



**101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022
– virtuell –**



TAGESORDNUNG

TOP 01:

Bereich: **Gemeinsames**

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

TOP 02:

Bereich: **Gemeinsames**

Bericht aus der Arbeitsgruppe Cloud-Computing

TOP 03:

Bereich: **Krankenversicherung**

§ 38 SGB V – Anspruch auf Haushaltshilfe; Bestimmung des Anspruchszeitraums hier: Entlassung aus stationärer Anschlussheilbehandlung, welche sich nahtlos an eine Krankenhausbehandlung angeschlossen hat

TOP 04:

Bereich: **Krankenversicherung**

Veröffentlichung des Sonderberichts des BAS zur Hilfsmittelversorgung



**101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022
– virtuell –**



TAGESORDNUNG

TOP 05:

Bereich: **Krankenversicherung**

Informationsschreiben nach § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V – Zusätzlicher Flyer mit Informationen zu Service- und Leistungsangeboten der Krankenkasse

TOP 06:

Bereich: **Krankenversicherung**

Erstattungsfähigkeit von Digitalen Anwendungen, hier: „Symptomchecker“

TOP 07:

Bereich: **Krankenversicherung**

Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 in Verbindung mit § 23 SGB V

TOP 08:

Bereich: **Sonstiges**

Vornamensänderung auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bei transsexuellen Versicherten



**101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022
– virtuell –**



TAGESORDNUNG

TOP 09:

Bereich: **Medizinische Dienste**

Eingang von Widersprüchen gegen Bescheide der Kranken-/Pflegekassen bei der Unabhängigen Ombudsperson der Medizinischen Dienste – § 84 Absatz 2 SGG

TOP 10:

Bereich: **Sonstiges**

Umgang mit „Länderumfragen“

TOP 11:

Bereich: **Pflegeversicherung**

Prüftätigkeit der Pflegekassen im Rahmen des Nachweisverfahrens nach § 150a Abs. 7 Satz 8f. SGB X

TOP 12:

Bereich: **Rentenversicherung**

Gemeinschaftsprojekt „rvEvolution“ der DRV

TOP 13:

Bereich: **Medizinische Dienste**

Austausch zu Wirtschaftlichkeit & weiteren Vorgehen bzgl. MD Branchensoftware



101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022
- virtuell -



TAGESORDNUNG

TOP 14:

Bereich: **Gemeinsames**

Bericht der AG Trendlinie/Vergütungsbestandteile

TOP 15:

Bereich: **Verschiedenes**

102. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger



101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken
– virtuell –



TOP 01:

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

Bereich: Gemeinsames

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.



101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken
– virtuell –



TOP 02:

Bericht aus der Arbeitsgruppe Cloud-Computing

Bereich: Gemeinsames

Beschluss:

Die Arbeitsgruppe zum Thema Cloud-Computing wird fortgeführt und soll eine Plattform zum übergreifenden Austausch von Anforderungen, Rahmenbedingungen und der Bewertung zu konkreten Fragestellungen sowie zur übergreifenden Abstimmung einer gemeinsamen Vorgehensweise bieten.

Kurzbegründung für den Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder halten es für notwendig, sich über die Anforderungen und Rahmenbedingungen für den Einsatz von Cloud-basierten Lösungen regelmäßig auszutauschen und ein einheitliches Vorgehen gemeinsam abzustimmen.

Ein kontinuierliches Monitoring wird neben der herkömmlichen Bearbeitung von Anzeigen nach § 85 Abs. 3b Nr. 1 SGB IV sowie nach § 80 SGB X nicht für notwendig erachtet.

Eine Beurteilung der Zulässigkeit des Einsatzes Cloud-basierter Lösungen kann nur im Einzelfall auf Basis der jeweiligen Nutzungskonzepte, des Anwendungszwecks, der technischen Rahmenbedingungen sowie der individuell auf die jeweilige Risikosituation abgestimmten, zusätzlich zu treffenden, technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen erfolgen.



TOP 03:

**§ 38 SGB V – Anspruch auf Haushaltshilfe; Bestimmung des Anspruchszeitraums
hier: Entlassung aus stationärer Anschlussheilbehandlung, welche sich nahtlos an eine
Krankenhausbehandlung angeschlossen hat**

Bereich: Krankenversicherung

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder und das BMG vertreten einstimmig die Auffassung, dass für den Anspruch auf Haushaltshilfe primär das Vorliegen einer Krankheit und ein daraus resultierender Bedarf an Unterstützung bei der Weiterführung des Haushalts maßgeblich ist. Für die Bestimmung des Beginns des 4-wöchigen Anspruchs nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V kann die Entlassung aus stationärer Behandlung dabei ausschlaggebend sein; ein starres Abstellen auf dieses Ereignis ist jedoch nicht sachgerecht. Der Gesetzestext benennt die Krankenhausentlassung durch die Formulierung „insbesondere“ nur beispielhaft und lässt hierdurch andere Fallgestaltungen zu. In Fällen, in denen Versicherte z. B. nahtlos aus dem Krankenhaus heraus eine Anschlussheilbehandlung durchführen, ist zur Bestimmung des Anspruchszeitraums auf Haushaltshilfe auf das Ende der stationären Behandlung (hier: Anschlussheilbehandlung) abzustellen.

Voraussetzung für den Haushaltshilfeanspruch ist weiterhin das Vorliegen eines medizinisch notwendigen Bedarfes.

Kurzbegründung für den Beschluss:

Nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen.

Ausweislich der Gesetzesbegründung zum Krankenhausstrukturgesetz (BT-Drs. 18/6586, Seite 101) war Hintergrund für die Gesetzesänderung zur Einräumung eines Pflichtanspruchs auf Haushaltshilfe „...eine gesellschaftliche Entwicklung, in der familiäre Strukturen derartige Bedarfssituationen weit weniger als in der Vergangenheit aufzufangen vermögen. Konkret betroffen sind insbesondere Personen, die bis zum Abschluss des Genesungsprozesses häufig nicht in der Lage sind, sich zu versorgen und den Alltag zu bewältigen...“

Das Gesetz zählt Fallkonstellationen wie Krankenhausaufenthalt, ambulante Operation oder ambulante Krankenhausbehandlung auf. Wie die Formulierung mit dem Wort „insbesondere“ zeigt, ist diese Aufzählung jedoch als nicht abschließend, sondern als nur beispielhaft anzusehen.



101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken



– virtuell –

Maßgeblich für den Anspruch auf Haushaltshilfe ist somit das Vorliegen einer Krankheit und eine damit einhergehende Beeinträchtigung der Versicherten bei der Führung des Haushaltes. Auch das Gemeinsame Rundschreiben (GR) des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenhausstrukturgesetzes bestätigt in Ziffer 1.2.1.1 diese Auffassung, in dem es - expressis verbis - lediglich beispielhaft mögliche Fallkonstellationen aufzählt und darüber hinaus auch einen entsprechenden Anspruch einräumt, wenn krankheitsbedingte „vergleichbare Fallkonstellationen“ für den Bedarf an Unterstützung bei der Haushaltsführung ursächlich sind. Das GR ist hier somit ebenfalls nicht als abschließend zu betrachten.

Der Anspruch auf Haushaltshilfe ist auf längstens 4 Wochen begrenzt. Nach Ziffer 1.2.3.1 des o.a. GR entsteht der Anspruch somit grundsätzlich mit dem Tag, an dem aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen ... ein anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung und ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder entsteht.“ Im Falle einer erfolgten stationären Krankenhausbehandlung kann die Entlassung aus dem Krankenhaus eine anspruchsauslösende Fallkonstellation sein, so dass ein Abstellen auf dieses Ereignis sachgerecht erscheinen kann. Dies kann übertragen auch für die anderen im Gesetz beispielhaft aufgezählten Fallkonstellationen (hier: z. B. Tag der ambulanten Operation) gelten.

Ein „starres“ Abstellen ausschließlich auf das Ende der stationären Krankenhausbehandlung ist vor diesem Hintergrund jedoch nicht in allen Fallkonstellationen sachgerecht. Ein Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nach der Gesetzesintention auch in vergleichbaren Fallkonstellationen, wie bspw. dann, wenn im Nachgang an eine Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausbehandlung die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe besteht. Der Anspruchszeitraum ist entsprechend im Einzelfall zu ermitteln.



101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken
- virtuell -



TOP 04:

Verschiedenes: Veröffentlichung des Sonderberichts des BAS zur Hilfsmittelversorgung

Ziel des TOP: **Sachstandsbericht**

Beschluss:
Kenntnisnahme.



101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken



– virtuell –

TOP 05:

Informationsschreiben nach § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V – Zusätzlicher Flyer mit Informationen zu Service- und Leistungsangeboten der Krankenkasse

Bereich: Krankenversicherung

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundes stimmen überein, dass einem Hinweisschreiben zur Zusatzbeitragssatzerhöhung ein Flyer mit Informationen zu Service- und Leistungsangeboten beigelegt werden kann, der neben Kontaktdaten der Krankenkasse und Informationen zur Leistungsangeboten QR-Codes mit Verlinkungen auf Webseiten der Krankenkasse beinhaltet.

Die Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundes stimmen ferner überein, dass das Hinweisschreiben keinen direkten Verweis auf den Flyer beinhalten und der Flyer in der Gesamtschau zurückstehen muss.

Kurzbegründung für den Beschluss:

Nach § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, ihre Mitglieder auf das Sonderkündigungsrecht hinzuweisen. Die Krankenkassen haben ihrer Hinweispflicht gegenüber dem einzelnen Mitglied durch ein gesondertes Anschreiben nachzukommen. Eine allgemeine Information in der Mitgliederzeitschrift der Krankenkasse reicht zur Erfüllung der Hinweispflicht nicht aus (BT-Drs 18/1657 S. 67).

Zwar besteht die Hinweispflicht der Krankenkassen nach § 175 Absatz 4 Satz 7 SGB V nicht für eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes, die im Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis zum 30. Juni 2023 wirksam wird, § 175 Abs. 4a SGB V (BT-Drucksache 20/4086, S. 72). Statt durch ein gesondertes Schreiben haben die Krankenkassen ihre Mitglieder auf andere geeignete Weise zu informieren. Allerdings ist diese Regelung zeitlich befristet und einzelne Krankenkassen werden ggf. ein entsprechendes Schreiben versenden.

Gemäß Rz. 30 der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze ist der Hinweis klar von Werbeaussagen abzugrenzen. Die Informationen zur Zusatzbeitragssatzerhöhung im Hinweisschreiben dürfen nicht von Werbeaussagen überlagert werden oder hinter anderweitigen Informationen zurückstehen. Ein gesonderter Flyer mit Informationen zu Service- und Leistungsangeboten, der nicht von den Informationen im Hinweisschreiben ablenkt, ist nach Auffassung der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder demzufolge nicht zu beanstanden



**101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken
– virtuell –**



TOP 06:

Erstattungsfähigkeit von Digitalen Anwendungen, hier: „Symptomchecker“

Bereich: Krankenversicherung

Beschluss:

Es fand ein Meinungsaustausch zu der Frage statt, ob Ausgaben für digitale Anwendungen, die es den Versicherten ermöglichen, Krankheitssymptome einzuschätzen, von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden dürfen.

Kurzbegründung für den Beschluss:

Es gibt zahlreiche digitale Anwendungen, mit deren Hilfe Versicherte unter Angabe von konkreten Gesundheitsbeschwerden eine erste Einschätzung erhalten, ob ein Verdacht einer behandlungsbedürftigen Erkrankung besteht. Regelmäßig empfehlen diese Anwendungen den Versicherten, sich zur Abklärung der Symptome mit einem Arzt, einer Ärztin in Verbindung zu setzen. Einige Krankenkassen erstatten die Ausgaben für derartige Anwendungen und berufen sich insoweit auf § 67 SGB V. Gemäß § 67 SGB V soll die Kommunikation sowie der Daten- und Informationsfluss unter den Leistungserbringern, zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern zu den Versicherten durch vernetzte digitale Anwendungen und Dienste ausgebaut werden und damit die elektronische Kommunikation gefördert werden. Umstritten ist, ob diese Norm auch so genannte „Symptomchecker“ als Leistung erfassen. Hierzu findet ein weiterer fachlicher Austausch zwischen dem BMG und den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder statt.



**101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken
– virtuell –**



TOP 07:

Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 in Verbindung mit § 23 SGB V

Bereich: **Krankenversicherung**

Beschlüsse:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Auffassung, dass

1.)

erweiterte Leistungen, die über § 11 Absatz 6 SGB V im Bereich des § 23 SGB V angeboten werden sollen, im Einzelfall aus medizinischer Sicht notwendig sein müssen. Dies setzt somit eine entsprechende Diagnose bzw. Verordnung voraus. Nicht notwendige Leistungen, die anlassunabhängig „abstrakt“ in Anspruch genommen werden, können nicht Gegenstand erweiterter Satzungsleistungen nach §§ 11 Absatz 6 in Verbindung mit 23 SGB V sein;

2.)

eine exakte Abgrenzung ärztlicher Behandlungen nach den § 23 Absatz 1 SGB V und § 27 SGB V mit praktischen Schwierigkeiten verbunden ist. Zur Sicherstellung einer einheitlichen aufsichtsrechtlichen Auslegung erscheint es zulässig, erweiterte Leistungen im Bereich von Vorsorgeuntersuchungen auch bei Vorliegen einer Krankheit aus § 23 SGB V abzuleiten. Ärztliche Behandlungen als erweiterte Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V im Bereich des § 23 Absatz 1 Nr. 1 und 3 SGB V erscheinen daher möglich, um einer Schwächung der Gesundheit, die ohne die Leistung in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führt, entgegen zu wirken sowie eine Krankheit zu verhindern oder deren Verschlimmerung zu vermeiden.

Beispielhaft zulässig sind sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung bei geschwächter/bedrohter Gesundheit ohne Krankheitswert oder auch bei bestehender Erkrankung, erweiterte Krebsvorsorge bei genetischer Vorbelastung etc.

3)

erweiterte Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V im Bereich des § 23 Absatz 1 Nr. 2 SGB V möglich erscheinen, wenn der Entwicklungsprozess der altersgerechten Ausbildung der körperlichen, geistigen und seelischen Anlagen entweder bereits zurückgeblieben oder auf andere Weise beeinträchtigt oder mit Wahrscheinlichkeit mit einer Beeinträchtigung zu rechnen ist. Insoweit muss aus medizinischer Sicht eine konkrete individuelle Notwendigkeit für die Leistung im Rahmen einer Vorsorge bestehen;

4.)

erweiterte Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V im Bereich des § 23 Absatz 1 Nr. 4 SGB V möglich erscheinen, wenn der Gesundheitszustand des Versicherten so angegriffen



101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken



– virtuell –

ist, dass der Eintritt von Pflegebedürftigkeit ohne zeitnahe Intervention nach ärztlicher Erfahrung auf Dauer nicht auszuschließen ist. Insoweit muss aus medizinischer Sicht eine konkrete individuelle Notwendigkeit für die Leistung im Rahmen einer Vorsorge bestehen;

5)

ärztliche Behandlungen, die nach ihrem Charakter Gesundheitsuntersuchungen im Sinne der §§ 25, 26 SGB V entsprechen und nicht anlassbezogen als eine rein diagnostische Maßnahme in Anspruch genommen werden, nicht von der Rechtsvorschrift des § 11 Absatz 6 SGB V erfasst werden. Entsprechende Satzungsleistungen sind daher nicht zulässig bzw. nicht genehmigungsfähig, unabhängig davon, ob eine Krankheit bereits vorliegt oder nicht. (beispielhaft: Abweichung von den in den Richtlinien des G-BA (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V) definierten Altersgrenzen, Krebsvorsorgeuntersuchungen, jeweils ohne Risikofaktoren).

6)

Die Voraussetzungen für die Leistungsanspruchnahme sind jeweils entsprechend in der Satzung zu regeln.

7)

Die Arbeitsgruppe setzt ihre Beratungen fort.

Kurzbegründung für die Beschlüsse:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder halten eine einheitliche Genehmigungspraxis für Leistungen nach § 11 Absatz 6 in Verbindung mit § 23 SGB V für notwendig, um keine Wettbewerbsverzerrungen unter den Krankenkassen zu erzeugen. Sie haben sich daher in einer Arbeitsgruppe auf die im Beschluss dokumentierte einheitliche Position verständigt.

Im Einzelnen:

Zu 1) Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V im Bereich § 23 SGB V

Die nach § 23 SGB V geforderte Notwendigkeit von Leistungen gilt übertragen auch für entsprechende erweiternde Satzungsregelungen nach § 11 Abs. 6 SGB V. Die Notwendigkeit ist ärztlich zu bestätigen und in der Satzung entsprechend vorzusehen. Nicht notwendige (anlassunabhängige) Leistungen können nicht Gegenstand einer Satzungsleistung sein.

Zu 2.) Abgrenzung der Leistungen § 23 SGB V / § 27 SGB V (ärztl. Behandlung)

Die §§ 23 und 27 SGB V ermöglichen bei Vorliegen einer Krankheit nach ihrem Wortlaut beide einen Anspruch auf ärztliche Behandlung, um eine Verschlimmerung einer Krankheit zu verhindern/verhüten. Diese Schnittmenge lässt sich praktisch nicht auflösen. Da teilweise die Auffassung vertreten wird, dass sich Leistungsansprüche bei bereits Vorliegen einer Erkrankung ausschließlich nach § 27 SGB V ableiten lassen, welcher in § 11 Abs. 6 SGB V nicht genannt wird, bedurfte es somit einer einheitlichen Auslegung durch die Aufsichtsbehörden, um einheitliche Satzungsregelungen sicher zu stellen. Im Ergebnis können auch Versicherte, die bereits erkrankt sind, Leistungsansprüche nach § 11 Abs. 6 SGB V in Anspruch nehmen.



**101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken**



– virtuell –

Zu 3.) und 4.) Es wird hier, der Vollständigkeit und zur Klarstellung aller sich aus der Vorschrift des § 23 SGB V ergebenden Voraussetzungen, dargestellt, dass die Leistungen jeweils notwendig sein müssen (vgl. 1).

Zu 5.) Abgrenzung der Leistungen § 23 SGB V / §§ 25,26 SGB V

Auch bei diesen Leistungen ist eine Schnittmenge – zumindest aus Sicht der Versicherten – nicht ausgeschlossen (z. B im Bereich der Diagnostik). Während Leistungen nach § 23 SGB V eine Notwendigkeit voraussetzen, können Leistungen nach den §§ 25, 26 SGB V auch anlassunabhängig nach den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses definierten Kriterien (insbesondere Altersgrenzen) in Anspruch genommen werden. Die Formulierung des § 11 Abs. 6 SGB V ermöglicht jedoch keine Erweiterungen im Bereich der §§ 25, 26 SGB V. Der Beschluss dient der Abgrenzung und Klarstellung.



**101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken
– virtuell –**



TOP 08:

Vornamensänderung auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bei transsexuellen Versicherten

Bereich: **Sonstiges**

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder nehmen den Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Kenntnis. Im Übrigen findet ein Erfahrungsaustausch statt.

Kurzbegründung für den Beschluss:

Im Rahmen der 94. Aufsichtsbehördentagung wurde der Umgang von Krankenkassen mit Anträgen auf vorzeitige Namensänderung auf der eGK von transsexuellen Versicherten, vor rechtskräftiger Namensänderung, diskutiert. Hierbei bestand Einigkeit, dass es im berechtigten Interesse der Betroffenen liegt, schon in der Alltagserprobung mit geändertem Vornamen aufzutreten. Gleichwohl können die Krankenkassen mangels gesetzlicher Grundlage rechtlich nicht zur vorzeitigen Namensänderung verpflichtet werden.

Die Namensbezeichnung auf der eGK folgt den gesetzlichen Regelungen im Melderecht.

Diese Namen werden an die SV-Träger (Rentenversicherung u.a.) für die Bearbeitung aller sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten gemeldet. Ein Auseinanderfallen der so übermittelten Daten von den zu einer Versicherungsnummer gespeicherten Daten würde zu erheblichen Nachteilen führen, z.B. einer fehlenden Zuordnung von Beschäftigungszeiten im RV-Konto.



**101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken
– virtuell –**



TOP 09:

Eingang von Widersprüchen gegen Bescheide der Kranken-/Pflegekassen bei der Unabhängigen Ombudsperson der Medizinischen Dienste – § 84 Absatz 2 SGG

Bereich: Medizinische Dienste

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Ansicht, dass die bei der Unabhängigen Ombudsperson eines Medizinischen Dienstes eingehenden Widersprüche gegen Bescheide der Kranken-/Pflegekassen gemäß § 84 Absatz 2 Satz 1 SGG fristwährend sind und auch die Ombudsperson der Weiterleitungspflicht des § 84 Absatz 2 Satz 2 SGG unterliegt.

Kurzbegründung für den Beschluss:

Die Medizinische Dienste sind Behörden im Sinne des § 1 Absatz 2 SGB X und damit zur unverzüglichen Weiterleitung von bei ihnen eingegangenen, aber eigentlich an die Kranken-/Pflegekassen zu richtenden Widerspruchsschriften verpflichtet. Die Widerspruchsfrist gilt auch mit Eingang bei einem Medizinischen Dienst als gewahrt. Dies gilt nach Ansicht der Aufsichtsbehörden auch für Posteingänge von Widersprüchen direkt nur bei der Unabhängigen Ombudsperson eines Medizinischen Dienstes. Zwar ist die Unabhängige Ombudsperson gemäß § 278 Absatz 3 SGB V i. V. m. der Richtlinie des MDS „Unabhängige Ombudsperson (UOP-RL)“ unabhängig und weisungsfrei gegenüber den Medizinischen Diensten. Dennoch wird die Unabhängige Ombudsperson gemäß § 278 Absatz 3 SGB V "bei jedem Medizinischen Dienst" bestellt – sie ist dem jeweiligen Medizinischen Dienst und damit auch dessen Behördeneigenschaft zuzurechnen.



101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken
– virtuell –



TOP 10:

Umgang mit „Länderumfragen“

Bereich: Sonstiges

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern beschließen, dass die Umfrage initiiierende Aufsichtsbehörde die gesammelten Rückmeldungen bzw. sofern es ein übereinstimmendes Ergebnis gibt, diese(s) an alle Aufsichtsbehörden übersendet, um Informationsverluste zu vermeiden.

Kurzbegründung für den Beschluss:

Aufgrund der derzeitig unterschiedlichen Verfahrensweisen der Aufsichtsbehörden bei der Beantwortung und der Ergebniszusammenfassung von Länderumfragen ist eine Festlegung eines einheitlichen Verfahrens geboten, um einen Wissenstransfer zu gewährleisten.



101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken



– virtuell –

TOP 11:

Prüftätigkeit der Pflegekassen im Rahmen des Nachweisverfahrens nach § 150a Abs. 7 Satz 8f. SGB XI

Bereich: Pflegeversicherung

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden kommen überein, die Pflegekassen kurzfristig für eine ausreichende Ausgestaltung der Prüfungen im Rahmen des Nachweisverfahrens nach § 150a Abs. 7 S. 9f SGB XI zu sensibilisieren.

Begründung für den Beschluss:

Die den Pflegebonus nach § 150a SGB XI auszahlenden Pflegekassen haben durch eine ausreichende Ausgestaltung des Nachweisverfahrens nach § 150a Abs. 7 S. 9f SGB XI die Rechtmäßigkeit der Boni-Auszahlungen sicherzustellen. Festlegung und Durchführung sowohl der Prüfquote als auch der Prüftiefe im Einzelfall erfolgen in Eigenverantwortung der jeweils zuständigen Pflegekassen.

Da sich in den Festlegungen des GKV-SV nach § 150a Abs. 7 S. 10 SGB XI zur Ausgestaltung Nachweisverfahrens für die Auszahlung des Bonus keine Vorgaben zum Umfang der von den Pflegekassen vorzunehmenden Prüfungen finden, ist jede für die Auszahlung und damit für die Prüfung zuständige Pflegekasse aufgefordert, eigenverantwortlich eine den rechtlichen Erfordernissen genügende Prüfungsplanung mit einer ausreichenden Prüfquote vorzuhalten und umzusetzen.

Weil der Pflegebonus 2022 nach § 150a SGB XI mit Bundesmitteln in Höhe von 500 Mio. € über den Ausgleichsfonds finanziert wird, unterliegt seine Auszahlung und damit auch die Durchführung des Nachweisverfahrens bei den Pflegekassen der direkten Kontrolle des BRH (§§ 112, 111 BHO). Dies gilt wegen § 55 HGrG auch für unter Landesaufsicht stehende Pflegekassen. Die Prüfung des BRH ist umfassend und erstreckt sich insbesondere auch auf die Zweckmäßigkeit der durch die zuständigen Pflegekassen getroffenen Prüfmaßnahmen (§§ 89,90 BHO).

Da bekannt geworden ist, dass es im Zuge der Auszahlung der Corona-Prämie nach § 150a SGB XI a. F. vermehrt zu Missbrauch gekommen ist und die Prüftätigkeit der Pflegekassen im Rahmen des nachgelagerten Nachweisverfahrens zumindest teilweise unzureichend war, ist eine aufsichtliche Sensibilisierung der Pflegekassen für das Erfordernis einer Rechts- und Zweckmäßigkeitskriterien genügenden Prüftätigkeit angezeigt.



**101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken
– virtuell –**



TOP 12:

Gemeinschaftsprojekt „rvEvolution“ der DRV

Bereich: Rentenversicherung

Beschluss:

Die Aufsichtsbehörden der Länder und des BAS beschließen, dass das Bundesamt für Soziale Sicherung 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 und den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder regelmäßig im Rahmen der Arbeitstagungen über aufsichtsrelevante Gesichtspunkte und den Projektfortschritt berichtet.

Kurzbegründung für den Beschluss:

Gemäß § 85 Abs. 3b Nr. 1 SGB IV haben Versicherungsträger der Aufsichtsbehörde die Absicht anzuzeigen, Datenverarbeitungsanlagen und -systeme anzukaufen, zu leasen oder anzumieten oder sich an solchen zu beteiligen, soweit dadurch das Systemkonzept der Datenverarbeitung grundlegend verändert wird. Dies gilt für die Beschaffung und bei den Rentenversicherungsträgern auch für die Eigenentwicklung von Datenverarbeitungsprogrammen entsprechend.

Mit dem Multiprojekt rvEvolution planen die Träger der Deutschen Rentenversicherung, das Kernsystem rvSystem grundlegend zu erneuern. Im Zuge des Projekts soll eine fachliche und technische Transformation vom Altsystem zum neuen Kernsystem rvSystem: modern erfolgen. U. a. werden neue Architektur- und Entwicklungsvorgaben DRV-weit definiert.

Hierdurch entsteht eine Anzeigepflicht nach § 85 Abs. 3b Nr. 1 SGB IV. Die Anzeigen sind von den DRV-Trägern an die jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder zu richten.



101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken
– virtuell –



TOP 13:

Austausch zu Wirtschaftlichkeit & weiteren Vorgehen bzgl. MD Branchensoftware

Bereich: Medizinische Dienste

Beschluss:

Es fand ein Meinungs- und Erfahrungsaustausch statt.

Kurzbegründung für den Beschluss:

Im Hinblick auf die Feststellungen und Verbesserungsvorschläge im Rahmen von verschiedenen Prüfungen erfolgte ein Meinungs- und Erfahrungsaustausch/ sehen sich die Aufsichten veranlasst, eine einheitliche Vorgehensweise abzustimmen.



101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken
– virtuell –



TOP 14:

Bericht der AG Trendlinie/Vergütungsbestandteile

eingereicht – von NW –

Bereich: Gemeinsames

Ziel des TOP: Sachstandsbericht

Beschluss:

Die Aufsichten nehmen den Bericht der AG Trendlinie/Vergütungsbestandteile zur Kenntnis.

Kurzbegründung für den Beschluss:

Die AG bittet um Kenntnisnahme des Berichtes. Aktuell sind keine weiteren Änderungen 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)“ (AVV) geplant.



101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger
vom 9. bis 10. November 2022 in Saarbrücken
– virtuell –



TOP 15:

102. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger

Bereich: **Verschiedenes**

Beschlussvorschlag:

Es fand ein Informationsaustausch statt.