Unwirtschaftlichkeit nur dann eingeredet werden, wenn die Gleichwertigkeit der Alternativtherapie nachgewiesen wird.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 23:

Vereinheitlichung des Verfahrens zur Kostenerstattung nach dem Schwangerschafts- konfliktgesetz

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch der Aufsichtsbehörden der Länder statt.

Kurzbegründung:

Baden-Württemberg lädt zu einer Projektgruppe unter anderem zur Prüfung einer möglichen Vereinheitlichung des Verfahrens ein.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 24:

Begründung von Krankengeldbescheiden

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben sich – unter Heranziehung des Urteils vom Bundessozialgericht vom 6. Juli 2022 – B 5 R 21/21 R, Rn. 17 – zur Verfahrensweise der Krankenkassen ausgetauscht. Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben insbesondere das Erfordernis einer ordnungsgemäßen Begründung von Krankengeldbescheiden unter Darlegung von Berechnungsgrundlagen erörtert.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 25:

Verdacht der missbräuchlichen Verwendung von DRG-Fallpauschalen in Krankenhäusern

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder nehmen den an das BAS herangetragenen Verdacht zur missbräuchlichen Verwendung von DRG-Fallpauschalen in Krankenhäusern zur Kenntnis. Im Übrigen fand ein Erfahrungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Da sowohl die Aufsicht über die Krankenhäuser als auch die Finanzierung von Investitionskosten den Ländern obliegt, wird der vorgetragene Hinweis/Verdacht zum Anlass genommen, die Thematik im Kreis der Aufsichtsbehörden zu erörtern.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 26:

Dynamisierungen von Reisekosten- und Entschädigungsregelungen der K(Z)Ven

Bereich: **Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden der Länder und das BMG stimmen darin überein, dass Dynamisierungen innerhalb von Anpassungsersuchen zu Reisekosten- und Entschädigungsregelungen der K(Z)Ven grundsätzlich als nicht genehmigungsfähig erachtet werden.

Kurzbegründung:

Dynamisierungen von Reisekosten- und Entschädigungsregelungen der K(Z)Ven verstoßen gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit und stehen dem Bestimmtheitsgrundsatz entgegen. Maßgebend ist die tatsächliche Kostenbelastung und -entwicklung, welche durch eine individuelle – durch die betreffende K(Z)V durchgeführte – Kostenstrukturanalyse festgestellt wird. Die Erforderlichkeit einer Erhöhung der Entschädigungswerte darf nicht allein auf statistischen Größen basieren. Sie muss aktiv geprüft, festgestellt und der Rechtsaufsicht zur Genehmigung vorgelegt werden.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

**105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 13. Bis 14. November 2024 in Bonn**

TOP 27:

Verwaltungskostenabschlag gemäß § 13 SGB V im Ermessen der Krankenkassen abzüglich ersparter Aufwendungen

Bereich: Krankenversicherung

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder bitten das BMG zu prüfen, ob eine Angleichung der Regelungen zum Abzug des Verwaltungskostenabschlages in § 13 Abs. 4 Satz 5 SGB V und in § 13 Abs. 2 Satz 10 SGB V erforderlich ist.

Kurzbegründung:

Die Krankenkasse hat im Kostenerstattungsverfahren gemäß § 13 Abs. 4 Satz 5 SGB V ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorzusehen und dies in ihrer Satzung zu regeln. Im Kostenerstattungsverfahrens gemäß § 13 Abs. 2 SGB V hingegen kann die Krankenkasse einen Verwaltungskostenabschlag gemäß § 13 Abs. 2 Satz 10 SGB V in Abzug bringen, ihr kommt demnach Ermessen zu.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 28:

Obligatorische Anschlussversicherung im Kontext des AsylbLG – § 188 Abs. 4 SGB V

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder bitten das BMG, eine Ergänzung von § 188 Abs. 4 SGB V um eine § 5 Abs. 11 Satz 3 SGB V entsprechende Regelung zu prüfen.

Kurzbegründung:

Es bedarf in Folge des Urteils des Bundessozialgerichts vom 10.03.2022 (Az. B 1 KR 30/20 R) einer Ergänzung in § 188 Abs. 4 SGB V, dass auch Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 AsylbLG i. V. m. sonstigen Leistungen nach § 6 AsylbLG als ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall i. S. d. § 188 Abs. 4 Satz 2 SGB V gelten, damit eine nachteilige obligatorische Anschlussversicherung für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gesetzlich ausgeschlossen wird.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 29:

Vertrauliche Spurensicherung

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.



**105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 13. Bis 14. November 2024 in Bonn**

TOP 30:

Auffüllung des Rücklagesolls nach § 261 Abs. 4 SGB V

Bereich: Krankenversicherung

Beschluss:

1. Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind der Auffassung, dass bei einer Unterschreitung des Rücklagesolls, die geringer als der hälftige Betrag des Rücklagesolls ist, es gemäß § 261 Abs. 4 SGB V ausreichend ist, die Auffüllung der Rücklage in Höhe der Unterschreitung des Rücklagesolls im Haushaltsplan zu veranschlagen.
2. Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind der Auffassung, dass bei einer Unterschreitung des Rücklagesolls spätestens im 2. Jahr der Unterschreitung eine vollständige Auffüllung des Rücklagesolls im Haushaltsplan erstrebenswert ist. Das BMG stellt klar, dass die vollständige Auffüllung des Rücklagesolls im 2. Jahr der Unterschreitung gemäß § 261 Abs. 4 SGB V nicht zwingend ist.
3. Das BMG wird gebeten zu prüfen, ob eine Konkretisierung der Regelung in § 261 Abs. 4 SGB V angezeigt ist.



**105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 13. Bis 14. November 2024 in Bonn**

Kurzbegründung:

Ergibt sich bei der Aufstellung des Haushaltsplans, dass die Rücklage geringer ist als das Rücklagesoll, ist nach § 261 Abs. 4 SGB V bis zur Erreichung des Rücklagesolls die Auffüllung der Rücklage im Regelfall mit einem Betrag in Höhe von mindestens der Hälfte des Rücklagesolls im Haushaltsplan vorzusehen.

Nach dem Wortlaut von § 261 Abs. 4 SGB V ist demnach im Regelfall mindestens die Hälfte des Rücklagesolls zur Auffüllung im Haushaltsplan zu veranschlagen. Ist die Unterschreitung des Rücklagesolls jedoch geringer als die Hälfte des Rücklagesolls, hat nach dem Wortlaut der Vorschrift die Auffüllung nur bis zum Erreichen des Rücklagesolls zu erfolgen. Eine darüber hinausgehende Auffüllung ist nicht notwendig.

Spätestens im 2. Jahr einer Unterschreitung der Mindestrücklage sollte im Haushaltsplan eine vollständige Auffüllung des Rücklagesolls erfolgen. Da die aktuelle Rechtslage diesbezüglich jedoch unklar ist, haben die Aufsichtsbehörden der Länder und das BAS das BMG gebeten zu prüfen, ob eine Konkretisierung der Gesetzesregelungen erforderlich ist.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 31:

Abrechnungsbetrug von Teststellenbetreibern – Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen bei den Abrechnungsprüfungen nach § 7a TestV

Bereich: **Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen**

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch zwischen den Aufsichtsbehörden der Länder und dem BMG statt.

Kurzbegründung:

Bei Hinweisen auf fehlerhafte Abrechnungen der Bürgertestungen von Teststellenbetreibern und womöglich strafrechtlich relevantem Verhalten ist die Weiterführung einer effektiven Abrechnungsprüfung und die Rückforderung von zu Unrecht ausgezahlten Vergütungen unabdingbar.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 32:

Abführung von Finanzreserven an den Gesundheitsfonds

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden der Länder sagen zu, sich im Falle der Festsetzung eines an den Gesundheitsfonds nach § 260 Abs. 4 Satz 1 SGB V abzuführenden Betrages mit dem BAS als Verwalter des Gesundheitsfonds zeitnah abzustimmen.

Kurzbegründung:

Das BAS informierte darüber, dass die zuständige Aufsichtsbehörden nach § 260 Abs. 4 Satz 2 SGB V prüfen müssen, ob und welchem Umfang eine Abführung von Finanzmitteln an den Gesundheitsfonds erforderlich ist. Für eine reibungslose Umsetzung bedarf es einer guten und rechtzeitigen Kommunikation zwischen den Aufsichtsbehörden und dem BAS als Verwalter des Gesundheitsfonds.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 33:

§ 42a SGB XI – Mitaufnahme von Pflegebedürftigen bei Rehabilitation von Pflegepersonen

Bereich: **Pflegeversicherung**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder informieren sich gegenseitig über die jeweiligen Kenntnisstände im Aufsichtsbereich.

Kurzbegründung:

Seit dem 1. Juli 2024 haben Pflegebedürftige Anspruch auf die Versorgung in einer Vor- und Rehabilitationseinrichtung, wenn dort gleichzeitig Leistungen für die Pflegeperson erbracht werden. Die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger berichten über die Realisierung des Rechtsanspruchs in ihren Aufsichtsbereichen.



105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 34:

Pauschale Zusatzzahlung nach § 18c Abs. 5 SGB XI – Zeitpunkt der Auszahlung

Bereich: Pflegeversicherung

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder stimmen überein, dass die pauschale Zusatzzahlung wegen nicht rechtzeitiger Bescheidung eines Pflegeantrags oder bestimmter Begutachtungsfristen unverzüglich ausbezahlen ist. Eine Auszahlung stets erst nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens, d.h. bei Bescheiderteilung, entspricht nicht der gesetzlichen Regelung.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder wirken darauf hin, dass die Pflegekassen die Vorgaben des § 18c Abs. 5 SGB XI gesetzeskonform anwenden.

Kurzbegründung:

Nach § 18c Abs. 5 SGB XI hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung „unverzüglich“ 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen, wenn der schriftliche Bescheid über den Antrag auf Pflegeleistungen nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang erteilt wird oder eine der in § 18a Abs. 5 und 6 SGB XI genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten werden. Dies gilt nicht, wenn sie die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

Sinn und Zweck der pauschalen Zusatzzahlung ist neben der Sanktionierung von Verfahrensverzögerungen, die pflegebedürftige Person bis zur Entscheidung über die Leistungen wirtschaftlich zu unterstützen. Dieses Ziel wird nur erreicht, wenn die Auszahlung laufend für jede begonnenen Woche der Fristüberschreitung erfolgt und nicht erst nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens.

Die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen und Auszahlung der pauschalen Zusatzzahlung hat unverzüglich nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung zu erfolgen.



Bundesamt
für Soziale Sicherung

105. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 13. bis 14. November 2024 in Bonn

TOP 35:

Verschiedenes

Bereich: **Verschiedenes**

Themenliste (ohne Beschluss):

- Länderumfrage des Landes Niedersachsen zu dem Thema: Vereinfachtes Verfahren zur Kostenerstattung für im Vertragsausland selbst beschaffte Sachleistungen
- Diabetesversorgung
- 106. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden (BMG): 6./7. Mai 2025 in Berlin
- Werbekampagne des AOK Bundesverbandes