



Baden-Württemberg  
Ministerium für Soziales,  
Gesundheit und Integration

**107. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger  
vom 12. bis 13. November 2025 in Stuttgart**

## **TAGESORDNUNG**

### **TOP 01**

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

(BAS, BW, HB, NI, NW, SN, ST)

**- Gemeinsames -**

### **TOP 02**

Arbeitsgemeinschaft „GKV-Bündnis für Gesundheit in Berlin“, Aufgabenwahrnehmung  
nach § 20a Abs. 1 + 2 SGB V. Prüfung der Haushaltspläne nach § 94 Abs. 3 SGB X

(BE)

### **TOP 03**

Ausgestaltung der Regelungen zur Zukunftssicherung in Vorstandsdienstverträgen  
gemäß § 35a Abs. 6 und 6a SGB IV

(BW)

### **TOP 04**

Vorstandsdienstverträge; Auswirkungen des BSG-Urteils v. 27. Juni 2024 (B 2 A 1/22  
R) zur Nutzung von Dienstfahrzeugen für private Zwecke

(BAS)

**- Gesetzliche Rentenversicherung -**

**TOP 05**

Sachstandsbericht zum Multiprojekt rvEvolution der Deutschen Rentenversicherung  
(BAS)

**- Gesetzliche Krankenversicherung -**

**TOP 06**

Hilfsmittelversorgung - Verträge nach § 127 Abs. 3 SGB V  
(BAS)

**TOP 07**

Kosten der Schiedsverfahren  
(BAS)

**TOP 08**

Verhältnis zwischen § 45 Abs. 1a SGB V (Kinderkrankengeld) und den §§ 60 Abs. 5 SGB V i.V.m. 73 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB IX (Verdienstausfall als Bestandteil der Reisekosten)  
(BAS)

**TOP 09**

Löschung der Daten im Rahmen der Erhebung nach § 275 Abs. 1b SGB V  
(BAS)

**TOP 10**

Austausch zur Anzeigepflicht gemäß § 25b SGB V gegenüber den Aufsichtsbehörden  
(BAS/BW)

### **TOP 11**

Ständige Kindergarten- und Schulbegleitung für Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 - Kostenteilungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern der Eingliederungshilfe

(BAS)

### **TOP 12**

§ 53 Abs. 1 SGB V - Wahltarif Selbstbehalt; hier: Zulässigkeit eines Wahltarifs, bei dem die Tragung eines Selbstbehaltes durch die Prämienhöhe tatsächlich ausgeschlossen wird

(NW)

### **TOP 13**

Bonifizierung des Nichtraucherstatus gemäß § 65a SGB V

(BAS)

### **TOP 14**

Leistungen der Krankenkassen im Satzungsbereich - Zulässigkeit von Satzungsleistungen zur Regelung der Kostenübernahme für die Teilnahme an (Baby-) Erste-Hilfe-Kursen

(BAS)

### **TOP 15**

Auskunft zu Mittelverwendung nach § 20b Abs. 4 SGB V durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen

(BMG)

### **TOP 16**

Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung - KKWerbeV; Sachstandsanfrage

(BE)

### **TOP 17**

Zulässigkeit des Energiesparcontracting

(SN)

**- Soziale Pflegeversicherung -**

**TOP 18**

**-zurückgezogen-**

**TOP 19**

Missbrauch der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

(BAS)

**TOP 20**

Softwaregestützte Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für pauschale  
Zusatzzahlungen nach § 18c Abs. 5 SGB XI durch die Pflegekassen

(BAS)

**TOP 21**

Digitale Beratungsangebote der Pflegekassen

(BMG)

**- Medizinische Dienste -**

**TOP 22**

Amtsdauer Verwaltungsrat Medizinischer Dienst

(SN)

## - Verschiedenes -

### TOP 23

#### Verschiedenes

- Rechtsbehelfsbelehrung und Hinweis auf unabhängige Ombudsperson des Medizinischen Dienstes in Bescheiden der Kranken-/Pflegekassen (BAS)
- Kreis der Berechtigten für die Anlage der elektronischen Patientenakte (BAS)
- Sachstand Kapitalbeteiligungen im Immobilienbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen (SH)
- Sachstand Digitalisierung in der MD-Landschaft (BMG)
- Medizinischer Dienst: Wiederwahl der amtierenden Mitglieder (RP)
- Online-Wahlen (BMAS)
- Muster-Vordruck § 85 SGB IV-Anzeigen (BAS)
- 108. Aufsichtsbehördentagung am 22./23. April 2026 (BY)

## **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 Absatz 4 Satz 2 SGB IV über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen sowie über genehmigte leistungsbezogene Satzungsregelungen der Krankenkassen ausgetauscht.

## TOP 02

Arbeitsgemeinschaft „GKV-Bündnis für Gesundheit in Berlin“,  
Aufgabenwahrnehmung nach § 20a Abs. 1 + 2 SGB V. Prüfung der Haushaltspläne  
nach § 94 Abs. 3 SGB X

---

**Bereich:** Gemeinsames

### **Beschluss:**

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

### **Kurzbegründung:**

Zur Vereinfachung der HPI-Prüfungen der *ARGEN GKV Bündnis für Gesundheit* soll ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch stattfinden. Gemeinsame Klärung, ob auf die HPI-Prüfung aufgrund der sowieso zwingend stattfindenden Zuwendungsprüfung verzichtet werden kann.

## **TOP 03**

### **Ausgestaltung der Regelungen zur Zukunftssicherung in Vorstandsdienstverträgen gemäß § 35a Absätze 6 und 6a Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV)**

---

#### **Bereich: Krankenversicherung**

#### **Beschluss:**

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind der Auffassung, dass eine Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder über die Sozialversicherungsträger für Vorstandsdienstverträge im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 35a Absätze 6 und 6a Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) (Allgemeine Verwaltungsvorschrift) hinsichtlich der Absicherung biometrischer Risiken nicht erforderlich ist.

#### **Kurzbegründung:**

Der Wortlaut des § 35a Absatz 6a SGB IV, der eine Beitragsorientierung fordert, ist eindeutig und schließt eine Berücksichtigung individueller Risikomerkmale aus. Ausnahmeregelungen laufen dem Willen des Gesetzgebers zuwider und sind abzulehnen.

Die individuelle Nichtversicherbarkeit biometrischer Risiken betrifft das allgemeine Lebensrisiko und stellt keine Diskriminierung dar.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass Vorstandsmitglieder Organe der Körperschaften sind und kein Arbeitnehmerverhältnis im arbeitsrechtlichen Sinne besteht, bestimmte Schutzrechte finden daher keine Anwendung. Eine eigenständige Risikovorsorge bleibt dem Vorstandsmitglied überlassen.



## **TOP 04**

### **Vorstandsdienstverträge; Auswirkungen des BSG-Urteils v. 27. Juni 2024 (B 2 A 1/22 R) zur Nutzung von Dienstfahrzeugen für private Zwecke**

---

#### **Bereich: Krankenversicherung**

#### **Beschluss:**

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind der Auffassung, dass die aufsichtsrechtliche Praxis bei der Genehmigung von Vorstandsdienstverträgen unter Berücksichtigung des BSG-Urteils vom 27.06.2024 (B 2 A 1/22 R) keiner Anpassung bedarf und der privaten Nutzung weiterhin in Vorstandsdienstverträgen gemäß § 35a Abs. 6a SGB IV zugestimmt werden kann.

#### **Kurzbegründung:**

Im Urteil vom 27. Juni 2024 (B 2 A 1/22 R) zur Nutzung von Dienstkraftfahrzeugen für private Zwecke führt das BSG aus, dass der Unfallversicherungsträger seinen durch § 30 Abs. 1 SGB IV bestimmten Aufgabenkreis evident überschreitet, wenn er seine Mittel dazu einsetzt, in großem Umfang Mitarbeitern ein Dienstfahrzeug zur privaten Nutzung zur Verfügung zu stellen. Bei der Überlassung von Dienstkraftfahrzeugen auch zur privaten Nutzung für Vorstandsmitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich nicht um einen großen Umfang von Mitarbeitern, die nahezu die Hälfte des Sozialversicherungsträgers ausmachen. Zudem ist das Dienstkraftfahrzeug in Höhe von 1 % des Bruttolistenpreises Bestandteil der Vorstandsvergütung, deren Angemessenheit gemäß § 35a Abs. 6a SGB IV zu prüfen ist. Folglich fehlt es an einer dem Urteil des BSG zugrunde liegenden vergleichbaren Sachlage.

## **TOP 05**

### **Sachstandsbericht zum Multiprojekt rvEvolution der Deutschen Rentenversicherung**

---

#### **Bereich: Rentenversicherung**

#### **Beschluss:**

Es findet 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.

## TOP 06

### Hilfsmittelversorgung – Verträge nach § 127 Abs. 3 SGB V

---

#### **Bereich:** Krankenversicherung

#### **Beschluss:**

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

#### **Kurzbegründung:**

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben sich zu der Frage ausgetauscht, ob Erkenntnisse vorliegen, dass sich Leistungserbringer zunehmend weigern, Rahmenverträge nach § 127 Abs. 1 SGB V abzuschließen. Es bestand Einigkeit, dass Krankenkassen in diesen Fällen im Einzelfall Einzelvertragsabschlüsse nach § 127 Abs. 3 SGB V ablehnen dürfen, sofern die Versorgung dennoch sichergestellt ist.

## TOP 07

### Kosten der Schiedsverfahren

---

#### **Bereich: Krankenversicherung**

#### **Beschluss:**

Die Aufsichtsbehörden der Länder und das BAS bitten das BMG um eine gesetzliche Klarstellung hinsichtlich der Kostentragung des Schiedsverfahrens.

#### **Kurzbegründung:**

Die gesetzlichen Regelungen sehen bei bestimmten Schiedsverfahren vor, dass die Kosten des Verfahrens von den Vertragspartnern zu gleichen Teilen getragen werden (z.B. §§ 127 Abs. 1a Satz 9, 132d Abs. 2 Satz 3, 132l Abs. 6 Satz 5 SGB V). Die Krankenkassen verweigern teilweise die Beteiligung an den Kosten bei Widerspruch/Klage gegen den Einsetzungsbescheid der Aufsichtsbehörde. Hierzu bestehen unterschiedliche Auslegungen. Auch zu der Höhe der von Schiedspersonen bestimmten Kosten des Schiedsverfahrens gibt es Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen. Zudem ist nach den gesetzlichen Regelungen nicht eindeutig, wer bei der Tragung der Kosten „zu gleichen Teilen“ als Vertragspartner anzusehen ist. Es wird angeregt das BMG zu bitten, klarstellende gesetzliche Regelungen zu prüfen.

## TOP 08

**Verhältnis zwischen § 45 Abs. 1a SGB V (Kinderkrankengeld) und den §§ 60 Abs. 5 SGB V i.V.m. 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB IX (Verdienstausschlag als Bestandteil der Reisekosten)**

---

### **Bereich: Krankenversicherung**

#### **Beschluss:**

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder stimmen überein, dass Ansprüche auf Verdienstausschlag als Reisekostenbestandteil nach § 73 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB IX unabhängig von § 45 Abs. 1a SGB V bestehen.

#### **Kurzbegründung:**

Die im Aufsichtsgeschehen bekannt gewordene Praxis von Krankenkassen, Ansprüche auf Verdienstausschlag als Reisekostenbestandteil nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB IX unter Bezugnahme auf die Exklusivität der Kinderkrankengeldregelung nach § 45 Abs. 1a SGB V abzulehnen, entspricht nicht der geltenden Rechtslage. Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder weisen darauf hin, dass kein gesetzliches Rang- oder Ausschlussverhältnis zwischen beiden Einkommensersatzleistungen besteht.

Einige Krankenkassen hatten bis zur Einführung des neuen Kinderkrankengeldes Verdienstausschläge ohne ausdrückliche Rechtsgrundlage als akzessorische Nebenleistung auf der Grundlage von § 11 Abs. 3 SGB V erstattet. Dies ist seit der Einführung des Kinderkrankengeldes bei medizinisch notwendiger Begleitung eines Elternteils zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen seines Kindes ausgeschlossen.

Ist die Begleitung eines Elternteils zu einer Rehabilitationsmaßnahme wegen einer Behinderung seines Kindes erforderlich, bleibt eine mögliche Verdienstausschlagserstattung als Bestandteil der Reisekosten auf der ausdrücklichen Rechtsgrundlage in §§ 60 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 73 SGB IX davon unberührt.

Ob ein Kinderkrankengeldanspruch nach dem SGB V besteht, ist für den Reisekostenanspruch nach § 73 SGB IX unbedeutend. Damit werden insbesondere Eltern von Kindern mit Behinderung, die wegen eines höheren Umfangs an Sorgearbeit eine Berufstätigkeit auf einen Minijob begrenzen, durch die Einführung des neuen Kindergeldtatbestandes nicht schlechter gestellt.

Besteht Anspruch auf beide Einkommensersatzleistungen, muss Antragswahlfreiheit zugestanden werden.

Die Krankenkasse ist verpflichtet, die Versicherten zu beraten, welcher Leistungsanspruch im Einzelfall für die versicherte Person vorteilhafter sein kann.

## **TOP 09**

### **Löschung der Daten im Rahmen der Erhebung nach § 275 Abs. 1b SGB V**

---

#### **Bereich: Krankenversicherung**

#### **Beschluss:**

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder stimmen überein, dass die zum Zwecke der Entscheidung über die Beauftragung des MD zur Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit erhobenen und verarbeiteten Daten, soweit diese für die Prüfung und Nachweisführung des Anspruchs auf Krankengeld (Blockfristenberechnung) notwendig sind, nicht unmittelbar zu löschen sind.

#### **Kurzbegründung:**

Die Aufsichtsbehörden haben sich zu der Frage ausgetauscht, ob und inwieweit Informationen, die zum Zwecke der Entscheidung über die Beauftragung des MD bei Arbeitsunfähigkeit erhoben und verarbeitet werden, auch über den Zeitpunkt der Beauftragung bzw. der Begutachtung hinaus aufzubewahren sind. Hierbei kamen sie zu der Auffassung, dass entsprechende Informationen auch längerfristig aufbewahrt werden können, um Arbeitsunfähigkeitszeiten für eine ggf. später vorzunehmende Blockfristberechnung heranzuziehen.

## TOP 10

Austausch zur Anzeigepflicht gemäß § 25b SGB V gegenüber den Aufsichtsbehörden

---

**Bereich:** Krankenversicherung

**Beschluss:**

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

**Kurzbegründung:**

Auf der 106. AT hat das BAS die Veröffentlichung der FAQ-Liste angekündigt. Nunmehr ist die Veröffentlichung erfolgt. Es ist von Interesse zu erfahren, ob und zu welchen Themen nach dieser Veröffentlichung durch die landesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen Anzeigen erfolgt sind und welche ersten Erfahrungen die landesunmittelbaren Aufsichtsbehörden dazu gemacht haben.



## **TOP 11**

### **Ständige Kindergarten- und Schulbegleitung für Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 – Kostenteilungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern der Eingliederungshilfe**

---

#### **Bereich: Krankenversicherung**

#### **Beschluss:**

Die Aufsichtsbehörden der Länder und das BAS bitten das BMG zu prüfen, eine gesetzliche Grundlage zur leistungsrechtlichen Abgrenzung zu schaffen und den Abschluss von Verträgen zur Kostenverteilung zwischen Krankenkassen und Trägern der Eingliederungshilfe bei der Kindergarten- und Schulbegleitung von Kindern mit Diabetes mellitus Typ I zu ermöglichen.

#### **Kurzbegründung:**

Zur Sicherung einer ständigen Begleitung von Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1 in Kindergärten und Schulen kommen im Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach §§ 37, 37c SGB V in Betracht. Erörterungsbedarf besteht dahingehend, ob und inwieweit die darüber hinaus gehende Leistung Krankenbeobachtung (in Teilen) der Eingliederungshilfe zuzuordnen ist.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben ihren Austausch zum Leistungsanspruch von Kindern mit Diabetes mellitus Typ I auf eine ständige Kindergarten- und Schulbegleitung fortgeführt. Erörtert wurde insbesondere, ob und inwieweit eine ausdrückliche Rechtsgrundlage geschaffen werden kann, die für verbindliche Vereinbarungen zur Kostenteilung zwischen Krankenkassen und Eingliederungshilfeträgern sorgt.

## TOP 12

### § 53 Abs. 1 SGB V – Wahltarif Selbstbehalt

**hier: Zulässigkeit eines Wahltarifs, bei dem die Tragung eines Selbstbehaltes durch die Prämienhöhe tatsächlich ausgeschlossen wird**

---

#### **Bereich: Krankenversicherung**

#### **Beschluss:**

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Auffassung, dass ein Wahltarif „Selbstbehalt“ die Möglichkeit einer tatsächlichen Kostentragung durch die Mitglieder enthalten muss (vgl. § 53 Abs.1 SGB V). Hiervon ist nicht auszugehen, wenn die Höhe des Selbstbehaltes und die Höhe der Prämie identisch sind.

Ein die Prämie maximal „auf Null“ aufzehrender Selbstbehalt ohne echtes Kostenrisiko kann nicht als Selbstbehalt i.S.d. § 53 Abs. 1 SGB V angesehen werden.

#### **Kurzbegründung:**

Der aus der privaten Versicherungswirtschaft stammende Begriff des Selbstbehaltes bedeutet, dass die Mitglieder einen definierten Teil der entstehenden Kosten aus ihrem eigenen Vermögen selbst tragen. Als Gegenleistung dazu erhalten sie eine Prämienermäßigung (z. B. Kfz-Haftpflichtversicherung mit Selbstbeteiligung). Der Wortlaut des § 53 Abs. 1 SGB V stellt darauf ab, dass Mitglieder einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten selbst tragen (Selbstbehalt). Die Gesetzesbegründung (BT Drs. 16/3100, S. 109) führt dazu aus, dass der Selbstbetrag und die zu zahlende Prämie „*in einem angemessenen*“ Verhältnis zueinanderstehen müssen. Nach Auffassung der Aufsichtsbehörden kann von einem angemessenen Verhältnis nicht ausgegangen werden, wenn die Höhe des Selbstbehaltes und die Höhe der Prämie identisch ist, da es durch eine solche Ausgestaltung des Tarifes es im Ergebnis nie zu einer tatsächlichen Kostentragung durch die Mitglieder kommen kann. So, wie der Gesetzeswortlaut („...*Teil...der Kosten...*“) eine vollständige Kostentragung durch die Mitglieder als nicht zulässig erscheinen lässt, ist auch umgekehrt eine im Ergebnis vollständige Kostenübernahme durch die Krankenkasse beim Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V nicht zulässig,

Sofern der Selbstbehalt in Form eines (pauschalen) Abzugs von einer in Aussicht gestellten Prämie erfolgt, die den Anspruch auf die Prämie im Höchstfall lediglich „auf Null“ schmälert, ist hierin kein Selbstbehalt im Sinne des Gesetzes zu sehen: Das Risiko einer echten Kostentragung durch die Mitglieder muss sich zumindest im Höchstfall realisieren können. Dies ist regelhaft dann der Fall, wenn die Höhe des Selbstbehaltes die Höhe der maximalen Prämie übersteigt.

Soweit die (nicht rechtskräftige) Urteilsbegründung des Landessozialgerichts Hamburg vom 24.02.2011 – L 1 KR 38/08 R – zu einer anderen Einschätzung kommt, wird das Urteil als Einzelfallurteil angesehen, dem nicht zu folgen ist.

## **TOP 13**

### **Bonifizierung des Nichtraucherstatus gemäß § 65a SGB V**

---

#### **Bereich: Krankenversicherung**

#### **Beschluss:**

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

#### **Kurzbegründung:**

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben die Möglichkeit des Bonifizierens des Nichtrauchens erörtert.

## TOP 14

### Leistungen der Krankenkassen im Satzungsbereich - Zulässigkeit von Satzungsleistungen zur Regelung der Kostenübernahme für die Teilnahme an (Baby-)Erste-Hilfe-Kursen

---

#### Bereich: Krankenversicherung

#### Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind der Auffassung, dass Satzungsregelungen der Krankenkassen genehmigungsfähig sind, die eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen an durchgeführten Erste-Hilfe-Kursen (insbesondere für Babys) als Bonusleistung für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V in Form eines erhöhten Bonus regeln.

#### Kurzbegründung:

Die Finanzierung von Kosten für die Teilnahme an (Baby-)Erste-Hilfe-Kursen wurde anlässlich der 106. Aufsichtsbehördentagung erörtert. Im Ergebnis wurde ein Beschluss gefasst, dass das BMG gebeten wird zu prüfen, ob das Gesetz angepasst werden kann, sodass (Baby-)Erste-Hilfe-Kurse zukünftig auf einer klaren Rechtsgrundlage unmittelbar genehmigt werden können. Eine Gesetzesänderung zeichnet sich derzeit nicht ab. Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sehen aber die Möglichkeit der Gestaltung einer Satzungsregelung, wonach Krankenkassen ihren Versicherten für nachgewiesenes eigenes gesundheitsbewusstes Verhalten im Rahmen des § 65a SGB V (z. B. Vorsorgeuntersuchungen) anstelle der eigentlich vorgesehenen Geldprämie -einen erhöhten Bonus- gewähren können (vgl. Beschluss der 98. AT., 5./6. Mai 2021, TOP 11). Dies gilt auch für (Baby-)Erste-Hilfe-Kurse. Eine Erhöhung des Bonusanspruchs muss im angemessenen Verhältnis zum erworbenen Bonusanspruch stehen. Der Charakter als Bonus/Zuschuss darf hierdurch nicht verloren gehen, z. B. durch eine unverhältnismäßige Erhöhung (s.o.g. Beschluss der 98. AT).

## **TOP 15**

**Auskunft zu Mittelverwendung nach § 20b Absatz 4 SGB V durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.**

---

### **Bereich: Krankenversicherung**

#### **Beschluss:**

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

#### **Kurzbegründung:**

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder tauschen sich zur Mittelverwendung nach § 20 Absatz 6 Satz 2 i.V.m. § 20b Absatz 1 und 4 SGB V aus.

Krankenkassen haben jährlich einen festgelegten Mindestbetrag je Versicherten für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b Absatz 1 SGB V zu verwenden. Nicht verausgabte Mittel sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen, der die Mittel an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, welche mit örtlichen Unternehmensorganisationen kooperieren, verteilt. Dem BMG ist unbekannt,

- welche Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen diese Mittel in welcher Höhe konkret erhalten sowie
- in welcher Höhe sie ggf. erhaltene Mittel dem Zweck des § 20b Absatz 4 Satz 3 SGB V entsprechend verwenden, oder ob diese, in den jeweiligen Haushalten verbleiben.

## TOP 16

### Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung – KKWerbeV; Sachstandsanfrage

---

#### Bereich: Krankenversicherung

#### Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

#### Kurzbegründung:

Die bestehenden Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden entfalten keine verbindliche Rechtskraft gegenüber den Krankenkassen, daher ist die Schaffung von verbindlichen Vorgaben für Werbemaßnahmen der Krankenkassen mittels Verordnung zwingend erforderlich, um der Prüfung der Aufsichten einen rechtssicheren Rahmen zu verleihen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am **02.12.2020** den Entwurf für eine Verordnung zur Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen (Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung-KKWerbeV) vorgelegt.

Nach Zustimmung des Bundesrates sollte die Regelungen voraussichtlich im Mai 2021 in Kraft treten. Dies ist nicht geschehen.

## **TOP 17 -abgelehnt-**

### **Zulässigkeit des Energiesparcontracting**

---

#### **Bereich: Kranken- und Pflegeversicherung**

#### **Beschlussvorschlag:**

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Auffassung, dass das Energiesparcontracting (ESC) vom Darlehensverbot gemäß § 220 Absatz 1 Satz 2 SGB V – vorbehaltlich der Prüfung des jeweiligen Einzelfalls – grundsätzlich nicht erfasst wird, da es keinen vorfinanzierenden Charakter ausweist.

#### **Kurzbegründung:**

Beim Energiesparcontracting verpflichtet sich der Contractor zum Generieren von Energiesparpotentialen durch bauliche Maßnahmen seiner Wahl. Die Vergütung des Contractors erfolgt über die vereinbarte Laufzeit erst ab dem Zeitpunkt, in dem die Energieeinsparung tatsächlich eintritt und somit der Auftraggeber selbst von der Ersparnis profitiert. Gemeinsam mit dem Contractor wird angestrebt, Gewinne zu generieren, an denen der Contractor jedenfalls zeitweise partizipiert. Somit fehlt es an der schlichten Verlagerung einer Zahlungsschuld in die Zukunft. Vergaberechtliche Vorgaben und Genehmigungspflichten gemäß § 85 SGB IV sind zu beachten.



**TOP 18**

**-zurückgezogen-**

---

## TOP 19

### Missbrauch der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

---

#### **Bereich: Pflegeversicherung**

#### **Beschluss:**

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

#### **Kurzbegründung:**

Die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI wird in verschiedenen Berichten als Leistungsbereich mit besonders hohem Missbrauchspotenzial genannt. Mit der Erhöhung der Leistungen nach § 39 SGB XI zum 1. Juli 2025 dürfte der Anreiz für Missbrauch noch steigen.

Die Ermittlungsarbeit in den Verdachtsfällen ist von den zuständigen Behörden zu leisten. Die Pflegekassen spielen dabei eine zentrale Rolle. Es wird daher ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch darüber angeregt, wie insbesondere die Pflegekassen bei der Verhinderung unrechtmäßiger Inanspruchnahme der Verhinderungspflege unterstützt werden können.

## TOP 20

### Softwaregestützte Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für pauschale Zusatzzahlungen nach § 18c Abs. 5 SGB XI durch die Pflegekassen

---

#### **Bereich: Pflegeversicherung**

#### **Beschluss:**

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

#### **Kurzbegründung:**

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben sich zu Möglichkeiten einer softwaregestützten Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für pauschale Zusatzzahlungen nach § 18c Abs. 5 SGB XI bei einer von der Pflegekasse zu vertretenden verspäteten Leistungsentscheidung oder Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ausgetauscht. Hierdurch ist eine wöchentliche Prüfung der Leistungsvoraussetzungen, wie es das Gesetz vorsieht, softwaregestützt bereits jetzt möglich. Nach Auskunft der Softwareanbieter ist eine weitere Optimierung zur verwaltungsökonomischeren Gestaltung der Prozesse bei den Pflegekassen und eine Programmierung von Schnittstellen zu Krankenhäusern, Medizinischen Diensten etc. zur Übermittlung von Daten zu stationären Aufenthalten, Begutachtungsterminen und -ergebnissen möglich. Es mangelt aktuell an der Bereitschaft der Pflegekassen, entsprechende Programmierarbeiten in Auftrag zu geben. Auch bedarf es der Vereinheitlichung der Prozesse bei den MDen.

## **TOP 21**

### **Digitale Beratungsangebote der Pflegekassen**

---

#### **Bereich: Pflegeversicherung**

#### **Beschluss:**

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

#### **Kurzbegründung:**

Digitale Anwendungen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sollten Versicherten aller Pflegekassen bundesweit nach möglichst einheitlichen Kriterien (unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Stelle) zur Verfügung gestellt werden können. Es besteht deshalb aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit ein Bedarf, dass sich die zuständigen Aufsichtsbehörden der Pflegekassen über die rechtliche Bewertung z. B. der Nutzung von extern angebotenen KI-gestützten Chatbots bei der Pflegeberatung austauschen.

## TOP 22

### Amtsdauer Verwaltungsrat Medizinischer Dienst

---

#### **Bereich: Medizinische Dienste**

#### **Beschluss:**

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Auffassung, dass zur Ermittlung der Sechs-Jahres-Amtsdauer des derzeit amtierenden Verwaltungsrates der Medizinischen Dienste nach § 279 Abs. 8 SGB V i.V.m. § 58 SGB IV die erste, konstituierende Sitzung des Verwaltungsrats der für den Beginn der Amtsdauer maßgebliche Zeitpunkt ist und nicht der (spätere) Zeitpunkt des Rechtsformwechsels des jeweiligen MDK zum MD.

#### **Kurzbegründung:**

Aus der Gesetzesbegründung zum MDK-Reformgesetz ergibt sich, dass der Gesetzgeber den nach § 328 Abs. 1 Satz 1 SGB V i. d. F. v. MDK-Reformgesetz zu besetzenden Verwaltungsrat als den nach der Transformation fortgeltenden Verwaltungsrat und als zum Umwandlungszeitpunkt bereits voll konstituiert ansah. Eine neue Wahl und eine neue Konstituierung des Verwaltungsrats waren nach dem Umwandlungszeitpunkt demnach nicht erforderlich. In diesem Sinne ist es konsequent, die erste Sitzung/Konstituierung dieses „neuen“, fortbestehenden Verwaltungsrats auch als den für den Beginn der Amtsdauer maßgeblichen Zeitpunkt anzusehen. Um hierfür stattdessen auf den Umwandlungszeitpunkt abzustellen, fehlt es an einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage. Eine Vorschrift, dass für den „neuen“ Verwaltungsrat für den Beginn der Amtsdauer ausnahmsweise auf den Umwandlungszeitpunkt und nicht auf die erste, konstituierende Sitzung abzustellen ist, sehen die Übergangsvorschriften gerade nicht vor.

## TOP 23

### Verschiedenes

---

#### Themenliste (ohne Beschluss)

- Rechtsbehelfsbelehrung und Hinweis auf unabhängige Ombudsperson des Medizinischen Dienstes in Bescheiden der Kranken-/Pflegekassen (BAS)
- Kreis der Berechtigten für die Anlage der elektronischen Patientenakte (BAS)
- Sachstand Kapitalbeteiligungen im Immobilienbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen (SH)
- Sachstand Digitalisierung in der MD-Landschaft (BMG)
- Medizinischer Dienst: Wiederwahl der amtierenden Mitglieder (RP)
- Online-Wahlen (BMAS)
- Muster-Vordruck § 85 SGB IV-Anzeigen (BAS)
- 108. Aufsichtsbehördentagung am 22./23. April 2026 (BY)