



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 22. bis 23. April 2026 in München

Tagesordnung

TOP 1

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

(BAS, BW, BY, HB, NI, NW)

- Gemeinsames -

TOP 2

Substitutionsversorgung in den Ländern: Verfügbarkeit von Sichtbezug außerhalb von Arztpraxen und Einsatz von Dosierautomaten

(BMG)

TOP 3

Umbenennung und Neuausrichtung der Arbeitsgruppe Cloud-Computing.

(BAS)

TOP 4

Vorstandsdienstverträge; Reichweite des Öffentlichkeitsgrundsatzes gem. § 63 Abs. 3 S. 2 SGB IV; Auswirkungen des BSG-Urteils v. 19. Oktober 2023 (B 1 KR 22/22 R)

(BAS)

TOP 5

Widerspruchsverfahren; Rechtsbehelfe bei Abhilfebescheiden

(BAS)

TOP 6

Genehmigungspraxis bei § 85 Abs. 1 Nr. 4 SGB IV

(HE)

TOP 7

Anwendung der Kapitalwertmethode im Rahmen von Genehmigungsverfahren nach § 85 SGB IV

(BW)

- Gesetzliche Rentenversicherung -

TOP 8

Sachstandsbericht zum Multiprojekt rvEvolution der Deutschen Rentenversicherung

(BAS)

- Gesetzliche Unfallversicherung -

-

- Gesetzliche Krankenversicherung -

TOP 9

Verantwortliche Pflegeperson in der AKI und HKP

(BY)

TOP 10

Anlage von elektronischen Patientenakten für „nicht Versicherungspflichtige“

(BAS)

TOP 11

Einschätzung zum Bericht des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Abs. 4d SGB V zum Stand der Umsetzung des Branchenspezifischen Sicherheitsstandards 2025

(BAS)

TOP 12

Bonifizierung von gesundheitsbewussten Statusentscheidungen der Versicherten (z. B. Nichtraucher) im Rahmen des § 65a SGB V

(NW)

TOP 13

Mitgliederwerbung durch externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte (u.a. Vergleichs- und Wechselportale)

(BAS)

TOP 14

Rechtsgrundlage für ein vereinfachtes Verfahren zur Kostenerstattung für im Vertragsausland selbst beschaffte Sachleistungen

(BAS)

TOP 15

Unzulässige Einbeziehung subjektiver Patientenbewertungen in Online-Informationssysteme zur Suche von Ärzten bzw. Psychotherapeuten

(BAS)

TOP 16

Barrierefreiheit der elektronischen Patientenakte (ePA)

(BAS)

TOP 17

Nutzung der Ergebnisse aus systematischen Prüfungen der Prüfdienste nach § 252 Abs. 5 SGB V i. V. m. § 2 Abs. 3 SonstBeitrPrüfV durch die Aufsichts-

(BAS)

TOP 18

Austausch zu § 25b SGB V

(BAS)

TOP 19

Austausch zur Übermittlung von Unterlagen an den Medizinischen Dienst (MD)

(BAS)

- Soziale Pflegeversicherung -

TOP 20

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen; fristwahrende Antragsablehnung zur Umgehung der Genehmigungsfiktion des § 40 Abs. 7 SGB XI

(BAS)

TOP 21

Gemeinsame Verarbeitung personenbezogener Daten nach § 96 Abs. 1 Satz 1 SGB XI – Verarbeitung der im Pflegegutachten der Pflegekasse enthaltenen Sozialdaten durch die Krankenkasse

(BAS)

- Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen -

TOP 22

Stärkung der Krisenresilienz im ambulanten ärztlichen Bereich

(BY)

TOP 23

Auswirkungen der Abrechnungsregeln für Hybrid-DRG auf KV-Haushalte

(BY)

TOP 24

Darlehnsverbot KV/KZV nach § 78 Abs. 6 i.V.m. § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB V

(NW)

TOP 25

Selbstzahler-Leistungen und individuelle Gesundheitsleistungen (IGel)

(BMG)

- Medizinische Dienste -

TOP 26

Neuwahlen der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste nach § 279 SGB V

(NW)

- Verschiedenes –

TOP 27

Verschiedenes

- Entwurf der Richtlinie des MD Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 10 SGB V „Zusammenarbeit und einheitliche Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste“, Stand vom 07.04.2026
(SN)
- Ankündigung eines Austauschs des BAS mit der MD-IT GmbH zum Thema KI/Hochrisiko-KI
(BAS)
- Haushaltsaufsicht über die Medizinischen Dienste: Einschätzung zur Wirtschaftlichkeit von „gemeinsamen Veranstaltungen“ der Medizinischen Dienste
(BMG)
- Weiterentwicklung der Aufsichtsbehördentagung
(BY)
- Weitergehende Nutzung des BSCW-Servers
(BY)
- Entbürokratisierungsinitiative der Aufsichten
(BAS)
- Protokollierung abgelehnter Beschlüsse
(BMAS)
- Monitoring FüPoG: Ankündigung Anschreiben des BMBFSFJ; Abfrage bei der Sozialversicherungsträgern über die zuständigen Aufsichten; geplantes Vorgehen und Zeitplan
(BMG)



**108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 22. bis 23. April 2026 in München**

TOP 01

**Unterrichtung aufsichtsrechtliche Maßnahmen und leistungsbezogene
Satzungsregelungen der Krankenkassen**

eingereicht von BAS, BW, BY, HB, NI, NRW

Bereich: Krankenversicherung

Ziel des TOP: Informationsaustausch

Beschluss:

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



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 02

**Substitutionsversorgung in den Ländern: Verfügbarkeit von Sichtbezug
außerhalb von Arztpraxen und Einsatz von Dosierautomaten**

eingereicht vom BMG

Bereich: Gemeinsames

Ziel des TOP: Erfahrungs- und Meinungsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Die regional unterschiedlichen Zugänge zur Substitutionstherapie erfordern den Einsatz ergänzender Versorgungsformen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung opioidabhängiger Menschen. Alternative Modelle wie der Sichtbezug außerhalb der Arztpraxis oder der Einsatz von Dosierautomaten können zur Entlastung der vertragsärztlichen Versorgung beitragen und Versorgungslücken insbesondere im ländlichen Raum reduzieren. Vor diesem Hintergrund ist ein Austausch über Erfahrungen, Verbreitung und Akzeptanz dieser Versorgungsformen, Verträge auf Landesebene sowie über die bestehende Aufsichtspraxis erforderlich, um Transparenz herzustellen und so die Entwicklung eines strategischen Gesamtkonzeptes für die Substitutionsversorgung zu fördern.



**108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 22. bis 23. April 2026 in München**

TOP 03

Umbenennung und Neuausrichtung der Arbeitsgruppe Cloud-Computing.

eingereicht vom BAS

Bereich: Gemeinsames

Ziel des TOP: Beschluss gemäß § 90 Absatz 5 Satz 1 SGB IV

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder beschließen, die bestehende Arbeitsgruppe „AG Cloud“ in „AG Digitale Technologien“ umzubenennen und den Gegenstand des Austauschs in der Arbeitsgruppe auf alle Themen zu erweitern, die die Aufsicht über die Informationstechnik betreffen. Ausgenommen hiervon sind rein datenschutzrechtliche und leistungsbezogene Themen, soweit diese nicht unmittelbar mit dem Einsatz der technologischen Innovation in Verbindung stehen.

Kurzbegründung:

Die Erweiterung des Gegenstandes und die Umbenennung der „AG Cloud“ in „AG Digitale Technologie“ trägt der Entwicklung Rechnung, dass die Digitalisierung der Sozialverwaltung nicht auf einzelne Technologien beschränkt ist. Während die Cloud-Nutzung inzwischen weitgehend standardisiert ist, erfordern neue Entwicklungen wie etwa Künstliche Intelligenz einen fortgesetzten Austausch der Aufsichtsbehörden. Die Anpassung des Namens vermeidet administrativen Aufwand bei künftigen Themenwechseln und sichert die Zukunftsfähigkeit des auf der 100. Arbeitstagung erteilten Arbeitsauftrags zur einheitlichen Rechtsanwendung.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 04

Vorstandsdienstverträge; Reichweite des Öffentlichkeitsgrundsatzes gem. § 63 Abs. 3 S. 2 SGB IV; Auswirkungen des BSG-Urteils v. 19. Oktober 2023 (B 1 KR 22/22 R)

eingereicht vom BAS

Bereich: Krankenversicherung

Ziel des TOP: Beschlüsse gemäß § 90 Absatz 5 Satz 2 SGB IV

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind der Auffassung, dass die Beschlussfassung zur Abberufung (Amtsentbindung, Amtsenthebung) eines (hauptamtlichen) Vorstandsmitglieds gemäß § 35a Abs. 1 SGB IV in nicht-öffentlicher Sitzung erfolgen sollte. Zudem sind die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder der Auffassung, dass auch der Abschluss eines Vorstandsdienstvertrages gem. § 35a Abs. 6a SGB IV, ebenso die Änderung eines Vorstandsdienstvertrages (insbesondere die Erhöhung der Vorstandsvergütung), zu den „personellen Angelegenheiten des Versicherungsträgers“ i.S.d. § 63 Abs. 3 Satz 2 SGB IV zu zählen sind und mithin auch für sämtliche Vertragsangelegenheiten die nicht-öffentliche Beschlussfassung für vertretbar gehalten wird.

Kurzbegründung:

Das BSG-Urteil vom 19. Oktober 2023 (B 1 KR 22/22) bedarf einer sachgerechten Auslegung.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 05

Widerspruchsverfahren; Rechtsbehelfe bei Abhilfebescheiden

eingereicht vom BAS

Bereich: Gemeinsames

Ziel des TOP: Erfahrungs- und Meinungsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben sich zu der Problematik ausgetauscht, dass manche Träger im Falle eines Abschlusses eines Widerspruchsverfahrens durch einen Abhilfebescheid fälschlicher Weise in den Rechtsbehelfsbelehrungen den Rechtsbehelf „Widerspruch“ benennen. In diesen Fällen verlängert sich die Frist zur Klageerhebung nach § 66 Abs. 2 SGG auf ein Jahr. Darüber hinaus wäre ein vermeintlicher Widerspruch gegen eine volle Abhilfe als "verschriftlichtes Rechtsschutzgesuch" ggf. als Klage auszulegen (BeckOGK/Diehm, 1.11.2025, SGG § 91 Rn. 9f, beck-online) und somit gemäß § 91 Abs. 1 SGG an das zuständige Gericht weiterzuleiten. In Folge der fehlerhaften Rechtsbehelfsbelehrung entsteht damit für den Träger auch noch ein zusätzlicher aber vermeidbarer Aufwand.



**108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 22. bis 23. April 2026 in München**

TOP 06

Genehmigungspraxis bei § 85 Abs. 1 Nr. 4 SGB IV

eingereicht von HE

Bereich: Gemeinsames

Ziel des TOP: Erfahrungs- und Meinungsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Gemäß § 85 Abs. 1 Nr. 4 SGB IV bedürfen die Errichtung, die Erweiterung und der Umbau von Gebäuden der Genehmigung der Aufsichtsbehörde, wenn die veranschlagten Kosten für ein Vorhaben den in Absatz 2 genannten Wert übersteigen. Die Aufsichtsbehörden tauschen sich über Inhalt und Vorgehensweise des Genehmigungsverfahrens aus.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 07

**Anwendung der Kapitalwertmethode im Rahmen von Genehmigungsverfahren
nach § 85 SGB IV**

eingereicht von BW

Bereich: Gemeinsames

Ziel des TOP: Erfahrungs- und Meinungsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Anknüpfend an TOP 5 - Bewertungsmethodik Immobilienvorhaben der 106. Aufsichtsbehördentagung hat sich Baden-Württemberg im Rahmen der Aufsichtsführung vertieft mit der Anwendung der Kapitalwertmethode befasst. Anlass waren methodische Abweichungen eines Sozialversicherungsträgers, die Klarstellungsbedarf hinsichtlich der zugrunde zu legenden betriebswirtschaftlichen Methodik aufzeigten. Dem Sozialversicherungsträger wurde mitgeteilt, dass die Kapitalwertmethode ausschließlich auf die während des Betrachtungszeitraums tatsächlich zu erwartenden Ein- und Auszahlungen abstellt. Kalkulatorische Größen ohne unmittelbare Zahlungswirkung, insbesondere buchhalterische Abschreibungen, bleiben unberücksichtigt. Maßgeblich sind ausschließlich die realen, prognostizierten Zahlungsströme im Nutzungszeitraum.



**108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 22. bis 23. April 2026 in München**

TOP 08

**Sachstandsbericht zum Multiprojekt rvEvolution der Deutschen
Rentenversicherung**

eingereicht vom BAS

Bereich: Rentenversicherung

Ziel des TOP: Sachstandsbericht

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.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 09

Verantwortliche Pflegeperson in der AKI und HKP

eingereicht von BY

Bereich: Krankenversicherung

Ziel des TOP: Beschluss gemäß § 90 Absatz 5 Satz 2 SGB IV

Beschluss:

Folgende Auslegung/Handhabung des Rechts der HKP oder der AKI ist rechtlich vertretbar und daher nicht rechtsaufsichtlich zu beanstanden:

- Das Gebot der Leistungserbringung unter Verantwortung einer verantwortlichen Pflegekraft führt nicht automatisch und sofort dazu, dass Krankenkassen bei temporärem Fehlen einer verantwortlichen Pflegekraft keine Vergütungen auszahlen dürfen.
- Im Bereich der AKI sieht § 2 Abs. 9 der Bundesrahmenempfehlungen vor, dass vorübergehende Vakanzen (bis zu sechs Monaten) grundsätzlich unschädlich sind. Bei längeren Vakanzen müssen unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsregelungen zwischen Kassen und dem jeweiligen Leistungserbringer getroffen werden; das impliziert, dass auch dann Vergütungen gezahlt werden dürfen.
- Für den Bereich der HKP fehlt in den Bundesrahmenempfehlungen zwar eine entsprechende Vorschrift. Jedoch kann § 2 Abs. 9 der AKI-Bundesrahmenempfehlungen im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung analog angewandt werden.

Für eine künftige Rechtssicherheit im Bereich HKP bitten die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder das BMG, an den GKV-Spitzenverband mit der Anregung wegen der Prüfung einer entsprechenden Ergänzung der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V heranzutreten.

Kurzbegründung:

- Tatsächlich gilt im Leistungserbringungsrecht das Prinzip, dass eine Vergütung nur dann entsteht, wenn eine Leistung in jeder Hinsicht ordnungsgemäß erbracht ist. Dazu gehört auch, dass im Bereich der AKI und HKP stets eine verantwortliche Pflegekraft beteiligt ist.
- Da die HKP-Rahmenempfehlungen grundsätzlich der ergänzenden Vertragsauslegung zugänglich sind, spricht nichts dagegen, § 2 Abs. 9 der AKI-Bundesrahmenempfehlungen dort entsprechend heranzuziehen. Das gilt umso mehr, als die AKI generell ein höheres Gefahrenpotenzial aufweist als die HKP.
- Damit wird verhindert, dass Lücken im Leistungserbringungssystem entstehen, die möglicherweise ein Systemversagen im Sinn von § 13 Abs. 3 SGB V begründen könnten.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 10

Anlage von elektronischen Patientenakten für „nicht Versicherungspflichtige“

eingereicht vom BAS

Bereich: Krankenversicherung

Ziel des TOP: Beschluss gemäß § 90 Absatz 5 Satz 2 SGB IV

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Auffassung, dass perspektivisch eine Anlage der ePA auch für den Personenkreis nach § 264 SGB V erfolgen sollte („ePA für alle“). Im Sinne einer einheitlichen Rechtsauslegung wird das BMG gebeten zu prüfen, ob eine klarstellende Regelung für die Anlage der ePA für nicht versicherungspflichtige Personen dem Gesetzgeber vorgeschlagen werden sollte.

Kurzbegründung:

Gemäß § 342 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, „jedem Versicherten“ eine ePA zur Verfügung zu stellen, soweit nicht widersprochen wurde. Auch wenn die gesetzliche Regelung zum berechtigten Personenkreis für die Anlage der ePA relativ eindeutig erscheint, stellen sich in der Praxis Auslegungsfragen. In erster Linie geht es um den Personenkreis nach § 264 SGB V.

Um eine einheitliche und rechtssichere Handhabung für die Anlage einer ePA von "nicht Versicherungspflichtigen" sicherzustellen, ist zu prüfen, ob eine gesetzgeberische Klarstellung benötigt wird.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 11

**Einschätzung zum Bericht des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Abs. 4d
SGB V zum Stand der Umsetzung des Branchenspezifischen
Sicherheitsstandards 2025**

eingereicht vom BAS

Bereich: Krankenversicherung

Ziel des TOP: Beschluss gemäß § 90 Absatz 5 Satz 2 SGB IV

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder beschließen, dass das BAS auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zugeht, um eine grundsätzliche Überarbeitung der Berichtsform des Berichts zum Stand der Umsetzung des Branchenspezifischen Sicherheitsstandards gemäß § 217f Abs. 4d SGB V anzuregen.

Kurzbegründung:

Gemäß § 217f Abs. 4d SGB V berichtet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit und den anderen zuständigen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen erstmals zum 31. Dezember 2024 und danach jährlich über den aktuellen Stand der Umsetzung des B3S. Dabei ist für jede Krankenkasse gesondert darzustellen, ob die Vorgaben umgesetzt wurden und welche Maßnahmen hierzu im Einzelnen ergriffen wurden.

Den Aufsichtsbehörden liegen die Berichte 2024 und 2025 vor. Eine Prüfung der Berichte hat Inkonsistenzen hinsichtlich der Gestaltung des Fragebogens, den die Kassen auszufüllen haben sowie bei der Darstellung der Berichtsergebnisse ergeben. Ferner erscheinen manche Angaben in den Berichten nicht plausibel. Eine Vergleichbarkeit der Berichte ist derzeit ebenfalls nicht gegeben.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 12

Bonifizierung von gesundheitsbewussten Statusentscheidungen der Versicherten (z. B. Nichtraucher) im Rahmen des § 65a SGB V

eingereicht von NW

Bereich: Krankenversicherung

Ziel des TOP: Beschluss gemäß § 90 Absatz 5 Satz 2 SGB IV

Beschluss:

Im Rahmen des § 65a Abs. 1a SGB V kann die Durchführung einer qualitätsgesicherten Maßnahme von gesundheitsbewussten Verhalten (z.B. die Durchführung eines Nichtraucherurses) unproblematisch bonifiziert werden.

Allerdings vertreten die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder die Auffassung, dass eine Bonifizierung von Statusentscheidungen der Versicherten hinsichtlich des Verzichts auf den Konsum von gesundheitsgefährdenden Stoffen (z.B. Nikotin, Alkohol) in den Bonusprogrammen mit der geltenden Rechtslage für nicht vereinbar gehalten wird. Die Bonifizierung der vorgenannten Entscheidungen und Werte entspricht nicht den Vorgaben des § 65a Abs. 1a SGB V. Die Voraussetzungen der Bonifizierung können zudem nicht satzungsklar bzw. praxisnah definiert werden. Dies gilt auch für den Konsumverzicht auf andere vergleichbare gesundheitsschädliche Stoffe (z. B. Drogen etc.) in sämtlichen „Anwendungsformen“.

Kurzbegründung:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben sich bereits im Rahmen der 107. AT, TOP 13 über die Möglichkeiten des Bonifizierens des Nichtrauchens ausgetauscht:

Auch wenn die bewusste Entscheidung der Versicherten, zur Erhaltung der eigenen Gesundheit auf den Konsum von Nikotin zu verzichten, sehr zu begrüßen ist, stellt diese reine Statusentscheidung („Nichtraucher“) kein gesundheitsbewusstes Verhalten im Sinne des § 65a Abs. 1a SGB V dar; eine Bonifizierung ist hierüber nicht

möglich. Dies gilt generell für sämtliche Arten (z.B. Nikotin, Alkohol, Drogen etc.) und Formen (Zigarette, Vaporizer, Kauen, Spritzen etc.) des Verzichts des Konsums von gesundheitsschädlichen Stoffen.

Darüber hinaus wird derzeit auch keine Möglichkeit einer satzungsklaren Definition dieses Status sowie einer rechtskonformen und praxisnahen Nachweisführung gesehen. Ein ärztlicher Nachweis ist hier praktisch mit erheblichen Schwierigkeiten und Kosten verbunden. Im Hinblick auf die erforderliche Qualitätssicherung sind Eigenerklärungen der Versicherten hierfür nicht geeignet.

Die Bonifizierung der Teilnahme an einer Präventionsmaßnahme etwa zur Raucherentwöhnung ist dagegen im Rahmen des § 65a Abs. 1a SGB V unproblematisch zulässig.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 13

Mitgliederwerbung durch externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte (u.a. Vergleichs- und Wechselportale)

eingereicht vom BAS

Bereich: Krankenversicherung

Ziel des TOP: Beschluss gemäß § 90 Absatz 5 Satz 2 SGB IV

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder stimmen überein, dass Kooperationen von Krankenkassen mit Vergleichs- und Wechselportalen so ausgestaltet sein müssen, dass die Leistungen und Bedingungen für Satzungsleistungen der Krankenkassen in einer Weise dargestellt werden, die es einem unbefangenen Dritten auf einen Blick möglich macht, eine Wechselentscheidung fundiert und gut informiert zu treffen. Zudem stimmen die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder überein, dass das Bewerben von Wahlтарifen der Krankenkassen als „Wechselprämien“ oder „Sofortprämien“ sowie das Zahlen von Provisionen für die Vermittlung bzw. den Abschluss von Wahlтарifen oder das Zahlen einer zusätzlichen Vergütung für die Darstellung eines Wahlтарifes auf der Internetseite eines Vergleichsportals unzulässig ist.

Kurzbegründung:

Das Angebot von Beitragssatzvergleichen ohne Darstellung der wesentlichen Versicherungsbedingungen durch externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte ist mit der Verpflichtung der Krankenkassen zur sachbezogenen Information gemäß § 4a Abs. 3 Satz 2 SGB V nicht vereinbar. Krankenkassen haben nach Rz. 9 der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze bei Vergleichen von Beiträgen auch über Leistungsunterschiede zu informieren. Die Darstellung der Zusatzbeitragssätze und Wahlтарife von Krankenkassen auf Vergleichs- und Wechselportalen ohne die notwendigen sachbezogenen Informationen stellt einen Verstoß gegen § 4a Abs. 2

SGB V i.V.m. § 6 Abs. 2 Nr. 2 UWG dar. Die Bewerbung einzelner „Krankenkassentarife“ als reine Beitragssatzvergleiche auf Vergleichs- und Wechselportalen verbunden mit Aussagen wie „Aktuell sehr beliebt“, „Häufige Kundenwahl“, „Empfehlung für gesunde Menschen“ oder „Extra-Vorteil für Arbeitnehmer*innen“ ist weder objektiv noch sachlich und ist somit als unzulässige vergleichende Werbung zu bewerten. Das Bewerben von Wahlтарifen der Krankenkassen als „Wechselprämien“ oder „Sofortprämien“ ist irreführend und verstößt gegen Rz. 9 der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze. Die Zahlung von Provisionen an externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte für die Vermittlung bzw. den Abschluss von Wahlтарifen stellt keine zulässige Aufwandsentschädigung dar und verstößt gegen Rz. 35b der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze. Gemäß Rz. 45 der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze sind die Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze unabhängig davon zu beachten, ob die Werbe- und Aufklärungsmaßnahmen unmittelbar durch die Krankenkassen durchgeführt werden oder ob die Kassen mit diesen Maßnahmen Dritte beauftragen.



**108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 22. bis 23. April 2026 in München**

TOP 14

**Rechtsgrundlage für ein vereinfachtes Verfahren zur Kostenerstattung für im
Vertragsausland selbst beschaffte Sachleistungen**

eingereicht vom BAS

Bereich: Krankenversicherung

Ziel des TOP: Informationsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Informationsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Der Austausch gibt den Aufsichtsbehörden die Gelegenheit, sich über den Sachstand der Prüfung des BMG, hinsichtlich der Aufnahme einer Rechtsgrundlage in § 13 SGB V für eine vereinfachte Abrechnungsweise bei der Kostenerstattung für von Versicherten im Vertragsausland selbstbeschaffte Sachleistungen, zu informieren.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 15

Unzulässige Einbeziehung subjektiver Patientenbewertungen in Online- Informationssysteme zur Suche von Ärzten bzw. Psychotherapeuten

eingereicht vom BAS

Bereich: Krankenversicherung

Ziel des TOP: Beschluss gemäß § 90 Absatz 5 Satz 2 SGB IV

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder stimmen überein, dass die Einbeziehung subjektiver Patientenbewertungen in Online-Informationssysteme der Krankenkassen zur Suche von Ärzten bzw. Psychotherapeuten nicht rechtskonform ist.

Kurzbegründung:

Informationssysteme der Krankenkassen, mit welchen Versicherte online ärztliche Leistungserbringer bzw. Psychotherapeuten nach bestimmten Suchkriterien finden können, dürfen keine Aufforderung zur Bewertung der gelisteten Leistungserbringer durch Versicherte enthalten oder für diese werben.

Bei der Arzt- bzw. Psychotherapeutensuche handelt es sich um ein Angebot gemäß § 305 Abs. 3 SGB V. Nach Satz 1 informieren die Krankenkassen ihre Versicherten auf Verlangen umfassend über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Leistungserbringer.

Die Informationen müssen sachlich, objektiv und ausgewogen sein und die Vielfalt der Leistungserbringer berücksichtigen.

Die Einbeziehung von subjektiven Patientenbewertungen in den Arztsuche-Service ist nicht objektivierbar und folglich nicht rechtskonform.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 16

Barrierefreiheit der elektronischen Patientenakte (ePA)

eingereicht vom BAS

Bereich: Gemeinsames

Ziel des TOP: Informationsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Informationsaustausch statt.

Kurzbegründung:

§ 341 Abs. 1 SGB V verpflichtet die Krankenkassen, den Versicherten die ePA barrierefrei elektronisch bereitzustellen. Gemäß § 7 Abs. 1 der [BITV 2.0](#) müssen die Träger eine Erklärung zur Barrierefreiheit vorhalten. Das BAS informiert darüber, dass für 2026 Prüfungen bei den der Aufsicht des BAS unterstehenden Krankenkassen zum Thema Barrierefreiheit der ePA geplant sind. Die Prüfungen sollen inhaltlich die Erklärung zur Barrierefreiheit in Bezug auf die ePA und die Prozesse zur Umsetzung der Barrierefreiheit aufgreifen.



**108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 22. bis 23. April 2026 in München**

TOP 17

**Nutzung der Ergebnisse aus systematischen Prüfungen der Prüfdienste nach
§ 252 Abs. 5 SGB V i. V. m. § 2 Abs. 3 SonstBeitrPrüfV durch die Aufsichts-**

eingereicht vom BAS

Bereich: Krankenversicherung

Ziel des TOP: Erfahrungs- und Meinungsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Die Ergebnisse der Prüfungen auf systematische Fehler nach § 252 Abs. 5 SGB V i. V. m. § 2 Abs. 3 Satz 2 Prüfverordnung sonstige Beiträge sind an die zuständige Aufsicht weiterzuleiten.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder tauschten sich zu den möglichen aufsichtsrechtlichen Rückschlüssen dieser Ergebnisse aus.



**108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 22. bis 23. April 2026 in München**

TOP 18

Austausch zu § 25b SGB V

eingereicht vom BAS

Bereich: Sonstiges

Ziel des TOP: Erfahrungs- und Meinungsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Es erfolgt ein Austausch zwischen den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder zu den bisher gemachten Erfahrungen mit den Anzeigen nach § 25b SGB V, um eine einheitliche Rechtsauslegung zu gewährleisten. Weiterhin von Interesse ist, inwieweit bei den Aufsichtsbehörden der Länder die Anzahl der Anzeigen zugenommen haben und zu welchen Zwecken die Auswertungen erfolgen.



**108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 22. bis 23. April 2026 in München**

TOP 19

Austausch zur Übermittlung von Unterlagen an den Medizinischen Dienst (MD)

eingereicht vom BAS

Bereich: Krankenversicherung

Ziel des TOP: Erfahrungs- und Meinungsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben sich hinsichtlich der bisherigen Erfahrungen zu den aufbereiteten Unterlagen zur MD-Begutachtung ausgetauscht.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 20

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen; fristwahrende Antragsablehnung zur Umgehung der Genehmigungsfiktion des § 40 Abs. 7 SGB XI

eingereicht vom BAS

Bereich: Pflegeversicherung

Ziel des TOP: Beschluss gemäß § 90 Absatz 5 Satz 2 SGB IV

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder stimmen überein, dass die Verwaltungspraxis, einen Leistungsantrag trotz nicht geklärt Leistungsvoraussetzungen und offener Gutachteraufträge zur Vermeidung einer Genehmigungsfiktion nach § 40 Abs. 7 Satz 4 SGB XI vorsorglich abzulehnen, nicht zulässig ist.

Kurzbegründung:

§ 40 Abs. 7 Satz 1 SGB XI sieht vor, dass über die Beantragung von Pflegehilfsmitteln oder Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen grundsätzlich innerhalb von fünf Wochen zu entscheiden ist. Kann die Pflegekasse die Frist nicht einhalten, teilt sie dies dem Antragsstellenden unter Darlegung der Gründe hierfür mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, tritt eine Genehmigungsfiktion ein.

Die Verwaltungspraxis einzelner Pflegekassen, die Genehmigungsfiktion durch eine vorsorgliche Ablehnung des Leistungsantrages zu verhindern, verstößt gegen geltendes Recht.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 21

**Gemeinsame Verarbeitung personenbezogener Daten nach
§ 96 Abs. 1 Satz 1 SGB XI – Verarbeitung der im Pflegegutachten der
Pflegekasse enthaltenen Sozialdaten durch die Krankenkasse**

eingereicht vom BAS

Bereich: Pflegeversicherung

Ziel des TOP: Beschluss gemäß § 90 Absatz 5 Satz 2 SGB IV

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder stimmen überein, dass Pflegegutachten der Pflegekasse nur dann vollständig von der Krankenkasse zur Prüfung von Leistungsansprüchen nach den Vorschriften des SGB V herangezogen werden dürfen, soweit dies für den konkreten Einzelfall erforderlich ist. Eine darüber hinausgehende trägerübergreifende Verarbeitung personenbezogener Daten ist von der gesetzlichen Erlaubnisnorm des § 96 Abs. 1 Satz 1 SGB XI nicht umfasst.

Es ist jedoch zulässig, wenn die Pflegekasse der Krankenkasse auf konkrete Anfrage jeweils relevante Ausschnitte oder Auszüge aus dem Pflegegutachten bereitstellt, sofern diese von der Krankenkasse zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.

Kurzbegründung:

In der Aufsichtspraxis stellen die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder fest, dass Pflegekassen den mit ihnen verbundenen Krankenkassen einen vollständigen Zugriff auf Pflegegutachten einräumen, um die darin erhobenen Daten zur Prüfung krankenversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche nach den Vorschriften des SGB V zu nutzen.

Diese Verfahrensweise ist mit der gesetzlichen Regelung des § 96 Abs. 1 Satz 1 SGB XI nicht vereinbar, wonach Pflegekassen und Krankenkassen erhobene

personenbezogene Daten nur dann gemeinsam verarbeiten dürfen, wenn sie zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben jeder Stelle erforderlich sind.

Die Pflegekassen sind aber berechtigt, Krankenkassen auf konkrete Anfrage die für die jeweilige Leistungsentscheidung erforderlichen Daten in Form von relevanten Ausschnitten oder Auszügen aus dem Pflegegutachten zur Verfügung zu stellen. Dies stützt sich auf § 67a Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 SGB X, der die Datenerhebung bei anderen Stellen regelt. Danach dürfen ohne Mitwirkung der betroffenen Person Sozialdaten bei den in § 35 SGB I genannten Stellen erhoben werden, wenn diese zur Übermittlung der Daten an die erhebende Stelle befugt sind, die Erhebung bei der betroffenen Person einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass überwiegende schutzwürdige Interessen der betroffenen Person beeinträchtigt werden. Die entsprechenden Daten dürfen dann von der Pflege- an die Krankenkasse übermittelt werden. Insoweit greift § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X als Rechtsgrundlage für die Übermittlung ein.

Um Belastungen der Versicherten durch zusätzliche Hausbesuche des Medizinischen Dienstes zu vermeiden, ist es bspw. auch zulässig, dass der von der Krankenkasse beauftragte Medizinische Dienst die ihm vorliegenden Pflegegutachten nutzt, soweit einzelne Informationen hieraus für die krankenversicherungsrechtliche Leistungsentscheidung benötigt werden. Dies gibt dem Medizinischen Dienst die Möglichkeit, in geeigneten Fällen auf Hausbesuche zu verzichten und nach Aktenlage zu begutachten.



**108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 22. bis 23. April 2026 in München**

TOP 22

Stärkung der Krisenresilienz im ambulanten ärztlichen Bereich

eingereicht von BY

Bereich: Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen

Ziel des TOP: Erfahrungs- und Meinungsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Es wird um einen Austausch zum Stand der Krisenvorsorge auf Länderebene im ambulanten ärztlichen Bereich gebeten sowie zu den Maßnahmen, für die die Zuständigkeit beim Bund liegt und welche die Länder als notwendig erachten, gerade auch vor dem Hintergrund, dass für den kommenden Sommer das Gesundheitssicherstellungsgesetz als Omnibusgesetz für etwaige rechtliche Änderungen angekündigt ist.



**108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 22. bis 23. April 2026 in München**

TOP 23

Auswirkungen der Abrechnungsregeln für Hybrid-DRG auf KV-Haushalte

eingereicht von BY

Bereich: Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen

Ziel des TOP: Erfahrungs- und Meinungsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

Es wird um einen Austausch zu den Gefahren einer Öffnung der Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen durch private Abrechnungsdienstleister gebeten. Mit der Öffnung der Abrechnung in § 115f Abs. 3 S. 3 SGB V hat der Gesetzgeber einen Präzedenzfall geschaffen, der die Finanzierung der Aufgaben der KVen langfristig gefährden kann, wenn hohe Abrechnungsvolumina an den KVen vorbei abgerechnet werden.



**108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 22. bis 23. April 2026 in München**

TOP 24

Darlehnsverbot KV/KZV nach § 78 Abs. 6 i.V.m. § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB V

eingereicht von NW

Bereich: Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen

Ziel des TOP: Erfahrungs- und Meinungsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Meinungs- und Erfahrungsaustausch statt

Kurzbegründung:

Gemäß BSG-Rechtsprechung gelten die Anlagegrundsätze der § 80 ff. SGB IV auch für KV/KZVs und sind auf die Mittel der Honorarverteilung anzuwenden. Die Aufsichten des Bundes und der Länder erachten die Bildung ausreichender Betriebsmittel und Rücklagen z. B. zur Absicherung von kurzfristen und kurzzeitigen Teilausfällen der Gesamtvergütung für zulässig und auch erforderlich. Unvorhergesehene absolute übergesetzliche Einzelfälle, die den Ausfall der Gesamtvergütung (bspw. bei einem Cyberangriff) betreffen und das Gesamtversorgungssystem gefährden können, bedürfen einer Prüfung im Einzelfall.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 25

Selbstzahler-Leistungen und individuelle Gesundheitsleistungen (IGel)

eingereicht vom BMG

Bereich: Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen

Ziel des TOP: Erfahrungs- und Meinungsaustausch

Beschluss:

Es fand ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch statt.

Kurzbegründung:

In einer schriftlichen Stellungnahme, die das BMG im Herbst 2025, bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu diesem Thema angefordert hat, wird die o.g. Vermutung eines massenhaften Auftretens solcher Fälle nicht bestätigt. Ferner heißt es, es lägen lediglich vereinzelte Beschwerden von Patientinnen und Patienten bei den KVen vor, auch regionale Häufungen seien nicht aufgetreten. Die Anzahl der Beschwerden im Zusammenhang mit den Kosten für IGeL-Leistungen pro Jahr und KV liegt zwischen 0 bis 50. Entsprechende Beschwerden gingen bei den KVen über einen längeren Zeitraum ein. Die Entwicklung wurde von den KVen als kontinuierlich bis ansteigend beschrieben. Als Grund hierfür werden unter anderem auch die in letzter Zeit vermehrt genutzten privaten Online-Buchungsportale genannt, durch die bspw. eine schnellere Terminvergabe an Privatpatienten oder Selbstzahlerangebote unmittelbar sichtbar werden. Nur in wenigen Fällen seien Verstöße gegen vertragsärztliche Pflichten festgestellt worden, entsprechende Disziplinarmaßnahmen seien nicht erforderlich gewesen. In Einzelfällen sei eine Ermahnung erfolgt.

Die KVen führen die in § 95 Absatz 3 Satz 4 SGB V i. V. m. § 19a Absatz 4 Ärzte-ZV vorgegebene jährliche Überprüfung des Versorgungsauftrages durch. Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über ggf. getroffene Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie den jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden jährlich vorzulegen.

Vor diesem Hintergrund bittet das BMG um einen Austausch darüber, wie sich der Informations- und Erfahrungsstand insbesondere zu Patientenbeschwerden in Bezug auf Selbstzahler-Leistungen und IGeL in den Aufsichtsbehörden darstellt. Gehen dort ebenfalls Beschwerden ein und wenn ja, wie häufig und welche Maßnahmen wurden von den einzelnen Aufsichtsbehörden ergriffen?



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 26

Neuwahlen der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste nach § 279 SGB V

eingereicht von NW

Bereich: Krankenversicherung

Ziel des TOP: Beschlüsse gemäß § 90 Absatz 5 Satz 2 SGB IV

Beschluss:

Anlässlich der zur kommenden Amtsperiode anstehenden Wahlen der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste vertreten die Aufsichtsbehörden der Länder und das BMG zu den sich grundsätzlich stellenden Auslegungsfragen zu § 279 SGB V nach erfolgtem Austausch einvernehmlich die folgenden Rechtsauffassungen:

- Die Prüfung der Wählbarkeitsvoraussetzungen der 16 Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen im Verwaltungsrat (§ 279 Abs. 4 Satz 1 SGB V) erfolgt durch die Krankenkassen. Eine (erneute) Prüfung durch die MDs wird aufsichtsrechtlich nicht für erforderlich gehalten.
- Zur Frage einer möglichen Wiederwahl nach § 279 Abs. 4 Sätze 10 und 11 SGB V sind nach aktueller Rechtslage
 - Zeiten als Verwaltungsratsmitglied beim MDK mit anzurechnen. Sofern ein Mitglied des Verwaltungsrates des MDK (zum 01.01.2020) somit nach der Rechtsänderung nahtlos Mitglied beim MD geworden ist, stellt dies die einmalige Wiederwahl i.S.d. Satz 11 dar. Somit sind 2 Amtszeiten erreicht, mit der Folge, dass eine erneute Wiederwahl nicht möglich ist.
 - Zeiten als Verwaltungsratsmitglied beim MDK schon vor, jedoch nicht am 01.01.2020 (Stichtag) nicht bei der Wiederwahlregelung zu berücksichtigen. Somit sind solchen Personen 2 Amtszeiten beim MD möglich.

Kurzbegründung:

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen (MDK) wurden mit dem Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen vom 14.12.2019 („MDK-Reformgesetz“) neu organisiert und zu eigenständigen Körperschaften – Medizinische Dienste (MD) - umgewandelt. Durch die 6jährige Amtsdauer der Organe werden im Jahr 2027 Neuwahlen nach § 279 SGB V erfolgen. Vor diesem Hintergrund einer einheitlichen Rechtsauslegung haben sich die Aufsichtsbehörden zu Auslegungsfragen ausgetauscht.

Zur Frage der Wiederwahl bzw. der Anrechnung von Zeiten als Verwaltungsrat beim MDK ist zu berücksichtigen, dass mit der MDK-Reform seitens des Gesetzgebers ausweislich der Gesetzesbegründung *„eine regelmäßige Erneuerung aufseiten der Vertreter der Selbstverwaltung der Krankenkassen gefördert und die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste gestärkt“* werden sollte. Zur Beschleunigung der Umsetzung dieser Intention und mit Blick den ausdrücklichen Wortlaut der Regelung des § 279 Abs. 4 Satz 10 SGB V („einmalige Wiederwahl“ der „am 01.01.2020“ tätigen Verwaltungsratsmitglieder) erscheint es geboten, die Zeiten der Mitgliedschaft im Verwaltungsrat des MDK zu berücksichtigen.



108. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 22. bis 23. April 2026 in München

TOP 27

Verschiedenes

- Entwurf der Richtlinie des MD Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 10 SGB V „Zusammenarbeit und einheitliche Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste“, Stand vom 07.04.2026
(SN)
- Ankündigung eines Austauschs des BAS mit der MD-IT GmbH zum Thema KI/Hochrisiko-KI
(BAS)
- Haushaltsaufsicht über die Medizinischen Dienste: Einschätzung zur Wirtschaftlichkeit von „gemeinsamen Veranstaltungen“ der Medizinischen Dienste
(BMG)
- Weiterentwicklung der Aufsichtsbehördentagung
(BY)
- Weitergehende Nutzung des BSCW-Servers
(BY)
- Entbürokratisierungsinitiative der Aufsichten
(BAS)
- Protokollierung abgelehnter Beschlüsse
(BMAS)
- Monitoring FüPoG: Ankündigung Anschreiben des BMBFSFJ; Abfrage bei der Sozialversicherungsträgern über die zuständigen Aufsichten; geplantes Vorgehen und Zeitplan
(BMG)