



Bundesamt
für Soziale Sicherung

BAS-Report 2025



Bundesamt für
Soziale Sicherung

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

ich freue mich, Ihnen den BAS-Report für das Jahr 2025 vorstellen zu können. Es ist der erste BAS-Report seit meinem Amtsantritt als Präsident des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) zum 1. Dezember 2025. Neu ist übrigens auch das Format: Erstmals erscheint der BAS-Report ausschließlich digital.

Mein Amtsantritt berührt genau genommen nur den letzten Monat des Berichtszeitraums 2025. Doch wir haben den vorliegenden Bericht an einigen Stellen mit dem aktuellen Blick zum Juli 2026 aktualisiert. Dies ist naheliegend, denn wir leben in einer Zeit mit tiefgreifenden Veränderungen im Gesundheits- und Sozialwesen. So trat am 30. Juli 2026 das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in Kraft.

Für das Berichtsjahr 2025 ist insoweit rückblickend und nüchtern festzuhalten, dass die soziale Sicherung in Deutschland weiterhin vor großen Herausforderungen stand. Steigende Ausgaben in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, ein dynamischer medizinischer Fortschritt sowie der demografische Wandel erfordern eine stabile Finanzierung, robuste Strukturen und - auch das möchte ich hier betonen - eine verlässliche Aufsicht. Insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung und vor allem auch die soziale Pflegeversicherung standen im Berichtsjahr unter erheblichem finanziellem Druck.

Als Präsident des BAS ist mir vor allem der konstruktive Blick nach vorne wichtig. Und so will ich insgesamt unterstreichen, dass zahlreiche Reformvorhaben auf den Weg gebracht wurden und werden. Bei aller Diskussion in der Sache und im Detail halte ich einen optimistischen und anpackenden Ansatz für wichtig, die Sozialversicherung verlässlich und zukunftsfest weiterzuentwickeln. Dazu gehört aus Sicht des BAS beispielsweise die laufende Umsetzung der Krankenhausreform. In diesem Zusammenhang hat das BAS den Krankenhaustransformationsfonds aufgebaut, der im Frühjahr 2026 seine Arbeit aufgenommen hat. Er zählt zu einem der größten Förderinstrumente im Gesundheitswesen der vergangenen Jahrzehnte.

Das schon angesprochene GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verfolgt das wichtige Ziel, die Finanzlage der GKV schnell deutlich zu stabilisieren und den Anstieg der Beiträge zu begrenzen. Die damit verbundenen Änderungen berühren unmittelbar auch die Aufsicht über Krankenkassen; das BAS hat bereits mit Umsetzungsschritten begonnen. Weitere Reformen sollen die ambulante Versorgung stärken, die Digitalisierung des Gesundheitswesens voranbringen und nicht zuletzt die Pflegeversicherung weiterentwickeln. Damit verändern sich auch die Rahmenbedingungen für die Sozialversicherungsträger und die Aufgaben des BAS als Aufsichts-, Prüf- und Verwaltungsbehörde.

In der GKV stand im Berichtsjahr 2025 insbesondere die Rücklagenentwicklung der Krankenkassen im Fokus. Auch die Soziale Pflegeversicherung befand sich weiterhin in einer angespannten finanziellen Lage. Welche Rolle spielte das BAS dabei? Wir haben durch Anpassungen im Finanzausgleich dazu beigetragen, die Zahlungsfähigkeit der Sozialen Pflegeversicherung jederzeit sicherzustellen. Ganz aktuell bleibt festzuhalten, dass der Reformbedarf in diesem Bereich weiter zugenommen hat.

Darüber hinaus möchte ich gerade auch jetzt die Bedeutung der zahlreichen Aufsichts-, Prüf- und Genehmigungsverfahren des BAS unterstreichen. Denn auch im Jahr 2025 prägte dieser Kernbereich unsere Arbeit. Dabei setzen wir auf einen konstruktiven und partnerschaftlichen Dialog mit den Sozialversicherungsträgern, den Ministerien und allen Beteiligten.

Und damit nochmals der Blick nach vorne: Im Hinblick auf die Ziele der Modernisierung und Krisenresilienz der sozialen Sicherungssysteme gewinnen Digitalisierung, Daten- und Informationssicherheit und der Einsatz Künstlicher Intelligenz zunehmend an Bedeutung. Themen wie die elektronische Patientenakte, digitale Verwaltungsverfahren oder KI-gestützte Anwendungen eröffnen neue Möglichkeiten – sowohl für Versicherte als auch für die Verwaltung. Wir im BAS unterstützen auch diese Entwicklungen ausdrücklich und setzen uns - auch mit Blick auf das Ziel der Entbürokratisierung - für praxistaugliche, wirtschaftliche und rechtssichere Lösungen ein.

Erlauben Sie nach meiner ersten Zeit im BAS noch, dass ich hier insgesamt ein großes Dankeschön ausspreche: Für das entgegengebrachte Vertrauen und das wirklich herzliche Willkommen. Mein besonderer Dank gilt natürlich meinen Vorgänger Frank Plate, der das Haus in herausfordernden Zeiten und weit bis hinein in den Berichtszeitraum 2025 engagiert und verantwortungsvoll geprägt hat. Ebenso danke ich Heike Höhne, der Vizepräsidentin im BAS, die unsere Geschicke im Berichtszeitraum zudem einige Zeit in Vertretung geleitet hat. Vor allem aber danke ich meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr herzlich für ihre Offenheit von Beginn an, ihr großes Engagement und ihre beeindruckende fachliche Kompetenz.

Ich habe zahlreiche Gespräche mit unterschiedlichsten Akteuren der sozialen Selbstverwaltung und des Gesundheitswesens geführt. Dabei hat sich für mich abermals gezeigt, wie wichtig ein konstruktiver Dialog und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit sind. Das BAS nimmt eine Schlüsselrolle für das Funktionieren unseres Sozialstaats und für das Vertrauen der Menschen in diesen ein. Diese Verantwortung ist für uns im BAS und mich persönlich Verpflichtung und Motivation.

Liebe Leserinnen und Leser,

im Mai 2026 feierte das BAS sein 70-jähriges Bestehen. Seit sieben Jahrzehnten begleitet das BAS die soziale Sicherung in Deutschland und übernimmt dabei verantwortungsvolle und vielfältige Aufgaben. Unser Selbstverständnis: Das BAS ist eine engagierte Bundesbehörde mit hochinteressanten Aufgaben und großer

Verantwortung. Gemeinsam werden WirlmBAS die Sozialversicherung auch künftig dabei unterstützen, sich verlässlich, leistungsfähig und zukunftsorientiert weiterzuentwickeln. Zentrale Aufgaben dabei werden die Umsetzung großer Reformvorhaben, die Sicherung stabiler Finanzierungsstrukturen und die Gestaltung der digitalen Transformation bleiben. Davon wird auch die BAS-Strategie für die kommenden Jahre geprägt sein, die wir derzeit arbeiten.

WirlmBAS gehen das mit großer Freude und Motivation an!

Und nun wünsche ich Ihnen viel Freude bei der Lektüre des ersten digitalen BAS-Reports und interessante Einblicke in unsere Arbeit.

Ihr

Markus Algermissen

Präsident des Bundesamtes für Soziale Sicherung

1. Teil: Aufsicht und Prüfung der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

1. Krankenversicherung

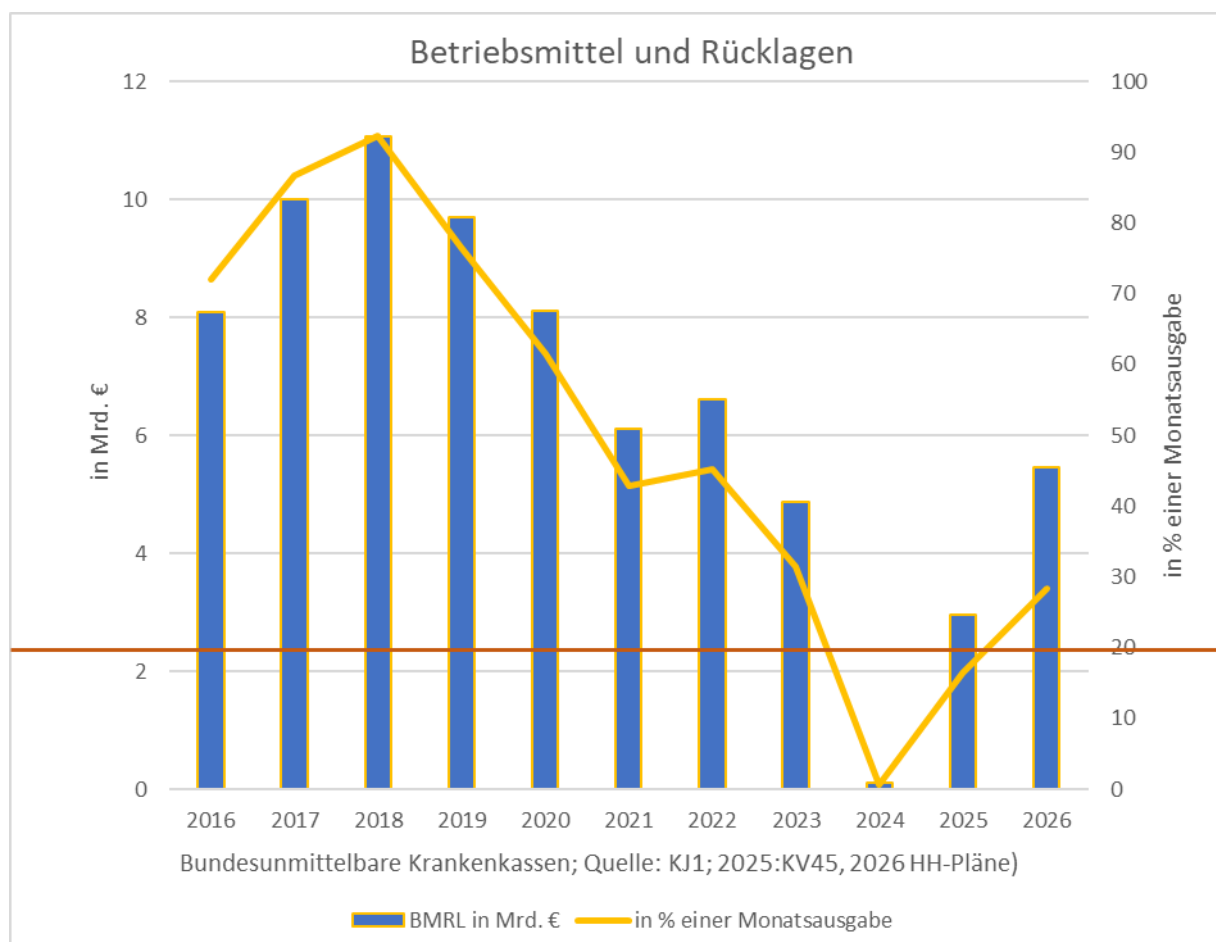
Krankenversicherung in Zahlen

Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen

Die Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen in 2025 war von einer vorsichtigen Konsolidierung gekennzeichnet. Im Vorjahr 2024 hatten die bundesunmittelbaren Krankenkassen erhebliche Verluste verzeichnet, wodurch ihre Rücklagen nahezu vollständig aufgebraucht worden waren. Um die Verluste zu begrenzen und wieder Vermögen aufzubauen, erhöhten 49 von 58 Krankenkassen zum 1. Januar 2025 ihre Zusatzbeitragssätze. Bei der Aufstellung ihrer Haushaltspläne gingen sie davon aus, dass die Rücklagen durch diese Maßnahme

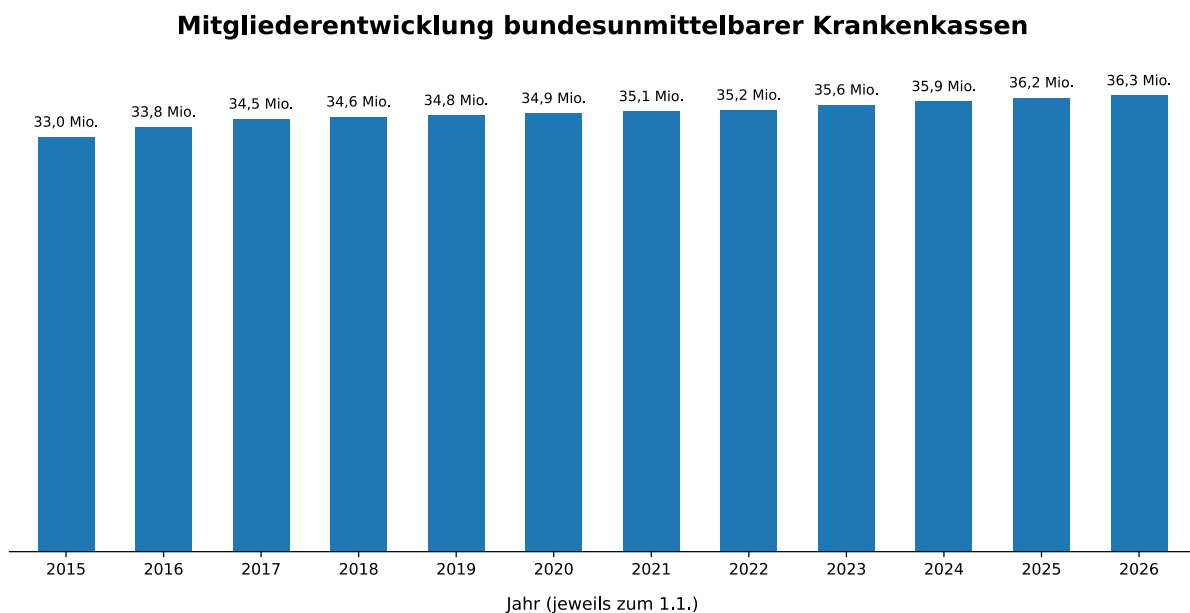
bis zum Jahresende 2025 im Durchschnitt wieder leicht über dem gesetzlichen Minimum von 20 Prozent einer Monatsausgabe liegen würden.

Tatsächlich erzielten die bundesunmittelbaren Krankenkassen im Jahr 2025 insgesamt wieder Überschüsse, die jedoch etwas geringer ausfielen als geplant. Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen (amtliche Statistik KV45) verfügten sie zum 31. Dezember 2025 über ein Finanzvermögen aus Betriebsmitteln und Rücklagen von rund 2,9 Mrd. Euro. Dies entspricht etwa 16 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe aller bundesunmittelbaren Krankenkassen. In diesem Ergebnis sind auch die Einnahmen enthalten, die auf unterjährige Anhebungen von Zusatzbeitragssätzen von 15 Krankenkassen zurückzuführen sind. Zum Jahresende erreichten 19 von 58 bundesunmittelbaren Krankenkassen wieder die gesetzliche Mindestrücklage von 20 Prozent einer Monatsausgabe. Der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitragssatz lag zu diesem Zeitpunkt bei 3,0 Prozent.

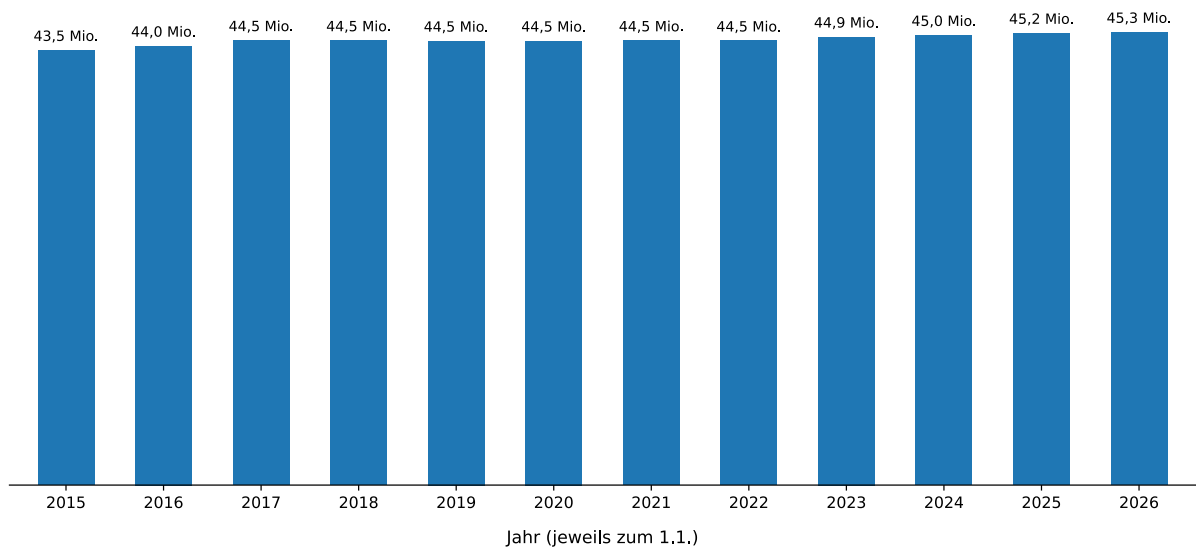


Für das Jahr 2026 mussten die meisten Krankenkassen eine weitere Auffüllung ihrer Rücklagen bei der Kalkulation ihrer Beitragssätze einplanen. Dabei ist gesetzlich festgelegt, dass in bestimmten Fällen nur die Hälfte des Rücklagenaufbaus eingeplant werden muss. Nach den dem BAS im November 2025 vorgelegten Haushaltsplänen erwarten die bundesunmittelbaren Krankenkassen für 2026 einen Vermögensaufbau um insgesamt etwa 2,5 Milliarden Euro, wodurch das Finanzvermögen die Mindestrücklage wieder übersteigen würde. Um dies bei weiter steigenden Ausgaben zu erreichen, haben 26 bundesunmittelbare Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz zum Jahresbeginn erhöht, weswegen der von den bundesunmittelbaren Krankenkassen im Durchschnitt erhobene Zusatzbeitragssatz schon im Januar 2026 bei 3,2 Prozent lag. Das BAS hat die Haushaltspläne geprüft und die Anhebungen der Zusatzbeitragssätze genehmigt.

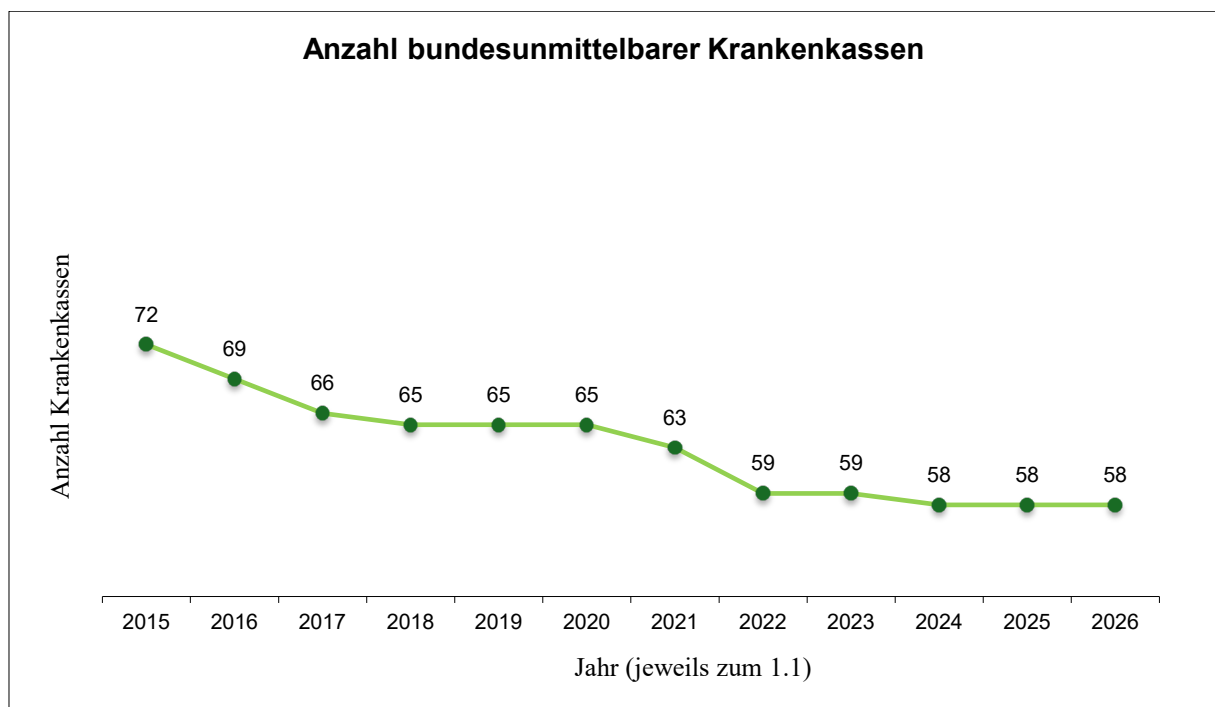
Tagesaktuelle Informationen über die Höhe der Zusatzbeitragssätze können der Internetpräsenz des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden.



Versichertenentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Anzahl bundesunmittelbarer Krankenkassen



Fragen der allgemeinen Aufsicht

Spannungsfeld zwischen innovativer Arzneimittelversorgung und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit

Die Ausgaben für Arzneimittel in der GKV sind in 2025 weiter deutlich angestiegen; diese Entwicklung setzt sich bei diesem wesentlichen Ausgabenblock in der GKV fort. Das BAS bewertet vor diesem Hintergrund Vertragsmodelle der Krankenkassen positiv, wenn sie die Wirkung von Rabattverträgen sowohl in der Regelversorgung als auch in der Selektivvertragsversorgung stärken. Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit müssen die Interessen der Versicherten wahren.

Zudem ist aus berufsrechtlicher Sicht die ärztliche Unabhängigkeit zu wahren.

Vor diesem Hintergrund prüft das BAS seit 2025 verstärkt Vereinbarungen, mit denen Krankenkassen das vertragsärztliche Ordnungsverhalten beeinflussen. Bei der Behandlung chronischer Erkrankungen zeigen sogenannte „Wirtschaftlichkeits-Ampeln“ an, welche Therapiealternativen rabattiert sind. „Verordnungs-Boni“ sollen Ärztinnen und Ärzte dazu anregen, Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen.

Das BAS bewertet Regelungen in Vereinbarungen kritisch, wenn sie bewirken, dass Ärztinnen und Ärzte Arzneimittelinnovationen mit Zusatznutzenbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses aus finanziellen Gründen als unattraktiv ansehen und deshalb gegebenenfalls nicht verordnen. Krankenkassen dürfen nicht aus Kostengründen eine Arzneimittelauswahl fördern, die der Anwendung überlegener Therapiealternativen aus dem GKV-Leistungskatalog entgegensteht.

Versicherte haben Anspruch auf Arzneimittel, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Sind Therapiealternativen nicht gleichwertig, darf der Zugang der Versicherten zu diesem Behandlungsstandard nicht erschwert werden.

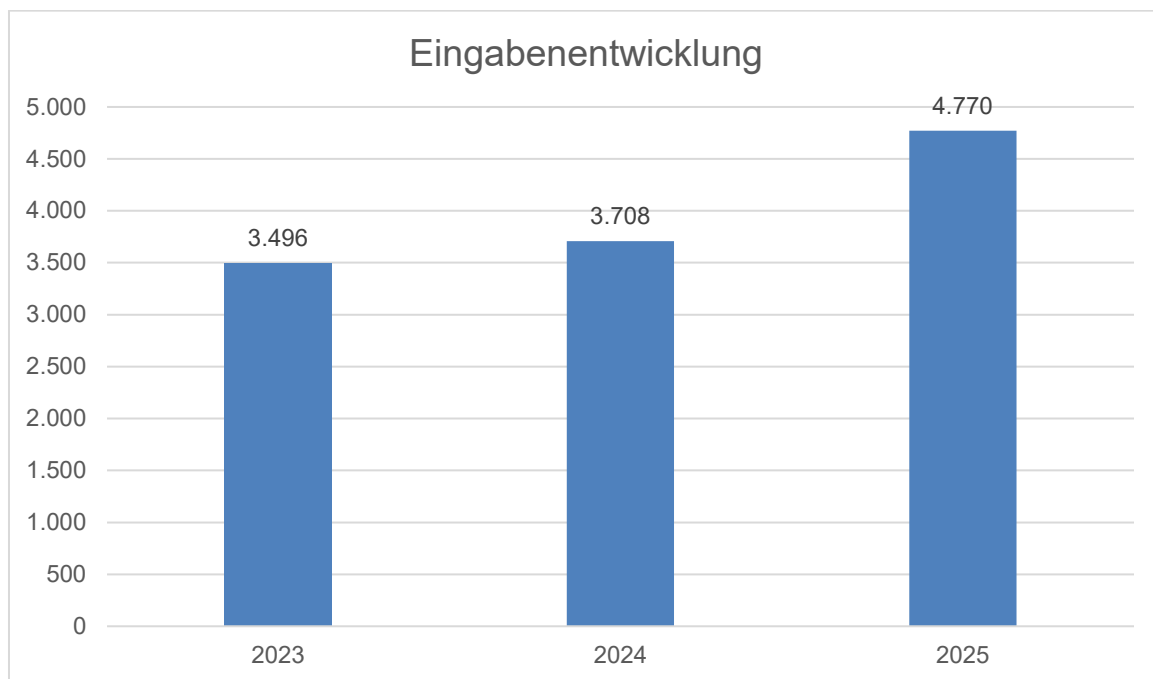
Das BAS führt mit Krankenkassen und weiteren Beteiligten einen fachlichen Dialog, um eine wirtschaftliche und rechtskonforme Arzneimittelversorgung sicherzustellen.

Anzeigen zu Vertriebsverhalten der Krankenkassen

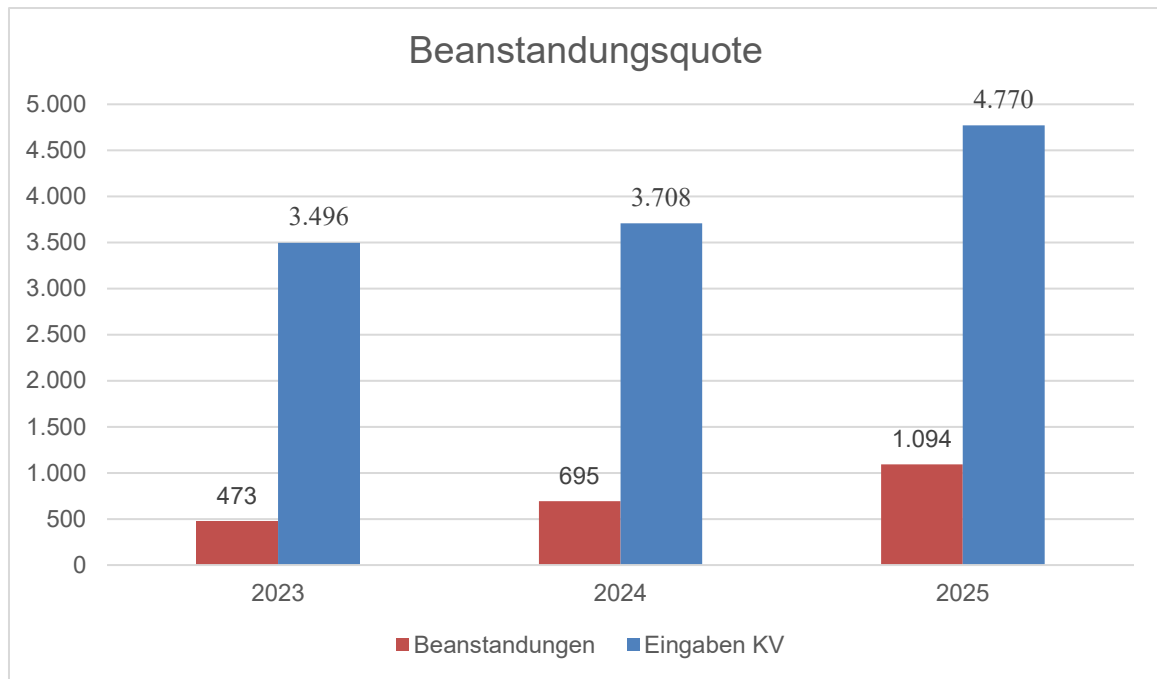
In 2025 erhielt das BAS eine zunehmende Zahl von Anzeigen zu mutmaßlich rechtswidrigen Verhaltensweisen einzelner Krankenkassen bei der Mitgliederwerbung. Die Hinweise betrafen unter anderem Risikoselektion, unerwünschte Kontaktaufnahmen mit den Versicherten sowie das Angebot von unzulässigen Wechselprämien. Das BAS prüft diese Sachverhalte aufsichtsrechtlich.

Entwicklung der Eingaben

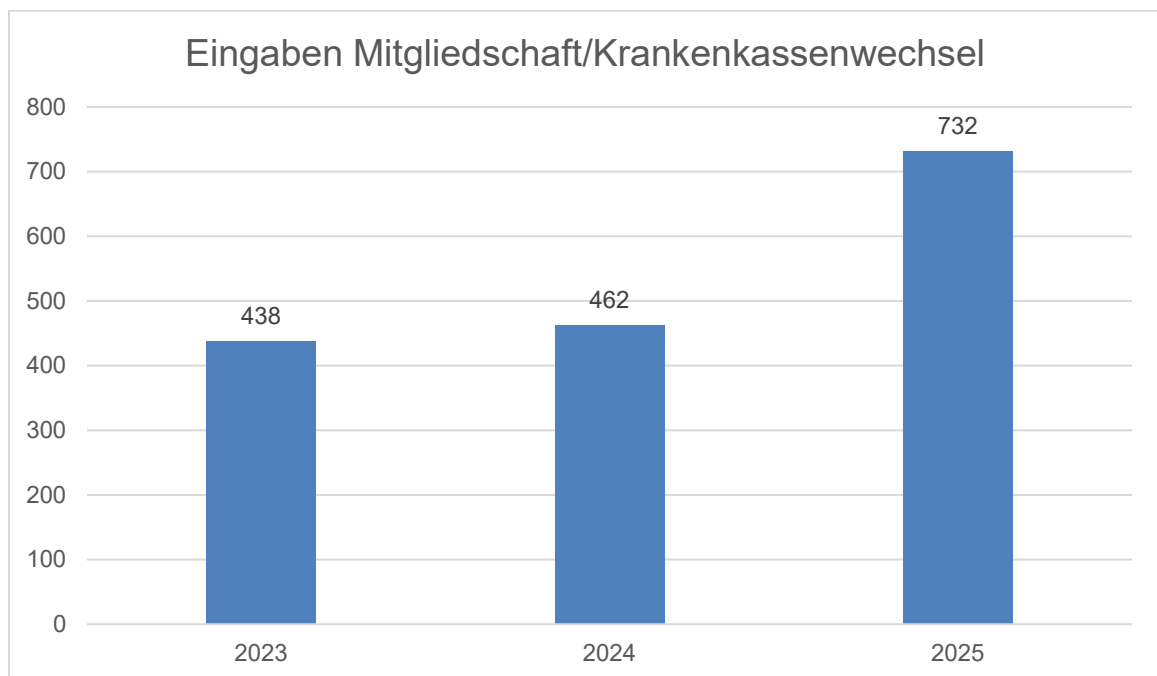
Die Bearbeitung von Eingaben gehört zu den wesentlichen Aufgaben des BAS. Die Anzahl der Eingaben im Bereich der Krankenversicherung hat 2025 einen neuen Höchststand erreicht. Es wurden 4.770 Eingaben - und damit 29 Prozent mehr als im Vorjahr - gesichtet, ausgewertet und beantwortet.



Die Beanstandungsquote in 2025 lag bei 23 Prozent und ist damit um moderate vier Prozent gestiegen. Hier erfasst das BAS solche Fälle, in denen bei der Bearbeitungsweise der Krankenkassen Fehler aufgefallen sind und setzt diese in das Verhältnis zur Gesamtzahl der Eingaben.



Nach wie vor betreffen die meisten Eingaben Leistungsfragen. Die Zahl der Beschwerden in diesem Bereich ging zwar leicht zurück, sie machen aber weiterhin mehr als die Hälfte aller Eingaben aus. Fragen zur Bemessung der Beiträge haben leicht zugenommen. Besonders deutlich nahm die Zahl von Beschwerden zu Fallgestaltungen rund um das Thema Mitgliedschaft zu: Sie stieg im Vergleich zum Vorjahr um 58 Prozent.



Ursache für den Anstieg sind unter anderem Eingaben rund um das Thema Krankenkassenwechsel. Insbesondere die flächendeckenden Anhebungen der Zusatzbeitragssätze zu Beginn des Jahres 2025 führten zu vermehrten Wechseln und damit

verbundenen Problemen, etwa dass die Versicherten ihre Versichertenkarte nicht rechtzeitig erhielten oder die gekündigte Krankenkasse die Mitgliedschaft nicht rechtzeitig beendete.

Qualitative Anforderungen an Krankengeldbescheide

Das BAS hat im Jahr 2025 intensiv geprüft, ob Krankengeldbescheide die gesetzlichen Begründungsanforderungen erfüllen. So ist im Gesetz geregelt, dass den Betroffenen die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe, die zur Krankengeldzahlung führen, mitzuteilen sind (§ 35 SGB X). Was dies im Einzelfall bedeutet, hat das Bundessozialgericht (BSG) - im Zusammenhang mit Rentenbescheiden - näher ausgeführt (vgl. Urteil des BSG vom 6. Juli 2022, Aktenzeichen B 5 R 21/21). Nach Auffassung des Gerichts bedarf es insbesondere bei Bescheiden zu existenzsichernden Leistungen, hierunter fällt auch das Krankengeld, einer ausführlicheren Begründung.

In der Praxis weisen Krankenkassen im Bescheid häufig lediglich das kalendertägliche Brutto- und Nettokrankengeld aus. Nach Ansicht des BAS gehören zu einer ausreichenden Begründung jedoch auch die individuellen Werte, aus denen das Krankengeld berechnet wird, sowie Erläuterungen zur Berechnungsweise. Dies ist für die Betroffenen wichtig, um die Entscheidung der Krankenkasse nachvollziehen und prüfen zu können. Das BAS stimmt sich hierzu mit zahlreichen Krankenkassen über die Gestaltung von Musterbescheiden ab, um den Informationsgehalt der Bescheide zu verbessern.

Krankengeldstopp bei vermeintlichem Formfehler im ärztlichen Attest

Der PDK hat festgestellt, dass einzelne Krankenkassen die Krankengeldzahlung einstellen, wenn Ärztinnen oder Ärzte die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht als sogenannte „Endbescheinigung“ ausstellen. Eine Endbescheinigung vom Arzt bescheinigt das offizielle Ende der Arbeitsunfähigkeit (AU) und signalisiert die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Sie wird oft genutzt, um dem Arbeitgeber oder der Krankenkasse das Ende der Krankengeldzahlung zu bestätigen. Diese Handlungsweise ist nicht rechtmäßig. Bei einer Krankenkasse wurden im Jahr 2025 über 550 Fälle überprüft und Krankengeld in Höhe von rund 263.000 Euro nachgezahlt. Mit den weiteren betroffenen Krankenkassen wird das BAS eine Aufarbeitung dieser Fälle im aufsichtsrechtlichen Dialog begleiten.

Online-Information über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

Erhöhen gesetzliche Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz, mussten sie ihre Mitglieder in einem Schreiben informieren. Bisher versandten sie diese Information in der Regel per Brief.

Insbesondere die wirtschaftlichen und entbürokratisierenden Vorteile einer elektronischen Übermittlung des Anschreibens lösten eine Diskussion über die rechtlichen Voraussetzungen aus. Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder einigten sich darauf, dass Krankenkassen das Schreiben über ihre Online-Geschäftsstellen übermitteln dürfen, sofern sie die Anforderungen an eine rechtskonforme elektronische Übermittlung einhalten.

Eine bloße Veröffentlichung auf der Homepage der Krankenkasse oder die Übermittlung mittels einer ungesicherten E-Mail erfüllte die gesetzlichen Voraussetzungen nicht.

Mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) ist vorgesehen, dass die Pflicht der Krankenkassen zur schriftlichen Information ihrer Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitrags entfällt. Ziel ist die weitere Entbürokratisierung und die Hebung finanzieller Einsparpotentiale. Generell wird den Möglichkeiten der digitalen Information der Versicherten in Zukunft größere Bedeutung zukommen.

Im Jahr 2025 haben 15 Krankenkassen unterjährig während des laufenden Haushaltsjahres Anhebungen des Zusatzbeitragssatzes vornehmen müssen, davon eine Krankenkasse sogar zweimal.

Als Begründung für die ungewöhnlich hohe Anzahl unterjähriger Anpassungen wurden die allgemein angespannte Haushaltslage sowie steigende Leistungsausgaben in der GKV genannt. > siehe auch Seite 3 „Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen“

Begleitung eines hohen Mitgliederwachstums bei Krankenkassen

Ein erheblicher Mitgliederzuwachs bei Krankenkassen – hervorgerufen insbesondere durch einen vergleichsweise niedrigen Zusatzbeitragssatz - kann in der Praxis dazu führen, dass zeitweise die Einhaltung gesetzlicher Bearbeitungsfristen und eine zeitnahe Kommunikation mit den Versicherten eine besondere Herausforderung darstellen. Dies kann Auswirkungen auf die Mitgliederaufnahme sowie die Leistungsbewilligung und Leistungsabwicklung haben.

Das BAS führt hierzu im Bedarfsfall den aufsichtsrechtlichen Dialog und überwacht vor allem, welche Maßnahmen die Krankenkassen zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit ergreifen und begleitet deren Umsetzung.

Schiedsverfahren: hohe Fallzahlen und viele Klagen

Die angespannte Situation im Bereich Schiedsverfahren hält an. Im Jahr 2025 prüfte das BAS unter Beteiligung von rund 1.000 Leistungserbringern und Krankenkassen Anträge auf Einsetzung von Schiedspersonen. Zudem beschäftigen 43 Klageverfahren gegen Einsetzungsbescheide das BAS erheblich.

Die Vertragspartner einigen sich erkennbar immer seltener eigenständig auf eine unabhängige Schiedsperson, obwohl sie dazu gesetzlich verpflichtet sind. Das BAS achtet daher verstärkt auf die Einhaltung dieser Pflicht. In der Sache sind zwischen den Vertragspartnern vor allem Vertragsinhalte oder die Höhe der Vergütung strittig.

Bei der Prüfung der Anträge auf Einsetzung einer Schiedsperson treten zunehmend Fragen zur fachlichen Eignung der Leistungserbringer auf. Dies betrifft auch Leistungserbringer, die bereits seit vielen Jahren Versorgungsverträge mit Krankenkassen haben. In diesem Zusammenhang mussten beispielsweise Auslegungsfragen zur Anwendung der Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit Außerklinischer Intensivpflege sowie eines Rahmenvertrages zur Erbringung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung geklärt werden.

Flächendeckende Versorgungsverträge – Belastungsprobe für die Selbstverwaltung

Der Gesetzgeber verfolgt das Ziel, durch Vertragsschlüsse zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung mit Außerklinischer Intensivpflege und Häuslichen Krankenpflege sicherzustellen. Die Umsetzung dieses Ziels wird vom BAS mit erheblichen personellen Ressourcen begleitet. Nach einer Gesetzesänderung im Jahr 2023 mussten die Beteiligten die Verträge auf gemeinsame und einheitliche Verträge auf Landesebene umstellen. Dieser Prozess war von einer schwierigen Anfangsphase gekennzeichnet. Im Berichtsjahr 2025 beobachtet das BAS jedoch eine deutlich positivere Entwicklung.

Zur Hilfsmittelversorgung bestehen die Schwierigkeiten bei der Vertragsfindung fort. Das BAS stellt in der Aufsichtspraxis fest, dass zahlreiche Hilfsmittelverträge der Krankenkassen keine Preisregelungen enthalten. Zudem lenken einzelne Krankenkassen ihre Versicherten gezielt zu bestimmten Leistungserbringern. Regelmäßig erreichen das BAS Eingaben zur Sicherstellung einer wohnortnahen und zeitgerechten Hilfsmittelversorgung, etwa im Bereich Diabetesversorgung. Gerade bei Vertragskündigungen und stockenden Verhandlungen

müssen die Beteiligten im Interesse der Versicherten eine kontinuierliche und einfach zugängliche Versorgung gewährleisten.

Zudem ist zu beobachten, dass sich Leistungserbringer Verhandlungen und Schiedsverfahren entziehen. Dies kann die Hilfsmittelversorgung von Versicherten in ganzen Regionen sowie den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander beeinflussen. Für die Versicherten wirkt es sich besonders nachteilig aus, wenn Leistungserbringer sich während eines laufenden Schiedsverfahrens nicht an die fortgeltenden bisherigen Verträge und Preise gebunden fühlen. Verweigern sie in diesen Fällen die Versorgung, müssen die Versicherten die Kosten zunächst privat vorstrecken.

Finanzierung von (Baby-)Erste-Hilfe-Kurse durch Krankenkassen

Im Berichtszeitraum erörtere das BAS mit den Landesaufsichtsbehörden und dem BMG, welche rechtlichen Möglichkeiten Krankenkassen haben, die Teilnahme ihrer Versicherten an (Baby-)Erste-Hilfe-Kursen finanziell zu unterstützen.

Der sozial- und gesellschaftspolitische Nutzen dieser Kurse steht außer Frage. Krankenkassen dürfen die Teilnahme jedoch nicht als zusätzliche Satzungsleistung finanzieren. § 11 Abs. 6 SGB V erlaubt zusätzliche Satzungsleistungen nur in den dort abschließend genannten Leistungsbereichen, etwa bei Heilmitteln. (Baby-)Erste-Hilfe-Kurse fallen nicht darunter. Krankenkassen dürfen für die Teilnahme an solchen Kursen auch keinen Bonus nach § 65a SGB V für "gesundheitsbewusstes Verhalten" gewähren.

Die Aufsichtsbehörden sehen dennoch rechtliche Gestaltungsspielräume. Krankenkassen können Versicherten, die eigenes gesundheitsbewusstes Verhalten nachweisen, etwa durch die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, anstelle der vorgesehenen Geldprämie einen Sachbonus gewähren. Ein solcher Sachbonus kann in Form eines Zuschusses zur Teilnahme an einem (Baby-)Erste-Hilfe-Kurs gewährt werden.

Krankenversicherung für Familienangehörige von NATO-Truppen

Das Zusatzabkommen zum NATO-Truppenstatut sieht vor, dass in Deutschland stationierte ausländische NATO-Truppen und ihre Familienangehörige grundsätzlich nicht dem deutschen Sozialversicherungsrecht unterliegen. Von diesem Grundsatz bestehen jedoch Ausnahmen. So können Familienangehörige (Ehegatten und Kinder) freiwillig Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Entscheiden sie sich hierfür, gilt das deutsche Sozialrecht uneingeschränkt.

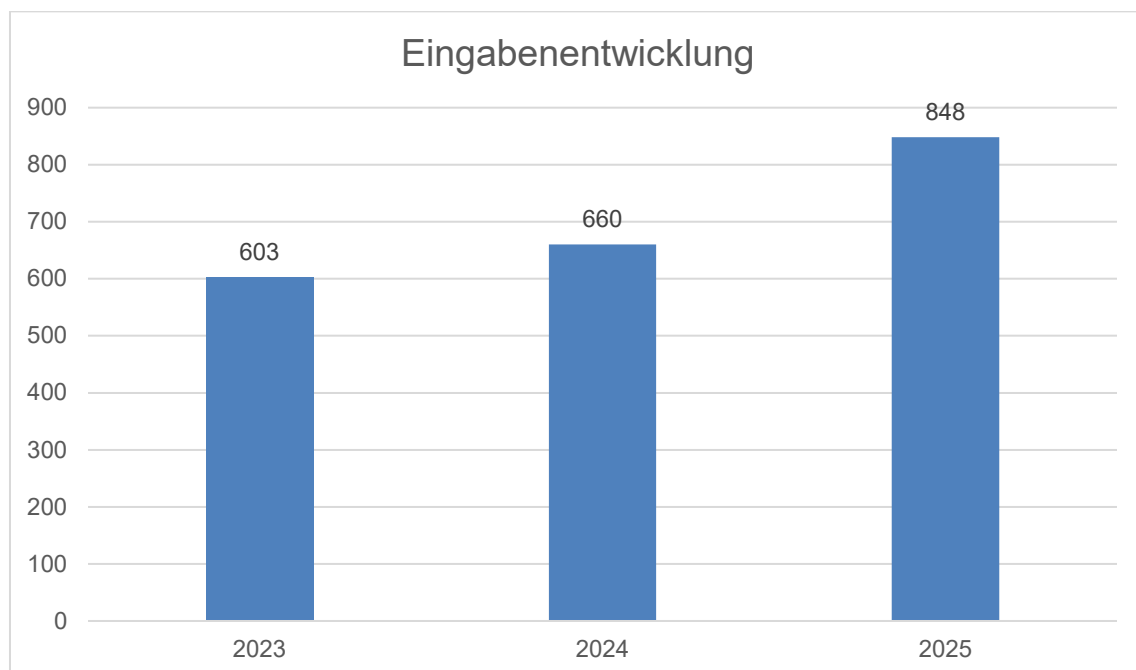
Dies kann zur Folge haben, dass bei der Beitragsbemessung auch das Einkommen des nicht gesetzlich versicherten Truppenangehörigen oder Ehegatten berücksichtigt wird, obwohl dieser selbst nicht dem deutschen Sozialversicherungsrecht unterliegt. Ebenso kann das Einkommen des nicht gesetzlich versicherten Ehegatten bei der Prüfung der Voraussetzung für eine Familienversicherung herangezogen werden. In solchen Fällen können Kinder der in Deutschland stationierten ausländischen NATO-Truppen unter Umständen nicht über die deutsche Familienversicherung beitragsfrei abgesichert werden.

Diese Besonderheiten führten vereinzelt zu Beschwerden. Das BAS erläuterte den Beschwerdeführenden in den jeweiligen Einzelfällen die maßgebliche Rechtslage.

2. Pflegeversicherung

Entwicklung der Eingaben

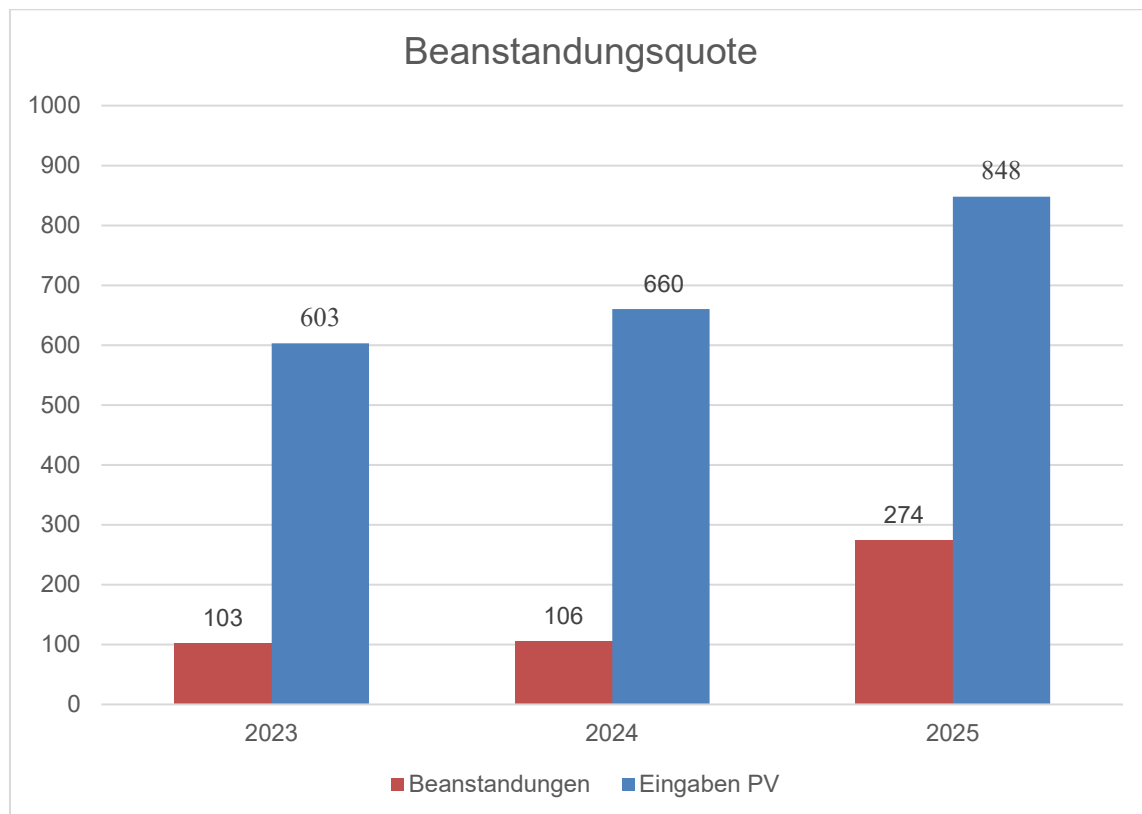
Im Jahr 2025 wandten sich Pflegepersonen oder pflegebedürftige Versicherte selbst mit insgesamt 848 Eingaben und Petitionen zur Pflegeversicherung an das BAS. Gegenüber dem Vorjahr mit 655 Eingaben stieg die Zahl im Jahr 2025 deutlich um 29 Prozent an. Diese Entwicklung steht vor allem im Zusammenhang mit der wachsenden Zahl der Pflegebedürftigen, die sich in den vergangenen zehn Jahren nahezu verdoppelt hat. Entsprechend nahm auch das Eingabeaufkommen in den letzten Jahren kontinuierlich zu.



Die Eingaben betrafen alle grundlegenden Leistungsbereiche der Pflegeversicherung. Hervorzuheben sind:

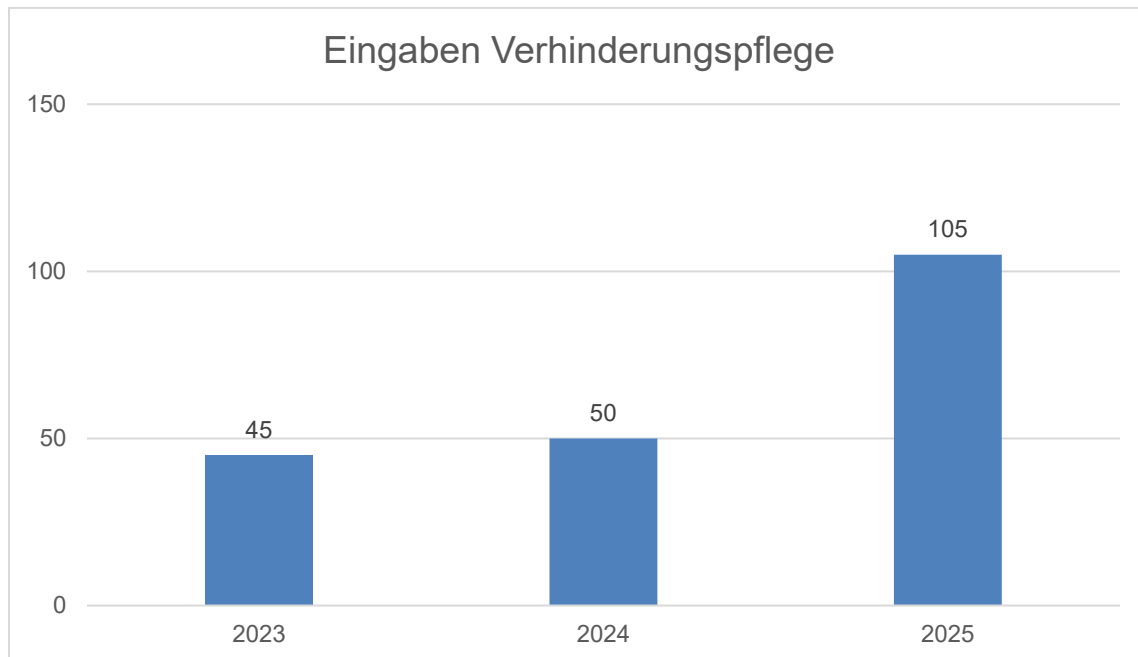
- die Dauer der Verwaltungsverfahren bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad,
- Probleme bei der Auszahlung von Pflegegeld und der Berechnung des anteiligen Pflegegeldes bei Kombinationsleistungen,
- Probleme bei der pauschalen Zusatzzahlung,
- Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie
- Fragen zur Bewilligung und Auszahlung des Entlastungsbetrages.

Wie die nachfolgende Grafik zeigt, ist die Zahl der Beanstandungen gegenüber den Pflegekassen im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Dabei gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Pflegekassen insgesamt einvernehmlich und kooperativ.



Ein häufiges Beschwerdethema in 2025 war der Anspruch auf Verhinderungspflege. Dieser Anspruch stellt sicher, dass die häusliche Pflege fortgeführt wird, wenn die Pflegeperson ausfällt - zum Beispiel aufgrund einer Erkrankung oder weil die Pflegeperson in einem Erholungsurlaub ist. Die Pflegekasse übernimmt in diesen Fällen die Kosten für eine Ersatzpflege für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Die Zahl der Eingaben zur Verhinderungspflege hat sich im Vergleich zum Vorjahr verdoppelt. In den meisten Fällen

beanstandeten die Petentinnen und Petenten eine verzögerte Bearbeitung durch ihre Pflegekasse.



Potenzial von digitalen Innovationen und KI-Anwendungen in der Pflege

Der Einsatz digitaler Anwendungen hat für die Pflegeversicherung erhebliches Potenzial. Pflegekassen können interne Verwaltungsprozesse und die Kommunikation mit den von Pflege Betroffenen mithilfe digitaler und KI-gestützter Technologien effizienter und nutzerorientierter gestalten. Anfragen an das BAS zeigen, dass diese Technologien vielfältige Möglichkeiten bieten, Mehrwerte für Versicherte zu schaffen und Verwaltungsaufwand zu reduzieren. Das BAS unterstützt solche Innovationen, auch mit Blick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen.

Eine vergleichbare Entwicklung ist hinsichtlich der Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) zu beobachten. Auch im Bereich der Pflegeleistungen erkennen Pflegekassen zunehmend die entsprechenden Potenziale zur Effizienz- und Qualitätssteigerung. So prüfen Pflegekassen verstärkt den Einsatz KI-gestützter Analyseinstrumente, um Gutachtendaten systematisch auszuwerten und Entscheidungsprozesse zu unterstützen. Besonders vielversprechend sind derzeit digitale Lösungen zur Auswertung von Pflegegutachten im Widerspruchsverfahren. Das BAS begleitet diese Vorhaben aktiv und zeigt Wege für eine rechtssichere Umsetzung auf. Es ist davon auszugehen, dass der Einsatz von KI auch in der Pflegeversicherung erheblich zunehmen wird.

Digitale Informations- und Beratungsangebote

Zugleich wächst der Bedarf an digitalen Informations- und Beratungsangeboten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Am Markt werden zunehmend digitale Assistenzsysteme, Chatbots und KI-gestützte Plattformen angeboten, die Informationen zur Pflegeversicherung bereitstellen und bei der Organisation der Pflege unterstützen. Pflegekassen wenden sich in diesem Zusammenhang an das BAS, um zu klären, wie sie allgemeine Auskunftangebote nach § 7 Abs. 2 SGB XI von der individuellen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI abgrenzen können.

Die dem BAS bekannten digitalen Angebote dienen überwiegend Informations- und Aufklärungszwecken und fallen damit unter die allgemeinen Auskunftspflichten nach § 7 Abs. 2 SGB XI. Wenn Pflegekassen solche Anwendungen gemeinsam mit Leistungsanbietern in ihr Leistungsangebot integrieren, übernehmen sie auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen die inhaltliche Verantwortung für die bereitgestellten Informationen.

Digitale Anwendungen, die Pflegekassen im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI einsetzen, müssen hingegen die gleichen Mindestanforderungen erfüllen wie eine persönliche Beratung. Dazu gehören insbesondere die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans sowie eine bedarfsgerechte Beratung zu allen erforderlichen Hilfen und zu regionalen Diensten vor Ort. Das BAS beobachtet, dass viele digitale Angebote bislang noch keine ausreichende Individualisierung auf die konkrete Pflegesituation vor Ort ermöglichen. Zudem ist die Pflegeberatung eine zeitlich begrenzte Leistung, sodass Pflegekassen digitale Tools nicht dauerhaft und ohne zusätzliche Kosten zur Verfügung stellen dürfen. Der geltende Rechtsrahmen ermöglicht bereits, Pflegeberatende durch digitale Instrumente zu unterstützen.

3. Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung

Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung (PDK) prüft und berät die Kranken- und Pflegekassen sowie deren Arbeitsgemeinschaften. Er führt derzeit folgende Prüfungsarten durch:

- Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V und § 46 SGB XI,
- Prüfungen der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach § 252 SGB V sowie

- Prüfungen der Datenmeldungen nach § 20 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV).

In 2025 konzentrierte sich der PDK auf Beratungsprüfungen sowie auf Prüfungen nach § 252 SGB V. Turnusmäßig standen Prüfungen der Datenmeldungen nach § 20 Abs. 1 Satz 1 RSAV nicht an; zugleich bereitete der PDK die Prüfungen der Datenmeldungen zum Risikopool weiter vor (→ siehe auch S. 22 und S. 49).

Einige Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI leitete der PDK im Jahr 2025 ein. Er schloss sie jedoch noch nicht formal ab, insbesondere weil Beratungsgespräche mit den geprüften Trägern noch andauern. Diese Prüfungen fließen daher noch nicht in die Jahresstatistik für 2025 ein.

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2024	Durchgeführte Prüfverfahren 2025
Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI		
Standardprüfungen	48	46
• Allgemeine Verwaltung	10	5
• Finanzen/Kassensicherheit	9	7
• Mitgliedschaft/Beiträge	4	3
• Leistungen Krankenversicherung	6	9
• Leistungen Pflegeversicherung	9	11
• DRG	7	3
• EDV/Informationstechnik	3	8
Sonstige Prüfobjekte	1	3
• Arbeitsgemeinschaft 1	1	1

• Arbeitsgemeinschaft 2	0	2
Sonderprüfungen	0	1
• Finanzstatus	0	1
Schwerpunktprüfungen Informationstechnik	1	0
• EDV/Informationstechnik (2023) • Softwareentwicklungsprüfung (2024)	1	0
Nachprüfungen	3	4
Schwerpunkt-/Sonderprüfgruppen	9	4
• Hilfsmittelerbringung: Vertragsverhandlungen/Dokumentation/Information	3	1
• Krankengeldbezug und Provisionen Bewilligungsquoten	0	0
• Widerspruchsverfahren	2	3
• Bonusprogramme	4	0
Prüfungen nach § 252 SGB V		
Standardprüfungen	14	14
Prüfungen nach § 20 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung		
• Versichertenzeiten/DMP	0	0
• Morbi-RSA	58	0
Summe Prüfungen	134	72

Beratungsprüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI

Verbundprüfung der Hilfsmittelabrechnung bei einem Dienstleister

Mehrere Prüfdienste der Länder sowie der PDK beim BAS führten gemeinsam eine Prüfung der Hilfsmittelabrechnung bei einem Dienstleister durch. Da dieser für eine größere Zahl an Krankenkassen arbeitet, bot sich eine abgestimmte Prüfung an, um auch übergreifende Beratungsansätze entwickeln zu können. Die Prüfung erwies sich als komplex.

Krankenkassen schließen unterschiedliche Verträge mit Hilfsmittelleistungserbringern; eine flächendeckende Vertragsdichte besteht nicht überall. Zu beachten ist auch, dass sich das Hilfsmittelverzeichnis monatlich ändert. Hinzu kommt, dass nicht alle Leistungserbringer am elektronischen Datenaustausch teilnehmen, sondern weiterhin Papierrechnungen verwenden. Auch externe Faktoren, etwa die unterschiedliche umsatzsteuerrechtliche Behandlung von Bandagen und Orthesen, beeinflussen die Abrechnungspraxis.

Die Prüfdienste stellten fest, dass eine hohe Vertragsdichte die Qualität der vielfach automatisierten Abrechnungsprüfung wesentlich verbessert (→ vgl. BAS-Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung 2022). Ebenso entscheidend sind klare Vorgaben der Krankenkassen zu den anzuwendenden Regelungen und den abzurechnenden Preisen. Datenqualität und elektronische Datenübermittlung haben dabei eine zentrale Bedeutung.

Die Ergebnisse betreffen nicht nur den geprüften Dienstleister, sondern zeigen strukturellen Handlungsbedarf im gesamten Hilfsmittelsektor. Aus Sicht der Prüfdienste ist es entscheidend, dass alle Beteiligten bestehende Optimierungspotenziale nutzen und gezielte Maßnahmen umsetzen. Ziel ist es, Genehmigungs- und Abrechnungsprüfungsverfahren so weiterzuentwickeln, dass Kostenvoranschläge und Abrechnungen eindeutig und möglichst einfach erstellt und geprüft werden können.

Sonderprüfungen im Bereich Finanzen und Krankenkassensicherheit

In 2025 führte der PDK nach § 274 Abs. 1 Satz 1 SGB V bei zwei Krankenkassen eine Sonderprüfung durch. Konkrete Hinweise auf eine mögliche nachhaltige Gefährdung der finanziellen Leistungsfähigkeit gaben hierfür im konkreten Fall den Anlass.

Die Prüfungen umfassten unter anderem die Kassen- und Rechnungsführung, die Finanz- und Vermögenswirtschaft, die Grundlagen der finanziellen Entwicklung, die Beurteilung der Finanz- und Liquiditätslage sowie eine mögliche Mittelanspruchnahme von Finanzmitteln anderer Versicherungszweige, insbesondere der Pflegeversicherung und der Umlageversicherung nach dem AAG.

Der Prüfdienst stellte fest, dass beide geprüfte Krankenkassen in den geprüften Zeiträumen hohe Ausgabenüberschüsse erzielten. Eine Krankenkasse verfügte jedoch weiterhin über eine angemessene Finanzreserve und eine vergleichsweise stabile Liquidität. Sie bewertete ihre Forderungen und Verpflichtungen aus Sicht des PDK realistisch und kam ihren Zahlungsverpflichtungen fristgerecht nach. Die andere Krankenkasse wies hingegen ein bilanzielles Negativvermögen und eine angespannte Liquidität auf. Nach Einschätzung des

Prüfdienstes waren wesentliche Teile der Forderungen aus der Kontenart 024 („Forderungen an andere aus Versicherungsleistungen“) nicht werthaltig, zudem hielt die Krankenkasse Zahlungsziele regelmäßig nicht ein.

Auch angesichts der gesamtwirtschaftlichen und systemischen Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung begleitet das BAS die weitere Entwicklung mit erhöhter Aufmerksamkeit. Die Ergebnisse einer dieser Sonderprüfungen übergab der Prüfdienst zur aufsichtsrechtlichen Weiterverfolgung dem zuständigen Referat im BAS; der aufsichtsrechtliche Dialog dauert an. Die zweite Sonderprüfung schloss der Prüfdienst im Jahr 2025 in Abstimmung mit dem zuständigen Aufsichtsreferat ab.

Berücksichtigung von Abfindungen bei Familienversicherten und in der freiwilligen Krankenversicherung

In seinen Prüfungen nach § 274 SGB V im Prüfgebiet Mitgliedschaft/Beiträge stellte der PDK Fälle fest, in denen Krankenkassen trotz gezahlter Abfindung, die der Durchführung einer Familienversicherung entgegenstehen kann, eine Familienversicherung durchführten oder Abfindungszahlungen bei den Beitragseinstufungen zur freiwilligen Versicherung nicht korrekt berücksichtigten. Grundlage dieser Feststellungen war ein neuer Datenabgleich unter Einbeziehung der Meldungen der Bundesagentur für Arbeit, die sogenannte DUEBAK-Meldungen.

Der PDK wies die Krankenkassen darauf hin, dass sie einen entsprechenden Datenabgleich durchführen müssen. Erhalten sie Hinweise auf eine Abfindung, müssen sie prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Familienversicherung weiterhin vorliegen oder die Abfindung bei der Beitragsbemessung berücksichtigen.

Beschäftigtendatenschutz bei "Personalkassen"

Im Jahr 2025 prüfte der PDK im Rahmen von Prüfungen nach § 274 SGB V im Prüfgebiet Informationstechnologie die Umsetzung des Beschäftigtendatenschutzes bei sogenannten Personalkrankenkassen.

In diesen Konstellationen versichert die Krankenkasse ihre eigenen Beschäftigten sowie deren Angehörige und tritt damit zugleich als Arbeitgeberin und Versicherungsträgerin auf. Dem Schutz personenbezogener Daten, insbesondere von Gesundheitsdaten, kommt daher besondere Bedeutung zu.

Seit dem 25. Mai 2018 gilt die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), die über Öffnungsklauseln nationale Regelungen im Beschäftigungskontext und Sozialdatenschutz ermöglicht. Nach § 35 Absatz 1 SGB I müssen Krankenkassen das Sozialgeheimnis und den Schutz der Sozialdaten der Beschäftigten und ihrer Angehörigen wahren. Sie müssen hierfür geeignete technische und organisatorische Maßnahmen nach Art. 24 ff. DSGVO umsetzen und die Sicherheit der Verarbeitung gemäß Art. 32 Abs. 1 DSGVO gewährleisten. Da alle Krankenkassen Personalkrankenkassen führen, unterstreicht die Aufnahme dieses Prüfungsthemas die besondere Sensibilität des Zusammenwirkens von Arbeits- und Versicherungsverhältnis.

Der PDK legte den Fokus auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben zum Schutz der Sozialdaten.

Personalkrankenkassen müssen ihre Räumlichkeiten so organisieren, dass ausschließlich Befugte einen Zugriff auf Sozial- und Gesundheitsdaten erhalten, etwa durch getrennte Räumlichkeiten und Zutrittskontrollen. Auch organisatorisch müssen sie sicherstellen, dass Personen, die Personalentscheidungen treffen oder daran mitwirken, keinen Zugang zu diesen Daten erhalten (§ 35 Abs. 1 Satz 3 SGB I). Ein klar geregeltes Rechte- und Rollenkonzept muss den Datenzugriff auf befugte Personen beschränken. Zudem müssen Krankenkassen im Rahmen von Datenschutzfolgeabschätzungen nach Art. 35 DSGVO Risiken benennen und geeignete Maßnahmen zu deren Minimierung festlegen. Dienstanweisungen sind regelmäßig zu aktualisieren und an rechtliche sowie technische Entwicklungen anzupassen.

Die Prüfergebnisse waren grundsätzlich positiv, zeigten aber auch Verbesserungsbedarf. Alle geprüften Krankenkassen hatten technische und organisatorische Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigtendaten eingerichtet, meist durch die organisatorische Abtrennung einer Personalkrankenkasse. Sie nutzen zudem ihre EDV-Systeme, um Krankenversicherungsnummern von Beschäftigten vor unberechtigt Zugriff zu sperren. Eine besondere Herausforderung besteht darin, die Personalkrankenkasse in interne Informationsprozesse einzubinden, etwa bei Verfahrensumstellungen, unabhängig von eingesetzten Branchensoftwarelösungen.

Der PDK wird das Thema Beschäftigtendatenschutz weiter begleiten, die Sensibilisierung fördern, dabei unterstützen, Standards weiterzuentwickeln und die Krankenkassen beraten.

Schwerpunkt: Prüfungen zur IT-Sicherheit und zu KRITIS-Pflichten

Seit dem 1. Januar 2024 gelten Kranken- und Pflegekassen als Betreiber Kritischer Infrastrukturen (KRITIS), wenn sie mindestens 500.000 Versicherte haben; zuvor lag der

Schwellenwert bei drei Millionen. Diese Kranken- und Pflegekassen müssen nach § 8a des BSI-Gesetzes angemessene IT-Sicherheitsmaßnahmen nach dem Stand der Technik umsetzen. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) überprüft die Einhaltung dieser Anforderungen.

Mit dem Digital-Gesetz (DigiG) vom 25. März 2024 verpflichtete der Gesetzgeber über § 392 Abs. 5 SGB V bzw. über den § 103a SGB XI auch Kranken- und Pflegekassen, die nicht unter die BSI-KritisV fallen, geeignete organisatorische und technische Maßnahmen im Sinne des § 392 Abs. 1 SGB V bzw. § 103a Abs. 1 SGB XI zu ergreifen. Die maßgeblichen Anforderungen definiert § 392 Abs. 3 SGB V bzw. § 103a Abs. 3 SGB XI im branchenspezifischen Sicherheitsstandard B3S-GKV/PV in der jeweils geltenden Fassung. Nach § 217f Abs. 4c SGB V legt der GKV-SV diesen Standard in einer Richtlinie verbindlich fest.

Damit müssen sich alle Kranken- und Pflegekassen im Grundsatz wie KRITIS-Kranken- und Pflegekassen verhalten. Sie müssen nach dem Stand der Technik geeignete organisatorische und technische Vorkehrungen treffen, um Störungen der Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit ihrer informationstechnischen Systeme, Komponenten und Prozesse zu vermeiden, soweit diese für ihre Funktionsfähigkeit und die Sicherheit der verarbeiteten Versichertendaten maßgeblich sind.

Angesichts der bestehenden Gefährdungslage im Bereich der Informationssicherheit wird der PDK entsprechende Prüfungen nach § 274 SGB V bei Nicht-KRITIS-Kranken-/Pflegekassen intensivieren. Er entwickelt derzeit die Prüfkonzpte in Abstimmung mit den zuständigen Referaten der Aufsicht im BAS.

Datenbestimmungen für die Übermittlung von Prüfdaten

Im Jahr 2025 traten die Datenbestimmungen für das Prüfgebiet Krankenhausabrechnung in Kraft. Seitdem müssen Krankenkassen den Prüfdiensten auf Anforderung Daten in der vorgegebenen Form bereitstellen. Die beiden am weitesten verbreiteten Branchenlösungen bei den gesetzlichen Krankenkassen können die erforderlichen Prüfdaten zu Krankenhausabrechnungen bereits entsprechend erzeugen.

Für weitere Prüfgebiete erarbeiten die Beteiligten schrittweise Datenbestimmungen zusammen mit Dienstleistern und Krankenkassen. Nach Anhörung des GKV-Spitzenverbands veröffentlichen sie diese Vorgaben.

Prüfungen nach § 252 SGB V

Weiterversicherung von Studierenden über 30 zum ermäßigten Beitrag

Studierende sowie Praktikantinnen und Praktikanten, die nicht familienversichert sind, unterliegen bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem ermäßigten Tarif nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V. Nach Vollendung des 30. Lebensjahres dürfen Krankenkassen die Krankenversicherung der Studierenden und Praktikanten (KVdS) nur fortführen, wenn besondere Umstände vorliegen. Solche Umstände können sich aus der Art der Ausbildung oder aus familiären beziehungsweise persönlichen Gründen ergeben, etwa beim Erwerb der Hochschulreife auf dem zweiten Bildungsweg.

Derzeit (Stand: 31.12.2025) sind gut 300.000 Studierende, Praktikantinnen und Praktikanten sowie Auszubildende ohne Entgelt bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen versichert. Gewähren Krankenkassen unrechtmäßig den vergünstigten Beitragssatz, entsteht dem Gesundheitsfonds und damit der Versichertengemeinschaft ein finanzieller Schaden. Im Rahmen systematischer Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V in Verbindung mit § 2 Abs. 3 der Prüfverordnung sonstige Beiträge untersuchte der PDK, ob Krankenkassen die KVdS nach Vollendung des 30. Lebensjahres konsequent beenden, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen entfallen. Bis 2025 schloss der PDK die Überprüfung bei einem Großteil der bundesunmittelbaren Krankenkassen ab. In den geprüften Stichproben war eine durchschnittliche Fehlerquote von rund 30 Prozent festzustellen. Der PDK leitete die Ergebnisse an die zuständigen Aufsichtsreferate weiter. Das BAS forderte die betroffenen Krankenkassen auf, die Einzelfälle zu korrigieren und ihren Gesamtbestand eigenständig zu bereinigen. Der aufsichtsrechtliche Dialog hierzu dauert an.

Prüfungen nach § 20 RSAV

Vorbereitung der Prüfungen Datenmeldungen Risikopool nach § 20 RSAV

Mit dem am 23. März 2020 in Kraft getretenen Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb führte der Gesetzgeber ab dem Ausgleichsjahr 2021 einen Hochrisikopool ein. Dieser erstattet 80 Prozent der Leistungsausgaben einer versicherten Person, soweit diese einen jährlich festgelegten Schwellenwert überschreitet (2021: 100.000 Euro).

Nach § 20 Abs. 1 Satz 2 RSAV prüfen die Prüfdienste des Bundes und der Länder jährlich die Meldungen der Krankenkassen zu den personenbezogenen berücksichtigungsfähigen

Leistungsausgaben der Risikopoolversicherten (Satzart 713 – Korrekturmeldung).

Im Jahr 2025 setzten die Prüfdienste gemeinsam die Vorbereitungen des Prüfverfahrens fort. Auf Grundlage eines prüfdienstübergreifenden Leitfadens begannen sie systematische Vorprüfungen zu Prüfsatzarten, Arzneimittelrabatten und zur Belegwirkung. Diese den Stichprobenprüfungen vorgelagerten Schritte sollen die Qualität der Verfahren bewerten, belastbare Datengrundlagen für maschinelle Abgleiche schaffen und die Belegwirkung einzelner Informationsquellen einschätzen. Die IT-Prüfgruppen des PDK wirken an Prüfungen bei 16 Krankenkassen oder deren Dienstleistern mit; bei sechs davon arbeiten prüfdienstübergreifende Teams.

4. Rentenversicherung

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

Entwicklung der Eingaben

2023 - 4.345 Eingaben

2024 - 3.349 Eingaben

2025 - 3.142 Eingaben

Die Eingaben im Bereich der Rentenversicherung waren in den letzten Jahren rückläufig. Aber auch im Jahr 2025 bezogen sich die Eingaben gesetzlich Rentenversicherter häufig auf die Bearbeitungszeiten der Rentenversicherungsträger. Dabei ging es um Alters-, Hinterbliebenen- und Erwerbsminderungsrenten. Sowohl die beim BAS eingegangenen Beschwerden zu den Bearbeitungszeiten als auch die von den Rentenversicherungsträgern ermittelten Laufzeiten gingen im Vergleich zu den Vorjahren leicht zurück.

Weitere Anliegen der Versicherten betrafen insbesondere die Bewilligung von Erwerbsminderungsrenten und medizinischen Rehabilitationen sowie die Anerkennung rentenrechtlicher Zeiten.

Ausgleichsvereinigungen in der Künstlersozialversicherung

Das BAS führt auch die Rechtsaufsicht über die Künstlersozialkasse (KSK). Nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) kann die KSK mit einem Vertreter mehrerer abgabepflichtiger Unternehmer eine Ausgleichsvereinigung bilden. Diese erfüllt gegenüber der KSK die Pflichten der beteiligten Unternehmen und entrichtet die Künstlersozialabgabe mit befreiender Wirkung. Rechte und Pflichten regeln die KSK und die Ausgleichsvereinigung in einer Vereinbarung, die der Zustimmung des BAS bedarf. Die Vereinbarung gilt befristet; nach einer Überprüfung durch die KSK verhandeln die Beteiligten über die Fortführung, die ebenfalls der Zustimmung des BAS unterliegt.

Das BAS entwickelte in enger Abstimmung mit der KSK Mustervereinbarungen, um das Prüfverfahren zu vereinheitlichen und zu beschleunigen.

Im vergangenen Jahr überprüfte das BAS gemeinsam mit der KSK die bestehenden Vereinbarungen und passte sie an aktuelle Entwicklungen an. Zudem genehmigte das BAS die Fortführungsvereinbarung mit einer Ausgleichsvereinigung

Diese Ausgleichsvereinigung steht allen Mitgliedern einer bestimmten Branche offen. Ihr gehören derzeit rund 500 Mitglieder an. Sie zahlt insgesamt rund 28 Mio. Euro Künstlersozialabgabe und leistet damit fast 10 Prozent der bundesweiten Künstlersozialabgabe.

Prüfungen bei bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern

Das BAS führt in regelmäßigen Abständen Aufsichtsprüfungen bei den beiden seiner Aufsicht unterstehenden bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern durch. Ziel ist es, Fehlerquellen systematisch zu identifizieren und eine rechtskonforme Anwendung des geltenden Rechts sicherzustellen.

Im Jahr 2025 prüfte das BAS unter anderem zweimal das Thema „Versichertenrenten mit anrechenbaren in Polen zurückgelegten Versicherungszeiten“. In beiden Verfahren lag die Anmerksungsquote bei annähernd 50 Prozent; damit wies etwa jeder zweite geprüfte Fall Fehler auf. In rund 20 Prozent der geprüften Fälle mussten die Träger die Rente neu

feststellen oder neu berechnen. Zahlbetragsauswirkungen ergaben sich jeweils in Höhe von rd. 65.000 Euro.

In einem weiteren Prüfverfahren zur „Anrechnung ausländischer Renten“ stellte das BAS in etwa 64 Prozent der geprüften Fälle Mängel fest. In 39 Prozent der Fälle war eine Neufeststellung oder Neuberechnung erforderlich. Hieraus ergaben sich Zahlungsbetragsauswirkungen in Höhe von rund 56.000 Euro.

Die Prüfungen zeigten insbesondere Defizite bei der Berücksichtigung von rentenrechtlichen Zeiten, etwa von Beitrags- und Anrechnungszeiten, bei der Anwendung des Fremdrentenrechts, bei der Berücksichtigung abkommensrechtlicher Bestimmungen und überstaatlicher Regelungen des Europarechts sowie bei der ordnungsgemäßen Durchführung der hierfür notwendigen Verwaltungsverfahren.

Sozialversicherungsrecht im internationalen Bereich

Auf Einladung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales nahm das BAS auch 2025 an Besprechungen im internationalen Bereich teil. Es brachte dabei seine Erfahrungen aus der Aufsichtspraxis in die Gespräche zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Argentinischen Republik ein.

Zudem begleitete das BAS Gespräche zwischen deutschen und niederländischen, französischen, kroatischen sowie türkischen Versicherungsträgern. Im Zuge der deutsch-türkischen Gespräche erörterten die Beteiligten neben aktuellen materiell-rechtlichen Fragen auch das 60-jährige Bestehen des Sozialversicherungsabkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei, das mit einem Festakt gewürdigt wurde.

Berücksichtigung von Beschäftigungszeiten bei internationalen Organisationen

In Deutschland haben zahlreiche internationale Organisationen ihren Sitz, darunter die Vereinten Nationen. Deren Beschäftigte zahlen in der Regel nicht in die deutsche gesetzliche Rentenversicherung ein, da sie eigene Sicherungssysteme unterhalten, in denen die Bediensteten Renten- oder Pensionsansprüche erwerben. Unter bestimmten Voraussetzungen können Dienst- oder Beschäftigungszeiten bei internationalen Organisationen dennoch in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden.

Dies gilt etwa für deutsche Staatsangehörige, die aus dem Dienst bei einer internationalen Organisation ausgeschieden sind und währenddessen keine Ansprüche im organisationseigenen Sicherungssystem erworben haben. Sie können auf Antrag für diese Zeiten freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung nachzahlen, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

War eine Person im Laufe ihres Erwerbslebens sowohl in der gesetzlichen Rentenversicherung als auch in einem organisationseigenen Sicherungssystem versichert, berücksichtigt die gesetzliche Rentenversicherung die jeweiligen Beschäftigungszeiten unter anderem bei der Prüfung von Rentenansprüchen. Eine Anrechnung scheidet jedoch aus, wenn die im organisationseigenen Sicherungssystem erworbenen Anwartschaften nachweislich durch Erstattung erloschen, durch Zahlung eines Kapitalbetrags abgefunden oder auf ein anderes Altersvorsorgesystem übertragen worden sind.

Die Voraussetzungen für die Berücksichtigung solcher Zeiten führten vereinzelt zu Beschwerden. Das BAS wirkte bei Bedarf auf eine Klärung der Sachverhalte hin oder erläuterte den Beschwerdeführenden die maßgebliche Rechtslage.

5. Unfallversicherung

Das BAS führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Hierzu zählen neun Berufsgenossenschaften, die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie die Unfallversicherung Bund und Bahn. Darüber hinaus übt das BAS die Rechtsaufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung aus, soweit der Verband nach dem SGB VII Richtlinien erlässt oder Verträge mit (zahn-) ärztlichen Leistungserbringern abschließt.

Entwicklung der Eingabenzahlen

2023 - 352 Eingaben

2024 - 457 Eingaben

Gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Anzahl der Eingaben im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung vergleichsweise gering. Im Gegensatz zu den anderen Sozialversicherungszweigen wird in der Unfallversicherung kein allgemeines Lebensrisiko wie Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Erwerbsminderung bzw. Alter abgesichert. Die gesetzliche Unfallversicherung tritt nur bei Arbeitsunfällen einschließlich Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten ein. Das Leistungsspektrum ist dabei sehr umfassend.

Im Jahr 2025 gingen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung insgesamt 546 Eingaben und Petitionen beim BAS ein. Sie betrafen ein breites Spektrum des Leistungsrechts sowie das Mitgliedschafts- und Beitragsrecht. Der überwiegende Teil der Beschwerden bezog sich auf den Umfang der anerkannten Folgen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit und auf die daraus resultierenden Leistungen. Berufskrankheiten standen dabei besonders im Fokus.

Historische Einordnung: 100 Jahre Schutz bei Berufskrankheiten und Wegeunfällen

Vor 100 Jahren am 12. Mai 1925 erließ der Gesetzgeber die Berufskrankheiten-Verordnung, die bis heute die Entschädigung der dort gelisteten Berufskrankheiten regelt und eine zentrale sozialstaatliche Errungenschaft darstellt. Ebenfalls im Jahr 1925 weitete der Gesetzgeber den Versicherungsschutz auf Wege zur und von der Arbeitsstätte aus, sofern sie im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit stehen.

Beitragshöhe in der Unternehmerpflichtversicherung

Im Beitragsrecht der gesetzlichen Unfallversicherung befasste sich das BAS mit der Frage der Beitragshöhe in der Unternehmerpflichtversicherung im Falle nur geringfügiger unternehmerischer Tätigkeit. Bestimmte Unternehmerinnen und Unternehmer sind kraft Gesetzes oder Satzung pflichtversichert, weil der Gesetzgeber eine besondere Schutzbedürftigkeit annimmt. Entscheidend für die Beitragsberechnung ist die Versicherungssumme.

Das BAS prüft, ob die Beitragserhebung eine erdrosselnde Wirkung entfaltet. Eine solche Wirkung liegt vor, wenn die Beitragspflicht die Betroffenen übermäßig belastet und ihre wirtschaftliche Existenz gefährdet. Dabei stellte das BAS nicht auf Einnahmen oder Gewinne

ab, sondern prüfte, ob die Beitragspflicht die Grundrechte in existenzgefährdender Weise beeinträchtigt. Im Ergebnis konnte eine erdrosselnde Wirkung nicht festgestellt werden.

Die Unternehmerinnen und Unternehmer erhalten im Gegenzug einen umfassenden Versicherungsschutz, der Heilbehandlung, medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am sozialen Leben, Pflegeleistungen sowie Geldleistungen einschließlich Renten umfasst.

6. Übergreifende Aufsichtsthemen

Finanzen

Anlage und Verwaltung der Mittel der Sozialversicherungsträger

Die Aufsicht und Prüfung der Anlage und Verwaltung der Mittel durch Sozialversicherungsträger ist ein zentraler Bestandteil der Finanzaufsicht des BAS. Maßgeblich sind die vermögensrechtlichen Vorschriften der §§ 80 bis 86 SGB IV, die durch das 8. SGB-IV-Änderungsgesetz zum 1. Januar 2023 neu gefasst wurden.

Zur Unterstützung einer einheitlichen und rechtssicheren Anwendung veröffentlichte das BAS im Jahr 2023 erstmals den Leitfaden „Grundsätze für die Anlage und Verwaltung der Mittel der Sozialversicherungsträger“. Der Leitfaden bündelt die aufsichtsrechtliche Auslegung der gesetzlichen Vorgaben und ersetzt zahlreiche frühere Rundschreiben zum Finanzanlagemanagement. Er wurde zuletzt im September 2025 aktualisiert und fortgeschrieben.

Der Leitfaden stellt klar, dass bei der Anlage der Mittel Sicherheit und ausreichende Liquidität Vorrang haben. Die Erzielung von Erträgen ist demgegenüber nachrangig. Die

Vermögensanlage dient ausschließlich der Sicherstellung der gesetzlichen Aufgabenerfüllung (§ 30 Abs. 1 SGB IV).

Das BAS hat bereits in seinem Report für das Jahr 2023 über Investitionen einiger Krankenkassen in immobilienbesicherte Schuldscheindarlehen berichtet. Die seit 2022 gestiegenen Zinssätze und die Situation am Immobilienmarkt hat das BAS seinerzeit zum Anlass genommen, mit Rundschreiben vom 8. September 2023 seine aufsichtsrechtliche Auffassung im Hinblick auf die notwendige Werthaltigkeit der Immobilienbesicherungen i.S. von § 84 SGB IV mitzuteilen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass im Falle einer Störung der Zins- und/oder Rückzahlung die Verwertung der Sicherheit zur vollständigen Befriedigung der Restschuld ausreicht. Zudem haben Krankenkassen in die notleidend gewordenen Inhaberschuldverschreibungen eines Immobilienfinanzierungsfonds investiert.

Das BAS hat die betroffenen Krankenkassen aufgefordert, alles zur Schadensbegrenzung Erforderliche einzuleiten. Der Verwaltungsrat einer Krankenkasse als Kontrollorgan über den Vorstand ist insoweit gehalten, die Sach- und Rechtslage zu überprüfen. Das BAS befindet sich darüber hinaus im engen Austausch mit den betroffenen Krankenkassen und lässt über den aktuellen Sachstand regelmäßig berichten. Etwaige weitere Schlussfolgerungen im Rahmen seiner aufsichtsrechtlichen Bewertungen bleiben abzuwarten.

Prüfung der Anlagerichtlinien

Ein Schwerpunkt des oben genannten Leitfadens betrifft die Anforderungen an ein qualifiziertes Anlage- und Risikomanagement nach § 80 Abs. 3 SGB IV.

Sozialversicherungsträger müssen Ausfall- und Liquiditätsrisiken insbesondere durch eine angemessene Mischung und Streuung der Anlagen begrenzen und ihre Grundsätze der Vermögensanlage in Anlagerichtlinien festlegen. Die Anlagerichtlinien bilden den verbindlichen Rahmen für eine rechtmäßige, sichere und transparente Mittelanlage.

Nachdem das BAS im Jahr 2024 bereits die Anlagerichtlinien aller bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger geprüft hatte, überprüfte es 2025 die Anlagerichtlinien von 24 bundesunmittelbaren Krankenkassen. Zur Unterstützung entwickelte das BAS gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband eine Muster-Anlagerichtlinie für die Krankenkassen.

Die Prüfung zeigte, dass nicht alle Krankenkassen die Empfehlungen der Muster-Anlagerichtlinie vollständig übernommen hatten. Das BAS forderte die betroffenen Krankenkassen auf, diese Mängel zu beheben.

Im Jahr 2026 setzt das BAS die Prüfung der Anlagerichtlinien verstärkt fort. Weitere Informationen sowie den Leitfaden und die Muster-Anlagerichtlinie stellt das BAS auf seiner

Homepage unter: „Themen-Alle Sozialversicherungszweige - Finanzen - Finanzanlagemanagement“ bereit.

Baumaßnahmen

Das BAS prüft nach § 85 Abs. 1 SGB IV die Erwerbe, Errichtungen und Umbauten von Immobilien der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger sowie Darlehensgewährungen zur Investitionsfinanzierung. Zur Unterstützung stellt das BAS den Sozialversicherungsträgern auf seiner Homepage einen Leitfaden zur Verfügung, der die Durchführung der Verfahren erleichtert. Dieser wird regelmäßig aktualisiert und enthält unter anderem Hinweise zu Verfahrensverbesserungen der letzten Jahre, etwa zur digitalen Antragstellung und zu neuen Grundlagen für die Ermittlung eines reduzierten Büroflächenbedarfs.

Der Trend zur Reduzierung von Büroflächen durch Desk-Sharing und Home-Office hält an. Vor diesem Hintergrund veröffentlichte das BAS im Juli 2025 ein Rundschreiben zur Reduzierung der Büroflächen bei bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern. Darin empfiehlt es, sich am Stufenplan der Bundesverwaltung zu orientieren und auch in diesem Bereich Einsparpotenziale zu nutzen.

In 2025 beaufsichtigte das BAS insgesamt 55 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von rund 2,2 Milliarden Euro. Dabei fällt eine zunehmende Komplexität der einzelnen Bauvorhaben auf.

Weitere Rundschreiben und Informationen zu Immobilienmaßnahmen veröffentlicht das BAS auf seiner Homepage. (> Leitfaden

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/alle-sozialversicherungszweige-finanzen/immobilienmassnahmen/>).

Personal und Verwaltung

Prüfung von Aufwandsentschädigungen bei Berufsgenossenschaften

Das BAS prüft und genehmigt die Dienstordnungen der Berufsgenossenschaften einschließlich der Stellenpläne. Diese bilden die Grundlage für die Gewährung von Aufwandsentschädigungen an Dienstordnungsangestellte (DO-Angestellte). Aufgrund der Diensttherrenfähigkeit müssen die Berufsgenossenschaften zudem entsprechende Regelungen für ihre Beamtinnen und Beamten treffen. Vor diesem Hintergrund überprüfte

das BAS im Jahr 2025 bei den Berufsgenossenschaften sämtliche Zahlungsempfängerinnen und Zahlungsempfänger von Entschädigungsleistungen im Personalbereich. Hinterfragt wurden der Grund und die Höhe der Zahlungen sowie deren Rechtsgrundlage.

Das BAS wertete die übermittelten Daten trägerübergreifend aus verschiedenen Perspektiven aus. Die Ergebnisse fasste das BAS in einem Rundschreiben an die Berufsgenossenschaften zusammen. Darin erläuterte es die maßgeblichen rechtlichen Grundlagen für pauschalisierte Entschädigungszahlungen an Beschäftigte. Besonders kritische Einzelfälle klärte das BAS jeweils im direkten Austausch mit der betroffenen Berufsgenossenschaft.

Vergütung der Geschäftsführungen der IT-Kooperationen

Im Jahr 2025 befasste sich das BAS mit der Vergütung der Geschäftsführungen der IT-Kooperationen der Unfallversicherungsträger. Die Berufsgenossenschaften streben im Rahmen der notwendigen IT-Modernisierung eine intensive Zusammenarbeit ihrer IT-Organisationseinheiten an, um Ressourcen zu bündeln. Durch verschiedene Zusammenschlüsse sollen nach ihren Überlegungen künftig zwei bis drei IT-Volldienstleister entstehen.

Obwohl die trägerübergreifende Zusammenarbeit in unterschiedlichen Rechtsformen organisiert ist, ergeben sich für die beteiligten IT-Konsortien vergleichbare Fragen bei der Vergütung der Leitungsebene. Das BAS steht hierzu im Austausch mit den Unfallversicherungsträgern und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Zahl der Rechtsstreitigkeiten steigt deutlich an

Im Jahr 2025 verzeichnete das BAS insgesamt 148 neue Rechtsstreite. Damit hat sich das Aufkommen der neu eingeleiteten gerichtlichen Verfahren gegenüber dem Vorjahr mehr als verdreifacht (2024: 48 Verfahren). Ursächlich hierfür war insbesondere eine größere Zahl gleichgelagerter Klageverfahren im Zusammenhang mit Grundlagenbescheiden zu Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

In einem Verfahren wurde das BAS im Wege der Beiladung in ein bereits laufendes Verfahren anderer Hauptbeteiligter einbezogen. In den übrigen 147 Fällen richteten sich die Klagen unmittelbar gegen Entscheidungen des BAS.

Der überwiegende Teil der Verfahren betraf die Tätigkeit des BAS als Verwaltungsbehörde. Allein 79 Klagen richteten sich gegen Grundlagenbescheide zu Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Der GKV-Spitzenverband hat als Bevollmächtigter für den Großteil der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland gegen die jeweiligen Grundlagenbescheide des BAS für die monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vom 14. November 2025 geklagt. Hintergrund ist, dass die Gesundheitsversorgung von Bürgergeldbeziehenden aus Sicht der Krankenkassen nicht ausreichend vom Bund finanziert wird. (siehe auch S. 43)

Weitere 29 Klagen betrafen Entscheidungen über Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 5 SGB V. Gegen das BAS als Rechtsaufsichts- und Mitwirkungsbehörde wurden 22 Klagen erhoben.

Im Laufe des Jahres 2025 wurden 31 gerichtliche Verfahren beendet. In elf Verfahren entschieden Gerichte durch Urteile und Beschluss, drei Verfahren wurden per Gerichtsbescheid entschieden. In einem Verfahren lehnte das Gericht Prozesskostenhilfe ab.

Ein Urteil betraf die anteilige Heranziehung von Finanzreserven nach § 272 SGB V und stellte eine erstmalige gerichtliche Entscheidung zu dieser Thematik dar. Das Gericht kam – entgegen des Vortrags der Klägerin – ebenso wie das BAS zu dem Ergebnis, dass der Bescheid des BAS rechtsfehlerfrei erlassen wurde und auch die Rechtsgrundlage, § 272 SGB V, keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begegnet. Revision wurde nicht eingelegt. In zwei weiteren Verfahren zu dieser Thematik legten die Beteiligten allerdings Revision gegen die klageabweisenden Urteile ein, sodass zu dieser Thematik höchstrichterliche Entscheidungen zu erwarten sind.

In 16 Fällen beendeten die Beteiligten das Verfahren auf nichtstreitigem Wege, davon elf durch Rechtsmittelrücknahmen und fünf durch übereinstimmende Erledigungserklärungen.

Insgesamt stieg die Zahl der anhängigen Verfahren deutlich an: Der Bestand erhöhte sich von 161 Verfahren zu Beginn des Jahres auf 282 Verfahren zum Jahresende 2025.

Zunehmende Nutzung von IFG-Anträgen mit unterschiedlichen Hintergründen

Beim BAS nimmt seit einigen Jahren die Zahl der Anträge nach dem Informationsfreiheitsgesetz (IFG) zu. Das IFG verfolgt das wichtige Ziel, Verwaltungshandeln transparent zu machen und die demokratischen Beteiligungsrechte der Bürgerinnen und Bürger zu stärken. Es dient damit vor allem auch der demokratischen Meinungs- und Willensbildung. Das BAS misst diesem Anliegen eine entsprechend hohe Bedeutung bei und sieht die zeitnahe Bearbeitung berechtigter Informationsanliegen von Bürgerinnen und Bürgern als wesentlichen Bestandteil seines gesetzlichen Auftrags an. Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang auch, dass das Gesetz aufgrund seines Transparenzgedankens auch Anträge mit im Kern kommerziellem Hintergrund grundsätzlich ermöglicht. Die Zahl der Antragstellungen etwa von Kanzleien und Beratungsunternehmen nimmt deutlich zu. Dadurch werden in der Praxis des BAS innerhalb der gesetzlichen Bearbeitungsfristen mittlerweile erhebliche Ressourcen gebunden. Die vorgesehenen Gebühren decken den entstehenden Verwaltungsaufwand dabei nicht. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die verfügbaren Ressourcen so einzusetzen, dass die berechtigten Anliegen von Bürgerinnen und Bürgern sowie die gesetzlichen Kernaufgaben des BAS auch künftig zeitnah und in der erforderlichen Qualität wahrgenommen werden können.

7. Digitalisierung in der Sozialversicherung

Aktuelles und Zahlen aus dem Digitalausschuss im BAS

Die Förderung der digitalen Transformation in der Sozialversicherung ist seit vielen Jahren eine bedeutende Aufgabe des BAS. Bereits 2017 richtete das BAS hierfür wegweisend einen besonderen Digitalausschuss als Beratungs- und Koordinierungsgremium ein.

Sozialversicherungsträger können sich an den Digitalausschuss wenden, um digitale Projekte vorzustellen und rechtliche Fragen zu erörtern. Ziel ist es, Rechtsklarheit für den Einsatz digitaler Innovationen – etwa im Bereich Künstliche Intelligenz oder Cloud-Anwendungen - in konkreten Anwendungskontexten zu schaffen. Reicht der bestehende Rechtsrahmen hierfür nicht aus, analysiert das BAS gemeinsam mit den Beteiligten mögliche Lösungsansätze und gibt diese an den Gesetzgeber als Vorschlag weiter. Kennzeichnend für den Digitalausschuss ist die Beteiligung aller relevanten fachlichen Perspektiven, insbesondere aus den Bereichen Leistungsrecht, Datenschutz, Informationssicherheit und Finanzwesen. Dadurch ermöglicht das BAS einen fach- und abteilungsübergreifenden Austausch auf kurzen Entscheidungswegen. Weiterführende Informationen und Kontaktmöglichkeiten stellt das BAS auf seiner Homepage bereit. (link Button)

Statistik Digitalausschuss

Berichtsjahr	2025	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017
Sitzungen des Digitalausschusses im Berichtsjahr	26	25	28	27	26	28	22	22	25
Sitzungen mit Vertretern von Sozialversicherungsträgern, deren Arbeitsgemeinschaften und/oder Dienstleistern	5	7	9	9	15	10	8	9	0
Beratungs-Anfragen an den Digitalausschuss	20	13	20	34	37	63	56	28	17

Zu Informationstechnik im Aufsichtsbereich

Versicherte in der Welt der Digitalisierung

Auch im Jahr 2025 wandten sich Versicherte mit Anliegen zur Digitalisierung von Verwaltungsprozessen an das BAS. Im Mittelpunkt stand weiterhin die elektronische Patientenakte (ePA), die seit Ende April 2025 als wesentliches Element der Digitalisierung des Gesundheitswesens bundesweit von allen gesetzlich versicherten Personen genutzt werden kann. Die Einrichtung und Nutzung der ePA erfordert ein hohes Sicherheitsniveau. Dies kann für Versicherte mit Hürden verbunden sein. Insbesondere der Registrierungsprozess über ein NFC-fähiges Smartphone in Verbindung mit dem Online-Personalausweis oder PIN der elektronischen Gesundheitskarte stellt vor allem Nutzerinnen und Nutzer mit geringer Technikkompetenz vor Schwierigkeiten. Die meisten in den Eingaben geschilderten Registrierungsprobleme konnten jedoch im Austausch mit der jeweils betroffenen Krankenkasse geklärt werden.

Zunehmend thematisierten Versicherte auch die Barrierefreiheit der ePA. Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, die ePA barrierefrei zu gestalten, Stichproben zeigen, dass diese Vorgabe bislang nicht überall vollständig umgesetzt ist. Versicherte berichten etwa über Probleme bei der Navigation, der Darstellung oder beim Zugriff auf Dokumente. Dies erschwert insbesondere Menschen mit Behinderungen, älteren Personen oder Menschen mit geringer Technikkompetenz den Zugang zur ePA. Auch der von den Krankenkassen bereitzustellende Zugang über stationäre Endgeräte (Desktop Client) bietet bislang nur teilweise eine barriereärmere Nutzung.

Informationssicherheit in der Sozialversicherung

Informationssicherheit bildet heute mehr denn je die Grundlage einer erfolgreichen Digitalisierung. Sozialversicherungsträger müssen daher ihre personellen und organisatorischen Strukturen so ausgestalten, dass sie ein angemessenes Sicherheitsniveau gewährleisten. Eine gut organisierte Informationssicherheit hilft, Sicherheitslücken frühzeitig zu erkennen und auf Vorfälle schnell und angemessen zu reagieren. Um einen aktuellen Überblick über die Organisation der Informationssicherheit bei den Sozialversicherungsträgern zu gewinnen und bei Bedarf beratend zu begleiten, hat das BAS im Jahr 2025 eine Prüfung zu organisatorischen und personellen Aspekten der Informationssicherheit bei allen Trägern gestartet. Insgesamt wurden bereits 23 Prüfungen eingeleitet. Im Fokus standen zunächst diejenigen Sozialversicherungsträger, die seit 2024 aufgrund der Schwellenwertabsenkung durch die Vierte Verordnung zur Änderung der BSI-Kritisverordnung neu als Betreiber kritischer Infrastrukturen (KRITIS) gelten.

Frühzeitige Beratung zu Themen der Informationstechnik

Die Bedeutung der Digitalisierung und des Einsatzes neuer Technologien wie Cloud und Künstliche Intelligenz wächst weiter und ist mit erheblichen Modernisierungschancen verbunden. Zugleich wirken sich die damit verbundenen wirtschaftlichen und rechtlichen Fragen auf die Ausgestaltung der Aufsichtstätigkeit aus. Nach § 85 Abs. 3b Nr. 1 SGB IV müssen Sozialversicherungsträger grundlegende Änderungen in der technischen Datenverarbeitung der Aufsichtsbehörde anzeigen. Das BAS hat sich bereits vor einiger Zeit von einer rein formalen Bearbeitung solcher Anzeigen gelöst. Stattdessen setzt es verstärkt auf eine frühzeitige Beratung der Träger. Dieses Beratungsangebot im Voraus wird von den Sozialversicherungsträgern intensiv genutzt. 2025 nahmen 30 Träger und Arbeitsgemeinschaften die Beratung des BAS zu Themen wie Cloud, Künstliche Intelligenz und Informationssicherheit proaktiv in Anspruch. Weitere Träger erreicht das BAS über regelmäßige Austausche mit den Verbänden sowie über Fachveranstaltungen. Die Abkehr vom starren Anzeigeprinzip hat sich damit weiterhin bewährt.

Zu Datenschutz im Aufsichtsbereich

Aufsichtsrechtliche Begleitung der Einführung der elektronischen Patientenakte für alle

Seit dem 15. Januar 2025 haben alle gesetzlich Versicherten von ihrer Krankenkasse eine elektronische Patientenakte (ePA) erhalten, sofern sie der Einrichtung nicht widersprochen haben (Opt-Out-Verfahren). Das BAS hat die Einführung der „ePA für alle“ als wesentliches Element der Digitalisierung des Gesundheitswesens aufsichtsrechtlich begleitet und die Krankenkassen bei Bedarf beraten. Zudem stand das BAS zu den Entwicklungen rund um die ePA in regelmäßigem Austausch mit dem Bundesministerium für Gesundheit, der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie dem Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Bereits im Jahr 2024 begannen die Krankenkassen, ihre Versicherten über die „ePA für alle“ zu informieren. Das BAS hat diese Informationsschreiben sowohl anlassbezogen aufgrund von Beschwerden als auch stichprobenhaft geprüft. Im Mittelpunkt stand dabei insbesondere die Information über das Widerspruchsrecht gegen die Einrichtung einer ePA. Die Schreiben sollten verschiedene Kommunikationskanäle für das Einlegen eines Widerspruchs aufzeigen, darunter auch analoge Möglichkeiten. Bei einer Krankenkasse stellte das BAS fest, dass die Informationsschreiben nicht versichertenindividuell versandt worden waren. Das BAS wirkte darauf hin, dass dies nachgeholt wurde. Insgesamt gingen vergleichsweise wenige Beschwerden von Versicherten zur ePA ein. Bei auftretenden Problemen suchten die Krankenkassen in der Regel zügig nach Lösungen.

Das BAS wird auch die weiteren Entwicklungen rund um die ePA, etwa die Datenausleitung an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit, beobachten und aufsichtsrechtlich begleiten. Dabei setzt das BAS weiterhin auf eine unterstützende Beratung der Krankenkassen.

Anzeigen über datengestützte Auswertungen gem. § 25b SGB V

Im Berichtsjahr 2025 nahmen sowohl die Beratungen als auch die Anzeigen zu datengestützten Auswertungen nach § 25b SGB V zu. Bei diesen Auswertungen, die mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz vom 25. März 2024 eingeführt worden sind, geht es um die Nutzung von Versichertendaten für die Auswertung von individuellen Gesundheitsrisiken. Diese Auswertungen sollen unter anderem folgenden Zwecken dienen: der Erkennung von Krebserkrankungen, der Erkennung schwerwiegender Gesundheitsgefährdungen und der Erkennung des Vorliegens von Impfindikationen für Schutzimpfungen. Insgesamt gingen beim BAS im Jahr 2025 14 Anzeigen zu entsprechenden Auswertungen mit unterschiedlichen Auswertungszwecken ein. Kranken-

und Pflegekassen nutzen diese Möglichkeiten damit häufiger als im Vorjahr. Dazu trugen auch die Beratungen des BAS sowie eine gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit abgestimmte und am 22. Mai 2025 veröffentlichte FAQ-Liste bei, die zentrale Fragen zusammenfasst. Beschwerden von Versicherten zu den datengestützten Auswertungen gingen bislang nicht ein. Dies deutet darauf hin, dass auch die Versicherten die Informationen über die Ergebnisse dieser Auswertungen überwiegend positiv aufnehmen.

Schutz, Verarbeitung, Übermittlung und Auswertung von Daten in Zahlen

Im Berichtsjahr 2025 stieg die Zahl der Meldungen über Datenschutzverletzungen stark an: insgesamt gingen 1.323 Meldungen ein. Wie in den Vorjahren beruhten die meisten Fälle auf Fehlversendungen. Die Vorschrift des § 83a SGB X wurde zum 24. Dezember 2025 mit dem Gesetz zur Anpassung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI-Anpassungsgesetz) aufgehoben. Bis dahin verpflichtete sie Sozialversicherungsträger, Verletzungen des Schutzes von Sozialdaten zusätzlich zur Meldepflicht nach Artikel 33 DSGVO auch der Rechts- und Fachaufsicht zu melden. Das BAS begrüßt den Wegfall dieser zusätzlichen Meldepflicht im Sinne des Bürokratieabbaus und informierte die Sozialversicherungsträger hierzu im Januar 2026 mit einem Rundschreiben. Der datenschutzrechtliche Standard bleibt gewahrt, da die Meldepflicht gegenüber den Datenschutzbehörden nach Artikel 33 DSGVO - insbesondere gegenüber der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit - weiterhin besteht.

Auch bei den Eingaben mit ausschließlich datenschutzrechtlichem Schwerpunkt verzeichnete das BAS mit 122 Fällen den bisherigen Höchststand. Inhaltlich stand dabei häufig die elektronische Patientenakte (ePA) im Mittelpunkt.

Von großer Bedeutung sind die Datenübermittlungen zu Forschungszwecken: In 2025 genehmigte das BAS insgesamt 305 entsprechende Vorhaben.

Im Überblick ergaben sich im Berichtsjahr folgende Fallzahlen im Bereich Daten:

- 1.323 Meldungen zu Datenschutzverletzungen nach § 83a SGB X,
- 554 Anzeigen zur Verarbeitung von Sozialdaten nach § 80 SGB X,
- 305 Datenübermittlungen zu Forschungsvorhaben nach § 75 SGB X,
- 14 Anzeigen zu Datenauswertungen nach § 25b SGB V,
- 122 Eingaben von Versicherten mit datenschutzrechtlichem Schwerpunkt,
- 36 Stellungnahmen gegenüber der BfDI nach § 16 BDSG,

- 25 Beratungsprozesse zu datenschutzrechtlichen Themen.

2. Teil Verwaltungsaufgaben für die gesamte Sozialversicherung

1. Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

1.1 Gesundheitsfonds

Verwaltung der Krankenversicherungsbeiträge

Seit 2009 verwaltet das BAS die Mittel zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung als Sondervermögen (Gesundheitsfonds). Den größten Anteil bilden die Krankenversicherungsbeiträge, die alle gesetzlichen Krankenkassen einziehen und an den Gesundheitsfonds weiterleiten. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Beiträge für Rentnerinnen und Rentner ab und die Minijob-Zentrale überweist Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen. Die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger zahlen die Beiträge aus Arbeitslosengeld und Bürgergeld unmittelbar ein. Auch die Künstlersozialkasse sowie das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr leisten Direktzahlungen.

Der Bund zahlte im Jahr 2025 einen Bundeszuschuss in monatlichen Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Er gleicht damit pauschale versicherungsfremde Leistungen aus – also Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, die nicht auf Beitragszahlungen beruhen, sondern gesamtgesellschaftliche Leistungen betreffen.

Zahlungsverkehr

Aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen Zuweisungen, um ihre Ausgaben zu decken. Das BAS ermittelt diese Zuweisungen im Rahmen der Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren (>Anker zu den Kapitel 1.3 sowie 1.4). Im Jahr 2024 zahlte der Gesundheitsfonds Mittel zum Ausgleich der Energiekostensteigerungen in Krankenhäusern. Die Länder leisteten im Jahr 2025 überzahlte Mittel zurück.

Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

Das Jahr 2025 hat der Gesundheitsfonds mit einem Überschuss der Ausgaben in Höhe von rund 606 Mio. Euro abgeschlossen. Den Einnahmen in Höhe von rund 350,4 Mrd. Euro stehen Ausgaben in Höhe von rund 351 Mrd. Euro gegenüber.

Rechnungsergebnis 2025 des Gesundheitsfonds in Euro (lt.KJ 1)	
Beitragseinnahmen:	334.635.108.753,31
davon aus Zusatzbeiträgen:	54.087.948.745,36
Weitere Einnahmen:	15.715.128.529,47
Bundeszuschuss, Zinsen:	15.902.383.249,19
Erstattungen des Bundes:	-194.851.292,01
Sonstige Einnahmen:	7.596.572,29
Einnahmen gesamt:	350.350.237.282,78
Zahlungen an Krankenkassen:	350.727.704.877,58
davon für Einkommensausgleich:	55.401.704.877,47
Weitere Zahlungen:	172.581.635,15
Zuführungen an Innovations- und	
Strukturfonds:	360.403.588,44
Aufwendungen Corona-Pandemie:	-152.735.505,16
Ausgleich Energiekostensteigerung:	-35.086.448,13
Verwaltungskosten:	55.840.537,33
Ausgaben gesamt:	350.956.127.050,06
Überschuss der Ausgaben:	605.889.767,28

Die Einnahmen betragen nach dem voraussichtlichen Rechnungsergebnis rund 335 Mrd. Euro. Sie stammen größtenteils aus Beitragseinnahmen einschließlich Zusatzbeiträgen. Hinzu kommen weitere Einnahmen von rund 15,7 Mrd. Euro, darunter der Bundeszuschuss, Erstattungen des Bundes sowie sonstige Einnahmen. Von den Ausgaben entfallen rund 351 Mrd. Euro auf Zahlungen an die Krankenkassen, insbesondere auf Zuweisungen und Zahlungen aus dem Einkommensausgleich. Weitere rund 173 Mio. Euro zahlte der Gesundheitsfonds unter anderem als Zuführungen aus der Liquiditätsreserve an den Innovations- und Strukturfonds, für Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie sowie für Rückzahlungen von Ländern im Nachgang zum Ausgleich der Energiekostensteigerungen bei Krankenhäusern. Rund 56 Mio. Euro verwendete der Gesundheitsfonds für Verwaltungskosten. Diese umfassen die Einzugskostenvergütung an die Minijob-Zentrale in Höhe von rund 35 Mio. Euro, Kosten für Beitragsprüfungen von 5,3 Mio. Euro, Erstattungen weiterer Verwaltungskosten des BAS von 2,2 Mio. Euro sowie originäre Verwaltungskosten des BAS für die Verwaltung des Gesundheitsfonds und die Durchführung des RSA von rund 13,2 Mio. Euro.

Zum Stichtag 15. Januar 2026 betrug die vorläufig ermittelte Liquiditätsreserve rund 7,2 Mrd. Euro.

Weitere Einzelheiten zu den Rechnungsergebnissen des Gesundheitsfonds veröffentlicht das BAS im jährlich erscheinenden Begleitbericht zur Jahresrechnung auf seiner Homepage.

Entwicklung der Beitragseinnahmen und Rückstände

Das BAS verwaltet den Gesundheitsfonds und überwacht auf Grundlage der Monatsabrechnung die Entwicklung der Beitragseinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie bei den anderen Sozialversicherungsträgern.

Hierzu bildet das BAS die Entwicklung der Beitragseinnahmen und -rückstände in der Sozialversicherung ab. Es unterscheidet dabei zwischen dem Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (GSV-Beitrag) sowie den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen - etwa aus freiwilligen Versicherungen oder Versorgungsbezügen.

Beitragsrückstände sind die Summe aus den laufenden Rückständen, also dem monatlichen Fehlbetrag und Listenrückständen, die im Wesentlichen Bestandswerte darstellen.

Im Bereich des GSV-Beitrages beliefen sich die Beitragsrückstände über alle erfassten Sozialversicherungsbereiche im Jahr 2025 auf 11,6 Milliarden Euro. Das Beitrags-Soll betrug

rund 585 Mrd. Euro und das Beitrags-Ist rund 583 Mrd. Euro. Der Einziehungserfolg, also der Anteil der festgesetzten Beiträge (Beitrags-Soll), den die Einzugsstellen tatsächlich vereinnahmten (Beitrags-Ist), lag durchschnittlich bei 99,66 Prozent und blieb damit weiterhin auf einem hohen Niveau stabil. Auch bei den Krankenversicherungsbeiträgen (einschließlich des Zusatzbeitrags) erreichte die Einziehungsquote ein hohes Niveau. Hier standen einem Jahres-Beitrags-Soll von 200 Mrd. Euro ein Beitrags-Ist von 199 Mrd. Euro gegenüber. Inklusive der Beitragsrückstände aus Vorjahren belaufen sich die Rückstände auf rund 4,1 Mrd. Euro.

Bei den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen bewegen sich die Rückstände seit Jahren auf hohem Niveau. Im Jahr 2025 beliefen sie sich auf rund 15,5 Mrd. Euro. Das Jahres-Beitrags-Soll lag bei 62,1 Mrd. Euro, das Beitrags-Ist bei 59,3 Mrd. Euro. Die durchschnittliche Einziehungsquote, also der prozentuale Anteil der tatsächlich eingezogenen Beiträge am festgesetzten Beitragsvolumen betrug 95,54 Prozent.

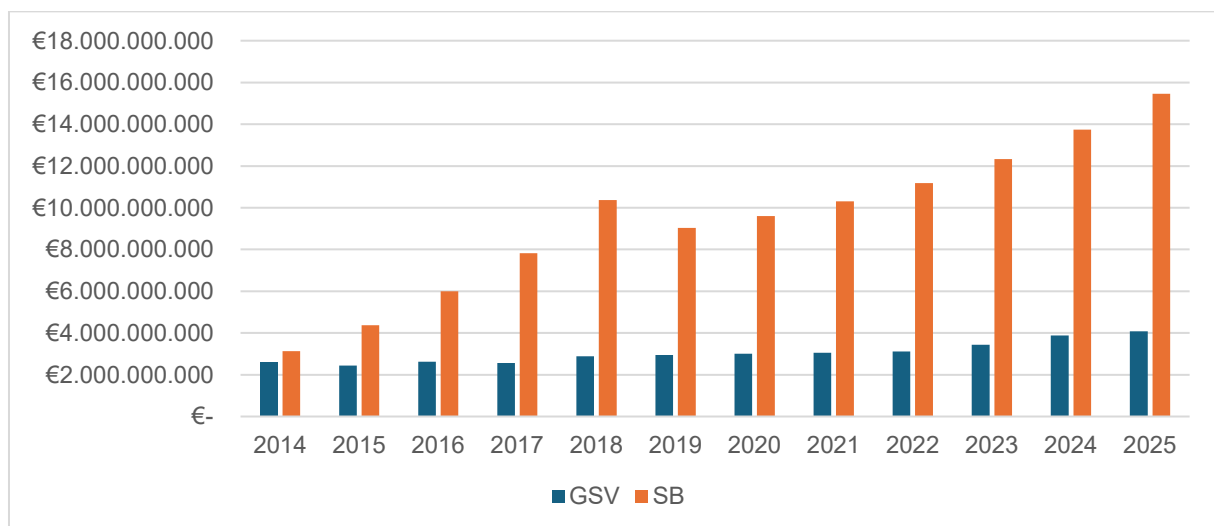


Abbildung 1: Kumulierte Rückstände zum Jahresende

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

Als Verwalter des Gesundheitsfonds prüft das BAS die Beitragszahlungen zur Kranken- und Pflegeversicherung, die die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger leisten. Prüfteams der AOK Bremen/Bremerhaven und der AOK Nordost führen im Auftrag des BAS die örtlichen Erhebungen bei den Jobcentern und Agenturen für Arbeit durch.

Im Jahr 2025 prüfte das BAS insgesamt 67 Institutionen, darunter 21 Agenturen für Arbeit, 39 gemeinsame Einrichtungen und sieben zugelassene kommunale Träger. Dabei stellte es

rund 10.000 Fälle fehlerhafter Zahlungen von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen an den Gesundheitsfonds fest. In der Folge entrichteten die geprüften Institutionen hohe Beitragsnachzahlungen und Säumniszuschläge an den Gesundheitsfonds. Bei den zugelassenen kommunalen Trägern führten teilweise Softwareprobleme in den jeweils eingesetzten IT-Fachverfahren zu der hohen Zahl an Fehlerfeststellungen. Die Prüfungen führten zu Einnahmen von rund 10,4 Mio. Euro zugunsten des Gesundheitsfonds und des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.

Verteilung des Beitragsschadens am Gesundheitsfonds nach Prüfinstitution und Betragshöhe

Prüfinstitution	Zu zahlende KV- und PV-Beiträge >500.000 Euro	Zu zahlende KV- und PV-Beiträge >100.000 Euro	Zu zahlende KV- und PV-Beiträge <100.000 Euro
Agenturen für Arbeit	2	9	10
Zugelassene kommunale Träger	2	1	4
Gemeinsame Einrichtungen der Bundesagentur für Arbeit	0	1	38

GKV-Schätzerkreis

Der Schätzerkreis - dem Fachleute des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesamtes für Soziale Sicherung sowie des GKV-Spitzenverbandes angehören - nahm die Schätzung der GKV-Finzen für die Jahre 2025 und 2026 im Oktober 2025 vor. Er berücksichtigte dabei unter anderem die Effekte des Haushaltsbegleitgesetzes 2025, der Haushaltsgesetze 2025 und 2026 sowie der Gesetzentwürfe zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) und zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG).

Für das Jahr 2026 prognostizierte der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von rund 312,3 Mrd. Euro. Diese bestehen im Wesentlichen aus erwarteten Beitragseinnahmen (ohne Einnahmen aus Zusatzbeiträgen) in Höhe von rund 292,3 Mrd.

Euro sowie dem regulären Bundeszuschuss von rund 14,5 Mrd. Euro, jeweils abzüglich des Anteils für die landwirtschaftliche Krankenkasse. Zusätzlich berücksichtigte der Schätzerkreis Sonderzahlungen des Bundes und eine Entnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von insgesamt rund 5,6 Mrd. Euro.

Über die Höhe der im Jahr 2026 zu erwartenden Ausgaben erzielte der Schätzerkreis keine Einigung. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das BAS gingen von Ausgaben in Höhe von rund 369,0 Mrd. Euro aus. Der GKV-Spitzenverband veranschlagte die Ausgaben für 2026 auf rund 369,5 Mrd. Euro.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse legte das BMG den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2026 auf 2,9 Prozent fest.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Risikosturkurausgleich/Schätzerkreis

Risikosturkurausgleich

Klageerhebung gegen den Grundlagenbescheid I

Der GKV-Spitzenverband erhob beim Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen im Auftrag von 79 Krankenkassen Klagen gegen die Bundesrepublik Deutschland, die vom BAS vertreten wird. Die Verfahren betreffen die Grundlagenbescheide I/2026, die das BAS am 14. November 2025 gegenüber den Krankenkassen erließ und die den monatlichen Zuweisungsbescheiden im Jahr 2026 zugrunde liegen. Mit den Klagen wollen die klagenden Krankenkassen gerichtlich klären lassen, ob die nicht kostendeckende Beitragszahlung durch die Bundesagentur für Arbeit für die Bürgergeldbeziehenden in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Zugleich wollen die Klägerinnen prüfen lassen, ob der Bund diese Kosten ausreichend ausgleicht.

Grundlagen

Der Risikosturkurausgleich (RSA) ist das zentrale Element der solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Krankenversicherungsschutz eines Versicherten besteht unabhängig von der Höhe der geleisteten Mitgliedsbeiträge. Um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, gleicht der RSA

Unterschiede in den Ausgaben zwischen den Krankenkassen aus, die aus unterschiedlichen Risikostrukturen ihrer Versicherten resultieren.

Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen, die sich an der Risikostruktur ihrer Versicherten orientieren. Das BAS ermittelt die Berechnungswerte hierfür jährlich und gibt sie bekannt. Die sogenannte Programmkostenpauschale erhalten Krankenkassen für Versicherte, die in ein Strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) eingeschrieben sind. Diese Pauschale legt der GKV-Spitzenverband fest.

Das BAS führt den RSA als monatliches Abschlagsverfahren durch. Es nimmt dabei drei unterjährige Strukturanpassungen vor und führt einen Jahresausgleich mit einer einmaligen Korrektur im Folgejahr durch. Das dem Risikostrukturausgleich zugrunde liegende Versichertenklassifikationsmodell passt das BAS jährlich an. Die Datenmeldungen der Krankenkassen, auf denen die Durchführung und die Weiterentwicklung des RSA beruhen, prüft das BAS fortlaufend.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Risikostrukturausgleich

Monatliches Abschlagsverfahren für das Ausgleichsjahr 2025

Im Abschlagsverfahren ermittelte das BAS die Zuweisungen auf Grundlage der im Schätzerkreis im Oktober 2024 prognostizierten Ausgaben für Pflichtleistungen, Verwaltungsausgaben sowie Satzungs- und Ermessensleistungen. Die für 2025 erwarteten Ausgaben beliefen sich auf rund 341,4 Mrd. Euro.

Das Gesamt-Zuweisungsvolumen ohne Einnahmen aus Zusatzbeiträgen ist jedoch auf 294,7 Mrd. Euro begrenzt, was den erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds für 2025 entspricht. Daher kürzte das BAS die Zuweisungen bereits im monatlichen Abschlagsverfahren um jeweils 65,93 Euro je Mitglied einer Krankenkasse (mitgliederbezogene Veränderung).

Jahresausgleich des Ausgleichsjahres 2024

Nachdem die Krankenkassen ihre Geschäfts- und Rechnungsergebnisse vorgelegt hatten, setzte das BAS im November 2025 die Zuweisungen für das Ausgleichsjahr 2024 fest (Jahresausgleich).

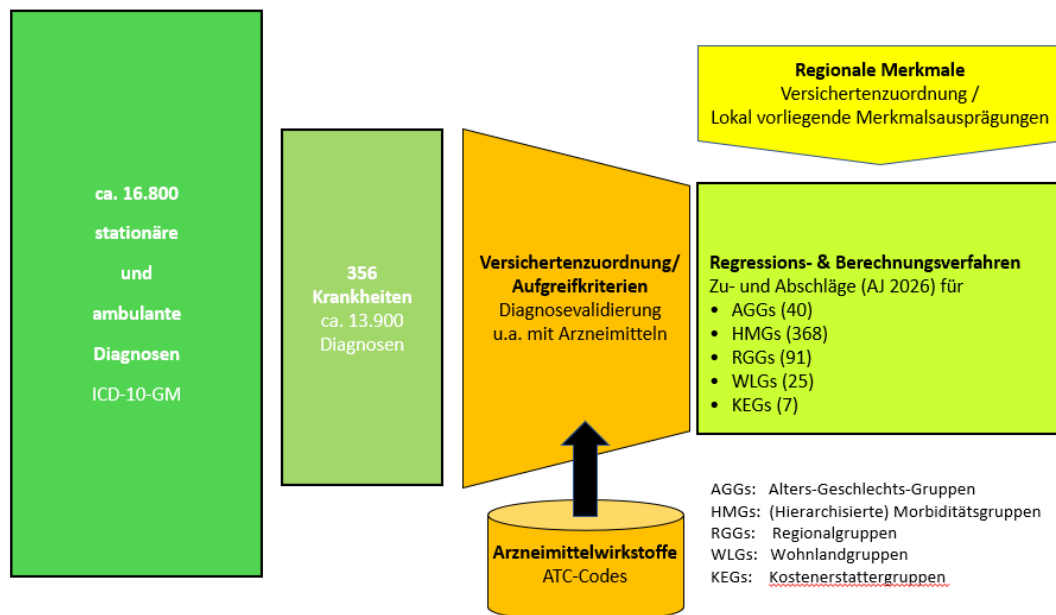
Die endgültige Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten für das Ausgleichsjahr 2024 zeigt die folgende Übersicht:

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2024 (RSA)						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung	Gesamt
AOK	111,3 Mrd. €	4,809 Mrd. €	0,624 Mrd. €	0,398 Mrd. €	-13,8 Mrd. €	103,4 Mrd. €
BKK	42,2 Mrd. €	1,891 Mrd. €	0,255 Mrd. €	0,131 Mrd. €	-5,7 Mrd. €	38,7 Mrd. €
VdEK	116,2 Mrd. €	4,999 Mrd. €	0,646 Mrd. €	0,362 Mrd. €	-14,9 Mrd. €	107,3 Mrd. €
IKK	20,3 Mrd. €	0,881 Mrd. €	0,115 Mrd. €	0,073 Mrd. €	-2,6 Mrd. €	18,7 Mrd. €
KBS	7,6 Mrd. €	0,280 Mrd. €	0,030 Mrd. €	0,031 Mrd. €	-0,7 Mrd. €	7,2 Mrd. €
GKV	297,6 Mrd. €	12,9 Mrd. €	1,669 Mrd. €	0,995 Mrd. €	-37,7 Mrd. €	275,4 Mrd. €

Weiterentwicklung

Zum 30. September 2025 legte das BAS nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes das Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2026 fest und gab es bekannt. Die folgende Abbildung zeigt die Struktur des RSA mit den Kennzahlen des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2026.

Klassifikationsmodell



Der Risikostrukturausgleich - von der Diagnose und dem Wohnort zum Zuschlag (Zahlen für das Ausgleichsjahr 2026)

Ein Wissenschaftlicher Beirat berät das BAS bei der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Dieser erarbeitete zwei neue Gutachten, die am 15. Mai 2025 veröffentlicht wurden. Sie finden die Gutachten auf der Homepage des BAS unter: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat/>.

Im „Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021“ (Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V) überprüft der Beirat die Wirkungen des RSA im Hinblick auf Manipulationsresistenz und Krankenkassenwettbewerb. Es handelt sich um die erste Evaluation, die seit der Reform in 2020 durch das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) alle vier Jahre durchgeführt werden muss.

Darüber hinaus untersucht der Beirat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den RSA, die Berücksichtigung von Einmaltherapien in einem prospektiven RSA und unter den Rahmenbedingungen des Risikopools sowie mögliche Vereinfachungen im RSA-Verfahren zum Bürokratieabbau.

Die einzelnen Komponenten der RSA-Reform von 2020 (GKV-FKG) bewertete der Wissenschaftliche Beirat überwiegend positiv. Er sieht Ausnahmen bei der Streichung der Erwerbsminderungsgruppen, beim Verfahren des HMG-Ausschlusses sowie die Vorsorgepauschale. Insbesondere mit Blick auf Risikoselektionsanreize empfiehlt der Beirat, die Erwerbsminderungsgruppen wieder in den RSA aufzunehmen. Den HMG-Ausschluss und die Vorsorgepauschale empfiehlt er nicht weiter anzuwenden.

Im „Gutachten zu den Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V“ (Untersuchung des Wissenschaftlichen Beirats nach § 10 RSAV i. V. m. § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V) untersucht er zwei neue Modellempfehlungen und vergleicht sie mit dem aktuellen Zuweisungsverfahren. Unter Abwägung des Durchführungsaufwandes der drei Modelle und der jeweils erreichten Zielgenauigkeit empfiehlt der Beirat, das Status quo-Verfahren beizubehalten.

Die Ergebnisse beider Gutachten präsentierte der Beirat am 2. Juni 2025 bei der 9. GKV-Informationsveranstaltung "Gesundheitsfonds" des GKV-Spitzenverbandes.

Nach Ablauf der Berufszeit der bisherigen Mitglieder bestellte das BAS den Wissenschaftlichen Beirat für weitere vier Jahre neu. Seit September 2025 gehören ihm folgende Expertinnen und Experten an:

Prof. Dr. Volker Arndt, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Prof. Dr. Tobias Dreischulte, LMU Klinikum, München

Prof. Dr. Saskia Drösler, Hochschule Niederrhein, Krefeld (Stellvertretende Vorsitzende)

Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Robert Nuscheler, Universität Augsburg (Vorsitzender)

Prof. Dr. Hanna Seidling, Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Technische Universität München

Prof. Dr. Amelie Wuppermann, Universität Bayreuth

Informationen über den aktuellen Beirat gibt es auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher Beirat

Sicherung der Datengrundlagen

Prüfungen nach § 273 SGB V

Das BAS prüft nach § 273 SGB V, ob die Morbiditätsdatenmeldungen für den RSA rechtmäßig sind. Krankenkassen dürfen weder unmittelbar noch mittelbar auf die ärztlichen Abrechnungsdaten Einfluss nehmen, die die Grundlage für die Morbiditätsdatenmeldungen der Krankenkassen an das BAS bilden (sog. Einwirkungsverbot). Nur unter dieser Voraussetzung kann der RSA die Mittel des Gesundheitsfonds risikogerecht verteilen und damit faire Wettbewerbsbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung schaffen.

Das Prüfverfahren ist mehrstufig angelegt. Es umfasst kassenübergreifende Auffälligkeitsprüfungen, reguläre und anlassbezogene Einzelfallprüfungen sowie die Erhebung von Korrekturbeträgen. Stellt das BAS einen Rechtsverstoß fest, kürzt es nachträglich die Zuweisungen der betroffenen Krankenkasse und erhebt einen entsprechenden Korrekturbetrag. Diese Rückforderungen fließen in den Gesundheitsfonds zurück.

Seit Inkrafttreten des GKV-FKG zum 1. April 2020 prüft das BAS die Morbiditätsdaten der Krankenkassen aus den Berichtsjahren 2013 bis 2017 im Rahmen kassenübergreifender Auffälligkeitsprüfungen. Im Jahr 2025 prüfte das BAS das Berichtsjahr 2017 und leitete anschließend bei 16 Krankenkassen, deren Morbiditätsdatenmeldungen statistisch auffällig waren, reguläre Einzelfallprüfungen ein. In diesem Prüfbereich erhob das BAS im Jahr 2025 keine Korrekturbeträge.

Die Verwaltungspraxis zeigt erhebliche Hürden, die die Durchführung dieser Prüfungen erschweren. Darauf hat das BAS im vergangenen Jahr an verschiedenen Stellen hingewiesen. Aus Sicht des BAS könnte eine Anpassung des § 273 SGB V das Prüfverfahren vereinfachen und beschleunigen – und damit ganz aktuell ein wichtiger Beitrag zum Bürokratieabbau sein.

Im Bereich der anlassbezogenen Prüfungen stellte das BAS im Jahr 2025 in 27 Prüfverfahren Rechtsverstöße nach § 273 SGB V fest. Es erließ 25 Korrekturbescheide mit einem Korrekturvolumen von rund 8,8 Mio. Euro. Anlässe für ein solches Verfahren können etwa unzulässige Diagnoseberatungen gegenüber Ärztinnen und Ärzten oder selektivvertragliche Regelungen sein, die unzulässige Anreize für zusätzliche Diagnosedokumentationen setzen.

Mit Urteil vom 30. Oktober 2025 entschied das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen als erstinstanzlich zuständiges Gericht erstmals inhaltlich über ein Prüfverfahren nach § 273 SGB V. Es bestätigte die Prüftätigkeit des BAS in wesentlichen Punkten. Im Kern bestätigte es den streitgegenständlichen Feststellungsbescheid des BAS zum Berichtsjahr 2017, indem es die Rechtswidrigkeit sogenannter HzV-Chronikerpauschalen ab Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) zum 11. April 2017 anerkannte. In dieser Folge erkannte das Gericht auch eine rechtswidrige RSA-Datenmeldung an. Zudem folgte es der Auffassung des BAS, dass die nach § 273 SGB V geschaffenen Prüfbefugnisse unabhängig von aufsichtsrechtlichen Befugnissen auszuüben sind.

Das Gericht bestätigte zudem, dass der mit dem GKV-FKG im Jahr 2020 konkretisierte Prüfmaßstab (§ 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V, Einwirkungsverbot) auch auf frühere Zeiträume angewendet werden kann. Für den Zeitraum vor Inkrafttreten des HHVG verneinte das Gericht jedoch die Rechtswidrigkeit der HzV-Chronikerpauschalen und hob den Bescheid des BAS insoweit für den Zeitraum 1. Januar bis 10. April 2017 auf. Gegen diese Entscheidung legte das BAS Revision beim Bundessozialgericht ein. Es bleibt abzuwarten, ob die vom LSG Nordrhein-Westfalen getroffenen Entscheidungen höchstrichterlich bestätigt werden.

Prüfungen nach § 20 RSAV

Die Prüfungen nach § 20 RSAV, die das BAS koordiniert, gliedern sich in drei Bereiche: die Prüfung der Versichertenzeiten, der Morbiditätsdaten und der Risikopooldaten.

Mit Urteil vom 25. September 2025 bestätigte das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen die Rechtmäßigkeit des Prüfverfahrens und die Berechnung eines Korrekturbetrages im Bereich Versichertenzeiten für das Berichtsjahr 2014.

Das BAS schloss im Jahr 2025 die Versichertenzeitenprüfung des Berichtsjahres 2017 für zwei Krankenkassen ab, die in der sogenannten Stufe 2 geprüft wurden. Es erhob dabei keinen Korrekturbetrag. Ebenfalls im Jahr 2025 beendeten die Prüfdienste die Prüfung der Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2018 bereits in Stufe 1, nachdem sie die vorgelegten Rückmelde-Satzarten ausgewertet hatten. Denn bei allen 95 Krankenkassen lagen die Fehlerquoten auf einem durchweg niedrigen Niveau.

Zur Vorbereitung der Versichertenzeitenprüfung für das Berichtsjahr 2021 legte das BAS nach Anhörung der Prüfdienste sowie im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband die dafür zugrunde liegenden Festlegungen und Bestimmungen zum Stichproben- und Hochrechnungsverfahren nach § 20 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 5 Satz 2 RSAV fest. Anschließend leitete es für insgesamt 93 Krankenkassen die Stufe-1-Prüfung ein.

Für die neu durchzuführenden Risikopoolprüfungen entwickelte das BAS unter Einbeziehung des GKV-Spitzenverbandes, der Prüfdienste von Bund und Ländern sowie ausgewählter Vertreter einzelner Krankenkassen und Krankenkassenarten ein Stichproben- und Hochrechnungsverfahren für das erste zu prüfende Berichtsjahr 2021.

Auf Grundlage der bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen erweist es sich als herausfordernd, die statistischen Anforderungen an die Stichprobenumfänge mit den Prüfkapazitäten der Prüfdienste in Einklang zu bringen. Bis Ende des Jahres 2025 konnte kein Verfahren gefunden werden, das aus Sicht der Verfahrensbeteiligten durchführbar ist und ohne sehr hohe Stichprobenumfänge auskommt. Derzeit erarbeiten die Beteiligten ein Verfahren, das die Durchführung der Prüfung ermöglicht und zugleich die bestehenden Kapazitätsbeschränkungen berücksichtigt.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Risikostrukturausgleich/Prüfungen

Weitere GKV- Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren

Grundlagen

Über den RSA hinaus erhalten die Krankenkassen weitere Zuweisungen aus Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren, die das BAS durchführt. Dazu zählen der

Einkommensausgleich, der Risikopool sowie Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen.

Einkommensausgleich

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse des Jahresausgleichs für 2024, den das BAS im November 2025 für den Einkommensausgleich durchgeführt hat, sowie die Auszahlungen im Abschlagsverfahren 2025:

Zugewiesene Mittel aus dem Einkommensausgleich		
Kassenart	im Jahresausgleich 2024	im Abschlagsverfahren 2025
AOK	11.652,1 Mio. €	18.887,7 Mio. €
BKK	4.702,2 Mio. €	9.038,0 Mio. €
VdEK	11.874,1 Mio. €	21.040,3 Mio. €
IKK	2.318,7 Mio. €	4.335,7 Mio. €
KBS	832,4 Mio. €	1.444,6 Mio. €
GKV	31.379,5 Mio. €	54.746,2 Mio. €

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:
Themen/Gesundheitsfonds/Einkommensausgleich

Risikopool

Über den Risikopool gleicht das BAS 80 Prozent der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben aus, die bei einem Versicherten den festgelegten Schwellenwert übersteigen. Für das Ausgleichsjahr 2024 setzte das BAS diesen Schwellenwert auf 115.728,66 Euro fest. Im Jahresausgleich zum Ausgleichsjahr 2024 erhielten die Krankenkassen auf Kassenartenebene zusätzlich zu den Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich folgende Zuweisungen für den Risikopool:

Zuweisungen für Risikopool	
Kassenart	im Jahresausgleich 2024
AOK	3.250,0 Mio. €
BKK	1.165,1 Mio. €
VdEK	3.341,4 Mio. €
IKK	608,4 Mio. €
KBS	187,5 Mio. €
GKV	8.552,3 Mio. €

Eine Verfahrensbestimmung regelt die Einzelheiten des Risikopoolverfahrens.

Weitere Informationen dazu finden Sie auf der Homepage des BAS unter:

Themen/Risikostrukturausgleich/Verfahrensbestimmungen und -beschreibungen

Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

Im Jahresausgleich des Ausgleichsjahres 2024 haben die Krankenkassen die in der folgenden Tabelle aufgeführten Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen erhalten:

Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen	
Kassenart	im Jahresausgleich 2024
AOK	65,5 Mio. €
BKK	29,7 Mio. €
VdEK	75,5 Mio. €
IKK	12,5 Mio. €
KBS	2,9 Mio. €
GKV	186,1 Mio. €

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter:

Themen/Risikostrukturausgleich/Zuweisungen

2. Weitere Fonds zur Finanzierung von Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung

2. Innovationsfonds

Grundlagen

Seit 2016 fördert der Innovationsfonds neue sektorenübergreifende Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, sowie Versorgungsforschungsprojekte, die Erkenntnisse zur Verbesserung der bestehenden Versorgung gewinnen sollen. Außerdem fördert der Innovationsfonds seit 2020 die Entwicklung und Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht. Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtete Innovationsausschuss legt unter Einbeziehung externer Expertise die Schwerpunkte und Förderkriterien fest und entscheidet, ob die eingereichten Anträge förderfähig sind.

Mit dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz - DigiG) hat der Gesetzgeber festgelegt, dass der Innovationsfonds auch über das Jahr 2024 hinaus fortgeführt wird. Durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) vom 22. Dezember 2025 ist die Mitfinanzierung durch die am RSA teilnehmenden Krankenkassen für 2026 ausgesetzt. Und durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) wird dies verstetigt. So wird die jährliche Fördersumme ab 2027 dauerhaft halbiert und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.

Verwaltung der Mittel

Der Innovationsfonds stellt jährlich bis zu 200 Mio. Euro für Förderprojekte bereit. Als Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Beiträge stehen im Jahr 2026 nur 100 Mio. Euro zur Verfügung. Da die Projekte meist mehrere Jahre laufen, verwaltet das BAS die Mittel bis zur Auszahlung. Nach Abzug des Finanzierungsanteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) von unter einem Prozent finanzieren die am RSA teilnehmenden Krankenkassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds den Innovationsfonds jeweils zur Hälfte. Das BAS berechnet die einzelnen Finanzierungsanteile und behält sie jährlich ein.

Nicht bewilligte Fördermittel überträgt das BAS in das Folgejahr. Sie erhöhen dann das zur Verfügung stehende Fördervolumen.

Fördermittelauszahlungen in 2025

Die Geschäftsstelle des Innovationsausschusses veranlasst die Auszahlung aus dem Innovationsfonds an die Fördergeldempfänger. Im Jahr 2025 zahlte der Innovationsfond insgesamt Fördermittel in Höhe von rund 137,9 Mio. Euro aus.

Finanzergebnisse des Innovationsfonds

Nach dem Rechnungsergebnis für das Geschäftsjahr 2025 betragen die Gesamtausgaben des Innovationsfonds rund 138 Mio. Euro. Unter Berücksichtigung von nicht mehr benötigten Fördermitteln aus beendeten Projekten früherer Jahre entfallen rund 62,4 Mio. Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der neuen Versorgungsformen und rund 64,1 Mio. Euro auf bewilligte Projekte im Bereich der Versorgungsforschung. Rund 11,4 Mio. Euro entfallen auf Verwaltungskosten.

Die Verwaltungskosten der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses (GBA) betragen rund 11,2 Mio. Euro. Auf das BAS entfallen rund 226 Tsd. Euro. Insgesamt machen die Verwaltungskosten rund 5,7 Prozent des gesetzlich vorgesehenen Fördervolumens aus.

An der Finanzierung beteiligten sich im Geschäftsjahr 2025 die landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) mit rund 1,3 Mio. Euro sowie die RSA-Krankenkassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit jeweils rund 99,3 Mio. Euro. Der Innovationsfonds schließt nach dem voraussichtlichen Ergebnis mit einem Einnahmenüberschuss von rund 62,1 Mio. Euro ab.

3. Transformationsfonds

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus (KHVVG) hat der Gesetzgeber eine umfassende Reform der Krankenhausstrukturen angestoßen. Zentrales Ziel ist die Modernisierung der Krankenhausstrukturen, insbesondere durch die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, die Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung.

Um Vorhaben zu fördern, mit denen sich Krankenhausstrukturen im Sinne der Reform anpassen lassen, hat der Gesetzgeber beim BAS einen Transformationsfonds eingerichtet.

Das BAS führt das Förderverfahren durch und zahlt die bewilligten Mittel aus dem Transformationsfonds aus.

Mit dem Krankenhausreformatanpassungsgesetz (KHAG), das am 15. April 2026 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber die Reform zusätzlich angepasst. Die Finanzierung erfolgt nun nicht wie ursprünglich vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen, sondern aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIK) – und damit aus Bundesmitteln. Zudem hat der Gesetzgeber die jährlichen Antragsfristen gestrichen, sodass Länder Anträge nun auch unterjährig stellen können. Darüber hinaus hat er einzelne Fördertatbestände inhaltlich erweitert oder angepasst.

Für die Umsetzung der Reform stellt der Gesetzgeber für die Jahre 2026 bis 2035 ein Fördervolumen von bis zu 50 Milliarden Euro bereit. Davon bringt der Bund insgesamt 29 Milliarden Euro auf. Die Länder müssen die Bundesmittel kofinanzieren. Für die Jahre 2026 bis 2029 mit mindestens 30 Prozent der beantragten Bundesmittel, für die Jahre 2030 bis 2035 mindestens 50 Prozent.

Die Länder können Anträge zu insgesamt acht Fördertatbeständen (FTB) stellen (s. Grafik).

Das BAS verwaltet Mittel aus dem Transformationsfonds. Es prüft und bescheidet die eingehenden Anträge zu den einzelnen Fördertatbeständen und zahlt die bewilligten Fördermittel an die Länder aus.

Zudem hat der Gesetzgeber das BAS beauftragt, im Einvernehmen mit der Mehrheit der Länder eine Förderrichtlinie für das Verwaltungsverfahren zu erlassen.



Die Verwaltung des Transformationsfonds ist eine zentrale Aufgabe des BAS. Bereits im Jahr 2025 traf das BAS zahlreiche Vorbereitungsmaßnahmen für den Transformationsfonds. Es konkretisierte das Antragsverfahren und entwickelte sowie programmierte ein eigenes Onlineportal, über das die Länder digital Förderanträge stellen können. Das BAS gestaltet das Verwaltungsverfahren für die Antragsstellung und -bearbeitung vollständig digital. Die Länder können über das Portal auch Kontakt aufnehmen und weitere Unterlagen nachreichen.

Bei der Entwicklung griff das BAS auf Erfahrungen aus dem ebenfalls bereits digital durchgeführten Verwaltungsverfahren zum Krankenhauszukunftsfonds zurück. Dadurch konnte es das Onlineportal zum Transformationsfonds weiter optimieren und effizienter ausgestalten. Dies beschleunigt das gesamte Verwaltungsverfahren erheblich.

Zudem führte das BAS mehrere Bund-Länder-Konferenzen durch. Dort stellte es unter anderem das digitale Antragsverfahren vor und klärte erste Fragen zum Förderverfahren. Darüber hinaus steht das BAS fortlaufend mit den Ländern in Kontakt, um Einzelangelegenheiten zu prüfen und zu bewerten. Im April 2026 hat das BAS den ersten Förderantrag aus dem Transformationsfonds bewilligt.

4. Krankenhausstrukturfonds

Finanzergebnisse des Krankenhausstrukturfonds

Seit dem Jahr 2016 führt das BAS das Förderverfahren im Krankenhausstrukturfonds durch und zahlt die bewilligten Mittel aus. Der Fonds soll die Strukturen in der Krankenhausversorgung verbessern. Er fördert den Abbau von Überkapazitäten, bündelt stationäre Versorgungsangebote und Standorte und unterstützt die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen. Außerdem fördert er Maßnahmen, die die IT-Sicherheit in Krankenhäusern verbessern, telemedizinische Netzwerke aufbauen, integrierte Notfallzentren einrichten und zusätzliche Ausbildungsplätze in der Pflege schaffen.

Im Jahr 2025 zahlte das BAS Fördermittel in Höhe von rund 270 Mio. Euro an die Bundesländer aus. Am 31. Dezember 2025 endete die Frist zur Antragsstellung. Besonders gegen Ende des Jahres gingen daher noch zahlreiche weitere Anträge beim BAS ein.

5. Krankenhauszukunftsfonds

Stand der Antrags- und Nachweisverfahren

Seit dem Jahr 2021 bewilligt das BAS nach § 14a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) Mittel, mit denen Krankenhäuser ihre investive Ausstattung modernisieren und verbessern können. Inzwischen hat das BAS die Anträge vollständig bearbeitet.

Eine Übersicht über die Anzahl der gestellten Anträge und das Volumen der beantragten Fördermittel einschließlich der Verteilung auf die einzelnen Bundesländer sowie über die

bewilligten Fördergelder und weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter: Themen/Krankenhauszukunftsfonds

Das BAS prüft seit 2022 fortlaufend die Nachweise im Verfahren nach § 25 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV). Die Länder müssen zum 1. April jedes Jahres für die Vorhaben, für die das BAS Fördermittel bewilligt hat, Unterlagen oder Angaben nach § 25 KHSV elektronisch übermitteln. Jährlich gehen beim BAS noch rund 5.000 Nachweise ein. Seit Beginn des Nachweisverfahrens hat es bereits rund 13.000 Nachweise geprüft.

Der Krankenhauszukunftsfonds wird als Vorhaben des Deutschen Aufbau- und Resilienzplans (DARP) aus der europäischen Aufbau- und Resilienzfazilität (ARF) der EU finanziert. Im Jahr 2025 arbeitete das BAS daher eng mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Bundesministerium der Finanzen (BMF) und den Ländern zusammen, um die Berichtspflichten zu erfüllen. Das BAS übermittelte dem BMF über das BMG umfangreiche Daten. Viele dieser Daten lagen zunächst noch nicht vor und mussten daher erst noch bereitgestellt werden.

6. Vertragstransparenzstelle

Pflege und Veröffentlichung des Vertragsverzeichnisses

Die Vertragstransparenzstelle im BAS führt ein Verzeichnis über Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zur besonderen sowie zur hausarztzentrierten Versorgung (§§ 140a und 73b SGB V). Bei der besonderen Versorgung vereinbaren Krankenkassen und Leistungserbringer besondere Versorgungsangebote außerhalb der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die hausarztzentrierte Versorgung stärkt die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte als erste Anlaufstelle und Koordinationsstelle der Behandlung. Das BAS veröffentlicht dieses Verzeichnis auf seiner Homepage unter

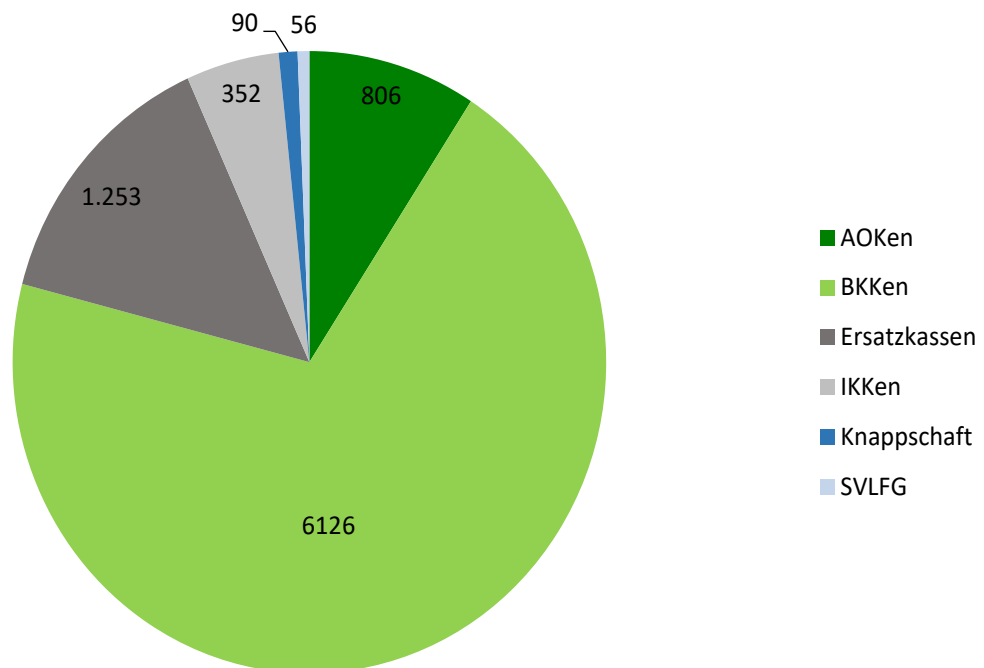
<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/vertragstransparenzstelle/ueberblick/>

Die Krankenkassen übermitteln neu abgeschlossene Verträge und Änderungen fortlaufend anlassbezogen oder quartalsweise. Die Vertragstransparenzstelle prüft vor der Veröffentlichung, ob diese Meldungen plausibel sind. Wenn dies nicht der Fall ist, gibt sie unplausible Meldungen zur Korrektur zurück und veröffentlicht anschließend die korrigierten Datensätze.

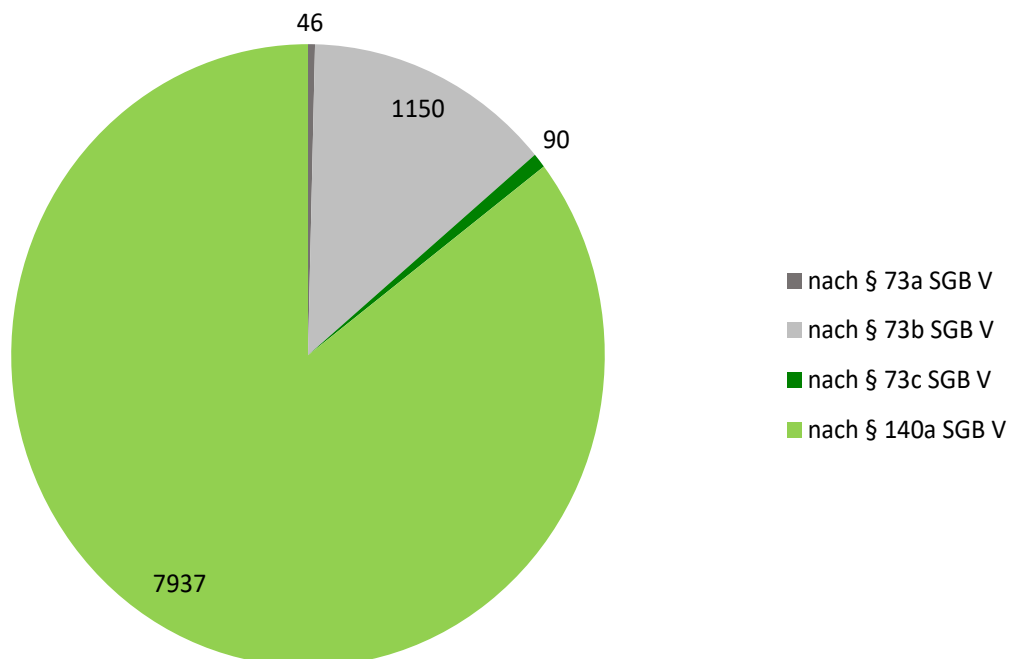
Ein Schwerpunkt im Berichtsjahr 2025 lag in der Umsetzung der Übergangsregelung für Verträge zur besonderen Versorgung, die bis zum 31. Dezember 2024 galt. Danach mussten Krankenkassen Altverträge bis dahin ersetzen oder beenden. Die Vertragstransparenzstelle prüfte im Berichtsjahr die betroffenen Datenmeldungen, klärte Rückfragen mit den Krankenkassen und übernahm korrigierte Datensätze in das Verzeichnis.

Vertragstransparenzstelle

Veröffentlichte Verträge nach Krankenkasse (Stand 10. Februar 2026)



Veröffentlichte Verträge nach Vertragsform (Stand 10. Februar 2026)



7. Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung

Finanzentwicklung und Reformkontext

Schwierige Liquiditätssituation zu Beginn des Jahres

Zum 1. Januar 2025 nutzte die Bundesregierung erstmals die gesetzliche Möglichkeit, den Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung durch eine Verordnung anzupassen. Der Beitragssatz wurde um 0,2 Prozentpunkte auf bundeseinheitlich 3,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder erhöht. Hintergrund war, dass sich die Finanzlage der Sozialen Pflegeversicherung als sehr kritisch dargestellt hatte. Ursächlich hierfür waren insbesondere ein pandemie- und demografiebedingt verringerter Mittelbestand sowie deutlich gestiegene Leistungsausgaben.

Dennoch musste das BAS, das die Mittel des Ausgleichsfonds verwaltet, bereits zu Beginn des Jahres 2025 das Verfahren des Finanzausgleichs anpassen. Nur so konnte es sicherstellen, dass den Pflegekassen weiterhin ausreichend Liquidität zur Verfügung steht. Ohne diese Änderungen, die die Verteilung der Mittel und der Defizitausgleichslasten innerhalb der Sozialen Pflegeversicherung betreffen, hätte der Finanzausgleich nicht durchgeführt werden können. Anlass für die Anpassung des Verfahrens war die Haushaltsplanung der Pflegekassen für das Jahr 2025. Der Liquiditätsbedarf der Pflegekassen richtet sich maßgeblich nach ihrer Ausgabenprognose, die gegenüber dem Jahr 2024 um 6,7 Prozent anstieg.

Das BAS senkte ab Februar 2025 die Ausgabendeckungsquote für das Soll an Betriebsmitteln auf das 0,4-Fache einer Monatsausgabe der Pflegekassen. Zusammen mit dem unveränderlichen Rücklage-Soll in Höhe des 0,5-Fachen einer Monatsausgabe lag das (Gesamt-)Soll an Betriebsmitteln und Rücklagen nach den Haushaltsplänen der Pflegekassen erstmals unter dem Wert von einer Monatsausgabe. Anhand dieses Mittel-Solls bestimmt das BAS den Betrag, den eine Pflegekasse aus Mitteln des Ausgleichsfonds erhält, wenn ihr - gemessen an deren Einnahmen und Ausgaben des Vormonats - weniger Mittel zur Verfügung stehen, als sie an Betriebsmitteln und Rücklagen vorhalten muss.

Auch wenn die Pflegekassen damit praktisch ohne Rücklagen wirtschaften mussten, verfügten sie im gesamten Jahr 2025 stets noch über ausreichend Liquidität. Das hängt mit der untermonatlichen Entwicklung ihrer Liquidität zusammen. Größere Ausgaben werden oft erst nach dem Finanzausgleich fällig, den das BAS jeweils zur Mitte des Monats durchführt. Nur einer Pflegekasse bewilligte das BAS erstmals im Februar 2025 eine Finanzhilfe, um mögliche Liquiditätsengpässe sicher auszuschließen. Diese Finanzhilfe gewährte das BAS

jeweils als monatlich wiederkehrende teilweise Abschlagszahlung und rechnete sie im folgenden Finanzausgleich wieder an.

Der Februar 2025 nahm damit in mehrfacher Hinsicht eine besondere Rolle ein: Die Senkung der Ausgabendeckungsquote verschob Liquidität zugunsten des Ausgleichsfonds. Gleichzeitig verschob sich – wie in jedem Februar – Liquidität zugunsten der Pflegekassen. In diesem Monat galten erstmals die Bedarfswerte aus der aktuellen Haushaltsplanung, die im neuen Jahr regelmäßig höher ausfallen. Zudem stellte eine Pflegekasse erstmals einen Antrag auf Finanzhilfe.

Kennzahlen und weitere Entwicklung

Trotz der genannten Maßnahmen des Verordnungsgebers und des BAS blieb die Finanzsituation wegen weiterhin hoher Ausgaben im Verlauf des Jahres 2025 und bis heute sehr angespannt. Der Mittelbestand des Ausgleichsfonds lag zum Monatsende in den ersten drei Quartalen bei durchschnittlich lediglich rund 748 Mio. Euro. Die Pflegekassen verfügten im selben Zeitraum zum Monatsende bei rund 4,248 Mrd. Euro. Zusammengenommen betrug der Mittelbestand der Sozialen Pflegeversicherung in den ersten drei Quartalen zum Monatsende durchschnittlich rund 4,996 Mrd. Euro. Das entsprach etwa dem 0,8-Fachen einer Monatsausgabe der Pflegekassen.

Vor diesem Hintergrund ergriff der Gesetzgeber im Herbst 2025 Maßnahmen, um die Liquidität des Ausgleichsfonds zu sichern:

Zum einen gewährte der Bund dem Ausgleichsfonds im Oktober auf Grundlage des Haushaltsgesetzes 2025 ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von 500 Mio. Euro. Der Ausgleichsfonds muss dieses Darlehen in den Jahren 2029 bis 2033 in jährlichen Teilbeträgen in Höhe von jeweils 100 Mio. Euro jeweils bis zum 31. Dezember zurückzahlen. Diese Verpflichtung kommt zu der bestehenden Rückzahlungspflicht von ebenfalls 500 Mio. Euro hinzu, die bis zum 31. Dezember 2028 für das hälftige noch nicht zurückgezahlte Darlehen auf Grundlage des Haushaltsgesetz 2022 gilt.

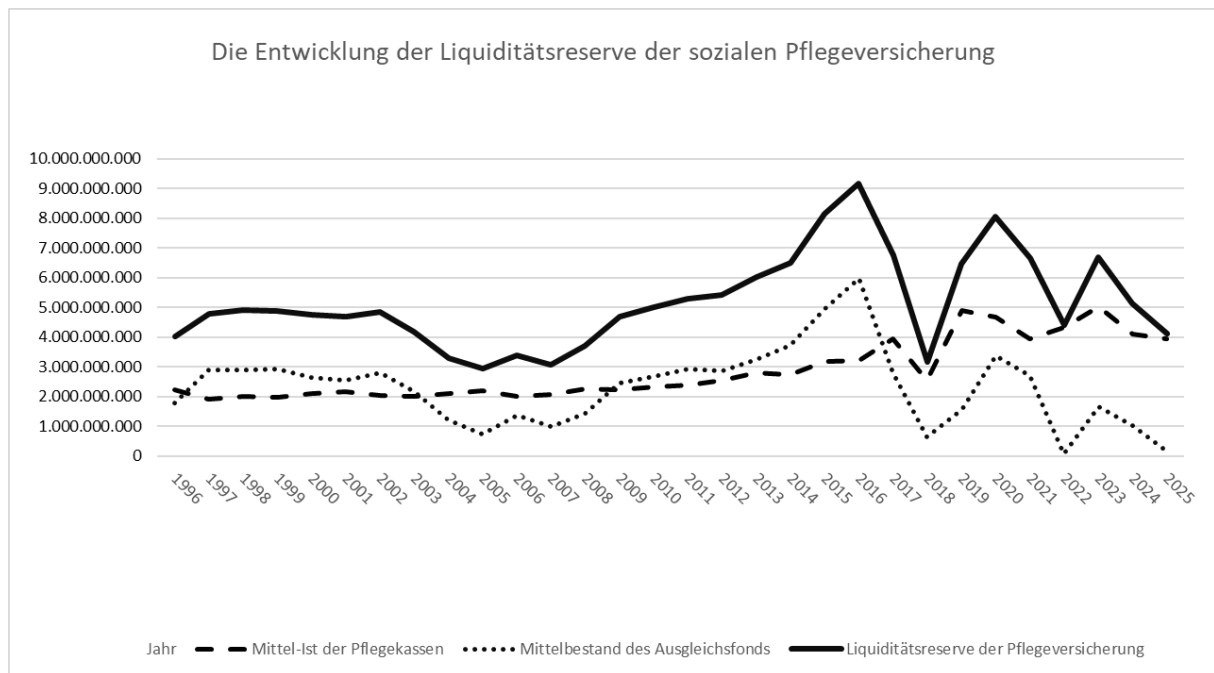
Außerdem verschob der Gesetzgeber den Fälligkeitstermin für die jährliche Direktzahlung des Ausgleichsfonds zur Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege vom 30. November auf den 15. Dezember des jeweiligen Festsetzungsjahres. Diese mit dem Gesetz über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung verbundene Änderung belastet den Ausgleichsfonds künftig in einem Monat mit in der Regel hohen Einnahmen. In diesem Zeitraum wirken sich die Beiträge aus Jahressonderzahlungen über den Finanzausgleich positiv auf die Liquidität des Ausgleichsfonds aus.

Trotz des neuen Darlehens (also ohne Berücksichtigung der vorgenannten Rückzahlungsverpflichtungen) und der systeminternen Umverteilung von Reserven der Pflegekassen in Höhe von rund 659 Mio. Euro zugunsten des Ausgleichsfonds, erhöhte sich dessen Mittelbestand nur geringfügig. Er stieg von rund 1,029 Mrd. Euro zum Ende des Jahres 2024 auf rund 1,177 Mrd. Euro zum Ende des Jahres 2025.

Zusammen mit dem Mittelbestand der Pflegekassen in Höhe von insgesamt rund 3,957 Mrd. Euro zum Ende des Jahres 2025 (- 3,74 Prozent) betrug die Liquiditätsreserve der Sozialen Pflegeversicherung rund 5,134 Mrd. Euro (- 0,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr). Das entspricht etwa 78 Prozent einer Monatsausgabe der Pflegekassen, die nach den Haushaltsplänen der Träger für das Jahr 2026 durchschnittlich mit 6,591 Mrd. Euro erwartet wird.

Hinter diesem Befund steht ein Jahresergebnis der Pflegeversicherung für das Jahr 2025 mit einem Defizit von rund 5 Mio. Euro (Vorjahr: Defizit von 1,554 Mrd. Euro). Die Leistungsausgaben der Pflegekassen stiegen um 11,33 Prozent gegenüber dem Vorjahr auf rund 70,149 Mrd. Euro. Diese Leistungen waren durch das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) ab 2024 teilweise ausgeweitet worden und wurden zum 1. Januar 2025 regelhaft dynamisiert. Gleichzeitig erhöhten sich die Beitragseinnahmen der Pflegekassen auf rund 57,269 Mrd. Euro (+ 10,66 Prozent). Die Beitragseinnahmen des Ausgleichsfonds stiegen auf rund 15,185 Mrd. Euro (+ 11,48 Prozent).

Der Ausgleichsfonds erzielte im Jahr 2025 Zinserträge von rund 20,97 Mio. Euro ohne Rechnungsabgrenzung beziehungsweise 21,46 Mio. Euro mit Rechnungsabgrenzung.



(Abb. Liquiditätsreserve der SPV einschließlich liquider Mittel aus den Darlehen des Bundes)

Bereits im Jahr 2025 zeichnete sich ab, dass die Rückzahlungslasten des Ausgleichsfonds für die Pflegeversicherung weiter steigen werden. Auf Grundlage des Haushaltsgesetzes 2026 vom 22. Dezember 2025 erhält der Ausgleichsfonds im Jahr 2026 vom Bund ein weiteres zinsloses Darlehen von bis zu 3,2 Mrd. Euro, das in vier gleichen Teilbeträgen zu Beginn eines Quartals ausgezahlt wird. Für die Rückzahlung gelten dieselben Modalitäten wie für das Darlehen nach dem Haushaltsgesetz 2025.

Nähere Informationen zu den Finanz- und Rechnungsergebnissen sowie zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben finden Sie auf der Homepage des BAS unter dem Link:
<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/ausgleichsfonds-pflege/finanzergebnisse/>

Finanzausgleich

Das BAS überwies im Jahr 2025 rund 26,870 Mrd. Euro aus dem Ausgleichsfonds an Pflegekassen, denen weniger Mittel zur Verfügung standen, als sie gesetzlich an Betriebsmitteln und Rücklagen vorhalten müssen. Gegenüber dem Jahr 2024 entspricht dies einer Erhöhung von 15,8 Prozent.

Die monatlichen Auszahlungen beliefen sich 2025 auf rund 2,239 Mrd. Euro (Vorjahr: 1,933 Mrd.). Den Auszahlungen aus dem Ausgleichsfonds standen Einzahlungen von Pflegekassen gegenüber, deren vorhandene Mittel über dem vorgesehenen Soll lagen.

Diese Pflegekassen zahlten monatlich durchschnittlich rund 965 Mio. Euro in den Ausgleichsfonds. Insgesamt beliefen sich diese Zahlungen auf rund 11,577 Mrd. Euro (+ 9,95 Prozent gegenüber dem Vorjahr).

Dieser Liquiditätsausgleich ist notwendig, weil die Pflegekassen aufgrund unterschiedlicher Versichertenstrukturen verschieden hohe Einnahmen erzielen und unterschiedlich hohe Ausgaben haben. Gleichzeitig gilt ein bundeseinheitlicher Beitragssatz von 3,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (2025), ergänzt durch Zuschläge für Versicherte ohne Kinder sowie Differenzierungen nach der Zahl der Kinder. Grundlage des Liquiditätsausgleichs ist das Prinzip, dass alle Pflegekassen die Leistungsaufwendungen und Verwaltungskosten gemeinsam tragen – im Verhältnis zu ihren Beitragseinnahmen.

Pflegevorsorgefonds

Aus dem Ausgleichsfonds flossen im Jahr 2025 insgesamt 700 Mio. Euro in den Pflegevorsorgefonds. Eingerichtet hat ihn der Gesetzgeber, um die Beitragsentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung langfristig zu stabilisieren.

Nach dem Haushaltsfinanzierungsgesetz 2023 werden noch bis einschließlich 2027 jährlich pauschal 700 Mio. Euro an den Pflegevorsorgefonds. Damit setzt der Gesetzgeber die ursprüngliche Regel vorübergehend aus. Bis zum Jahr 2023 - und wieder ab dem Jahr 2028 - richtet sich der Betrag nämlich nach den Einnahmen der Sozialen Pflegeversicherung: Dann fließen jeweils 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Vorjahres in den Pflegevorsorgefonds.

Seit dem Jahr 2015 bis Ende des Jahres 2025 wurden dem Pflegevorsorgefonds insgesamt rund 14,478 Mrd. Euro zugeführt. Die Bundesbank verwaltet dieses Sondervermögen. Sein Portfolio hatte am 31. Dezember 2025 einen Marktwert von rund 16,239 Mrd. Euro. In gerichtlichen Verfahren vertritt das BAS den Pflegevorsorgefonds.

Eine detaillierte Aufstellung der jährlichen Zuführungen finden Sie auf der Homepage des BAS unter dem Link:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/ausgleichsfonds-pflege/finanzergebnisse/>

Förderungen und Finanzierungen in der Sozialen Pflegeversicherung

Einsatz von Förder- und Finanzierungsmitteln

Im Jahr 2025 zahlte der Ausgleichsfonds rund 55,1 Mio. Euro für Fördermaßnahmen, Vorhaben und besondere Einrichtungen aus. Das entspricht einem Anstieg von gut 26,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Zu den geförderten Einrichtungen gehören unter anderem die Forschungsstelle beim GKV-Spitzenverband, die Geschäftsstelle des Qualitätsschusses Pflege, das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege, die Datenauswertungsstelle sowie die Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege. Sie befassen sich vor allem damit, Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln und die Qualität in der Pflege zu stärken.

Schwerpunkte der Leistungsverwaltung (ohne Pflegeausbildung) lagen in der Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag sowie von Ehrenamt und Selbsthilfe (24,8 Mio. Euro), bei Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen (7,8 Mio. Euro) sowie bei der Förderung der strukturierten Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken (4,5 Mio. Euro).

Für Modellvorhaben des GKV-Spitzenverbandes stellte der Ausgleichsfonds insgesamt 7,2 Mio. Euro bereit. Das BAS und der GKV-Spitzenverband schlossen dazu im Juni 2025 eine Generalvereinbarung über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel aus dem Ausgleichsfonds. Sie gilt für alle Vorhaben und Maßnahmen mit mehreren Fördertatbeständen, die der GKV-Spitzenverband unterstützt, einschließlich der von ihm vergebenen Aufträge.

Eine weitere Vereinbarung schlossen das BAS, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung zu Beginn des Jahres 2025. Sie regelt das Verfahren für gemeinsame Modellvorhaben zu Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier (einschließlich ihrer wissenschaftlichen Begleitung) sowie die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen.

Grundlage der Auszahlungen im Jahr 2025 waren 3.683 elektronische Mittelabrufe, die über das "EMA-Portal" beim BAS eingingen. Das BAS prüft diese Abrufe formal, bevor es die Mittel auszahlt. Gegenüber dem Vorjahr (3.300 Mittelabrufe) stieg die Zahl weiter an. Rund 42 Prozent aller Mittelabrufe kamen aus Baden-Württemberg.

Die Förderverfahren unterscheiden sich zwischen den Bundesländern teils deutlich. Vor diesem Hintergrund initiierte und organisierte das BAS eine Fördergeldkonferenz. Ziel war es, die Zusammenarbeit bei der Verwaltung der Fördermittel zu verbessern. Die Ergebnisse

dieser Konferenz können in die Festlegungen einfließen, die der GKV-Spitzenverband auf Grundlage des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege demnächst erlässt, um die Förderung abzuwickeln. Dazu gehören insbesondere Regelungen zur Erteilung der Förderzusagen, zur Aufhebung von Förderentscheidungen und zur Rückforderung von Fördermitteln zugunsten des Ausgleichsfonds. Diese Festlegungen trifft der GKV-Spitzenverband nachdem er sich mit dem BAS abgestimmt hat.

Weitere Informationen dazu, wie die Förder- und Finanzierungsmittel eingesetzt werden, wie sich die Fördergelder auf die Länder verteilen oder welche Anspruchshöchstgrenzen es bei den Förderbudgets gibt, finden Sie auf der Homepage des BAS unter dem Link <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/ausgleichsfonds/foerdergelder/>

Mitfinanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege

Seit 2020 beteiligt sich die Pflegeversicherung an den Kosten der beruflichen Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG). Seit 2024 umfasst dies auch die hochschulische Pflegeausbildung. Aus dem Ausgleichsfonds zahlt die soziale Pflegeversicherung 3,6 Prozent des gesamten Finanzierungsbedarfs an die auf Landesebene eingerichteten Ausbildungs- beziehungsweise Ausgleichsfonds. Die private Pflege-Pflichtversicherung erstattet der sozialen Pflegeversicherung zehn Prozent dieser Zahlungen.

Im Jahr 2025 überwies der Ausgleichsfonds insgesamt 220,03 Mio. Euro an die Ausbildungsfonds der Länder. Der bis zum 15. Dezember 2025 ausgezahlte Betrag lag damit um 7,26 Prozent über dem Vorjahreswert von 205,14 Mio. Euro.

Die Gesamtsumme beruht auf den Mittelabrufen aus 15 Bundesländern. In einem Fall konnte das BAS im Jahr 2025 noch keine Auszahlung vornehmen, da die erbetenen Angaben nicht rechtzeitig übermittelt wurden.

Eine Übersicht über die Direktzahlungen in den Festsetzungsjahren 2019 bis 2024 nach Bundesländern finden Sie auf der Homepage des BAS unter dem Link <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/ausgleichsfonds/mitfinanzierung-der-beruflichen-ausbildung-in-der-pflege/>

Beteiligungsmanagement

Die Verwaltung des Ausgleichsfonds rechnet auch Finanzierungsanteile ab und zieht Beiträge ein, die gesetzliche Krankenkassen und die private Pflege-Pflichtversicherung zugunsten der Sozialen Pflegeversicherung zahlen müssen. Für die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt der GKV-Spitzenverband diese Aufgabe, für die Pflege-Pflichtversicherung der Verband der privaten Krankenversicherung e.V.. Mit beiden Verbänden hat das BAS mehrere Vereinbarungen zur Finanzierung geschlossen. Die Verbände erheben die Mittel in der Regel über Umlagen bei ihren Mitgliedschaften beziehungsweise -unternehmen.

Die GKV beteiligte sich im Jahr 2025 erneut mit 640 Mio. Euro an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus erhielt der Ausgleichsfonds im Abrechnungszeitraum 2025 weitere Einnahmen aus der Abrechnung pandemiebedingter Kosten. Diese betrafen Erstattungen für Mehraufwendungen und Mindereinnahmen ambulanter Pflegeeinrichtungen und stationärer Hospize sowie anteilige Testkosten. Insgesamt beliefen sich diese Einnahmen auf 1,64 Mio. Euro.

Auch die private Pflege-Pflichtversicherung übernahm Anteile an den Kosten zum Schutz der pflegerischen Infrastruktur während der Pandemie. Zudem beteiligte sie sich an der Förderung der Pflegeausbildung. Je nach Fördertatbestand betrug ihr Anteil sieben oder zehn Prozent. Für den Abrechnungszeitraum 2025 ergab sich daraus ein Gesamtbetrag von 71,28 Mio. Euro.

Eine detaillierte Aufstellung der Anteile und Beträge finden Sie auf der Homepage des BAS unter dem Link <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/ausgleichsfonds-pflege/finanzierungsanteile-der-privaten-versicherungsunternehmen-pkv-und-der-gesetzlichen-krankenversicherung-gkv/>

8. Strukturierte Behandlungsprogramme

Das BAS lässt nach § 137g Abs.1 SGB V Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) zu. Diese Programme sichern eine koordinierte und hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen über Einrichtungsgrenzen hinweg. Regelmäßige Kontrollen, abgestimmte Therapien und Patientenschulungen erhöhen die Behandlungsqualität und stärken die Eigenverantwortung der Versicherten. Gleichzeitig helfen sie, Komplikationen, Folgeschäden und vermeidbare

Krankenhausaufenthalte zu verhindern. Damit verbessern DMP die individuelle Versorgung und wirken Über-, Unter- und Fehlversorgungen im Gesundheitssystem entgegen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt die Inhalte der Programme fest und passt sie regelmäßig an den aktuellen Forschungsstand an. Das BAS prüft im Zulassungsverfahren, ob neue Behandlungsprogramme sowie bereits zugelassene Programme diese Anforderungen und die übrigen rechtlichen Vorgaben erfüllen.

Aktuell gibt es zugelassene Programme für acht Indikationen. Versicherte können sich unter anderem in Programme für Diabetes mellitus Typ1 und Typ2, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, COPD und Brustkrebs einschreiben. Im Jahr 2023 kamen Programme für Osteoporose hinzu und im Jahr 2025 für Rheumatoide Arthritis. Für diese Indikationen stellten die Krankenkassen weiterhin Anträge auf neue Zulassungen – auch für zusätzliche Regionen.

Darüber hinaus bereiten Krankenkassen weitere Programme vor. Für diese hat der G-BA die inhaltlichen Anforderungen in der entsprechenden Richtlinie (DMP-A-RL) bereits weitgehend festgelegt. Geplant sind Programme für die Erkrankungen Herzinsuffizienz, Adipositas bei Erwachsenen, Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Rückenschmerz sowie Depression.

Bislang hat das BAS über 9.500 Strukturierte Behandlungsprogramme zugelassen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten stieg im Jahr 2025 von rund 7,5 Mio. auf nunmehr rund 7,7 Mio.

Nähere Informationen finden Sie auf der Homepage des BAS unter dem Link <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>

9. Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung

Das BAS bewirtschaftet die Mittel des Bundes für die gesetzliche Rentenversicherung. Im Jahr 2025 überwies es insgesamt ca. 123,2 Mrd. Euro. Gegenüber dem Vorjahr stiegen die Bundesmittel um rund 5,4 Prozent.

In diesem Betrag enthalten sind unter anderem die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung (ARV) in Höhe von rund 93,2 Mrd. Euro sowie die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten in Höhe von 19,2 Mrd. Euro. Hinzu kommen

Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) in Höhe von 6,2 Mrd. Euro. Zusammen machten Bundeszuschüsse, Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten und sonstige Erstattungen im Jahr 2025 insgesamt rund 28,4 Prozent der Einnahmen der ARV aus.

Die Entwicklung der Bundeszuschüsse, der Beiträge für Kindererziehungszeiten und die sonstigen Erstattungen des Bundes können Sie auf der Homepage des BAS unter diesem Link abrufen:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/rentenversicherung/finanzierung/>

Das BAS bewirtschaftet außerdem die Zuschüsse des Bundes an die Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfegermeister (VdBS). Diese stiegen im Jahr 2025 auf 91,8 Mio. Euro an (2024: 88,4 Mio. Euro).

Weitergehende Informationen zur VdBS finden Sie auf der Homepage des BAS unter dem Link:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/rentenversicherung/versorgungsanstalt-der-bevollmaechtigten-bezirksschornsteinfeger/>

10. Abrechnung Ausgleichsbetrag

Anpassungsgeld

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

Der im Jahr 2025 auf Grundlage von Daten der BAFA ermittelte Ausgleichsbetrag für das Abrechnungsjahr 2024 belief sich auf 13,5 Mio. Euro, wovon der allgemeinen Rentenversicherung ein Betrag in Höhe von 3,8 Mio. Euro und der knappschaftlichen Rentenversicherung ein Betrag in Höhe von 9,7 Mio. Euro zuzuordnen war.

11. Lastenverteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung

Seit dem Jahr 2009 führt das BAS die jährliche Lastenverteilung zwischen den neun gewerblichen Berufsgenossenschaften (BG) durch. Im Rahmen dieses Ausgleichssystems trägt zunächst jede BG ihre eigenen Rentenlasten entsprechend der jeweiligen Wirtschaftsstruktur. Die sogenannten Überaltlasten tragen hingegen alle Berufsgenossenschaften gemeinsam.

Für das Jahr 2025 belief sich die Lastenverteilung auf rund 874 Mio. Euro und hat sich damit um etwa 40 Mio. Euro erhöht. Sechs Berufsgenossenschaften waren ausgleichspflichtig, drei Berufsgenossenschaften waren ausgleichsberechtigt. Die Ergebnisse der Lastenverteilung seit dem Jahr 2019 sowie Informationen zu den Verjährungsregelungen stellt das BAS auf seiner Homepage bereit.

(<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/unfallversicherung/lastenverteilung/>)

3. Teil Sonderaufgaben

1. Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz

Das BAS beaufsichtigt die Aus- und Fortbildung bei bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern. Die Zuständige Stelle im BAS organisiert zudem Zwischen-, Abschluss- und Fortbildungsprüfungen, prüft Ausbildungskonzepte und kontrolliert regelmäßig die Ausbildungsbedingungen vor Ort. Unterstützt wird sie dabei vom Berufsbildungsausschuss.

Ausbildereignungsprüfung

Im Jahr 2025 stieg die Zahl der Ausbildungereignungsprüfung (AEVO) deutlich an. Dieser Anstieg zeigt, dass Sozialversicherungsträger der formalen Qualifizierung von Ausbilderinnen und Ausbildern zunehmend Bedeutung beimessen. Zugleich spiegelt er den wachsenden Bedarf an pädagogischer Begleitung der Auszubildenden wider. Die Prüfungsausschüsse vertieften in einem gemeinsamen Treffen die bestehenden

Qualitätsstandards und erarbeiteten Ansätze für deren Weiterentwicklung. Ziel ist es, die Ausbildungsqualität dauerhaft zu sichern und vergleichbare Prüfungen zu gewährleisten.

Ausbildungsplatzsituation

Zum Stichtag 31. Dezember 2025 betreute die zuständige Stelle im BAS 3.006
Ausbildungsverhältnisse der Einstellungsjahrgänge 2023 bis 2025 in den
verwaltungseigenen Berufen, bereinigt um abgebrochene Ausbildungsverhältnisse. Darunter
befanden sich 2.983 Sozialversicherungsfachangestellte, zwölf Kaufleute für
Büromanagement, drei Verwaltungsfachangestellte bei Sozialversicherungsträgern und acht
Verwaltungsfachangestellte beim Bundesamt für Soziale Sicherung selbst.

Im Jahr 2025 trug die zuständige Stelle im BAS 1.168 neu abgeschlossene
Ausbildungsverträge der Sozialversicherungsträger in verwaltungseigenen Berufen in das
Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse ein. Der Blick auf die vergangenen zehn
Jahre bestätigt den Trend, der 2023 einsetzte: Die Träger schließen wieder mehr Verträge
ab als in den Jahren zuvor. Zwischen 2016 und 2022 lag der Durchschnitt bei rund 1.050
Verträgen.

Im Einstellungsjahr 2025 schlossen die Sozialversicherungsträger erstmals seit zehn Jahren
keine Ausbildungsverträge in den weiteren Ausbildungsberufen des öffentlichen Dienstes -
„Kaufleute für Büromanagement“ und „Verwaltungsfachangestellte“. Der Anstieg der
Gesamtzahl beruht daher ausschließlich auf zusätzlichen Einstellungen von Auszubildenden
zu Sozialversicherungsfachangestellten. Die zuständige Stelle im BAS begrüßt diese
Entwicklung. Sie zeigt, dass Sozialversicherungsträgern bewusst ist, dass die künftigen
Tätigkeiten der Auszubildenden spezifisch Fachkompetenzen erfordern. Der Erwerb der
beruflichen Handlungsfähigkeit im jeweiligen Berufsbild bleibt dafür eine zentrale
Voraussetzung.

Einstel- lungsjahr	Sozialversicherungsfachangestellte					Verwaltungsfach- angestellte	Kaufleute für Büromanagement	
						(Nur anstellende Träger)	(Nur anstellende Träger)	
	KV	SVLFG	KBS	DRV	UV	UV	KV	UV
2016	700	9	104	137	83	0	0	5
...	...	...	...	...	...	...	...	...
2022	519	12	97	371	53	4	3	0
2023	502	15	104	517	93	2	6	0
2024	555	20	107	333	89	2	5	1
2025	516	21	82	444	105	0	0	0

Verteilung der geschlossenen Ausbildungsverhältnisse in verwaltungseigenen Berufen auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

Die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Unfallversicherungsträger schlossen im Berichtsjahr mehr Ausbildungsverträge als im Vorjahr. Bei den übrigen Trägern sank die Zahl der Neuverträge. Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau hielt ihre Ausbildungszahlen nahezu konstant.

Im Einstellungsjahrgang 2025 verfügten rund 60 Prozent der Auszubildenden über Hoch- oder Fachhochschulreife, rund 39 Prozent über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss. Eine Person verfügte über einen Hauptschulabschluss.

Beratung und Überwachung

Die haupt- und ehrenamtlichen Ausbildungsberaterinnen und -berater des BAS unterstützten im Jahr 2025 insgesamt 2.681 Auszubildende bei der Vorbereitung auf ihre Zwischen- oder Abschlussprüfungen. Die angehenden Sozialversicherungsfachangestellten berieten sie überwiegend in Präsenz. Dabei zeigte sich erneut, dass der persönliche Austausch häufig intensiver ist als Beratungen in virtuellen Formaten. Die Beraterinnen und Berater nutzen

ihre Besuche zugleich für Gespräche mit Lehrkräften sowie – sofern möglich – mit Ausbildenden und Ausbildungsleitungen.

Für angehende Kaufleute im Gesundheitswesen führte das BAS überwiegend Videoberatungen durch. Der Beratungsbedarf fällt in diesem Bereich geringer aus als bei Sozialversicherungsfachangestellten. Viele Fragen betreffen Themen, die in die Zuständigkeit der Industrie- und Handelskammern fallen.

In den Beratungen - insbesondere in den Geschäftsstellenberatungen – standen häufig Fehlzeiten und deren Auswirkungen auf die Prüfungszulassung im Mittelpunkt. Die Beraterinnen und Berater betonten wiederholt, dass stets eine Einzelfallprüfung erforderlich ist und keine starre Fehlzeitengrenze gilt. Als Orientierung können Fehlzeiten von bis zu etwa zehn Prozent der Ausbildungsdauer in der Regel noch als geringfügig gelten. Maßgeblich bleibt jedoch, ob das Ausbildungsziel gefährdet ist. Auch beim Thema Nachteilsausgleich bleibt der Beratungsbedarf hoch.

In den Lehrgangsberatungen zeigte sich zudem ein erhöhter Unterstützungsbedarf im Fach Wirtschafts- und Sozialkunde. Die Beraterinnen und Berater hoben deshalb die Bedeutung der eigenständigen Vorbereitung sowie der Zwischenprüfung als wichtige Standortbestimmung hervor. Gleichzeitig zeichnet sich bei einigen Krankenkassen eine zurückhaltendere Übernahme- und Einstellungspolitik ab.

Prüfungen

Im Jahr 2025 prüfte das BAS insgesamt 2.162 Personen und damit annähernd so viele wie im Vorjahr (2024: 2.167). Insgesamt arbeiteten 111 Prüfungsausschüsse an den Prüfungen mit. In den vergangenen drei Jahren stieg zudem die Zahl der sogenannten externen Prüflinge. Dabei handelt es sich um Kandidatinnen und Kandidaten, die zum Zeitpunkt der Prüfung in keinem Ausbildungsverhältnis stehen. Das BAS beobachtet diese Entwicklung weiter. Im Rahmen der Fortbildungsprüfungen führte das BAS 13 Ausbilder-Eignungsprüfungen durch. An diesen Prüfungen nahmen 151 Ausbilderinnen und Ausbilder teil. Die meisten von ihnen arbeiten bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

2. Mutterschaftsgeldstelle

Das BAS ist bundesweit für die Zahlung von Mutterschaftsgeld in bestimmten Fällen zuständig. Anspruch auf Mutterschaftsgeld von maximal 210 Euro gegenüber dem BAS

haben Frauen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und während der Schutzfristen vor und nach der Entbindung sowie für den Entbindungstag kein Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung erhalten. Das Mutterschaftsgeld erhalten auch Frauen, deren Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Mutterschutzfristen nach der Geburt mit Zustimmung der für den Arbeitsschutz zuständigen Behörde zulässig gekündigt wurde.

Im Jahr 2025 gingen beim BAS rund 12.000 Anträge auf Mutterschaftsgeld ein. Deutlich mehr als die Hälfte der Anträge (rund 60 Prozent) wurden online gestellt. Die Bearbeitung der Anträge auf Mutterschaftsgeld erfolgt beim BAS in einem vollständig digitalisierten Fachverfahren. Etwa ein Viertel der online eingereichten Anträge (ca. 1.800) wurde über einen Account bei BundID (<https://id.bund.de>), dem zentralen Identifizierungskonto des Bundes für Bürgerinnen und Bürger, übermittelt. Handelte es sich dabei um Anträge mit hohem Vertrauensniveau - etwa bei Nutzung des elektronischen Personalausweises - konnten Nachrichten und Bescheide kurzfristig digital in das elektronische Postfach des BundID-Kontos zugestellt werden.

In rund zwei Dritteln der im Jahr 2025 abgeschlossenen Anträge erging eine positive Entscheidung. Insgesamt zahlte das BAS rund 1,5 Mio. Euro Mutterschaftsgeld nach dem Mutterschutzgesetz aus. Weitere Informationen zum Verfahren stellt das BAS auf seiner Homepage bereit.

(<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/mutterschaftsgeld/ueberblick/>).

3. Bundesstelle für Soziale Entschädigung

Im zweiten Jahr seit ihrer Einrichtung zum 1. Januar 2024 ist die Bundesstelle für Soziale Entschädigung für die Akteure im Sozialen Entschädigungsrecht eine verlässliche Partnerin. Sie unterstützt die Länder bei der einheitlichen Umsetzung des Sozialen Entschädigungsrechts und fördert Austausch sowie Aus- und Fortbildung in diesem Bereich. Darüber hinaus unterstützt sie den Bund, indem sie die ihr übertragene Aufgaben wahrnimmt. Einen Überblick über die wesentlichen Tätigkeitsschwerpunkte bietet der Internetauftritt der BfSE <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/bundesstelle-fuer-soziale-entschaedigung/ueberblick-bfse/>

Ein besonderer Schwerpunkt lag im Jahr 2025 auf zwei Veranstaltungen zum Thema „Großschadensereignisse aus Sicht des SGB XIV“. Hier kamen Versorgungsbehörden der Länder und weitere beteiligte Akteure zusammen, um Erfahrungen auszutauschen und zentrale Herausforderungen zu diskutieren. Ziel war es, gemeinsam Ansätze für den Umgang mit solchen Ereignissen zu entwickeln. Die Ergebnisse der beiden Veranstaltungen bilden eine wertvolle Grundlage für die Zusammenarbeit bei künftigen Großschadensereignissen.