

zu übermitteln. Nach Abschluss der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 hat der Medizinische Dienst die Prüfergebnisse dem geprüften Krankenhaus und der jeweiligen beauftragenden Stelle mitzuteilen. Soweit in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Fälle festgelegt sind, in denen Dritte wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen über das Prüfergebnis zu informieren sind, hat der Medizinische Dienst sein Prüfergebnis unverzüglich an die in dieser Richtlinie abschließend benannten Dritten zu übermitteln. Soweit erforderlich und in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 vorgesehen, dürfen diese Mitteilungen auch personenbezogene Angaben enthalten; in der Mitteilung an den Auftraggeber und den Dritten sind personenbezogene Daten zu anonymisieren.

(2) Die Krankenkasse hat, solange ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht, dem Arbeitgeber und dem Versicherten das Ergebnis des Gutachtens des Medizinischen Dienstes über die Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen, wenn das Gutachten mit der Bescheinigung des Kassenarztes im Ergebnis nicht übereinstimmt. Die Mitteilung darf keine Angaben über die Krankheit des Versicherten enthalten.⁵⁵³

Zweiter Abschnitt Organisation

§ 278 Medizinischer Dienst

(1) In jedem Land wird ein Medizinischer Dienst als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet. Für mehrere Länder kann durch Beschluss der Verwaltungsräte der betroffenen Medizinischen Dienste ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. Dieser Beschluss bedarf der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden der betroffenen Länder. In Ländern, in denen bereits mehrere Medizinische Dienste oder ein gemeinsamer Medizinischer Dienst bestehen, kann die jeweilige Aufteilung beibehalten werden. § 94 Absatz 1a bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen. Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachte-

553 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 150 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 „kassen- und“ nach „an der“ gestrichen.

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 1 Satz 1 „der Krankenkasse“ nach „Begutachtung und“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 24 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 1 Satz 4 bis 6 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 66 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Sätze 1 bis 3 in Abs. 1 durch die Sätze 1 bis 5 ersetzt. Die Sätze 1 bis 3 lauteten: „Der Medizinische Dienst hat dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, und der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und der Krankenkasse die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Er ist befugt, den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistung er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Der Versicherte kann der Mitteilung über den Befund an die Leistungserbringer widersprechen.“

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat Satz 6 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 6 lautete: „Nach Abschluss der Kontrollen nach § 275a hat der Medizinische Dienst die Kontrollergebnisse dem geprüften Krankenhaus und dem jeweiligen Auftraggeber mitzuteilen.“

Artikel 1 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 7 jeweils „Kontrollergebnis“ durch „Prüfergebnis“ ersetzt.

rinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegfachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt. § 18 Absatz 7 des Elften Buches bleibt unberührt.

(3) Bei jedem Medizinischen Dienst wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich wenden können. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form jährlich und bei gegebenem Anlass und veröffentlicht den Bericht drei Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde auf ihrer Internetseite. Das Nähere regelt die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1.

(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April jedes zweiten Kalenderjahres über

1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § 17c Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4, § 275b und § 275c,
2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April eines jeden Kalenderjahres über die Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, differenziert nach den einzelnen in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmalen einschließlich der Anzahl der in § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und der in § 275a Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeigen sowie der Anzahl der in § 275a Absatz 6 Satz 5 und der in § 275a Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen. Das Nähere zum Verfahren hinsichtlich der in den Sätzen 1 und 2 genannten Berichte regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8. Die Medizinischen Dienste übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die nach der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die in § 283 Absatz 5 genannte Datenbank erforderlichen Daten.

(5) Die Medizinischen Dienste, die gemäß § 278 Absatz 1 Satz 2 in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung in Verbindung mit Artikel 73 Absatz 4 des Gesundheits-Reformgesetzes Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Dienstherrenfähigkeit sind, verlieren ihre Dienstherrenfähigkeit, wenn die Notwendigkeit hierfür nach Artikel 73 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 des Gesundheits-Reformgesetzes nicht mehr besteht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes stellt den Zeitpunkt fest, zu dem die Dienstherrenfähigkeit entfällt, und macht ihn öffentlich bekannt.⁵⁵⁴

554 ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 187 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 14 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat in Abs. 2 „landwirtschaftlichen Krankenkassen“ durch „landwirtschaftliche Krankenkasse“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 81 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 2 „und die Ersatzkassen“ durch „, die Ersatzkassen und die BAHN-BKK“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 278 Arbeitsgemeinschaft

(1) In jedem Land wird eine von den Krankenkassen der in Absatz 2 genannten Kassenarten gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft ‚Medizinischer Dienst der Krankenversicherung‘ errichtet. Die Arbeitsgemeinschaft ist nach Maßgabe des Artikels 73 Abs. 4 Satz 3 und 4 des Gesundheits-Reformgesetzes eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(2) Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Ersatzkassen und die BAHN-BKK.

§ 279 Verwaltungsrat und Vorstand

(1) Organe des Medizinischen Dienstes sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.

(2) Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen,
4. die Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Beachtung der Richtlinien und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 aufzustellen,
5. Nebenstellen zu errichten und aufzulösen und
6. den Vorstand zu wählen und zu entlasten.

§ 210 Absatz 1 gilt entsprechend.

(3) Der Verwaltungsrat besteht aus 23 Vertretern. Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder gefasst. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder.

(4) 16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung. Die Amtszeit der Vertreter nach Satz 1 darf zwei Amtsperioden nicht überschreiten. Personen, die am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind, können einmalig wiedergewählt werden.

(5) Sieben Vertreter werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon

(3) Bestehen in einem Land mehrere Landesverbände einer Kassenart, kann durch Beschluß der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft in einem Land ein weiterer Medizinischer Dienst errichtet werden. Für mehrere Länder kann durch Beschluß der Mitglieder der betroffenen Arbeitsgemeinschaften ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. Die Beschlüsse bedürfen der Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der betroffenen Länder.“

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat Abs. 4 durch Abs. 4 und 5 ersetzt. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund zweijährlich zum 1. April über

1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach den §§ 275a bis 275d,
2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.

Das Nähere zum Verfahren regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8.“

1. fünf Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene sowie
2. zwei Vertreter jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern.

Die Vertreter nach Satz 1 Nummer 2 haben kein Stimmrecht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes legt die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge nach Satz 1 fest. Sie bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der Organisationen und Verbände nach Satz 1 Nummer 1 sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene, insbesondere die Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, die Unabhängigkeit, die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung. Als Vertreter nach Satz 1 Nummer 1 sind mindestens zwei Frauen und zwei Männer, als Vertreter nach Satz 1 Nummer 2 sind jeweils eine Frau und ein Mann zu benennen. Ist eine Satz 5 entsprechende Benennung nicht möglich, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das mehrheitlich vertreten ist, als benannt, dass dem Verhältnis nach Satz 5 entsprochen wird; die Anzahl der Vertreter nach Satz 1 Nummer 1 und 2 reduziert sich entsprechend. Die Vertreter nach Satz 1 Nummer 1 dürfen nicht zu mehr als 10 Prozent von Dritten finanziert werden, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder für die soziale Pflegeversicherung erbringen. Die Bekanntgabe der Benennung erfolgt gegenüber der oder dem amtierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates, die oder der diese den Benannten zur Kenntnis gibt.

(6) Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. Personen, die bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehaben, können nicht gewählt oder benannt werden. § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Benennung oder die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates haben keine aufschiebende Wirkung. § 57 Absatz 5 bis 7 des Vierten Buches und § 131 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes gelten entsprechend.

(7) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Der Vorstand führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrates. Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf und vertritt den Medizinischen Dienst gerichtlich und außergerichtlich. Die Höhe der jährlichen Vergütungen der oder des Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger sowie gleichzeitig auf der Internetseite des betreffenden Medizinischen Dienstes zu veröffentlichen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind der oder dem Vorsitzenden und der oder dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen. § 35a Absatz 3 und 6a des Vierten Buches gilt entsprechend.

(8) Folgende Vorschriften des Vierten Buches gelten entsprechend: die §§ 37, 38, 40 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 und 3, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3, § 43 Absatz 2, die §§ 58, 59 Absatz 1 bis 3, 5 und 6, die §§ 60, 62 Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz, Absatz 2, 3 Satz 1 und 4 und Absatz 4 bis 6, § 63 Absatz 1 und 2, 3 Satz 2 und 3, Absatz 3a bis 5, § 64 Absatz 1 und 2 Satz 2, Absatz 3 Satz 2 und 3 und die §§ 64a und 66.⁵⁵⁵

555 ÄNDERUNGEN

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 4f des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat Abs. 4 Satz 3 bis 5 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 82 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Verwaltungsrat und Geschäftsführer“.

Artikel 1 Nr. 82 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Vertreterversammlungen“ durch „Verwaltungsräten oder der Vertreterversammlung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 82 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 82 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4a eingefügt.

02.01.2016.—Artikel 6 Nr. 24a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 2 Satz 4 „oder Beschäftigte von Verbänden oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen“ nach „Krankenkassen“ und „zusammen“ nach „dürfen“ eingefügt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 16h des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Abs. 4a Satz 9 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 93 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 3 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Höhe der jährlichen Vergütungen des Geschäftsführers und seines Stellvertreters einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen sind in einer Übersicht jährlich zum 1. März im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.“

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 279 Verwaltungsrat und Geschäftsführer; Beirat

(1) Organe des Medizinischen Dienstes sind der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer.

(2) Der Verwaltungsrat wird von den Verwaltungsräten oder der Vertreterversammlung der Mitglieder gewählt. § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4, Abs. 6 Nr. 2 bis 4, Nr. 5 Buchstabe b und c und Nr. 6 Buchstabe a des Vierten Buches gilt entsprechend. Beschäftigte des Medizinischen Dienstes sind nicht wählbar. Beschäftigte der Krankenkassen oder Beschäftigte von Verbänden oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen dürfen zusammen mit höchstens einem Viertel der Mitglieder im Verwaltungsrat vertreten sein.

(3) Der Verwaltungsrat hat höchstens sechzehn Vertreter. Sind mehrere Landesverbände einer Kassenart Mitglieder des Medizinischen Dienstes, kann die Zahl der Vertreter im Verwaltungsrat angemessen erhöht werden. Die Mitglieder haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.

(4) Der Geschäftsführer führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrats. Er stellt den Haushaltsplan auf und vertritt den Medizinischen Dienst gerichtlich und außergerichtlich. Die Höhe der jährlichen Vergütungen des Geschäftsführers und seines Stellvertreters einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtlicher Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger sowie gleichzeitig auf der Internetseite des betreffenden Medizinischen Dienstes zu veröffentlichen. Abweichend davon erfolgt die erstmalige Veröffentlichung zum 1. September 2011. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die dem Geschäftsführer und seinem Stellvertreter im Zusammenhang mit ihrer Geschäftsführertätigkeit von Dritten gewährt werden, sind dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen.

(4a) Bei den Medizinischen Diensten wird ein Beirat errichtet, der den Verwaltungsrat bei seinen Entscheidungen berät und durch Vorschläge und Stellungnahmen unterstützt. Er ist vor allen Entscheidungen des Verwaltungsrates zu hören. Der Beirat besteht aus bis zu acht Vertretern. Die Anzahl der Vertreter im Beirat soll der Hälfte der Anzahl der Mitglieder des Verwaltungsrates entsprechen. Die Vertreter im Beirat werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt, und zwar zur einen Hälfte auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene und zur anderen Hälfte auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der maßgeblichen Organisationen und Verbände nach Satz 3, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung. Sie legt auch die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge der Organisationen und Verbände nach Satz 3 fest. Die Kosten der Tätigkeit des Beirates trägt der Medizinische Dienst. Die Vertreter des Beirates nach Satz 1 erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes

§ 280 Finanzierung, Haushalt, Aufsicht

(1) Die erforderlichen Mittel zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Absatz 1 bis 3b § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3, den §§ 275b und 275c werden von den Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzuteilen. Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. Die Pflegekassen tragen die Hälfte der Umlage nach Satz 1.

(2) Die Leistungen des Medizinischen Dienstes oder anderer Gutachterdienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Absatz 4 von den Krankenkassen übertragenen Aufgaben sind von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten. Dies gilt auch für Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4. Eine Verwendung von Umlagemitteln nach Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung dieser Aufgaben ist auszuschließen. Werden dem Medizinischen Dienst Aufgaben übertragen, die die Prüfung von Ansprüchen gegenüber anderen Stellen betreffen, die nicht zur Leistung der Umlage nach Absatz 1 Satz 1 verpflichtet sind, sind ihm die hierdurch entstehenden Kosten von diesen Stellen zu erstatten.

(3) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 70 Absatz 1 des Vierten Buches, § 72 Absatz 1 und 2 Satz 1 erster Halbsatz des Vierten Buches, § 73 Absatz 1, 2 Satz 1 erster Halbsatz und Absatz 3 des Vierten Buches, die §§ 74 bis 76 Absatz 1 und 2 des Vierten Buches, § 77 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches und § 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Der Haushaltsplan bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde; der vom Vorstand aufgestellte Haushaltsplan ist der Aufsichtsbehörde spätestens am 1. Oktober vor Beginn des Kalenderjahres, für das er gelten soll, vorzulegen. Die Aufsichtsbehörde kann die Genehmigung auch für einzelne Ansätze versagen, soweit der Haushaltsplan gegen Gesetz oder sonstiges für den Medizinischen Dienst geltendes Recht verstößt. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gilt § 171e sowie § 12 Ab-

über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Das Nähere, insbesondere zum Verfahren der Beteiligung des Beirats und zu seiner Finanzierung, ist in der Satzung des Medizinischen Dienstes zu regeln.

(5) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen; der Medizinische Dienst hat vorrangig Gutachter zu beauftragen.

(6) Folgende Vorschriften des Vierten Buches gelten entsprechend: §§ 34, 37, 38, 40 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2, §§ 41, 42 Abs. 1 bis 3, § 43 Abs. 2, §§ 58, 59 Abs. 1 bis 3, Abs. 5 und 6, §§ 60, 62 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz, Abs. 2, Abs. 3 Satz 1 und 4 und Abs. 4 bis 6, § 63 Abs. 1 und 2, Abs. 3 Satz 2 und 3, Abs. 4 und 5, § 64 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 Satz 2 und 3 und § 66 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2.“

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat Abs. 9 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 67 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 5 Satz 7 „Nummer 1“ nach „Satz 1“ eingefügt.

18.02.2021.—Artikel 12d Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Februar 2021 (BGBl. I S. 153) hat in Abs. 8 „und Absatz 2“ durch „, Absatz 2 und 3“ ersetzt.

21.07.2023.—Artikel 9 Nr. 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 191) hat in Abs. 8 „§ 66“ durch „die §§ 64a und 66“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 1a Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) in Verbindung mit Artikel 20j des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) und Artikel 6j des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) hat Abs. 9 aufgehoben. Abs. 9 lautete:

„(9) Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen.“

satz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 bis 86 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

(4) Der Medizinische Dienst untersteht der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem er seinen Sitz hat. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetzen und sonstigem Recht. Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.⁵⁵⁶

§ 281 Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht

(1) Der Medizinische Dienst Bund ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Mitglieder des Medizinischen Dienstes Bund sind die Medizinischen Dienste.

(2) Die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund erforderlichen Mittel werden von den Medizinischen Diensten und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes einerseits und der Mitglieder der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See andererseits aufzubringen. Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. § 217d Absatz 2 gilt entsprechend. Für den Haushaltsplan des Medizinischen Dienstes Bund gilt § 217d Absatz 4 entsprechend. Das Nähere zur Finanzierung regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungs-

556 ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 188 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 282)“ durch „Richtlinien und Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 282 Abs. 2“ ersetzt.

13.08.2013.—Artikel 3 Nr. 9 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 280 Aufgaben des Verwaltungsrats

(1) Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen,
4. Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Berücksichtigung der Richtlinien und Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 282 Abs. 2 aufzustellen,
5. Nebenstellen zu errichten und aufzulösen,
6. den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu wählen und zu entlasten.

§ 210 Abs. 1 gilt entsprechend. § 35a Absatz 6a des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Beschlüsse des Verwaltungsrats werden mit einfacher Mehrheit der Mitglieder gefasst. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder.“

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 67a lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 3 Satz 1 „bis 69 und 70 Absatz 5 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf“ durch „bis 70 Absatz 1 des Vierten Buches“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 67a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 16 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat in Abs. 3 Satz 5 „und 85“ durch „bis 86“ ersetzt.

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat in Abs. 1 Satz 1 „und den §§ 275a bis 275d“ durch „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3, den §§ 275b und 275c“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Kontrollen“ durch „Prüfungen“ und „Absatz 4“ durch „Absatz 1 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.

kapital von Altersversorgungsverpflichtungen gilt § 171e sowie § 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.

(3) Der Medizinische Dienst Bund untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetzen und sonstigem Recht. § 217d Absatz 3, die §§ 217g bis 217j, 219 und 274 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.⁵⁵⁷

557 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 151 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.01.1995.—Artikel 4 Nr. 13 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

01.01.1998.—Artikel 4 Nr. 7 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2970) hat in Abs. 2 Satz 1 „in Verbindung mit Absatz 3a“ nach „§ 79 Abs. 1 und 2“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 157 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1a eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 6 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 2 Satz 1 „Abs. 5“ durch „Abs. 3“ ersetzt. Artikel 5 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 20. April 2007 (BGBl. I S. 554) hat diese Änderung zurückgenommen.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 28 lit. b des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) und Artikel 5 Nr. 4 lit. b des Gesetzes vom 20. April 2007 (BGBl. I S. 554) haben in Abs. 2 Satz 1 „und Abs. 2 Satz 1“ durch „und 2 Satz 1“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 1a Satz 3 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 189 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Die zur Finanzierung des Medizinischen Dienstes erforderlichen Mittel werden von den Mitgliedern des Medizinischen Dienstes durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen im Land am 1. Oktober jeden Jahres aufzuteilen.“

Artikel 1 Nr. 189 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 189 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a neu gefasst. Abs. 1a lautete:

„(1a) Die Medizinischen Dienste können für die ihnen nach § 275 Abs. 4 übertragenen Aufgaben in durch Richtlinien nach § 282 bestimmten wettbewerbsrelevanten Beratungsfeldern eine von Absatz 1 Satz 1 und 2 abweichende Finanzierung im Rahmen von Modellvorhaben erproben. Die Ergebnisse der Modellvorhaben sind dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen zuzuleiten und von diesem in einem Bericht aufzubereiten und auszuwerten. Der Bericht ist den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung zu stellen.“

Artikel 1 Nr. 189 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Abs. 3“ durch „Abs. 5“ ersetzt.

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 5 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 25 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Satz 1 „und § 275a mit Ausnahme der Kontrollen nach § 275a Absatz 4“ nach „bis 3a“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 25 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 2 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 13 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 1 Satz 1 „Abs. 1 bis 3a und § 275a mit Ausnahme der Kontrollen nach § 275a Absatz 4 erforderlichen Mittel“ durch „Absatz 1 bis 3a, den §§ 275a und 275b erforderlichen Mittel mit Ausnahme der erforderlichen Mittel für die Kontrollen nach § 275a Absatz 4“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 281 Finanzierung und Aufsicht

(1) Die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Absatz 1 bis 3a, den §§ 275a und 275b erforderlichen Mittel mit Ausnahme der erforderlichen Mittel für die Kontrollen nach § 275a Absatz 4 werden von den Krankenkassen nach § 278 Abs. 1 Satz 1 durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzuteilen. Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. Werden dem Medizinischen

§ 282 Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand

(1) Organe des Medizinischen Dienstes Bund sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.

(2) Der Verwaltungsrat besteht aus 23 Vertretern. Die Vertreter werden gewählt durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste, davon

1. 16 Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 4 Satz 1,
2. fünf Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und
3. zwei Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2.

Bei der Wahl verteilt sich das Stimmgewicht innerhalb der jeweiligen Vertretergruppen nach Satz 2 im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes. Das Stimmgewicht beträgt mindestens drei Stimmen; für Medizinische Dienste mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern in ihrem Einzugsbereich beträgt es vier, für Medizinische Dienste mit mehr als sechs Millionen Mitgliedern fünf und für Medizinische Dienste mit mehr als sieben Millionen Mitgliedern sechs Stimmen. Die Abgabe der Stimmen der einzelnen Vertreter durch eine von der entsprechenden Vertretergruppe des jeweiligen Medizinischen Dienstes zur Wahl entsandte Person ist möglich. Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. § 40 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 und 3, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und § 279 Absatz 4 Satz 4 bis 11, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind, können nicht gewählt werden.

(3) Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen und
4. den Vorstand zu wählen und zu entlasten.

§ 210 Absatz 1 und § 279 Absatz 3 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

(4) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Er führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes Bund, soweit nicht

Dienst Aufgaben übertragen, die für die Prüfung von Ansprüchen gegenüber Leistungsträgern bestimmt sind, die nicht Mitglied der Arbeitsgemeinschaft nach § 278 sind, sind ihm die hierdurch entstehenden Kosten von den anderen Leistungsträgern zu erstatten. Die Pflegekassen tragen abweichend von Satz 3 die Hälfte der Umlage nach Satz 1.

(1a) Die Leistungen der Medizinischen Dienste oder anderer Gutachterdienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Abs. 4 übertragenen Aufgaben sind von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten. Dies gilt auch für Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4. Eine Verwendung von Umlagemitteln nach Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung dieser Aufgaben ist auszuschließen.

(2) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 69, § 70 Abs. 5, § 72 Abs. 1 und 2 Satz 1 erster Halbsatz, die §§ 73 bis 77 Abs. 1 und § 79 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten § 171e sowie § 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches entsprechend.

(3) Der Medizinische Dienst untersteht der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem er seinen Sitz hat. § 87 Abs. 1 Satz 2 und die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend. § 275 Abs. 5 ist zu beachten.“

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 67b des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Satz 5 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 5 lautete: „§ 70 Absatz 5 des Vierten Buches gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf.“

der Verwaltungsrat zuständig ist, und vertritt den Medizinischen Dienst Bund gerichtlich und außergerichtlich. In der Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 können die Aufgaben des Vorstandes näher konkretisiert werden. § 217b Absatz 2 Satz 7 und Absatz 2a, § 279 Absatz 7 Satz 4 und 5 sowie § 35a Absatz 1 bis 3, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach § 35 Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindex vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Satz 4 in Verbindung mit § 279 Absatz 7 Satz 5 sind auf die Vergütung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder der Stellvertreterin oder des Stellvertreters anzurechnen oder an den Medizinischen Dienst Bund abzuführen. Vereinbarungen des Medizinischen Dienstes Bund für die Zukunftssicherung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder der Stellvertreterin oder des Stellvertreters sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.

(5) Bei dem Medizinischen Dienst Bund wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Bund bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes Bund vertraulich wenden können. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und dem Bundesministerium für Gesundheit in anonymisierter Form jährlich oder bei gegebenem Anlass und veröffentlicht den Bericht drei Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde auf ihrer Internetseite. Das Nähere regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.⁵⁵⁸

558 ÄNDERUNGEN

01.01.1995.—Artikel 4 Nr. 14 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat Satz 5 eingefügt.

25.06.1996.—Artikel 3 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Satz 5 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Die Richtlinien nach Satz 3 und die Empfehlungen nach Satz 4 bedürfen, soweit sie Angelegenheiten der sozialen Pflegeversicherung betreffen, der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 190 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) und Artikel 9 Nr. 1 des Gesetzes vom 14. Juni 2007 (BGBl. I S. 1066) haben die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 282 Koordinierung auf Bundesebene

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste zu fördern. Sie bilden zu diesem Zweck eine Arbeitsgemeinschaft. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung. Im übrigen können sie Empfehlungen abgeben.“

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat in Abs. 3 Satz 2 „; § 279 Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt auch für die entsprechenden Organe des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

13.08.2013.—Artikel 3 Nr. 10 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat in Abs. 3 Satz 2 „§ 35a Absatz 6a des Vierten Buches und“ nach „und“ eingefügt und „bis 5 gilt“ durch „bis 5 gelten“ ersetzt.

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat Abs. 2a, 2b, 2c, 2d und 2e eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 3 und 4 neu gefasst. Abs. 3 und 4 lauteten:

„(3) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 208 Abs. 2 und § 35a Absatz 6a des Vierten Buches und § 274 gelten entsprechend; § 279 Absatz 4 Satz 3 bis 5 gelten auch für die entsprechenden Organe des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. § 275 Abs. 5 ist zu beachten.

(4) Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten § 171e sowie § 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 94 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 2d Satz 6 bis 10 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 282 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet zum 1. Juli 2008 einen Medizinischen Dienst auf Bundesebene (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen). Dieser ist nach Maßgabe des Artikels 73 Abs. 4 Satz 3 und 4 des Gesundheits-Reformgesetzes eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(2) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in medizinischen und organisatorischen Fragen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung. Im Übrigen kann er Empfehlungen abgeben. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung haben den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.

(2a) Mitglieder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als allein entscheidungsbefugtes Mitglied sowie fördernde Mitglieder. Als fördernde Mitglieder können die Verbände der Krankenkassen und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beitreten; der Beitritt von für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene als weitere fördernde Mitglieder kann in der Satzung nach Absatz 2e geregelt werden. Organe des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind der Verwaltungsrat, die Geschäftsführung und die Mitgliederversammlung.

(2b) Bei dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet. Der Verwaltungsrat setzt sich zusammen aus stimmberechtigten Vertretern der im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vertretenen Versicherten und Arbeitgeber sowie aus stimmberechtigten Vertretern des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung des Verwaltungsrates, zur Wahl des Vorsitzenden und dessen Stellvertreter sowie zur Wahl nicht stimmberechtigter Mitglieder aus dem Kreis der fördernden Mitglieder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, regelt die Satzung nach Absatz 2e. § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e gilt entsprechend.

(2c) Bei dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird eine Mitgliederversammlung gebildet. Die Mitgliederversammlung setzt sich zusammen aus Vertretern der im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vertretenen Versicherten und Arbeitgeber sowie aus Vertretern der fördernden Mitglieder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Das Nähere regelt die Satzung nach Absatz 2e, insbesondere zur Zusammensetzung, zu den Aufgaben, zu den Rechten und Pflichten der Mitglieder, zu den Beiträgen der fördernden Mitglieder sowie zur Beschlussfassung der Mitgliederversammlung.

(2d) Bei dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird eine Geschäftsführung gebildet, die Vorstand im Sinne des Sozialgesetzbuches ist. Die Geschäftsführung besteht aus einem Geschäftsführer und einem Stellvertreter, die vom Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gewählt werden. Der Geschäftsführer und sein Stellvertreter führen die Geschäfte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, soweit nicht der Verwaltungsrat oder die Mitgliederversammlung zuständig ist, und vertreten den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gerichtlich und außergerichtlich. In der Satzung nach Absatz 2e können die Aufgaben der Geschäftsführung näher konkretisiert werden. § 217b Absatz 2 Satz 7 und Absatz 2a sowie § 35a Absatz 1 bis 3, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 des

§ 283 Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

(1) Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in medizinischen und organisatorischen Fragen und trägt Sorge für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung. Er berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben.

(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch

1. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,
3. über die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände von in der Regel drei Jahren für die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, der Folgen, die eintreten, wenn nach einer in § 275a Absatz 6 Satz 5 genannten Mitteilung Strukturmerkmale durch das betreffende Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden, und der Festlegung geeigneter Maßnahmen, um die Prüfungen soweit möglich zu vereinheitlichen und aufwandsarm auszugestalten,
4. zur Personalbedarfsermittlung mit für alle Medizinischen Dienste einheitlichen aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihnen übertragenen Aufgaben,
5. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch die Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Aufgaben sowie zur Bestellung, unabhängigen Aufgabenwahrnehmung und Vergütung der Ombudsperson nach § 278 Absatz 3,
6. zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste,

Vierten Buches gelten entsprechend. Eine höhere Vergütung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters, die über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der betreffenden Person oder ihres Vorgängers im Amt hinausgeht, kann nur nach Ablauf von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung oder im Falle eines Amtswechsels vereinbart werden. Es kann zur Erhöhung der Vergütung nur ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindex vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann jeweils zu den in Satz 6 genannten Zeitpunkten eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 279 Absatz 4 Satz 5 sind auf die Vergütung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters anzurechnen oder an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen abzuführen. Vereinbarungen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die Zukunftssicherung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.

(2e) Der Verwaltungsrat hat eine Satzung zu beschließen. Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. § 34 Absatz 2 des Vierten Buches und § 217e Absatz 1 Satz 5 gelten entsprechend.

(3) § 217d Absatz 2 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Mittel zur Wahrnehmung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach diesem und dem Elften Buch aufzubringen hat. Für fördernde Mitglieder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen kann ein Beitrag zur Finanzierung vorgesehen werden. Das Nähere zur Finanzierung regelt die Satzung nach Absatz 2e. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten § 171e sowie § 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.

(4) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 217d Absatz 3 und die §§ 217g bis 217j, 219, 274, 279 Absatz 4 Satz 3 und 5 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.“

18.02.2021.—Artikel 12d Nr. 2 des Gesetzes vom 11. Februar 2021 (BGBl. I S. 154) hat in Abs. 2 Satz 7 „Die §§ 40 bis 42“ durch „§ 40 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 und 3, die §§ 41, 42“ ersetzt.

7. zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals,
8. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung,
9. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung sowie
10. zur in Absatz 1 Satz 1 genannten Zusammenarbeit und einheitlichen Aufgabenwahrnehmung.

Der Medizinische Dienst Bund hat bis zum 12. Juni 2025 die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 3 zu erlassen oder anzupassen, soweit dies auf Grund der Änderung dieses Buches durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) erforderlich ist. Der Medizinische Dienst Bund hat folgenden Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind:

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen,
3. den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
4. den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und
5. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.

Er hat die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen. Der Vorstand beschließt die Richtlinien im Benehmen mit dem Verwaltungsrat. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Übrigen kann der Medizinische Dienst Bund Empfehlungen abgeben. Das Nähere zum Verfahren regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Richtlinien und Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 282 Absatz 2 Satz 3 und 4 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung erlassen und abgegeben hat, gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund fort.

(2a) In der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben. Hierfür sind geeignete Gruppen der Aufgaben der Medizinischen Dienste zu definieren. Die für den Erlass der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 erforderlichen Daten sind von allen Medizinischen Diensten unter Koordinierung des Medizinischen Dienstes Bund nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise zu erheben und für alle Medizinischen Dienste einheitlich durch den Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste anonymisiert auszuwerten. Die Richtlinie hat mindestens aufgabenbezogene Richtwerte für die Aufgabengruppen der Prüfungen von Krankenhausleistungen nach § 275c, der Begutachtungen zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit nach § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b sowie der Prüfungen von medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen nach § 275 Absatz 2 Nummer 1 einzubeziehen.

(3) Der Medizinische Dienst Bund nimmt auch die ihm nach § 53d des Elften Buches zugewiesenen Aufgaben wahr. Insoweit richten sich die Verfahren nach den Vorschriften des Elften Buches. Der Vorstand beschließt die Richtlinien im Benehmen mit dem Verwaltungsrat.

- (4) Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach
1. § 278 Absatz 4 Satz 1 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni jedes zweiten Kalenderjahres vor und veröffentlicht den Bericht bis zum 1. September des jeweiligen Kalenderjahres,
 2. § 278 Absatz 4 Satz 2 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni eines jeden Kalenderjahres vor und veröffentlicht den Bericht bis zum 1. September des jeweiligen Kalenderjahres.

Das Nähere regelt der Medizinische Dienst Bund in der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8. Der Medizinische Dienst Bund hat die Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 Satz 2 seiner in § 17c Absatz 7 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Stellungnahme zugrunde zu legen.

(5) Der Medizinische Dienst Bund führt eine Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1. In der Datenbank auszuweisen sind differenziert nach Krankenhausstandorten

1. das jeweilige Prüfergebnis mit Informationen zur Erfüllung oder Nichterfüllung der Qualitätskriterien, Strukturmerkmale und Qualitätsanforderungen, einschließlich der nach § 275a Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6 Satz 3 zu übermittelnden Gutachten und Bescheinigungen,
2. die in § 275a Absatz 4 Satz 2 und 3, Absatz 6 Satz 5 und Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen und Informationen sowie
3. die in § 275a Absatz 4 Satz 4 genannten Feststellungen.

§ 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank erfolgt ohne Personenbezug. Die Datenbank ist fortlaufend auf Basis neuer Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu aktualisieren. Die Medizinischen Dienste erhalten Zugang zu den für sie entsprechend ihrer örtlichen Zuständigkeit relevanten und für ihre Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Daten. Der Medizinische Dienst Bund gewährt hinsichtlich der in § 275a Absatz 11 genannten Übermittlungen, Mitteilungen oder Informationen dem jeweiligen Empfänger Zugang zu den für ihn entsprechend seiner örtlichen Zuständigkeit relevanten und für die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Daten. Der Medizinische Dienst Bund regelt das Nähere zum Verfahren, zur Art und zum Umfang des Zugangs zu der Datenbank sowie zum Umfang, Format und zur Spezifikation der für die Datenbank erforderlichen Daten bis zum 12. Dezember 2025 in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Der Medizinische Dienst Bund richtet die Datenbank bis zum 12. Dezember 2025 ein.

(6) Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.⁵⁵⁹

559 ÄNDERUNGEN

01.01.1994.—Artikel 6 Abs. 101 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378) hat Satz 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nehmen für die Bereiche der Bundesbahn-Betriebskrankenkasse und der Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums, soweit deren Mitglieder in dem Dienstbezirk der Bundesbahn-Betriebskrankenkasse wohnen, die Ärzte der Deutschen Bundesbahn wahr.“

24.12.1997.—Artikel 2 Abs. 26 Nr. 2 des Gesetzes vom 17. Dezember 1997 (BGBl. I S. 3108) hat in Satz 2 „Bundespostbetriebskrankenkasse“ durch „Betriebskrankenkasse nach § 7 Postsozialversicherungsorganisationsgesetz (DIE BKK POST)“ ersetzt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 5 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Satz 2 „Bundesverkehrsministeriums“ durch „Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen“ ersetzt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 29 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Satz 3 „Bundeskknappschaft deren Sozialmedizinischer Dienst“ durch „knappschaftlichen Krankenversicherung der Sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 15 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat Satz 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nehmen für den Bereich der knappschaftlichen Krankenversicherung der Sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und für die See-Krankenkasse der ärztliche Dienst der See-Berufsgenossenschaft wahr.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 83 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Sätze 1 und 2 aufgehoben. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Die Aufgaben des medizinischen Dienstes nehmen für die Bereiche der Bundesbahn-Betriebskrankenkasse sowie der Reichsbahn-Betriebskrankenkasse, auch für den Fall der Vereinigung der beiden Kassen zur Bahnbetriebskrankenkasse, und der Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums, soweit deren Mitglieder in dem Dienstbezirk der Bahnbetriebskrankenkasse wohnen, die Ärzte des Bundeseisenbahnvermögens wahr. Für die anderen Mitglie-

§ 283a Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

(1) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nimmt für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See deren Sozialmedizinischer Dienst wahr. Für den Sozialmedizinischen Dienst gelten bei Wahrnehmung dieser Aufgaben insbesondere die Vorschriften nach § 128 Absatz 1 Satz 2 des Neunten Buches, § 53c Absatz 1 und 3 des Elften Buches, § 53d Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 4 und 5 des Elften Buches, den §§ 62a und 78 Absatz 1 des Zwölften Buches sowie nach § 13 Absatz 3a, § 116b Absatz 6 Satz 10, § 197a Absatz 3b Satz 3, den §§ 275 bis 277, 278 Absatz 2 bis 4 und § 283 Absatz 2 Satz 5 und Absatz 5 entsprechend. Die Unabhängigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes in der Begutachtung und Beratung wird mit einer eigenen Geschäftsordnung gewährleistet.

(2) Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird ein Beirat für den Sozialmedizinischen Dienst errichtet, der den Vorstand in Aufgabenstellungen bei seinen Entscheidungen berät und durch Vorschläge und Stellungnahmen unterstützt. Er ist vor allen Entscheidungen des Vorstandes in Angelegenheiten des Sozialmedizinischen Dienstes zu hören. Stellungnahmen des Beirates sind Gegenstand der Beratungen des Vorstandes und in die Entscheidungsfindung einzube-

der der Betriebskrankenkasse des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und die Betriebskrankenkasse nach § 7 Postsozialversicherungsorganisationsgesetz (DIE BKK POST) schließen diese Betriebskrankenkassen Verträge mit den Medizinischen Diensten.“

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 283 Ausnahmen

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nimmt für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See deren Sozialmedizinischer Dienst wahr.“

28.03.2020.—Artikel 3 Nr. 10 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „30. April 2020“ durch „28. Februar 2021“ ersetzt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 19 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat in Abs. 2 Satz 4 „31. Dezember 2021“ durch „30. Juni 2022“ ersetzt.

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 12a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 „für alle Medizinischen Dienste einheitlichen“ nach „mit“ eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat Satz 4 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Der Medizinische Dienst Bund hat die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 6 bis 8 bis zum 30. Juni 2022 zu erlassen.“

Artikel 1 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. aa littt. aaa des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat Nr. 3 in Abs. 2 Satz 1 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„3. über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und der Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden; diese Richtlinie ist erstmals bis zum 28. Februar 2021 zu erlassen und bei Bedarf anzupassen,“.

Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. aa littt. bbb bis ddd desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 „sowie“ durch ein Komma ersetzt, in Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 den Punkt durch „sowie“ ersetzt und Abs. 2 Satz 1 Nr. 10 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. c und d desselben Gesetzes hat Abs. 5 in Abs. 6 unnummeriert und Abs. 4 durch Abs. 4 und 5 ersetzt. Abs. 4 lautete:

„(4) Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit zweijährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht den Bericht zweijährlich zum 1. September. Das Nähere regelt die Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8.“

ziehen. Der Beirat besteht aus neun Vertretern und deren persönlichen Stellvertretern. Die Vertreter und deren persönliche Stellvertreter werden auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen und der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen vom Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ernannt. Die Dauer der Amtszeit des Beirates von bis zu sechs Jahren richtet sich nach der des Vorstandes. Das Nähere, insbesondere zum Verfahren der Beteiligung des Beirates, regelt die Geschäftsordnung des Beirates, die im Einvernehmen zwischen dem Vorstand und dem Beirat aufgestellt wird.

(3) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See trägt die Kosten der Tätigkeit des Beirates. Die Vertreter und deren persönliche Stellvertreter erhalten Reisekosten nach den Vorschriften des Bundes über Reisekostenvergütungen, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung.⁵⁶⁰

Zehntes Kapitel Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz⁵⁶¹

Erster Abschnitt Informationsgrundlagen

Erster Titel Grundsätze der Datenverarbeitung⁵⁶²

§ 284 Sozialdaten bei den Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit dies erforderlich ist für

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft, einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten,
2. die Ausstellung des Berechtigungsscheines und der elektronischen Gesundheitskarte,
3. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung,
4. die Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen, die Bestimmung des Zuzahlungsstatus und die Durchführung der Verfahren bei Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und der Ermittlung der Belastungsgrenze,
5. die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern,
6. die Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen des § 264,
7. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes oder das Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1c,

560 QUELLE
01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift eingefügt.

561 ÄNDERUNGEN
01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 158 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Kapitels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz“.

562 ÄNDERUNGEN
26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 34 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in der Überschrift des Titels „Datenverwendung“ durch „Datenverarbeitung“ ersetzt.

8. die Abrechnung mit den Leistungserbringern, einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung,
9. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,
10. die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern,
11. die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
12. die Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von von ihnen zu schließenden Vergütungsverträgen,
13. die Vorbereitung und Durchführung von Modellvorhaben, die Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4, die Durchführung von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung, zu besonderen Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen, einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätsprüfungen,
14. die Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach den §§ 266 und 267 sowie zur Gewinnung von Versicherten für die Programme nach § 137g und zur Vorbereitung und Durchführung dieser Programme,
15. die Durchführung des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a,
16. die Auswahl von Versicherten für Maßnahmen nach § 44 Absatz 4 Satz 1 und nach § 39b sowie zu deren Durchführung,
17. die Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmitteln nach § 127 Absatz 7,
18. die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch,
19. die Vorbereitung von Versorgungsinnovationen, die Information der Versicherten und die Unterbreitung von Angeboten nach § 68b Absatz 1 und 2,
20. die administrative Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte, die Übertragung von Daten über die bei ihr in Anspruch genommenen Leistungen in die elektronische Patientenakte sowie für das Angebot zusätzlicher Anwendungen im Sinne des § 345 Absatz 1 Satz 1,
21. die Unterstützung der Versicherten bei der Durchsetzung des Herausgabeanspruches nach § 386 Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1,
22. die Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 350a sowie
23. die Erfüllung der Verpflichtungen nach § 342a Absatz 2 bis 5 der Ombudsstellen nach § 342a.

Versichertenbezogene Angaben über ärztliche Leistungen dürfen auch auf maschinell verwertbaren Datenträgern gespeichert werden, soweit dies für die in Satz 1 Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 und § 305 Absatz 1 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. Versichertenbezogene Angaben über ärztlich verordnete Leistungen dürfen auf maschinell verwertbaren Datenträgern gespeichert werden, soweit dies für die in Satz 1 Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 und § 305 Abs. 1 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. Im Übrigen gelten für die Datenerhebung und -speicherung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.

(2) Im Rahmen der Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung dürfen versichertenbezogene Leistungs- und Gesundheitsdaten auf maschinell verwertbaren Datenträgern nur gespeichert werden, soweit dies für Stichprobenprüfungen nach § 106a Absatz 1 Satz 1 oder § 106b Absatz 1 Satz 1 erforderlich ist.

(3) Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Absatz 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. Die Daten, die nach § 295 Abs. 1b Satz 1 an die Krankenkasse übermittelt werden, dürfen nur zu Zwecken nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19 und § 305 Abs. 1 versichertenbezogen verarbeitet werden und nur, soweit dies für diese Zwecke erforderlich ist; für die Verarbeitung dieser Daten zu anderen Zwecken ist der Versichertenbezug vorher zu löschen.

(4) Zur Gewinnung von Mitgliedern dürfen die Krankenkassen Daten verarbeiten, wenn die Daten allgemein zugänglich sind, es sei denn, dass das schutzwürdige Interesse der betroffenen Person an dem Ausschluss der Verarbeitung überwiegt. Ein Abgleich der erhobenen Daten mit den Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 2 bis 5 ist zulässig. Im Übrigen gelten für die Datenverarbeitung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.⁵⁶³

563 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 152 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 2 „und für die in Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 bezeichneten Zwecke“ nach „§ 65“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 152 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „Nr. 4 und 8“ durch „Nr. 4, 8, 9 und § 305 Abs. 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 152 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „kassen- und“ vor „vertragsärztlichen“ gestrichen und „Nr. 3“ durch „Nr. 2“ ersetzt.

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in der Überschrift „Personenbezogene Daten“ durch „Sozialdaten“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „personenbezogene und personenbeziehbare Daten“ durch „Sozialdaten“ und „erfassen“ durch „speichern“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 und 3 jeweils „erfaßt“ durch „gespeichert“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 „-erfassung“ durch „-speicherung“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „erfaßt“ durch „gespeichert“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „erfaßten“ durch „gespeicherten“ und „verwendet“ durch „verarbeitet oder genutzt“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Versicherungs- und Leistungsdaten der Beschäftigten einer Krankenkasse einschließlich der Daten ihrer mitversicherten Angehörigen dürfen Personen, die kasseninterne Personalentscheidungen treffen oder daran mitwirken können, nicht zugänglich sein oder diesen Personen von Zugriffsberechtigten offenbart werden.“

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 12. Dezember 1996 (BGBl. I S. 1859) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 „(§§ 223 bis 256)“ durch „(§§ 223 bis 226 und 228 bis 256 sowie § 23a des Vierten Buches)“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 ein Komma am Ende eingefügt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „Nr. 4, 8 und 9“ durch „Nr. 4, 8, 9, 11“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „Nr. 4, 8 und 9“ durch „Nr. 4, 8 und 9, 11“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 159 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit diese für

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5 bis 10) und der Mitgliedschaft (§§ 186 bis 193),
2. die Ausstellung des Kranken- oder Berechtigungsscheins (§ 15) oder der Krankenversicherungskarte (§ 291),
3. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung (§§ 223 bis 226 und 228 bis 256 sowie § 23a des Vierten Buches) sowie deren Rückzahlung (§ 65),
4. die Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 2 und 11) einschließlich der Verfahren bei Kostenerstattung und in Härtefällen,
5. die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66),
6. die Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen des § 264,
7. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§ 275),
8. die Abrechnung mit den Leistungserbringern,
9. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (§ 106),
10. die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern,

11. die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§ 266 Abs. 1 bis 6, § 267 Abs. 1 bis 6, § 268 Abs. 3) und des Risikopools (§ 269 Abs. 1 bis 3) sowie zur Gewinnung von Versicherten für die Programme nach § 137g und zur Vorbereitung und Durchführung dieser Programme.
erforderlich sind. Versichertenbezogene Angaben über ärztliche Leistungen dürfen auch auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern gespeichert werden, soweit dies für die Rückzahlung von Beiträgen nach § 65 und für die in Satz 1 Nr. 4, 8, 9, 11 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. Versichertenbezogene Angaben über ärztlich verordnete Leistungen dürfen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern gespeichert werden, soweit dies für die Rückzahlung von Beiträgen sowie für die in Satz 1 Nr. 4, 8 und 9, 11 und § 305 Abs. 1 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. Die nach Satz 2 und 3 gespeicherten Daten sind zu löschen, sobald sie für die genannten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Im übrigen gelten für die Datenerhebung und -speicherung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.“
- Artikel 1 Nr. 159 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.
Artikel 1 Nr. 159 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.
- 01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 191 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 „§§ 85a bis 85d“ durch „§§ 85c und 87a bis 87c“ ersetzt.
Artikel 1 Nr. 191 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 „die Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4,“ nach „Modellvorhaben,“ eingefügt.
- 01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 13 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 „einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen“ nach „Versicherte“ eingefügt.
- 01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 26 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 „und die Durchführung des Sozialausgleichs“ nach „Zahlung“ eingefügt.
- 01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 78 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 „den §§ 85c und 87a bis 87c“ durch „dem § 87a“ ersetzt.
Artikel 1 Nr. 78 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „und § 305 Absatz 1“ vor „bezeichneten“ eingefügt.
- 01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 38 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 „und die Durchführung des Sozialausgleichs“ am Ende gestrichen.
- 23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 84 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 „zu integrierten“ durch „zur hausarztzentrierten Versorgung, zu besonderen“ ersetzt.
Artikel 1 Nr. 84 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 14 „und des Risikopools (§ 269 Abs. 1 bis 3)“ vor „sowie“ gestrichen und ein Komma am Ende eingefügt.
Artikel 1 Nr. 84 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 1 Nr. 15 und 16 eingefügt.
- 08.12.2015.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 „nach § 39b sowie“ nach „und“ eingefügt.
- 29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „ , der Krankenversichertenkarte“ nach „Berechtigungsscheines“ gestrichen.
- 01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 17 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 2 „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ durch „§ 106a Absatz 1 Satz 1 oder § 106b Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.
- 11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 ein Komma am Ende eingefügt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 16a eingefügt.
- 01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 15 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 16a ein Komma am Ende eingefügt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 17 eingefügt.
- 11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 95 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 „oder das Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1c“ am Ende eingefügt.
Artikel 1 Nr. 95 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 „Vergütungsverträgen nach dem § 87a“ durch „von ihnen zu schließenden Vergütungsverträgen“ ersetzt.
Artikel 1 Nr. 95 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 „ , soweit Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen wurden,“ am Ende durch ein Komma ersetzt.
Artikel 1 Nr. 95 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 16a „Absatz 5a“ durch „Absatz 7“ ersetzt.
Artikel 1 Nr. 95 lit. e desselben Gesetzes hat Nr. 16a und 17 in Abs. 1 Satz 1 in Nr. 17 und 18 unnummeriert.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 35 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat Satz 4 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Die nach den Sätzen 2 und 3 gespeicherten Daten sind zu löschen, sobald sie für die genannten Zwecke nicht mehr benötigt werden.“

Artikel 123 Nr. 35 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „oder genutzt“ nach „verarbeitet“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 35 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „und genutzt“ nach „verarbeitet“ und „und Nutzung“ nach „Verarbeitung“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 35 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „erheben, verarbeiten und nutzen“ durch „verarbeiten“ und „des Betroffenen“ durch „der betroffenen Person“ ersetzt sowie „oder Nutzung“ nach „Verarbeitung“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 35 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 4 aufgehoben. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „Widerspricht der Betroffene bei der verantwortlichen Stelle der Nutzung oder Übermittlung seiner Daten, ist sie unzulässig. Die Daten sind zu löschen, sobald sie für die Zwecke nach Satz 1 nicht mehr benötigt werden.“

Artikel 123 Nr. 35 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 3 „Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Datenverarbeitung“ ersetzt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 31 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 18 „und“ am Ende eingefügt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 19 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14“ durch „Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19“ ersetzt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 27 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 14 „(§ 266 Abs. 1 bis 6, § 267 Abs. 1 bis 6, § 268 Abs. 3)“ durch „nach den §§ 266 und 267“ ersetzt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 18 „und“ durch ein Komma ersetzt und Nr. 19 in Abs. 1 Satz 1 durch Nr. 19 und 20 ersetzt. Nr. 19 lautete:

„19. die Durchführung von Angeboten nach § 68b“.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „§ 291 Abs. 2 Nr. 2, 3, 4 und 5“ durch „§ 291a Absatz 2 Nummer 2 bis 5“ ersetzt.

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat Satz 1 in Abs. 1 geändert. Satz 1 lautete: „Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit diese für

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft, einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten,
2. die Ausstellung des Berechtigungsscheines und der elektronischen Gesundheitskarte,
3. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung,
4. die Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen, die Bestimmung des Zuzahlungsstatus und die Durchführung der Verfahren bei Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und der Ermittlung der Belastungsgrenze,
5. die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern,
6. die Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen des § 264,
7. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes oder das Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1c,
8. die Abrechnung mit den Leistungserbringern, einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung,
9. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,
10. die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern,
11. die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
12. die Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von von ihnen zu schließenden Vergütungsverträgen,
13. die Vorbereitung und Durchführung von Modellvorhaben, die Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4, die Durchführung von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung, zu besonderen Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen, einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätsprüfungen,

§ 285 Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Ärzte nur erheben und speichern, soweit dies zur Erfüllung der folgenden Aufgaben erforderlich ist:

1. Führung des Arztregisters (§ 95),
2. Sicherstellung und Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung,
3. Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen (§ 120),
4. Vergütung der belegärztlichen Leistungen (§ 121),
5. Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 bis § 106c),
6. Durchführung von Qualitätsprüfungen (§ 135b).

(2) Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Versicherten dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen nur erheben und speichern, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 2, 5, 6 sowie den §§ 106d und 305 genannten Aufgaben erforderlich ist.

(3) Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Absatz 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs oder nach § 13 Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes angeordnet oder erlaubt ist. Die nach Absatz 1 Nr. 6 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten dürfen den ärztlichen und zahnärztlichen Stellen nach § 128 Absatz 1 der Strahlenschutzverordnung übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung von Qualitätsprüfungen erforderlich ist. Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die nach Absatz 1 und 2 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten der für die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 1, 2, 4, 5 und 6 genannten Aufgaben erforderlich ist. Sie dürfen die nach den Absätzen 1 und 2 rechtmäßig erhobenen Sozialdaten der nach § 24 Abs. 3 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und § 24 Abs. 3 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte ermächtigten Vertragsärzte und Vertragszahnärzte auf Anforderung auch untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 2 genannten Aufgaben erforderlich ist. Die zuständige Kassenärztliche und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung dürfen die nach Absatz 1 und 2 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten der Leistungserbringer, die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen erbringen, auf Anforderung untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 2 sowie in § 106a genannten Aufgaben erforderlich ist. Sie dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten auf Anforderung auch untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte genannten Aufgaben erforder-

-
14. die Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach den §§ 266 und 267 sowie zur Gewinnung von Versicherten für die Programme nach § 137g und zur Vorbereitung und Durchführung dieser Programme,
 15. die Durchführung des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a,
 16. die Auswahl von Versicherten für Maßnahmen nach § 44 Absatz 4 Satz 1 und nach § 39b sowie zu deren Durchführung,
 17. die Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmitteln nach § 127 Absatz 7,
 18. die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch,
 19. die Vorbereitung von Versorgungsinnovationen, die Information der Versicherten und die Unterbreitung von Angeboten nach § 68b Absatz 1 und 2 sowie
 20. die administrative Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte sowie für das Angebot zusätzlicher Anwendungen im Sinne des § 345 Absatz 1 Satz 1 erforderlich sind.“

lich ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten auch untereinander übermitteln, soweit dies im Rahmen eines Auftrags nach § 77 Absatz 6 Satz 2 dieses Buches in Verbindung mit § 88 des Zehnten Buches erforderlich ist. Versichertenbezogene Daten sind vor ihrer Übermittlung zu pseudonymisieren.

(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, personenbezogene Daten der Ärzte, von denen sie bei Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 Kenntnis erlangt haben, und soweit diese

1. für Entscheidungen über die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation oder
2. für berufsrechtliche Verfahren

erheblich sind, den hierfür zuständigen Behörden und Heilberufskammern zu übermitteln. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, auf Anforderung der zuständigen Heilberufskammer personenbezogene Angaben der Ärzte nach § 293 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 bis 12 an die jeweils zuständige Heilberufskammer für die Prüfung der Erfüllung der berufsrechtlich vorgegebenen Verpflichtung zur Meldung der ärztlichen Berufstätigkeit zu übermitteln.

(4) Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte und Kassenärztliche Vereinigungen beziehen, gelten sie entsprechend für Psychotherapeuten, Zahnärzte und Kassenzahnärztliche Vereinigungen.⁵⁶⁴

564 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 153 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Nr. 2 „kassen- und“ vor „vertragsärztlichen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 153 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Nr. 5 und 6“ durch „Nr. 5, 6 und § 305“ ersetzt.

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 1 und 2 jeweils „erfassen“ durch „speichern“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „sowie § 83 Abs. 2“ nach „Nr. 5, 6“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 10 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „erfaßten personenbezogenen Daten“ durch „gespeicherten Sozialdaten“ und „verwendet“ durch „verarbeitet oder genutzt“ ersetzt.

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 15 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat in Abs. 4 „ , Psychotherapeuten“ nach „Ärzte“ eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 73 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 4 „ , Psychotherapeuten“ nach „Ärzte“ gestrichen und „Psychotherapeuten,“ nach „für“ eingefügt.

22.07.2003.—Artikel 5b des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat in Abs. 2 „§ 83 Abs. 2“ durch „§ 106a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 bis 5 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 192 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 „Nr. 5, 6 sowie § 106a und § 305“ durch „Nr. 2, 5, 6 sowie den §§ 106a und 305“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 192 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 192 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 5 „medizinischen Versorgungszentren“ durch „Leistungserbringer“ ersetzt.

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 7 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat in Abs. 3 Satz 2 „und den ärztlichen Stellen nach § 83 der Strahlenschutzverordnung“ nach „Röntgenverordnung“ eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 79 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 3 Satz 7 eingefügt.

09.04.2013.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) hat Abs. 3a eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 26 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Nr. 6 „§ 136“ durch „§ 135b“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Nr. 5 „bis § 106c“ nach „§ 106“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „§§ 106a“ durch „§§ 106d“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 95a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 3 Satz 2 „§ 17a der Röntgenverordnung und den ärztlichen Stellen nach § 83“ durch „§ 128 Absatz 1“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 36 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 3 Satz 1 „oder genutzt“ nach „verarbeitet“ gestrichen.

§ 286 Datenübersicht

Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen regeln in Dienstanweisungen das Nähere insbesondere über

1. die zulässigen Verfahren der Verarbeitung der Daten,
2. Art, Form, Inhalt und Kontrolle der einzugebenden und der auszugebenden Daten,
3. die Abgrenzung der Verantwortungsbereiche bei der Datenverarbeitung,
4. die weiteren zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit zu treffenden Maßnahmen.⁵⁶⁵

§ 287 Forschungsvorhaben

(1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde die Datenbestände leistungserbringer- oder fallbeziehbar für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Forschungsvorhaben, insbesondere zur Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse, von Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen oder von Erkenntnissen über örtliche Krankheitsschwerpunkte, selbst auswerten oder über die sich aus § 304 ergebenden Fristen hinaus aufbewahren.

(2) Die nach Absatz 1 verarbeiteten Daten sind zu anonymisieren, soweit und sobald dies nach dem Forschungszweck des jeweiligen Forschungsvorhabens möglich ist.⁵⁶⁶

§ 287a⁵⁶⁷

Artikel 123 Nr. 36 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 7 „dieses Buches“ nach „Satz 2“ eingefügt. 01.03.2020.—Artikel 2 Nr. 6 des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) hat in Abs. 3 Satz 1 „oder nach § 13 Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes“ nach „Sozialgesetzbuchs“ eingefügt. 23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 20 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 3a Satz 2 eingefügt.

565 ÄNDERUNGEN

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 1 Satz 1 „personenbezogenen Daten“ durch „Sozialdaten“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 4 „§ 6 Abs. 1 Satz 1 des Bundesdatenschutzgesetzes“ durch „§ 78a des Zehnten Buches“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 37 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat Abs. 1 und 2 aufgehoben. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Art der von ihnen oder in ihrem Auftrag gespeicherten Sozialdaten. Die Übersicht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen.

(2) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die Übersicht nach Absatz 1 in geeigneter Weise zu veröffentlichen.“

Artikel 123 Nr. 37 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Nr. 4 „ , insbesondere der Maßnahmen nach der Anlage zu § 78a des Zehnten Buches“ am Ende gestrichen.

566 ÄNDERUNGEN

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 12 des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 2 „Personen-beziehbare Daten“ durch „Sozialdaten“ ersetzt.

26.03.2024.—Artikel 3 Nr. 8 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 102) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Sozialdaten sind zu anonymisieren.“

567 QUELLE

28.03.2020.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

26.03.2024.—Artikel 3 Nr. 9 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 102) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 287a Federführende Datenschutzaufsicht in der Versorgungs- und Gesundheitsforschung

Zweiter Titel Informationsgrundlagen der Krankenkassen

§ 288 Versichertenverzeichnis

Die Krankenkasse hat ein Versichertenverzeichnis zu führen. Das Versichertenverzeichnis hat alle Angaben zu enthalten, die zur Feststellung der Versicherungspflicht oder -berechtigung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge, soweit nach der Art der Versicherung notwendig, sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs einschließlich der Versicherung nach § 10 erforderlich sind.⁵⁶⁸

§ 289 Nachweispflicht bei Familienversicherung

Für die Eintragung in das Versichertenverzeichnis hat die Krankenkasse die Versicherung nach § 10 bei deren Beginn festzustellen. Sie kann die dazu erforderlichen Daten vom Angehörigen oder mit dessen Zustimmung vom Mitglied erheben. Der Fortbestand der Voraussetzungen der Versicherung nach § 10 ist auf Verlangen der Krankenkasse nachzuweisen.

§ 290 Krankenversicherturnummer

(1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversicherturnummer. Die Krankenversicherturnummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversicherturnummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherturnummer darf nicht als Krankenversicherturnummer verwendet werden. Eine Verwendung der Rentenversicherturnummer zur Bildung der Krankenversicherturnummer entsprechend den Richtlinien nach Absatz 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Krankenversicherturnummer weder aus der Krankenversicherturnummer auf die Rentenversicherturnummer noch aus der Rentenversicherturnummer auf die Krankenversicherturnummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle. Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversicherturnummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. Wird die Rentenversicherturnummer zur Bildung der Krankenversicherturnummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversicherturnummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherturnummer erhalten haben, eine Rentenversicherturnummer zu vergeben.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversicherturnummer durch Richtlinien zu regeln. Die Krankenversicherturnummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. Die im Zusammenhang mit der Einrichtung und dem Betrieb der Vertrauensstelle anfallenden Verwaltungskosten werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen finanziert. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums

Bei länderübergreifenden Vorhaben der Versorgungs- und Gesundheitsforschung, an denen nicht-öffentliche Stellen oder öffentliche Stellen des Bundes oder der Länder aus zwei oder mehr Ländern als Verantwortliche beteiligt sind, findet § 27 des Bundesdatenschutzgesetzes Anwendung. Die beteiligten Verantwortlichen benennen einen Hauptverantwortlichen und melden diesen der für die Hauptniederlassung des Hauptverantwortlichen zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Artikel 56 und 60 der Verordnung (EU) 2016/679 sind entsprechend anzuwenden.“

568 ÄNDERUNGEN

(zukünftig)—Artikel 11 des Gesetzes vom 28. März 2021 (BGBl. I S. 591) hat Satz 3 eingefügt. Satz 3 wird lauten: „Darüber hinaus enthält das Versichertenverzeichnis die Identifikationsnummer nach dem Identifikationsnummerngesetz.“

für Gesundheit. § 274 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

(3) Die Vertrauensstelle nach Absatz 2 Satz 2 führt ein Verzeichnis der Krankenversichertennummern. Das Verzeichnis enthält für jeden Versicherten den unveränderbaren und den veränderbaren Teil der Krankenversichertennummer sowie die erforderlichen Angaben, um zu gewährleisten, dass der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer nicht mehrfach vergeben wird. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Nähere zu dem Verzeichnis im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in den Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1 fest, insbesondere ein Verfahren des Datenabgleichs zur Gewährleistung eines tagesaktuellen Standes des Verzeichnisses. Das Verzeichnis darf ausschließlich zum Ausschluss und zur Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer verwendet werden. Um Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer auszuschließen oder zu korrigieren, übermitteln die Krankenkassen zum Zweck des Datenabgleichs gemäß dem Verfahren nach Satz 3 die dafür erforderlichen Sozialdaten an die in § 362 Absatz 1 genannten Stellen, die den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nutzen; dabei gilt für die in § 362 Absatz 1 genannten Stellen § 35 des Ersten Buches entsprechend.

(4) Die Krankenversichertennummer eines Versicherten darf im Rahmen der Telematikinfrastuktur von Anbietern und Nutzern von Anwendungen und Diensten im Sinne von § 306 Absatz 4 Satz 1 und 2 zur eindeutigen Identifikation des Versicherten verwendet werden, soweit dies für die eindeutige Zuordnung von Daten und Diensten bei der Nutzung dieser Anwendungen und Dienste erforderlich ist.⁵⁶⁹

§ 291 Elektronische Gesundheitskarte

(1) Die Krankenkasse stellt für jeden Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte aus.

(2) Die elektronische Gesundheitskarte muss technisch geeignet sein,

1. Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur barrierefrei zu ermöglichen,
2. die Anwendungen der Telematikinfrastuktur nach § 334 Absatz 1 zu unterstützen und

569 ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 160 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Bei Vergabe der Nummer für Versicherte nach § 10 ist sicherzustellen, daß der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Die Rentenversicherungsnummer darf vom 1. Januar 1992 an nicht mehr als Krankenversichertennummer verwendet werden.“

28.06.2005.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 22. Juni 2005 (BGBl. I S. 1720) hat Abs. 1 Satz 5 bis 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 bis 5 eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 Satz 4, 6 und 8 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 193 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben erstmalig bis zum 30. Juni 2004 gemeinsam und einheitlich“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat“ ersetzt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat Abs. 3 eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 20a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

17.09.2022.—Artikel 2 Nr. 1h des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) hat Abs. 3 Satz 5 eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat Abs. 4 eingefügt.

3. sofern sie vor dem 1. Januar 2026 ausgestellt wird, die Speicherung von Daten nach § 291a, und, wenn sie nach diesem Zeitpunkt ausgestellt wird, die Speicherung von Daten nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 3 und 6 zu ermöglichen; zusätzlich müssen vor dem 1. Januar 2025 ausgegebene elektronische Gesundheitskarten die Speicherung von Daten nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 5 in Verbindung mit § 358 Absatz 4 und nach dem 1. Januar 2025 ausgegebene elektronische Gesundheitskarten die Speicherung von Daten nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 358 Absatz 4 ermöglichen.

(3) Elektronische Gesundheitskarten müssen mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein. Die Krankenkassen sind verpflichtet,

1. Versicherten auf deren Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle und eine persönliche Identifikationsnummer (PIN) zur Verfügung zu stellen, soweit dies noch nicht erfolgt ist,
2. Versicherten ab dem 1. November 2023 als Verfahren zur nachträglichen, sicheren Identifikation nach § 336 Absatz 4 Nummer 3 und zur sicheren Identifikation nach § 336 Absatz 5 auch die Nutzung eines elektronischen Identitätsnachweises nach § 18 des Personalausweisgesetzes, nach § 12 des eID-Karte-Gesetzes oder nach § 78 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes anzubieten.

(3a) Bei der Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten mit einer kontaktlosen Schnittstelle nach Absatz 3 informieren die Krankenkassen Versicherte barrierefrei über

1. die Möglichkeit und das Verfahren, eine zugehörige persönliche Identifikationsnummer (PIN) beantragen zu können und
2. die Nutzungsmöglichkeiten solcher Karten für Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 4, 6 und 7.

Die Krankenkassen informieren nach Satz 1 auch die Versicherten, denen eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle ohne diese Informationen zur Verfügung gestellt wurde. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit halbjährlich beginnend ab dem 1. Januar 2023 über die jeweilige Anzahl der von den einzelnen Kassen an die Versicherten ausgegebenen elektronischen Gesundheitskarten mit einer kontaktlosen Schnittstelle und die jeweilige Anzahl der an die Versicherten versendeten PINs.

(4) Die elektronische Gesundheitskarte gilt nur für die Dauer der Mitgliedschaft bei der ausstellenden Krankenkasse und ist nicht übertragbar. Die Krankenkasse kann die Gültigkeit der Karte befristen.

(5) Spätestens bei der Versendung der elektronischen Gesundheitskarte an den Versicherten hat die Krankenkasse den Versicherten umfassend und in allgemein verständlicher, barrierefreier Form zu informieren über die Funktionsweise der elektronischen Gesundheitskarte und die Art der personenbezogenen Daten, die nach § 291a auf der elektronischen Gesundheitskarte oder durch sie zu verarbeiten sind.

(6) Die Krankenkasse hat bei der Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte die in der Richtlinie gemäß § 217f Absatz 4b vorgesehenen Maßnahmen und Vorgaben zum Schutz von Sozialdaten der Versicherten vor unbefugter Kenntnisnahme umzusetzen. Die Krankenkasse kann zum Zwecke des in der Richtlinie zum 1. Oktober 2023 vorzusehenden Abgleichs der Versichertenanschrift mit den Daten aus dem Melderegister vor dem Versand der elektronischen Gesundheitskarte und deren persönlicher Identifikationsnummer (PIN) an den Versicherten die Daten nach § 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5, 9 und 11 des Bundesmeldegesetzes aus dem Melderegister abrufen.

(7) Spätestens ab dem 1. Januar 2022 stellen die Krankenkassen den Versicherten gemäß den Festlegungen der Gesellschaft für Telematik ein technisches Verfahren barrierefrei zur Verfügung, welches die Anforderungen nach § 336 Absatz 4 erfüllt. Spätestens ab dem 1. Februar 2024 stellen die Krankenkassen den Versicherten gemäß den Festlegungen der Gesellschaft für Telematik ein technisches und automatisiertes Verfahren barrierefrei zur Verfügung, um aus der Komponente nach § 360 Absatz 10 Satz 1 heraus die Nutzung von Verfahren zur Wahrnehmung der Zugriffsrechte nach § 336 Absatz 1 zu beantragen. Die Krankenkassen haben die Voraussetzungen dafür zu

schaffen, dass Versicherte ein Identifizierungsverfahren spätestens am übernächsten Werktag nach der Beantragung nach Satz 2 nutzen können.

(7a) Ist eine Krankenkasse ihrer jeweiligen Verpflichtung nach Absatz 7 nicht nachgekommen, so stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dies durch Bescheid fest. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht auf seiner Internetseite ab dem 15. März 2024 eine Übersicht derjenigen Krankenkassen, die ihrer Verpflichtung nach Absatz 7 nicht nachgekommen sind. Die Übersicht ist laufend zu aktualisieren.

(8) Spätestens ab dem 1. Januar 2024 stellen die Krankenkassen den Versicherten ergänzend zur elektronischen Gesundheitskarte auf Verlangen eine sichere digitale Identität für das Gesundheitswesen barrierefrei zur Verfügung, die die Vorgaben nach Absatz 2 Nummer 1 und 2 erfüllt und die Bereitstellung von Daten nach § 291a Absatz 2 und 3 durch die Krankenkassen ermöglicht. Ab dem 1. Januar 2026 dient die digitale Identität nach Satz 1 in gleicher Weise wie die elektronische Gesundheitskarte zur Authentisierung des Versicherten im Gesundheitswesen und als Versicherungsnachweis nach § 291a Absatz 1. Die Gesellschaft für Telematik legt die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität der digitalen Identitäten fest. Die Festlegung der Anforderungen an die Sicherheit und den Datenschutz erfolgt dabei im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit auf Basis der jeweils gültigen Technischen Richtlinien des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik und unter Berücksichtigung der notwendigen Vertrauensniveaus der unterstützten Anwendungen. Eine digitale Identität kann über verschiedene Ausprägungen mit verschiedenen Sicherheits- und Vertrauensniveaus verfügen. Das Sicherheits- und Vertrauensniveau der Ausprägung einer digitalen Identität muss mindestens dem Schutzbedarf der Anwendung entsprechen, bei der diese eingesetzt wird. Abweichend von Satz 6 kann der Versicherte nach umfassender Information durch die Krankenkasse über die Besonderheiten des Verfahrens in die Nutzung einer digitalen Identität einwilligen, die einem anderen angemessenen Sicherheitsniveau entspricht. Die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität dieses Nutzungsweges der digitalen Identität werden von der Gesellschaft für Telematik festgelegt. Die Festlegung erfolgt hinsichtlich der Anforderungen an die Sicherheit und den Datenschutz im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Krankenkassen sind verpflichtet, spätestens ab dem 1. Oktober 2024 berechtigten Dritten die Nutzung der digitalen Identitäten nach Satz 1 zum Zwecke der Authentifizierung von Versicherten zu ermöglichen. Berechtigte Dritte nach Satz 10 sind Anbieter von Anwendungen nach § 306 Absatz 4 oder Anbieter, für die aufgrund eines Gesetzes oder einer Rechtsverordnung die Nutzung der digitalen Identität nach Satz 1 vorgeschrieben ist. Darüber hinaus kann die Gesellschaft für Telematik durch verbindlichen Beschluss nach § 315 Absatz 1 Satz 1 Anbieter weiterer Dienste oder Anwendungen nach § 306 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a als berechnigte Dritte diskriminierungsfrei festlegen. Berechnigte Dritte dürfen zum Zweck der Authentifizierung von Versicherten mittels der digitalen Identitäten personenbezogene Daten des Versicherten verarbeiten, sofern diese für die Nutzung der digitalen Identität erforderlich sind und der Versicherte in die Nutzung der digitalen Identität durch die jeweilige Anwendung eingewilligt hat. Bei der Verarbeitung sind die Anforderungen des Datenschutzes einzuhalten. Spätestens ab dem 1. Juli 2023 stellen die Krankenkassen zur Nutzung berechtigten Dritten Verfahren zur Erprobung der Integration der sicheren digitalen Identität nach Satz 1 zur Verfügung.

(9) Die Versicherten können über eine von ihrer Krankenkasse angebotene Benutzeroberfläche einen Nachweis der Berechnigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von ihrer gesetzlichen Krankenkasse für die Vorlage bei einem Leistungserbringer anfordern, der unmittelbar von der Krankenkasse über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 an den Leistungserbringer übermittelt wird. Für die Mitteilung der durch-

geführten Prüfung des Nachweises nach Satz 1 durch den Leistungserbringer gilt § 291b Absatz 3 entsprechend.⁵⁷⁰

570 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 154 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „1992“ durch „1995“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 154 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „kassen- oder“ vor „vertragsärztlichen“ gestrichen.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465) hat Nr. 6 in Abs. 2 geändert. Nr. 6 lautete:

„6. Versichertenstatus,“.

Artikel 1 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3526) hat in Abs. 2 Nr. 1 das Komma durch „ , einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 161 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 3 „vorbehaltlich § 291a“ nach „darf“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 161 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Krankenversichertenkarte enthält neben der Unterschrift des Versicherten in einer für eine maschinelle Übertragung auf die für die kassenärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke (§ 295 Abs. 3 Nr. 1 und 2) geeigneten Form ausschließlich folgende Angaben:

1. Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat,
2. Familienname und Vorname des Versicherten,
3. Geburtsdatum,
4. Anschrift,
5. Krankenversicherungsnummer,
6. Versichertenstatus, für Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 in einer verschlüsselten Form
7. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
8. bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs.“

Artikel 1 Nr. 161 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Abs. 1“ nach „§ 83“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 161 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 161 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Bei Beendigung des Versicherungsschutzes ist die Karte der bisherigen, bei Krankenkassenwechsel der neuen Krankenkasse auszuhändigen.“

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 2 Satz 1 „ ; Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten eine Krankenversichertenkarte ohne Lichtbild“ am Ende eingefügt.

Artikel 4 Nr. 17 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 bis 7 eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 4 Satz 3 „und Soziale Sicherung“ am Ende gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 194 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2a Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 194 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2a Satz 4 „Sie“ durch „Die elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 194 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „und die Informationsfreiheit“ nach „Datenschutz“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 194 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren in den Verträgen nach § 87 Abs. 1 das Nähere über die bundesweite Einführung und Gestaltung der Krankenversichertenkarte.“

Artikel 1 Nr. 194 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „können die Spitzenverbände“ durch „kann der Spitzenverband Bund“ und „vereinbaren“ durch „beschließen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 194 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „Die Vereinbarung“ durch „Der Beschluss“ ersetzt.

30.07.2010.—Artikel 1 Nr. 5a des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) hat Abs. 2b eingefügt.

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Krankenversichertenkarte“.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 1 bis 3 in Abs. 1 durch die Sätze 1 bis 4 ersetzt. Die Sätze 1 bis 3 lauteten: „Die Krankenkasse stellt spätestens bis zum 1. Januar 1995 für jeden Versicherten eine Krankenversichertenkarte aus, die den Krankenschein nach § 15 ersetzt. Die Karte ist von dem Versicherten zu unterschreiben. Sie darf vorbehaltlich § 291 nur für den Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Abrechnung mit den Leistungserbringern verwendet werden.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Krankenversichertenkarte enthält neben der Unterschrift und einem Lichtbild des Versicherten in einer für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke (§ 295 Abs. 3 Nr. 1 und 2) geeigneten Form vorbehaltlich § 291a ausschließlich folgende Angaben:

1. Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat,
2. Familienname und Vorname des Versicherten,
3. Geburtsdatum,
4. Geschlecht,
5. Anschrift,
6. Krankenversichertennummer,
7. Versichertenstatus, für Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 in einer verschlüsselten Form,
8. Zuzahlungsstatus,
9. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
10. bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs;

die Erweiterung der Krankenversichertenkarte um das Lichtbild sowie die Angaben zum Geschlecht und zum Zuzahlungsstatus haben spätestens bis zum 1. Januar 2006 zu erfolgen; Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten eine Krankenversichertenkarte ohne Lichtbild. Sofern für die Krankenkasse Verträge nach § 83 Satz 2 geschlossen sind, ist für die Mitglieder, die ihren Wohnsitz außerhalb der Bezirke der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen haben, als Kennzeichen nach Satz 1 Nr. 1 das Kennzeichen der Kassenärztlichen Vereinigung zu verwenden, in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. d desselben Gesetzes hat die Sätze 1 bis 3 in Abs. 2a aufgehoben. Die Sätze 1 bis 3 lauteten: „Die Krankenkasse erweitert die Krankenversichertenkarte nach Absatz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2006 zu einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a. Neben der Verwendung nach Absatz 1 Satz 3 hat die Gesundheitskarte die Durchführung der Anwendungen nach § 291a Abs. 2 und 3 zu gewährleisten. Über die Angaben nach Absatz 2 Satz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahlтарifen nach § 53 und von zusätzlichen Vertragsverhältnissen sowie in den Fällen des § 16 Abs. 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen enthalten.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 2b Satz 6 bis 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2b Satz 14 und 15 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Das Nähere über die bundesweite Gestaltung der Krankenversichertenkarte vereinbaren die Vertragspartner im Rahmen der Verträge nach § 87 Abs. 1.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „Krankenversichertenkarte“ durch „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt und „oder zu sperren, sobald die Dienste nach Absatz 2b zur Verfügung stehen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Nr. 1, 6, 7, 9“ durch „Satz 1 Nummer 1, 6, 7, 9“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. g litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „der oder“ nach „ist“ eingefügt.

01.11.2016.—Artikel 11 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1722) hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 15a lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 2b Satz 14 „1. Juli 2018“ durch „1. Januar 2019“ ersetzt.

Artikel 7 Nr. 15a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2b Satz 16 und 17 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 95b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 2a Satz 2 und 3 eingefügt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 32 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 2 Satz 2 „ ; weitere Angaben können aufgenommen werden, soweit die Verarbeitung dieser Angaben zur Erfüllung gesetzlich zugewiesener Aufgaben erforderlich ist“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. b litt. aa und bb desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 15 in Abs. 2b durch die Sätze 2 bis 9 ersetzt. Die Sätze 2 bis 15 lauteten: „Diese Dienste müssen auch ohne Netzanbindung an die Praxisverwaltungssysteme der Leistungserbringer online genutzt werden können. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte prüfen bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch Nutzung der Dienste nach Satz 1. Dazu ermöglichen sie den Online-Abgleich und die -Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach Absatz 1 und 2 mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten. Die Prüfungspflicht besteht ab dem Zeitpunkt, ab dem die Dienste nach Satz 1 sowie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur zur Verfügung stehen und die Vereinbarungen nach § 291a Absatz 7a und 7b geschlossen sind. Die hierfür erforderlichen Maßnahmen hat die Gesellschaft für Telematik bis zum 30. Juni 2016 durchzuführen. Hält die Gesellschaft für Telematik die Frist nach Satz 6 nicht ein, dürfen die Ausgaben in den Haushalten des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab 2017 die Ausgaben des Jahres 2014 abzüglich 1 Prozent so lange nicht überschreiten, bis die Maßnahmen nach Satz 1 durchgeführt worden sind. Die Ausgaben zur Finanzierung der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik, die Umlagen nach den §§ 65b und 303a Absatz 3 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 6 der Datentransparenzverordnung, die Umlagen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach § 20a sowie der Sicherstellungszuschlag für Hebammen nach § 134a Absatz 1b zählen nicht zu den Ausgaben nach Satz 7. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates verlängern. § 15 Absatz 5 ist entsprechend anzuwenden. Die Durchführung der Prüfung ist auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern. Die Mitteilung der durchgeführten Prüfung ist Bestandteil der an die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsunterlagen nach § 295. Die technischen Einzelheiten zur Durchführung des Verfahrens nach Satz 2 bis 5 sind in den Vereinbarungen nach § 295 Absatz 3 zu regeln. Den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Einrichtungen und Zahnärzten, die die Prüfung nach Satz 3 ab dem 1. Januar 2019 nicht durchführen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent so lange zu kürzen, bis sie die Prüfung nach Satz 3 durchführen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 14 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern.“

Artikel 1 Nr. 32 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2b Satz 10 „Satz 14“ durch „Satz 9“ und „Satz 3“ durch „Satz 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2b Satz 11 „Satz 14“ durch „Satz 9“ und „2019“ durch „2020“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. b litt. ee desselben Gesetzes hat Abs. 2b Satz 12 bis 14 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2c eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 291 Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

(1) Die Krankenkasse stellt für jeden Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte aus. Sie dient dem Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Versicherungsnachweis) sowie der Abrechnung mit den Leistungserbringern. Neben der Verwendung nach Satz 2 hat die elektronische Gesundheitskarte die Durchführung der Anwendungen nach § 291a Absatz 2 und 3 zu gewährleisten. Die elektronische Gesundheitskarte ist von dem Versicherten zu unterschreiben. Die Karte gilt nur für die Dauer der Mitgliedschaft bei der ausstel-

lenden Krankenkasse und ist nicht übertragbar. Bei Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung bestätigt der Versicherte auf dem Abrechnungsschein des Arztes das Bestehen der Mitgliedschaft durch seine Unterschrift. Die Krankenkasse kann die Gültigkeit der Karte befristen.

(2) Die elektronische Gesundheitskarte enthält vorbehaltlich des § 291a folgende Angaben:

1. die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
2. den Familiennamen und Vornamen des Versicherten,
3. das Geburtsdatum des Versicherten,
4. das Geschlecht des Versicherten,
5. die Anschrift des Versicherten,
6. die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
7. den Versichertenstatus, für die Personengruppen nach § 264 Absatz 2 den Status der auftragsweisen Betreuung,
8. den Zuzahlungsstatus des Versicherten,
9. den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
10. bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs.

Über die Angaben nach Satz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahltarifen nach § 53, von zusätzlichen Vertragsverhältnissen und in den Fällen des § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen enthalten; weitere Angaben können aufgenommen werden, soweit die Verarbeitung dieser Angaben zur Erfüllung gesetzlich zugewiesener Aufgaben erforderlich ist. Die Angaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in einer Form zu speichern, die geeignet ist für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke nach § 295 Absatz 3 Nummer 1 und 2. Die elektronische Gesundheitskarte ist mit einem Lichtbild des Versicherten zu versehen. Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten eine elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild. Bei Vereinbarungen nach § 264 Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz hat die elektronische Gesundheitskarte die Angabe zu enthalten, dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes handelt.

(2a) Die elektronische Gesundheitskarte muss technisch geeignet sein, Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen. Elektronische Gesundheitskarten, die ab dem 1. Dezember 2019 von den Krankenkassen ausgegeben werden, müssen mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein. Die Krankenkassen sind verpflichtet, Versicherten ab dem 1. Dezember 2019 auf Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen.

(2b) Die Krankenkassen sind verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und die Aktualität der Daten nach Absatz 1 und 2 bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisieren können. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte prüfen bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch Nutzung der Dienste nach Satz 1. Dazu ermöglichen sie den Online-Abgleich und die -Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach Absatz 1 und 2 mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten. Die Prüfungspflicht besteht ab dem Zeitpunkt, ab dem die Dienste nach Satz 1 sowie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur zur Verfügung stehen und die Vereinbarungen nach § 291a Absatz 7a und 7b geschlossen sind. § 15 Absatz 5 ist entsprechend anzuwenden. Die Durchführung der Prüfung ist auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern. Die Mitteilung der durchgeführten Prüfung ist Bestandteil der an die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsunterlagen nach § 295. Die technischen Einzelheiten zur Durchführung des Verfahrens nach Satz 2 bis 5 sind in den Vereinbarungen nach § 295 Absatz 3 zu regeln. Den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Einrichtungen und Zahnärzten, die die Prüfung nach Satz 2 ab dem 1. Januar 2019 nicht durchführen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent, ab dem 1. März 2020 um 2,5 Prozent, so lange zu kürzen, bis sie die Prüfung nach Satz 2 durchführen. Von der Kürzung nach Satz 9 ist bis zum 30. Juni 2019 abzusehen, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt oder Zahnarzt oder die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Einrichtung gegenüber der je-

weils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachweist, bereits vor dem 1. April 2019 die Anschaffung der für die Prüfung nach Satz 2 erforderlichen Ausstattung vertraglich vereinbart zu haben. Die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, ermächtigte Krankenhäuser und die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 auf Grund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser sind von der Kürzung nach Satz 9 bis zum 31. Dezember 2020 ausgenommen. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die Versicherte ohne persönlichen Kontakt behandeln oder in die Behandlung des Versicherten einbezogen sind, sind von der Prüfungspflicht nach Satz 2 ausgenommen. Leistungserbringer nach Satz 11 haben sich bis zum 30. Juni 2020 an die Telematikinfrastruktur nach § 291a Absatz 7 Satz 1 anzuschließen, soweit sie nicht bereits auf der Grundlage von Satz 2 hierzu verpflichtet sind. Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die vertragsärztlichen Leistungen direkt mit den Krankenkassen abrechnen, übermitteln den Krankenkassen mit den Abrechnungsunterlagen die Mitteilung der durchgeführten Prüfung.

(2c) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer haben gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass sie über die für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Dienste verfügen. Wird der Nachweis nicht bis zum 30. Juni 2021 erbracht, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent so lange zu kürzen, bis der Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 2 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern. Die Krankenhäuser haben sich bis zum 1. Januar 2021 mit den für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Diensten auszustatten und sich an die Telematikinfrastruktur nach § 291a Absatz 7 Satz 1 anzuschließen. Soweit Krankenhäuser ihrer Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach Satz 4 nicht nachkommen, ist § 5 Absatz 3e Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 5 Absatz 5 der Bundespflegesatzverordnung anzuwenden.

(3) Das Nähere zur bundesweiten Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis vereinbaren die Vertragspartner im Rahmen der Verträge nach § 87 Absatz 1.

(4) Bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel ist die elektronische Gesundheitskarte von der bisherigen Krankenkasse einzuziehen oder zu sperren, sobald die Dienste nach Absatz 2b zur Verfügung stehen. Abweichend von Satz 1 kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Optimierung der Verfahrensabläufe für die Versicherten die Weiternutzung der elektronischen Gesundheitskarte bei Kassenwechsel beschließen; dabei ist sicherzustellen, dass die Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, 6, 7, 9 und 10 fristgerecht aktualisiert werden. Der Beschluss bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Vor Erteilung der Genehmigung ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Wird die elektronische Gesundheitskarte nach Satz 1 eingezogen, hat die einziehende Krankenkasse sicherzustellen, dass eine Weiternutzung der Daten nach § 291a Abs. 3 Satz 1 durch die Versicherten möglich ist. Vor Einzug der elektronischen Gesundheitskarte hat die einziehende Krankenkasse über Möglichkeiten zur Löschung der Daten nach § 291a Abs. 3 Satz 1 zu informieren. Die Sätze 5 und 6 gelten auch bei Austausch der elektronischen Gesundheitskarte im Rahmen eines bestehenden Versicherungsverhältnisses.“

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Nr. 3 in Abs. 2 neu gefasst. Nr. 3 lautet:

„3. die Speicherung von Daten nach den §§ 291a und 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 358 Absatz 4 zu ermöglichen.“

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 6 aufgehoben. Satz 2 lautet: „Dazu gehört insbesondere auch der in die Richtlinie aufzunehmende Ausschluss von Ersatzstellung und Niederlegung bei Nutzung des Postzustellungsauftrages mit Postzustellungsurkunde.“

Artikel 1 Nr. 21 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7 und 8 eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 2 Nr. 3 „2023“ durch „2026“ und „1. Juli 2024“ durch „1. Januar 2025“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautet: „Die Krankenkassen sind verpflichtet, Versicherten auf deren Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen.“

Artikel 1 Nr. 11 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

§ 291a Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis und Mittel zur Abrechnung

(1) Die elektronische Gesundheitskarte dient mit den in den Absätzen 2 bis 5 genannten Angaben dem Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Versicherungsnachweis) sowie der Abrechnung mit den Leistungserbringern. Bei der Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung bestätigt der Versicherte auf dem Abrechnungsschein des Arztes das Bestehen der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse durch seine Unterschrift. Ab dem 1. Januar 2026 kann der Versicherungsnachweis auch durch eine digitale Identität nach § 291 Absatz 7 erbracht werden.

(2) Die folgenden Daten müssen auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sein:

1. die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
2. der Familienname und der Vorname des Versicherten,
3. das Geburtsdatum des Versicherten,
4. das Geschlecht des Versicherten,
5. die Anschrift des Versicherten,
6. die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
7. der Versichertenstatus, für die Personengruppen nach § 264 Absatz 2 und nach § 151 Absatz 1 des Vierzehnten Buches der Status der auftragsweisen Betreuung,
8. der Zuzahlungsstatus des Versicherten,

Artikel 1 Nr. 11 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „1. Januar 2021“ durch „1. Oktober 2023“ und „bis 6 und 10“ durch „bis 5, 9 und 11“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „2023“ durch „2024“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 2 „2024“ durch „2026“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. e litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 8 Satz 7 bis 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. e litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 8 Satz 10 „2022“ durch „2023“ ersetzt.

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat in Abs. 2 Nr. 3 „und nach dem 1. Januar 2025 ausgegebene elektronische Gesundheitskarten die Speicherung von Daten nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 358 Absatz 4“ nach „Absatz 4“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „, die die Krankenkassen nach dem 30. November 2019 ausgeben,“ nach „Gesundheitskarten“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Krankenkassen sind verpflichtet,

1. Versicherten auf deren Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen,
2. Versicherten, die eine elektronische Patientenakte beantragen, gleichzeitig eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle und eine persönliche Identifikationsnummer (PIN) zur Verfügung zu stellen, soweit dies noch nicht erfolgt ist,
3. Versicherten, die bis zum 31. Dezember 2022 eine elektronische Patientenakte beantragt haben, bis spätestens zum 30. Juni 2023 eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle und eine PIN zur Verfügung zu stellen, soweit dies noch nicht erfolgt ist, und
4. Versicherten ab dem 1. November 2023 als Verfahren zur nachträglichen, sicheren Identifikation nach § 336 Absatz 5 Nummer 3 und zur sicheren Identifikation nach § 336 Absatz 6 auch die Nutzung eines elektronischen Identitätsnachweises nach § 18 des Personalausweisgesetzes, nach § 12 des eID-Karte-Gesetzes oder nach § 78 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes anzubieten.“

Artikel 1 Nr. 20 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 7a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 4 und 9 jeweils „Einvernehmen“ durch „Benennen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 8 Satz 10 bis 14 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 9 eingefügt.

9. der Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
10. bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs,
11. bei Vereinbarungen nach § 264 Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz die Angabe, dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes handelt.

(3) Über die Daten nach Absatz 2 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch folgende Daten enthalten:

1. Angaben zu Wahltarifen nach § 53,
2. Angaben zu zusätzlichen Vertragsverhältnissen,
3. in den Fällen des § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen,
4. weitere Angaben, soweit die Verarbeitung dieser Daten zur Erfüllung von Aufgaben erforderlich ist, die den Krankenkassen gesetzlich zugewiesen sind sowie
5. Angaben für den Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz.

(4) Die Angaben nach den Absätzen 2 und 3 Nummer 1 bis 4 sind auf der elektronischen Gesundheitskarte in einer Form zu speichern, die geeignet ist für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke nach § 295 Absatz 3 Nummer 1 und 2. Ab dem 1. Januar 2026 müssen die Angaben nach Satz 1 zusätzlich zur Speicherung auf der elektronischen Gesundheitskarte auch bei der Krankenkasse zum elektronischen Abruf zur Verfügung stehen.

(5) Die elektronische Gesundheitskarte ist mit einem Lichtbild des Versicherten zu versehen. Versicherte, die jünger als 15 Jahre sind sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten eine elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild.

(6) Die Krankenkassen dürfen das Lichtbild für die Dauer des Versicherungsverhältnisses des Versicherten, jedoch längstens für zehn Jahre, für Ersatz- und Folgeausstellungen der elektronischen Gesundheitskarte speichern. Nach dem Ende des Versicherungsverhältnisses hat die bisherige Krankenkasse das Lichtbild unverzüglich, spätestens aber nach drei Monaten, zu löschen.

(7) Die elektronische Gesundheitskarte ist von dem Versicherten zu unterschreiben.⁵⁷¹

571 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 162 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 18 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 „einer Arzneimitteldokumentation“ durch „zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 18 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „ , Psychotherapeuten“ nach „Zahnarzt“ eingefügt.

Artikel 4 Nr. 18 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat die Buchstaben c und d in Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 neu gefasst. Die Buchstaben c und d lauteten:

„c) Apotheker,

d) sonstiges pharmazeutisches Personal und das sie unterstützende Apothekenpersonal sowie“.

Artikel 4 Nr. 18 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Buchstabe d in Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 in Buchstabe e unnummeriert, Buchstaben c in Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 durch Buchstaben c und d ersetzt und Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe f eingefügt. Buchstabe c und d lautete:

„c) Apotheker,“.

Artikel 4 Nr. 18 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 4 „und e“ nach „Nr. 2 Buchstabe d“ eingefügt.

28.06.2005.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Juni 2005 (BGBl. I S. 1720) hat in Abs. 3 Satz 1 „ ; die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Nummer 1 muss auch auf der Karte ohne Netzzugang möglich sein“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 6 bis 9 in Abs. 3 aufgehoben. Die Sätze 6 bis 9 lauteten: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene das Nähere über Inhalt und Struktur für die Bereitstellung und Nutzung der Daten nach Satz 1. Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Vor Erteilung der Genehmigung ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 6 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist zu Stande, bestimmt dieses nach Anhörung der Beteiligten ihren Inhalt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „über eine Möglichkeit zur sicheren Authentifizierung und“ nach „die jeweils“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 7 neu gefasst. Abs. 7 lautete:

„(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene vereinbaren die Schaffung der, insbesondere für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, des elektronischen Rezeptes und der elektronischen Patientenakte, erforderlichen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur. Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Vor Erteilung der Genehmigung ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist zu Stande, bestimmt dieses nach Anhörung der Beteiligten ihren Inhalt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 7a bis 7e eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 9 eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 7a Satz 7, Abs. 7b Satz 4 und 5, Abs. 7c Satz 1 und 3, Abs. 7d Satz 1, Abs. 7e Satz 1, 4 und 8 und Abs. 9 Satz 1 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 195 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 195 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 4 Nr. 1 „bis zum 30. Juni 2008“ nach „ihnen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 195 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 7c neu gefasst. Abs. 7c lautete:

„(7c) Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande oder wird sie gekündigt, entrichten die Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik den Finanzierungsbeitrag für die Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 gemäß ihrem jeweiligen Geschäftsanteil und nach Aufforderung durch die Geschäftsführung der Gesellschaft; die Spitzenverbände der Krankenkassen erstatten den Finanzierungsbeitrag unmittelbar den Spitzenorganisationen, soweit die nachfolgenden Vorschriften keine andere Regelung enthalten. Im Krankenhausbereich erfolgt die Erstattung des Finanzierungsbeitrages über einen Zuschlag entsprechend Absatz 7a Satz 1 durch vertragliche Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten. Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gilt für die Erstattung des Finanzierungsbeitrages Absatz 7b Satz 1, 2 und 4 entsprechend, im Bereich der Arzneimittelversorgung gilt Absatz 7b Satz 1, 3 und 5 entsprechend.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 195 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 7 Satz 1 „Die Spitzenverbände“ durch „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 195 lit. b litt. cc und dd desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 7 durch die Sätze 5 bis 7 ersetzt. Satz 5 lautete: „Die Kosten nach Satz 4 zählen nicht zu den Ausgaben nach § 4 Abs. 4 Satz 9.“

Artikel 1 Nr. 195 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7a neu gefasst. Abs. 7a lautete:

„(7a) Im Krankenhausbereich werden die Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 durch einen Zuschlag für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall finanziert, soweit die Kosten außerhalb des Krankenhauses im Rahmen der Gesellschaft für Telematik nach Absatz 7 Satz 2 anfallen. Die bei den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 2 und 3 werden durch einen weiteren Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag). Die Zuschläge nach den Sätzen 1 und 2 werden in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung oder das Erlösbudget nach § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Erlöse aus dem Zuschlag nach Satz 1 an die von den Vertragsparteien in der Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 benannte Stelle abzuführen. Die Höhe des Zuschlags nach Satz 1 und dessen Erhebung ist in der Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr.1 zu regeln. Das Nähere zur Höhe und Erhebung des Zuschlags nach Satz 2 regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer gesonderten Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten.“

Artikel 1 Nr. 195 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7b Satz 2 und 3 jeweils „die Spitzenverbände“ durch „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 195 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 6 in Abs. 7b aufgehoben. Satz 6 lautete: „Abweichend von Satz 1 werden die Kosten der Gesellschaft für Telematik in der Festlegungs- und Erprobungsphase für einen Übergangszeitraum über einen Zuschlag zu jedem Abrechnungsfall in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung finanziert; das Nähere vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern nach Absatz 7 Satz 1.“

Artikel 1 Nr. 195 lit. f desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 7d neu gefasst. Satz 1 lautete: „Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 2 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist als Grundlage der Vereinbarungen nach Absatz 7a Satz 6 sowie Absatz 7b Satz 2 und 3 zu Stande, treffen die Spitzenverbände der Krankenkassen Vereinbarungen zur Finanzierung der den jeweiligen Leistungserbringern entstehenden Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 2 jeweils mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene.“

Artikel 1 Nr. 195 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7e Satz 1 „Nr. 3“ durch „Nr. 2“ und „Satz 6“ durch „Satz 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 195 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7e Satz 3 „den Spitzenverbänden“ durch „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 195 lit. g litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 7e Satz 7 „Nr. 3“ durch „Nr. 2“ ersetzt.

Artikel 47 desselben Gesetzes hat Abs. 7c neu gefasst. Abs. 7c lautete:

„(7c) Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 für den Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis zum 30. Juni 2008 nicht bis zum 30. November 2007 zustande oder wird sie gekündigt, zahlen die Spitzenverbände der Krankenkassen an die Gesellschaft für Telematik einen Betrag in Höhe von 0,50 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung; die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen am 1. Oktober 2007 aufzuteilen. Die Zahlungen sind quartalsweise, spätestens drei Wochen vor Beginn des jeweiligen Quartals, zu leisten. Die Höhe des Betrages kann das Bundesministerium für Gesundheit entsprechend dem Mittelbedarf der Gesellschaft für Telematik und unter Beachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anpassen.“

Artikel 2 Nr. 30a desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 7 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen treffen eine Vereinbarung zur Finanzierung

1. der Kosten, die ihnen bis zum 30. Juni 2008 im Rahmen der Gesellschaft für Telematik nach Satz 2, einschließlich der Aufteilung der Kosten auf die in den Absätzen 7a und 7b genannten Leistungssektoren,

2. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie
3. der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur, einschließlich der Aufteilung dieser Kosten auf die in den Absätzen 7a und 7b genannten Leistungssektoren, entstehen.“

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 3 Satz 4 „oder unter dessen Aufsicht von einer Person, die bei dem Leistungserbringer oder in einem Krankenhaus als berufsmäßiger Gehilfe oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig ist“ nach „Leistungserbringer“ eingefügt.

Artikel 15 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 7a Satz 5 eingefügt.

Artikel 15 Nr. 12 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 7d Satz 1 „und 5“ nach „Satz 3“ eingefügt.

Artikel 15 Nr. 12 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 7e Satz 1 „und 5“ nach „Satz 3“ eingefügt.

30.07.2010.—Artikel 1 Nr. 5b lit. a des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) hat Satz 4 in Abs. 7a durch die Sätze 4 und 5 ersetzt. Satz 4 lautete: „Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten.“

Artikel 1 Nr. 5b lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 7b durch die Sätze 4 bis 6 ersetzt. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, entscheidet das jeweils zuständige Schiedsamt nach § 89 Abs. 4 auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten.“

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 7 Satz 7 „Satz 9“ durch „Satz 2 und 6“ ersetzt.

29.06.2011.—Artikel 4 Nr. 13 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 „im Geltungsbereich der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2) und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 74 S. 1) in den jeweils geltenden Fassungen“ durch „in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz“ ersetzt.

01.11.2012.—Artikel 2 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 12. Juli 2012 (BGBl. I S. 1504) hat in Abs. 1a Satz 1 „bis 5“ durch „bis 5a“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 „sowie“ durch ein Komma ersetzt, in Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 das Semikolon durch ein Komma ersetzt und Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 bis 9 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat den neuen Satz 4 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Mit dem Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten der Versicherten nach diesem Absatz darf erst begonnen werden, wenn die Versicherten jeweils gegenüber dem Arzt, Zahnarzt, Psychotherapeuten oder Apotheker dazu ihre Einwilligung erklärt haben.“

Artikel 2 Nr. 1 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 6 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „Nummer 1 bis 6“ nach „Absatz 3 Satz 1“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. d und e desselben Gesetzes hat Abs. 5a in Abs. 5c unnummeriert und Abs. 5a und 5b eingefügt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 2 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „und Absatz 5a Satz 1“ nach „Absatz 4 Satz 1“ eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 4 Nr. 8 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat Satz 2 in Abs. 7a neu gefasst. Satz 2 lautete: „Der Zuschlag nach Satz 1 wird in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen; er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung oder das Erlösbudget nach § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein.“

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Elektronische Gesundheitskarte“.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Krankenversichertenkarte nach § 291 Abs. 1 wird bis spätestens zum 1. Januar 2006 zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung für die in den Absätzen 2 und 3 genannten Zwecke zu einer elektronischen Gesundheitskarte erweitert.“

Artikel 1 Nr. 11 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „hat die Angaben nach § 291 Abs. 2 zu enthalten und“ nach „Gesundheitskarte“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 11 lit. d desselben Gesetzes hat Nr. 3 in Abs. 3 Satz 1 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„3. Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit,“.

Artikel 1 Nr. 11 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe e „in Notfällen“ durch „, beschränkt auf den lesenden Zugriff,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „vorbehaltlich Satz 4“ nach „Zugriff“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. f litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5 Satz 5 „; im Falle des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 5 können die Versicherten auch mittels einer eigenen Signaturkarte, die über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, zugreifen“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 11 lit. f litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5 Satz 7 „Sätzen 3 und 4“ durch „Sätzen 5 und 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. f litt. ee desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 8 und 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 5a Satz 1 „und 4“ durch „und 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. g1 und g2 desselben Gesetzes hat Abs. 5c in Abs. 5d unnummeriert und Abs. 5c eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. g3 desselben Gesetzes hat Abs. 5d Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. h litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 7 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene schaffen die für die Einführung und Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte, insbesondere des elektronischen Rezeptes und der elektronischen Patientenakte, erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur).“

Artikel 1 Nr. 11 lit. h litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. h litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 7 Satz 6 „für den Zeitraum vom 1. Juli 2008 bis zum 31. Dezember 2008 and die Gesellschaft für Telematik einen Betrag in Höhe von 0,50 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und ab dem Jahr 2009“ durch „an die Gesellschaft für Telematik“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. h litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 7 Satz 8 „Sätze 4 und 5“ durch „Sätze 5 und 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. i litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7a Satz 1 „Satz 4 Nr. 1“ durch „Satz 5 Nummer 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. i litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7a Satz 6 „Satz 4“ durch „Satz 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. j desselben Gesetzes hat Abs. 7b geändert. Abs. 7b lautete:

„(7b) Zum Ausgleich der Kosten nach Absatz 7 Satz 4 erhalten die in diesem Absatz genannten Leistungserbringer nutzungsbezogene Zuschläge von den Krankenkassen. Das Nähere zu den Regelungen der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 4 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten sowie medizinischen Versorgungszentren vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Bundesmantelverträgen. Das Nähere zu den Regelungen der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 4 für die Arz-

neimittelversorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, legt das jeweils zuständige Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung für die Vertragsparteien innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest. In den Fällen der Sätze 4 und 5 ist Absatz 7a Satz 5 entsprechend anzuwenden.“

Artikel 1 Nr. 11 lit. k desselben Gesetzes hat in Abs. 7d Satz 1 „Satz 4 Nr. 1“ jeweils durch „Satz 5 Nummer 1“ und „und 3“ durch „bis 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. l litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7e Satz 1 „Satz 4 Nr. 2“ durch „Satz 5 Nummer 2“ und „und 3“ durch „bis 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. l litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7e Satz 7 „Satz 4 Nr. 2“ durch „Satz 5 Nummer 2“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 96 lit. a litt. aa littt. aaa des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 „den Patienten“ durch „die Versicherten sowie durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 96 lit. a litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat Nr. 5 in Abs. 3 Satz 1 neu gefasst. Nr. 5 lautete:

„5. durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten,“.

Artikel 1 Nr. 96 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 4 bis 6 in Abs. 3 aufgehoben. Die Sätze 4 bis 6 lauteten: „Zugriffsberechtigte nach Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5a Satz 1 dürfen mit dem Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten der Versicherten nach Satz 1 erst beginnen, wenn die Versicherten gegenüber einem zugriffsberechtigten Arzt, Zahnarzt, Psychotherapeuten oder Apotheker dazu ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligung ist bei erster Verwendung der Karte vom Leistungserbringer oder unter dessen Aufsicht von einer Person, die bei dem Leistungserbringer oder in einem Krankenhaus als berufsmäßiger Gehilfe oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig ist auf der Karte zu dokumentieren; die Einwilligung ist jederzeit widerruflich und kann auf einzelne Anwendungen nach diesem Absatz beschränkt werden. Satz 4 gilt nicht, wenn Versicherte mit dem Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten nach Satz 1 ohne die Unterstützung von Zugriffsberechtigten nach Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5a Satz 1 begonnen haben.“

Artikel 1 Nr. 96 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 8 „Nummer 5“ durch „Nummer 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 96 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 96 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5 Satz 10 „Nummer 5“ durch „Nummer 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 96 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 5c neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Daten über den Patienten in einer elektronischen Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bereitgestellt werden können.“

Artikel 1 Nr. 96 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5c Satz 4 bis 12 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 96 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „Der“ durch „Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, der“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 96 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 2 „Sie“ durch „Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, und die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 96 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 7b Satz 5 „Absatz 4“ durch „Absatz 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 96 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 7d Satz 2 „Abs. 4“ durch „Absatz 2“ ersetzt.

16.08.2019.—Artikel 12 Nr. 16 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) hat Abs. 5d in Abs. 5e unnummeriert und Abs. 5d eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 38 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1a Satz 1 „und Nutzung“ nach „Verarbeitung“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 38 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „§ 6c des Bundesdatenschutzgesetzes findet Anwendung.“

Artikel 123 Nr. 38 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „das Erheben, Verarbeiten und Nutzen“ durch „die Verarbeitung“ ersetzt und „und Nutzung“ nach „Verarbeitung“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 38 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „erhebenden, zu verarbeitenden oder zu nutzenden“ durch „verarbeitenden“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 38 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 4 lautete: „§ 6c des Bundesdatenschutzgesetzes findet Anwendung.“

Artikel 123 Nr. 38 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens“ durch „der Verarbeitung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 38 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen“ durch „Die Verarbeitung“ und „dem Einverständnis“ durch „Einwilligung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 38 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „Einverständnis“ durch „Einwilligung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 38 lit. e litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 10 „Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 38 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5a Satz 1 „des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens“ durch „der Verarbeitung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 38 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5a Satz 2 „Einverständnis“ durch „Einwilligung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 38 lit. f litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 5a Satz 3 „Sperrungen oder“ durch „zur Einschränkung der Verarbeitung oder zum“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 38 lit. f litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 5a Satz 5 „das Erheben, Verarbeiten und Nutzen“ durch „die Verarbeitung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 38 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 5b Satz 2 „Zustimmung“ durch „Einwilligung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 38 lit. h desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „und Nutzung“ nach „Verarbeitung“ gestrichen und „bleiben“ durch „bleibt“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 38 lit. i desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 3 Nr. 2 „Falle des Erhebens, Verarbeitens und Nutzens“ durch „Fall der Verarbeitung“ ersetzt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 33 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Satz 1 in Abs. 1a neu gefasst. Satz 1 lautete: „Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung elektronische Gesundheitskarten für die Verarbeitung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 an ihre Versicherten ausgegeben, gelten Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 sowie die Absätze 3 bis 5a, 6 und 8 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 33 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 1 in Abs. 2 aufgehoben. Nr. 1 lautete:

„1. die Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form sowie“.

Artikel 1 Nr. 33 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Über Absatz 2 hinaus muss die Gesundheitskarte“ durch „Die elektronische Gesundheitskarte muss“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. d und e desselben Gesetzes hat Abs. 5e in Abs. 5f unnummeriert und Abs. 5e eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat Nr. 1 in Abs. 4 Satz 1 aufgehoben. Nr. 1 lautete:

„1. nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ausschließlich

- a) Ärzte,
- b) Zahnärzte,
- c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistentinnen,
- d) Personen, die

aa) bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder

bb) in einem Krankenhaus

als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe a bis c Genannten erfolgt,

e) sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen,“.

Artikel 1 Nr. 33 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 „Nr. 1 bis 5“ durch „Nummer 1 bis 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. f litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Absatz 2 Satz 1 und“ nach „nach“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 5 „sowohl nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 als auch“ nach „Daten“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 33 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 6 „Nr. 1 Buchstabe d und e sowie“ nach „Satz 1“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 33 lit. g litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 7 in Abs. 5 aufgehoben. Satz 7 lautete: „Der Zugriff auf Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 mittels der elektronischen Gesundheitskarte kann abweichend von den Sätzen 5 und 6 auch erfolgen, wenn die Versicherten den jeweiligen Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren autorisieren.“

Artikel 1 Nr. 33 lit. g litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5 Satz 8 „Satz 8“ durch „Satz 7“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. h litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 5d Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. h litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5d Satz 3 „Satz 1“ durch „den Sätzen 1 und 2“ ersetzt und „ , Verordnungen von Betäubungsmitteln“ nach „ärztliche Verordnungen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 33 lit. h litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 5d Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. i litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und“ vor „Absatz 3“ und „ ; die Verarbeitung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 für Zwecke der Abrechnung bleiben davon unberührt“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 33 lit. i litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und“ nach „nach“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 33 lit. i litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „Absatz 2 oder“ nach „nach“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 33 lit. j desselben Gesetzes hat in Abs. 7a Satz 3 „und das Nähere zur Umsetzung der Abschläge nach § 5 Absatz 3e des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 5 Absatz 5 der Bundespflegesatzverordnung“ nach „Satz 1“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. k desselben Gesetzes hat in Abs. 7b Satz 1 „nutzungsbezogene Zuschläge“ durch „Erstattungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. l desselben Gesetzes hat Abs. 7c neu gefasst. Abs. 7c lautete:

„(7c) Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande oder wird sie gekündigt, entrichten die Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik den Finanzierungsbeitrag für die Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 gemäß ihrem jeweiligen Geschäftsanteil und nach Aufforderung durch die Geschäftsführung der Gesellschaft; die Spitzenverbände der Krankenkassen erstatten den Finanzierungsbeitrag unmittelbar den Spitzenorganisationen, soweit die nachfolgenden Vorschriften keine andere Regelung enthalten. Im Krankenhausbereich erfolgt die Erstattung des Finanzierungsbeitrages über einen Zuschlag entsprechend Absatz 7a Satz 1 durch vertragliche Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten. Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gilt für die Erstattung des Finanzierungsbeitrages Absatz 7b Satz 1, 2 und 4 entsprechend, im Bereich der Arzneimittelversorgung gilt Absatz 7b Satz 1, 3 und 5 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 33 lit. m desselben Gesetzes hat Abs. 7d und 7e aufgehoben. Abs. 7d und 7e lauteten:

„(7d) Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist als Grundlage der Vereinbarungen nach Absatz 7a Satz 3 und 5 sowie Absatz 7b Satz 2 bis 4 zu Stande, trifft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vereinbarungen zur Finanzierung der den jeweiligen Leistungserbringern entstehenden Kosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 jeweils mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene. Soweit diese Vereinbarungen nicht zu Stande kommen, entscheidet bei Nichteinigung mit der Deutschen Krankenhausgesell-

schaft die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei Nichteinigung mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen das jeweils zuständige Schiedsamt nach § 89 Absatz 2 und bei Nichteinigung mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 jeweils auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten.

(7e) Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 2 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist als Grundlage der Vereinbarungen nach Absatz 7a Satz 3 und 5, Absatz 7b Satz 2 und 3 zu Stande, bilden die Spitzenorganisationen nach Absatz 7 Satz 1 eine gemeinsame Kommission aus Sachverständigen. Die Kommission ist innerhalb einer Woche nach Ablauf der Frist nach Satz 1 zu bilden. Sie besteht aus jeweils zwei Mitgliedern, die von den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen berufen werden sowie einer oder einem unparteiischen Vorsitzenden, über die oder den sich die Spitzenorganisationen nach Absatz 7 Satz 1 gemeinsam verständigen. Kommt es innerhalb der Frist nach Satz 2 nicht zu einer Einigung über den Vorsitz oder die Berufung der weiteren Mitglieder, beruft das Bundesministerium für Gesundheit die Vorsitzende oder den Vorsitzenden und die weiteren Sachverständigen. Die Kosten der Kommission sind aus den Finanzmitteln der Gesellschaft für Telematik zu begleichen. Die Kommission gibt innerhalb von drei Monaten eine Empfehlung zur Aufteilung der Kosten, die den einzelnen Leistungssektoren nach den Absätzen 7a und 7b im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen. Die Empfehlung der Kommission ist innerhalb eines Monats in der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 2 zu berücksichtigen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Aufteilung der Kosten, die den einzelnen Leistungssektoren nach den Absätzen 7a und 7b im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen, als Grundlage der Vereinbarungen nach den Absätzen 7a und 7b festzulegen, sofern die Empfehlung der Kommission nicht berücksichtigt wird.“

Artikel 1 Nr. 33 lit. n desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 oder“ nach „nach“ gestrichen.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

(1) Die Krankenversichertenkarte dient mit den in den Absätzen 1 und 2 genannten Anwendungen der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung.

(1a) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung elektronische Gesundheitskarten für die Verarbeitung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 an ihre Versicherten ausgegeben, gelten Absatz 2 Satz 2 sowie die Absätze 3 bis 5a, 6 und 8 entsprechend. Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten nach Satz 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 nutzen. § 290 Abs. 1 Satz 4 bis 7 gilt entsprechend. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Abs. 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer zu entsprechen. Die Kosten zur Bildung der Versichertennummer und, sofern die Vergabe einer Rentenversicherungsnummer erforderlich ist, zur Vergabe der Rentenversicherungsnummer tragen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten.

(2) Die elektronische Gesundheitskarte muss geeignet sein, Angaben aufzunehmen für

1. (weggefallen)
2. den Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz.

(3) Die elektronische Gesundheitskarte muss geeignet sein, folgende Anwendungen zu unterstützen, insbesondere die Verarbeitung von

1. medizinischen Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind,
2. Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichten in elektronischer und maschinell verwertbarer Form für eine einrichtungsübergreifende, fallbezogene Kooperation (elektronischer Arztbrief),

3. Daten des Medikationsplans nach § 31a einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit,
4. Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte sowie Impfungen für eine fall- und einrichtungübergreifende Dokumentation über die Versicherten sowie durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten (elektronische Patientenakte),
5. (weggefallen)
6. Daten über in Anspruch genommene Leistungen und deren vorläufige Kosten für die Versicherten (§ 305 Abs. 2),
7. Erklärungen der Versicherten zur Organ- und Gewebespende,
8. Hinweisen der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende sowie
9. Hinweisen der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen nach § 1901a des Bürgerlichen Gesetzbuchs;

die Verarbeitung von Daten nach Nummer 1 muss auch auf der Karte ohne Netzzugang möglich sein. Die Authentizität der Erklärungen nach Satz 1 Nummer 7 muss sichergestellt sein. Spätestens bei der Versendung der Karte hat die Krankenkasse die Versicherten umfassend und in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der auf ihr oder durch sie zu verarbeitenden personenbezogenen Daten zu informieren.

(4) Zum Zwecke der Verarbeitung mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, auf Daten

1. (weggefallen)
2. nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 4 ausschließlich
 - a) Ärzte,
 - b) Zahnärzte,
 - c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistentinnen,
 - d) Personen, die
 - aa) bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder
 - bb) in einem Krankenhaus als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe a bis c Genannten erfolgt,
 - e) nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1, beschränkt auf den lesenden Zugriff, auch Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
 - f) Psychotherapeuten

zugreifen. Die Versicherten haben das Recht, auf die Daten nach Absatz 3 Satz 1 zuzugreifen.

(5) Die Verarbeitung von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 ist nur mit Einwilligung der Versicherten zulässig. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 2 bis 6 der Zugriff vorbehaltlich Satz 4 nur durch Autorisierung der Versicherten möglich ist. Soweit es zur Notfallversorgung erforderlich ist, ist der Zugriff auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 ohne eine Autorisierung der Versicherten zulässig; ansonsten ist der Zugriff auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zulässig, soweit er zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist und wenn nachprüfbar protokolliert wird, dass der Zugriff mit Einwilligung der Versicherten erfolgt. Bei Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 können die Versicherten auf das Erfordernis der Zugriffsautorisierung nach Satz 2 verzichten. Der Zugriff auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 6 mittels der elektronischen Gesundheitskarte darf nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis, im Falle des Absatzes 2 Satz 1 Nr. 1 auch in Verbindung mit einem entsprechenden Berufsausweis, erfolgen, die jeweils über eine Möglichkeit zur sicheren Authentifizierung und über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügen. Zugriffsberechtigte Personen nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe d und e, die über keinen elektronischen Heilberufsausweis oder entsprechenden Berufsausweis verfügen, können auf die entsprechenden Daten zugreifen, wenn sie hierfür von Personen autorisiert sind, die über einen elektronischen Heilberufsausweis oder entsprechenden Berufsausweis verfügen, und wenn nachprüfbar elektronisch protokolliert wird, wer auf die Daten zugegriffen hat und von welcher Person die zugreifende Person autorisiert wurde. Abweichend von Satz 5 können die Versicherten auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 auch zugreifen, wenn sie

sich für den Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren authentifizieren. Ein Zugriff nach Satz 7 kann auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen, wenn der Versicherte nach umfassender Information durch seine Krankenkasse gegenüber der Krankenkasse schriftlich oder elektronisch erklärt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen. Auf Wunsch des Versicherten haben Zugriffsberechtigte nach Absatz 4 bei Verarbeitung der mittels der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach Absatz 3 Satz 1 sowie der Daten nach § 291f diese dem Versicherten als Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 zur Verfügung zu stellen; die Zugriffsberechtigten haben die Versicherten über diese Möglichkeit zu informieren.

(5a) Zum Zwecke der Verarbeitung mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung erforderlich ist, auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 bis 9 ausschließlich

1. Ärzte,
2. Personen, die
 - a) bei Ärzten oder
 - b) in einem Krankenhaus
 als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht eines Arztes erfolgt,

in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis, der über eine Möglichkeit zur sicheren Authentifizierung und über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, zugreifen; Absatz 5 Satz 1 und 6 gilt entsprechend. Ohne Einwilligung der betroffenen Person dürfen Zugriffsberechtigte nach Satz 1 auf Daten

1. nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 und 8 nur zugreifen, nachdem der Tod nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Transplantationsgesetzes festgestellt wurde und der Zugriff zur Klärung erforderlich ist, ob die verstorbene Person in die Entnahme von Organen oder Gewebe eingewilligt hat,
2. nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 9 nur zugreifen, wenn eine ärztlich indizierte Maßnahme unmittelbar bevorsteht und die betroffene Person nicht fähig ist, in die Maßnahme einzuwilligen.

Zum Speichern, Verändern, zur Einschränkung der Verarbeitung oder zum Löschen von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 durch Zugriffsberechtigte nach Satz 1 ist eine technische Autorisierung durch die Versicherten für den Zugriff erforderlich. Versicherte können auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 bis 9 zugreifen, wenn sie sich für den Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren authentifizieren. Sobald die technische Infrastruktur für die Verarbeitung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 bis 9 flächendeckend zur Verfügung steht, haben die Krankenkassen die Versicherten umfassend über die Möglichkeiten der Wahrnehmung ihrer Zugriffsrechte zu informieren sowie allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen für ihre Versicherten technische Einrichtungen zur Wahrnehmung ihrer Zugriffsrechte nach Satz 4 flächendeckend zur Verfügung zu stellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat über die Ausstattung jährlich einen Bericht nach den Vorgaben des Bundesministeriums für Gesundheit zu erstellen und ihm diesen erstmals zum 31. Januar 2016 vorzulegen.

(5b) Die Gesellschaft für Telematik hat Verfahren zur Unterstützung der Versicherten bei der Verwaltung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 bis 9 zu entwickeln und hierbei auch die Möglichkeit zu schaffen, dass Versicherte für die Dokumentation der Erklärung auf der elektronischen Gesundheitskarte die Unterstützung der Krankenkasse in Anspruch nehmen können. Bei diesen für die Versicherten freiwilligen Verfahren sind Rückmeldeverfahren der Versicherten über die Krankenkassen mit einzubeziehen, bei denen die Krankenkassen mit Einwilligung der Versicherten Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 und 8 speichern und löschen können. Über das Ergebnis der Entwicklung legt die Gesellschaft für Telematik dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2013 einen Bericht vor. Anderenfalls kann das Bundesministerium für Gesundheit Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 im Rahmen eines Forschungs- und Entwicklungsvorhabens entwickeln lassen, dessen Kosten von der Gesellschaft für Telematik zu erstatten sind. In diesem Fall unterrichtet das Bundesministerium für Gesundheit den Deutschen Bundestag über das Ergebnis der Entwicklung.

(5c) Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass

1. Daten über den Versicherten in einer elektronischen Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bereitgestellt werden können und
2. Versicherte für die elektronische Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Daten zur Verfügung stellen können.

Die technischen und organisatorischen Verfahren hierfür müssen geeignet sein, Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 sowie Daten nach § 291f für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation verfügbar zu machen. Sie sollen geeignet sein, weitere medizinische Daten des Versicherten verfügbar zu machen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren. Die Krankenkassen können ihren Versicherten in der zugelassenen elektronischen Patientenakte zusätzliche Inhalte und Anwendungen zu den Inhalten und Anwendungen, die von der Gesellschaft für Telematik für eine elektronische Patientenakte festgelegt werden, zur Verfügung stellen, sofern diese zusätzlichen Inhalte und Anwendungen die nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte nicht beeinträchtigen. Bis alle Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nachgekommen sind, prüft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich zum Stichtag 1. Januar eines Jahres, erstmals zum 1. Januar 2021, ob die Krankenkassen ihren Versicherten eine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte nach Satz 4 zur Verfügung gestellt haben. Ist eine Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen, stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dies durch Bescheid fest. In dem Bescheid ist die betroffene Krankenkasse über die Sanktionierung gemäß § 270 Absatz 3 zu informieren. Klagen gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt dem Bundesversicherungsamt erstmalig bis zum 15. Januar 2021 mit, welche Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen sind. Die Mitteilung nach Satz 11 erfolgt jeweils zum 15. Januar des Jahres, an dem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bescheid festgestellt hat, dass eine Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen ist.

(5d) Bis zum 30. Juni 2020 hat die Gesellschaft für Telematik die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit ärztliche Verordnungen für apothekenpflichtige Arzneimittel in elektronischer Form übermittelt werden können. Darüber hinaus hat die Gesellschaft für Telematik die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit ärztliche Verordnungen für Betäubungsmittel in elektronischer Form übermittelt werden können. Bei der Durchführung der Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 berücksichtigt die Gesellschaft für Telematik, dass die Telematikinfrastruktur schrittweise ausgebaut wird und die Verfahren schrittweise auf sonstige ärztliche Verordnungen und Verordnungen ohne direkten Kontakt zwischen Arzt oder Zahnarzt und Versicherten ausgedehnt werden sollen. Bei der Durchführung der Maßnahmen nach Satz 2 sind über die Vorgaben des Satzes 3 hinaus Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung in der jeweils geltenden Fassung zu berücksichtigen.

(5e) Die Vertrauensstelle nach § 290 Absatz 2 Satz 2 führt ein Krankenversichertennummernverzeichnis. Das Krankenversichertennummernverzeichnis enthält für jeden Versicherten den unveränderbaren und den veränderbaren Teil der Krankenversichertennummer sowie darüber hinaus die Angaben, um zu gewährleisten, dass der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer nicht mehrfach vergeben wird. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Nähere im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest, insbesondere ein Verfahren des Datenabgleichs zur Gewährleistung eines tagesaktuellen Standes des Krankenversichertennummernverzeichnisses. Das Krankenversichertennummernverzeichnis wird ausschließlich zum Ausschluss und zur Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer verwendet.

(5f) Die Länder bestimmen entsprechend dem Stand des Aufbaus der Telematikinfrastruktur

1. die Stellen, die für die Ausgabe elektronischer Heilberufs- und Berufsausweise zuständig sind, und
2. die Stellen, die bestätigen, dass eine Person
 - a) befugt ist, einen der von Absatz 4 Satz 1 erfassten Berufe im Geltungsbereich dieses Gesetzes auszuüben oder, sofern für einen der in Absatz 4 Satz 1 erfassten Berufe lediglich die Führung der Berufsbezeichnung geschützt ist, die Berufsbezeichnung zu führen oder

b) zu den sonstigen Zugriffsberechtigten nach Absatz 4 gehört.

Die Länder können zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 gemeinsame Stellen bestimmen. Die nach Satz 1 Nummer 2 oder nach Satz 2 jeweils zuständige Stelle hat der nach Satz 1 Nummer 1 zuständige Stelle die für die Ausgabe elektronischer Heilberufs- und Berufsausweise erforderlichen Daten auf Anforderung zu übermitteln. Entfällt die Befugnis zur Ausübung des Berufs, zur Führung der Berufsbezeichnung oder sonst das Zugriffsrecht nach Absatz 4, hat die jeweilige Stelle nach Satz 1 Nr. 2 oder Satz 2 die herausgebende Stelle in Kenntnis zu setzen; diese hat unverzüglich die Sperrung der Authentifizierungsfunktion des elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises zu veranlassen.

(6) Daten nach Absatz 3 Satz 1 müssen auf Verlangen der Versicherten gelöscht werden. Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 und 7 bis 9 können Versicherte auch eigenständig löschen. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass mindestens die letzten 50 Zugriffe auf die Daten nach Absatz 3 für Zwecke der Datenschutzkontrolle protokolliert werden. Eine Verwendung der Protokolldaten für andere Zwecke ist unzulässig. Die Protokolldaten sind durch geeignete Vorkehrungen gegen zweckfremde Verwendung und sonstigen Missbrauch zu schützen.

(7) Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene schaffen die insbesondere für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Anwendungen erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur). Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, und die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen nehmen diese Aufgabe durch eine Gesellschaft für Telematik nach Maßgabe des § 291b wahr, die die Regelungen zur Telematikinfrastruktur trifft sowie deren Aufbau und Betrieb übernimmt. Über Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hinaus kann die Telematikinfrastruktur für weitere elektronische Anwendungen des Gesundheitswesens sowie für die Gesundheitsforschung verwendet werden, wenn

1. die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit sowie die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur nicht beeinträchtigt werden,
2. im Fall der Verarbeitung personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die erforderlichen technischen Maßnahmen getroffen werden, um die Anforderungen an die Sicherheit der Anwendung im Hinblick auf die Schutzbedürftigkeit der Daten zu gewährleisten, und
3. bei den dafür erforderlichen technischen Systemen und Verfahren Barrierefreiheit für den Versicherten gewährleistet ist.

Vereinbarungen und Richtlinien zur elektronischen Datenübermittlung nach diesem Buch müssen, soweit sie die Telematikinfrastruktur berühren, mit deren Regelungen vereinbar sein. Die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen treffen eine Vereinbarung zur Finanzierung

1. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie
2. der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur, einschließlich der Aufteilung dieser Kosten auf die in den Absätzen 7a und 7b genannten Leistungssektoren, entstehen.

Zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik zahlt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen an die Gesellschaft für Telematik jährlich einen Betrag in Höhe von 1,00 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung; die Zahlungen sind quartalsweise, spätestens drei Wochen vor Beginn des jeweiligen Quartals, zu leisten. Die Höhe des Betrages kann das Bundesministerium für Gesundheit entsprechend dem Mittelbedarf der Gesellschaft für Telematik und unter Beachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anpassen. Die Kosten der Sätze 5 und 6 zählen nicht zu den Ausgaben nach § 4 Abs. 4 Satz 2 und 6.

(7a) Die bei den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2 werden durch einen Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag). Der Zuschlag nach Satz 1 wird in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen; er geht nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung ein. Das Nähere zur Höhe und Erhebung des Zuschlags nach Satz 1 und das Nähere

zur Umsetzung der Abschläge nach § 5 Absatz 3e des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 5 Absatz 5 der Bundespflegesatzverordnung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer gesonderten Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung für die Vertragsparteien innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest. Die Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. Für die Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2, die bei Leistungserbringern nach § 115b Absatz 2 Satz 1, § 116b Absatz 2 Satz 1 und § 120 Absatz 2 Satz 1 sowie bei Notfallambulanzen in Krankenhäusern, die Leistungen für die Versorgung im Notfall erbringen, entstehen, finden die Sätze 1 und 2 erster Halbsatz sowie die Sätze 3 und 4 entsprechend Anwendung.

(7b) Zum Ausgleich der Kosten nach Absatz 7 Satz 5 erhalten die in diesem Absatz genannten Leistungserbringer Erstattungen von den Krankenkassen. Das Nähere zu den Regelungen der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 5 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten sowie medizinischen Versorgungszentren vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Bundesmantelverträgen. Bis zum 30. September 2017 vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 2 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 nutzungsbezogene Zuschläge für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3. Das Nähere zu den Regelungen der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 5 für die Arzneimittelversorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2; die nutzungsbezogenen Zuschläge für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 sind bis zum 30. September 2017 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 zu vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 nicht bis zum 30. September 2017 zustande, legt das jeweils zuständige Schiedsamt nach § 89 Absatz 2 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung für die Vertragsparteien innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 erster Halbsatz nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 zweiter Halbsatz nicht bis zum 30. September 2017 zustande, legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest. In den Fällen der Sätze 5 und 6 ist Absatz 7a Satz 5 entsprechend anzuwenden.

(7c) Zum Ausgleich der Kosten nach Absatz 7 Satz 5 erhalten Hebammen und Entbindungspfleger, die im Besitz einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 des Hebammengesetzes sind und nach § 134a Absatz 2 zur Leistungserbringung zugelassen sind, sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die im Besitz einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes sind und nach § 124 Absatz 1 zur Leistungserbringung zugelassen sind, ab dem 1. Juli 2021 die in den Vereinbarungen nach Absatz 7 Satz 5 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten Erstattungen. Das Abrechnungsverfahren vereinbaren für die Hebammen und Entbindungspfleger der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Vertragspartnern nach § 134a Absatz 1 und für die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2021.

(8) Vom Inhaber der Karte darf nicht verlangt werden, den Zugriff auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 anderen als den in Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5a Satz 1 genannten Personen oder zu anderen Zwecken als denen der Versorgung der Versicherten, einschließlich der Abrechnung der zum Zwecke der Versorgung erbrachten Leistungen, zu gestatten; mit ihnen darf nicht vereinbart werden, Derartiges zu gestatten. Sie dürfen nicht bevorzugt oder benachteiligt werden, weil sie einen Zugriff bewirkt oder verweigert haben.

(9) Für den Test von Anwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 und Absatz 3 Nr. 1 und 3 kann das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem oder der Bundesbeauftragten für den Daten-

§ 291b Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

(1) Die Krankenkassen haben Dienste zur Verfügung zu stellen, mit denen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und Einrichtungen die Gültigkeit und die Aktualität der Angaben nach § 291a Absatz 2 und 3 bei den Krankenkassen online überprüfen und diese Angaben aktualisieren können. Bis zum 31. Dezember 2025 haben die Krankenkassen auch Dienste zur Verfügung zu stellen, mit denen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und Einrichtungen die Angaben nach § 291a Absatz 2 und 3 auch online auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisieren können.

(2) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer haben bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch die Nutzung der Dienste nach Absatz 1 zu prüfen. Bis zum 31. Dezember 2025 ermöglichen sie dazu den Abgleich der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach § 291a Absatz 2 und 3 mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten und die Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten. Ab dem 1. Januar 2026 erfolgt die Prüfung nach Satz 1 durch einen elektronischen Abruf der bei der Krankenkasse vorliegenden Daten nach § 291a Absatz 2 und 3. Bis zum 31. März 2026 können die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die Prüfung auch nach Satz 2 durchführen. Die Tatsache, dass die Prüfung durchgeführt worden ist, haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer bei einer Prüfung vor dem 1. Januar 2026 auf der elektronischen Gesundheitskarte, bei einer Prüfung ab dem 1. Januar 2026 in ihren informationstechnischen Systemen, die zur Verarbeitung von personenbezogenen Patientendaten eingesetzt werden, zu speichern. Die technischen Einzelheiten zur Durchführung der Prüfung nach den Sätzen 1 bis 3 sind in den Vereinbarungen nach § 295 Absatz 3 zu regeln.

(3) Die Mitteilung der durchgeführten Prüfung nach Absatz 2 erfolgt als Bestandteil der an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermittelnden Abrechnungsunterlagen nach § 295. Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die vertragsärztlichen Leistungen direkt mit den Krankenkassen abrechnen, teilen den Krankenkassen die Durchführung der Prüfung nach Absatz 2 bei der Übermittlung der Abrechnungsunterlagen mit.

(4) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die Versicherte ohne persönlichen Kontakt behandeln oder die ohne persönlichen Kontakt in die Behandlung des Versicherten einbezogen sind, sind von der Pflicht zur Durchführung der Prüfung nach Absatz 2 ausgenommen. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Satz 1 haben sich bis zum 30. Juni 2020 an die Telematikinfrastruktur nach § 306 anzuschließen und über die für die Prüfung nach Absatz 2 erforderliche Ausstattung zu verfügen, es sei denn, sie sind hierzu

schutz befristete Ausnahmen von dem Erfordernis der qualifizierten Signatur nach Absatz 5 sowie von entsprechenden Vorschriften des Apotheken- und Arzneimittelrechts über die Form von Verordnungen für die Dauer von bis zu sechs Monaten zulassen. In diesem Fall sind der Schutz personenbezogener Daten und die Datensicherheit auf andere Weise sicherzustellen. § 63 Abs. 3a Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 4 Satz 2 „2023“ durch „2026“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 1 Nr. 22 lit. b des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 2 Nr. 7 „und nach § 151 Absatz 1 des Vierzehnten Buches“ nach „Absatz 2“ eingefügt.

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 21 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat in Abs. 1 Satz 3 „2024“ durch „2026“ ersetzt.

bereits als an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 1 verpflichtet.

(5) Den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, die ab dem 1. Januar 2019 ihrer Pflicht zur Prüfung nach Absatz 2 nicht nachkommen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent zu kürzen; an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, die ihrer Pflicht zur Prüfung nach Absatz 2 ab dem 1. März 2020 nicht nachkommen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 2,5 Prozent zu kürzen. Die Vergütung ist so lange zu kürzen, bis sich der betroffene an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur angeschlossen hat und über die für die Prüfung nach Absatz 2 erforderliche Ausstattung verfügt. Die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, und die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Krankenhäuser sowie die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 auf Grund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser sind von der Kürzung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen bis zum 31. Dezember 2021 ausgenommen.

(6) Das Nähere zur bundesweiten Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis vereinbaren die Vertragspartner im Rahmen der Verträge nach § 87 Absatz 1.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit kann die in den Absätzen 1 und 2 sowie in § 291 Absatz 2 Nummer 3, Absatz 7 und § 291a Absatz 4 Satz 2 genannten Fristen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates verlängern.⁵⁷²

572 QUELLE

28.06.2005.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. Juni 2005 (BGBl. I S. 1720) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Satz 3, Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 und 4 Satz 5, Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 Satz 6, Abs. 3 Satz 1, Abs. 4 Satz 1, 2, 4 und 5, Abs. 5 und 6 Satz 1 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 196 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1a bis 1c eingefügt.

Artikel 1 Nr. 196 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 4 Satz 3 „und die Informationsfreiheit“ nach „Datenschutz“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 196 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „und die Informationsfreiheit“ nach „Datenschutz“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 196 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Nr. 1 „die Spitzenverbände“ durch „den Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 196 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik nach Satz 1 erforderlichen Mittel werden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch eine Umlage aufgebracht.“

Artikel 1 Nr. 196 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen am 1. Oktober jeden Jahres aufzuteilen.“

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 1a Satz 4 „Die Prüfung“ durch „Der Nachweis“ ersetzt und „durch eine Sicherheitszertifizierung“ am Ende eingefügt.

Artikel 15 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 5 eingefügt.

Artikel 15 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1a Satz 6 „in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik“ nach „Telematik“ eingefügt.

30.07.2010.—Artikel 1 Nr. 5c des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) hat Abs. 1a Satz 8 und 9 eingefügt.

01.04.2012.—Artikel 2 Abs. 116 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3044) hat in Abs. 1a Satz 5 „und im elektronischen Bundesanzeiger“ am Ende gestrichen.

Artikel 2 Abs. 116 Nr. 2 desselben Gesetzes hat in Abs. 1b Satz 4 „elektronischen“ nach „im“ gestrichen.

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Im Rahmen der Aufgaben nach § 291a Abs. 7 Satz 2 hat die Gesellschaft für Telematik

1. die technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzepts zu erstellen,
2. Inhalt und Struktur der Datensätze für deren Bereitstellung und Nutzung festzulegen

sowie die notwendigen Test- und Zertifizierungsmaßnahmen sicherzustellen. Sie hat die Interessen von Patientinnen und Patienten zu wahren und die Einhaltung der Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten sicherzustellen. Die Gesellschaft für Telematik hat Aufgaben nur insoweit wahrzunehmen, wie dies zur Schaffung einer interoperablen und kompatiblen Telematikinfrastruktur erforderlich ist. Mit Teilaufgaben der Gesellschaft für Telematik können einzelne Gesellschafter oder Dritte beauftragt werden; hierbei sind durch die Gesellschaft für Telematik Interoperabilität, Kompatibilität und das notwendige Sicherheitsniveau der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1a durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Die Zulassung wird erteilt, wenn die Komponenten und Dienste funktionsfähig, interoperabel und sicher sind.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1a Satz 9 „Satz 4 und 5“ durch „Sätzen 5, 6 und 12“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 11 und 12 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. c bis e desselben Gesetzes hat Abs. 1c durch Abs. 1d ersetzt, Abs. 1b in Abs. 1c unnummeriert und Abs. 1b eingefügt. Abs. 1c lautete:

„(1c) Die Gesellschaft für Telematik beziehungsweise die von ihr beauftragten Organisationen können für die Zulassungen der Absätze 1a und 1b Entgelte verlangen. Der Entgeltkatalog bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1c neu gefasst. Satz 2 lautete: „Zur Durchführung des operativen Betriebs der Komponenten, Dienste und Schnittstellen der Telematikinfrastruktur hat die Gesellschaft für Telematik oder, soweit einzelne Gesellschafter oder Dritte nach Absatz 1 Satz 4 erster Halbsatz beauftragt worden sind, haben die Beauftragten Aufträge zu vergeben.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1c Satz 3 „dieser Aufträge“ durch „von Aufträgen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1c Satz 4 „Nr. 4 Buchstabe p“ durch „Absatz 5 Buchstabe i“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. d litt. dd desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 1c neu gefasst. Satz 5 lautete: „Abweichend von den Sätzen 2 bis 4 sind spätestens ab dem 1. Januar 2009 Anbieter zur Durchführung des operativen Betriebs der Komponenten, Dienste und Schnittstellen der Telematikinfrastruktur von der Gesellschaft für Telematik oder, soweit einzelne Gesellschafter oder Dritte nach Absatz 1 Satz 4 erster Halbsatz beauftragt worden sind, von den Beauftragten in einem transparenten und diskriminierungsfreien Verfahren zuzulassen, wenn

1. die zu verwendenden Komponenten und Dienste gemäß Absatz 1a zugelassen sind,
2. der Anbieter oder die Anbieterin den Nachweis erbringt, dass die Verfügbarkeit und Sicherheit der Betriebsleistung gewährleistet ist und
3. der Anbieter oder die Anbieterin sich vertraglich verpflichtet, die Rahmenbedingungen für Betriebsleistungen der Gesellschaft für Telematik einzuhalten.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. d litt. ee desselben Gesetzes hat Abs. 1c Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 1e eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. g desselben Gesetzes hat Nr. 4 in Abs. 2 aufgehoben. Nr. 4 lautete:

„4. es ist ein Beirat einzurichten, der die Gesellschaft in fachlichen Belangen berät. Er kann Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung der Versammlung der Gesellschafter zur Befassung vorlegen und ist vor der Beschlussfassung zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung zu hören. Der Beirat besteht aus vier Vertreterinnen oder Vertretern der Länder, drei Vertreterinnen oder Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen, drei Vertreterinnen oder Vertretern der Wissenschaft, drei Vertreterinnen oder Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie sowie der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und der oder dem Beauftragten für die Belange der Patientinnen

und Patienten. Vertreterinnen oder Vertreter weiterer Gruppen und Bundesbehörden können berufen werden. Die Mitglieder des Beirats werden von der Versammlung der Gesellschafter im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit berufen; die Vertreterinnen und Vertreter der Länder werden von den Ländern benannt. Die Gesellschafter, die Geschäftsführerin oder der Geschäftsführer der Gesellschaft sowie das Bundesministerium für Gesundheit können an den Sitzungen des Beirats teilnehmen.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. h desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. i desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Abs. 7 Satz 5 bis 7“ durch „Absatz 7 Satz 6 bis 8“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. j desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Kommen die erforderlichen Beschlüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, legt das Bundesministerium für Gesundheit ihre Inhalte im Benehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates fest.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. k desselben Gesetzes hat Abs. 6 durch Abs. 6 und 7 ersetzt. Abs. 6 lautete:

„(6) Kosten für Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten zur Schaffung der Telematikinfrastruktur, die vom Bundesministerium für Gesundheit in der Zeit vom 1. November 2004 bis zum 27. Juni 2005 finanziert wurden, sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu erstatten. Absatz 3 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

18.04.2016.—Artikel 2 Abs. 12 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 17. Februar 2016 (BGBl. I S. 203) hat in Abs. 1c Satz 3 „der Vierte Teil“ durch „Teil 4“ und „Verdingungsordnung“ durch „Vergabe- und Vertragsordnung“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 12 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1c Satz 4 „Nr. 4 Buchstabe p der Verdingungsordnung“ durch „Absatz 5 Buchstabe i der Vergabe- und Vertragsordnung“ ersetzt.

30.06.2017.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Juni 2017 (BGBl. I S. 1885) hat Abs. 8 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 97 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Sätze 7 bis 14 in Abs. 1 durch die Sätze 7 bis 8 ersetzt. Die Sätze 7 bis 14 lauteten: „Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit nimmt die Gesellschaft für Telematik auf europäischer Ebene Aufgaben wahr, soweit die Telematikinfrastruktur berührt ist oder künftig berührt werden kann. Das Bundesministerium für Gesundheit kann ihr dabei Weisungen erteilen. Bis zum 31. Dezember 2017 hat die Gesellschaft für Telematik die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit zugriffsberechtigte Ärzte auf die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugreifen können. Bis zum 31. Dezember 2017 hat die Gesellschaft für Telematik die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 genutzt werden können. § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 gilt für die Fristen nach den Sätzen 9 und 10 jeweils mit der Maßgabe entsprechend, dass die Ausgaben ab dem Jahr 2018 die Ausgaben des Jahres 2014 abzüglich 1 Prozent nicht überschreiten dürfen. Bis zum 31. Dezember 2018 hat die Gesellschaft für Telematik die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 Versicherte selbst Daten zur Verfügung stellen oder Daten für sie zur Verfügung gestellt werden können. Bis zum 31. Dezember 2016 hat die Gesellschaft für Telematik zu prüfen, inwieweit mobile und stationäre Endgeräte der Versicherten zur Wahrnehmung ihrer Rechte, insbesondere der Zugriffsrechte gemäß § 291a Absatz 4 Satz 2, und für die Kommunikation im Gesundheitswesen einbezogen werden können. Über das Ergebnis der Prüfung nach Satz 13 legt die Gesellschaft für Telematik dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. März 2017 einen Bericht vor.“

Artikel 1 Nr. 97 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 13 und 14 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 97 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Der Gesellschaftsvertrag bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und ist nach folgenden Grundsätzen zu gestalten:

1. Die in § 291a Abs. 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen sind Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik. Die Geschäftsanteile entfallen zu 50 Prozent auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und zu 50 Prozent auf die anderen in § 291a Abs. 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen. Mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit können die Gesellschafter den Beitritt weiterer Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung beschließen; im Falle eines Beitritts sind die Ge-

- schäftsanteile innerhalb der Gruppen der Kostenträger und Leistungserbringer entsprechend anzupassen;
2. unbeschadet zwingender gesetzlicher Mehrheitserfordernisse entscheiden die Gesellschafter mit der Mehrheit von 67 Prozent der sich aus den Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen, soweit nicht der Gesellschaftsvertrag eine geringere Mehrheit vorsieht;
 3. das Bundesministerium für Gesundheit entsendet in die Versammlung der Gesellschafter eine Vertreterin oder einen Vertreter ohne Stimmrecht;
 4. (weggefallen)“

Artikel 1 Nr. 97 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 9 „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ nach „Telematik“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 97 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 10 „ , der Geschäftsführer der Gesellschaft für Telematik sowie das Bundesministerium für Gesundheit“ durch „und die Geschäftsführung der Gesellschaft für Telematik“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 97 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Wird die Gesellschaft für Telematik nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist gegründet oder löst sich die Gesellschaft für Telematik auf, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in § 291a Abs. 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen zur Errichtung der Gesellschaft für Telematik verpflichten; die übrigen Spitzenorganisationen können mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit der Gesellschaft für Telematik als Gesellschafter beitreten. Für die Finanzierung der Gesellschaft für Telematik nach Satz 1 gilt § 291a Absatz 7 Satz 6 bis 8 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 97 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik zu den Regelungen, dem Aufbau und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, das sie, soweit sie gegen Gesetz oder sonstiges Recht verstoßen, innerhalb eines Monats beanstanden kann; bei der Prüfung der Beschlüsse hat das Bundesministerium für Gesundheit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In begründeten Einzelfällen, insbesondere wenn die Prüfung der Beschlüsse innerhalb von einem Monat nicht abgeschlossen werden kann, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Frist vor ihrem Ablauf um höchstens einen Monat verlängern. Erfolgt keine Beanstandung, werden die Beschlüsse nach Ablauf der Beanstandungsfrist für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich. Kommen die erforderlichen Beschlüsse nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, so kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Beschlüsse im Benehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festlegen oder die Schlichtungsstelle nach § 291c anrufen. Die Gesellschaft für Telematik ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung der Rechtsverordnung unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.“

Artikel 1 Nr. 97 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) Die vom Bundesministerium für Gesundheit und von seinem Geschäftsbereich zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach Absatz 4 veranlassten Kosten sind unverzüglich aus den Finanzmitteln der Gesellschaft für Telematik zu begleichen; dies gilt auch, soweit Arbeiten zur Vorbereitung der Rechtsverordnung im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten durchgeführt werden.“

Artikel 1 Nr. 97 lit. h desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 5 eingefügt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 34 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Buchstabe b „Absatz 2 und 3“ durch „Absatz 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. a litt. bb und cc desselben Gesetzes hat die Sätze 9 bis 20 in Abs. 1 durch die Sätze 9 bis 24 ersetzt. Die Sätze 8 bis 20 lauteten: „Um einen strukturierten Prozess zu gewährleisten, erstellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung innerhalb von vier Wochen nach dem 11. Mai 2019 eine Verfahrensordnung zur Herstellung des Benehmens nach Satz 7. Innerhalb von vier Wochen nach Erstellung der Verfahrensordnung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Benehmen hierzu mit den nach Satz 7 zu Beteiligten herzustellen. Die Gesellschaft für Telematik kann der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 7 angemessene Fristen, entsprechend dem Projektstand, setzen; hält die Kassenärztliche Bundesvereinigung die jeweilige Frist nicht ein, kann die Gesellschaft für Telematik die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Erstellung der jeweiligen

Festlegungen nach Satz 7 im Benehmen mit den in Satz 7 genannten Organisationen beauftragen. Satz 8 findet entsprechende Anwendung. Das Verfahren für das Vorgehen nach Fristablauf legt die Gesellschaft für Telematik fest. Die Festlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach Satz 7 oder die Festlegungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Satz 11 zweiter Halbsatz sind für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich. Sie können nur durch eine alternative Entscheidung der in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 291a Absatz 7 Satz 1 in gleicher Sache ersetzt werden. Eine Entscheidung der Spitzenorganisationen nach Satz 15 erfolgt mit der einfachen Mehrheit der sich aus deren Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen. Die Festlegungen nach den Sätzen 7, 11 zweiter Halbsatz und Satz 15 sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufzunehmen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 7 entstandenen Kosten durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Satz 18 gilt für die Deutsche Krankenhausgesellschaft entsprechend, sofern diese nach Satz 11 zweiter Halbsatz die Aufgabe nach Satz 7 erfüllt. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit nimmt die Gesellschaft für Telematik auf europäischer Ebene Aufgaben wahr, soweit die Telematikinfrastruktur berührt ist oder künftig berührt werden kann.“

Artikel 1 Nr. 34 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 1c neu gefasst. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „Bei der Vergabe von Aufträgen sind abhängig vom Auftragswert die Vorschriften über die Vergabe öffentlicher Aufträge: Teil 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sowie die Vergabeverordnung und § 22 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung sowie der Abschnitt 1 des Teils A der Vergabe- und Vertragsordnung für Leistungen (VOL/A) anzuwenden. Für die freihändige Vergabe von Leistungen gemäß § 3 Absatz 5 Buchstabe i der Vergabe- und Vertragsordnung für Leistungen – Teil A (VOL/A) werden die Ausführungsbestimmungen vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegt und im Bundesanzeiger veröffentlicht.“

Artikel 1 Nr. 34 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1e Satz 1 „bis zum 31. Dezember 2016“ nach „legt“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 34 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1e Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1e Satz 5 „bis zum 31. März 2017 zu treffen und“ nach „sind“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 34 lit. d desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 1d durch Satz 4 ersetzt. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Für die Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3, die nicht in diesem Buch oder im Elften Buch Sozialgesetzbuch geregelt sind, kann die Gesellschaft für Telematik Entgelte verlangen. Der Entgeltkatalog bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

Artikel 1 Nr. 34 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 7 „einem durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung zu benennenden Vertreter aus dem Bereich der Hochschulmedizin,“ nach „Wissenschaft,“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 6a eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494) hat in Abs. 1d Satz 4 „oder im Elften Buch“ durch „ , im Elften Buch oder im Implantateregistergesetz“ ersetzt.

26.05.2020.—Artikel 16a Abs. 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) hat in Abs. 1 Satz 7 „Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information“ durch „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ ersetzt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 291b Gesellschaft für Telematik

- (1) Im Rahmen der Aufgaben nach § 291a Absatz 7 Satz 2 hat die Gesellschaft für Telematik
1. die funktionalen und technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzepts zu erstellen,
 2. Inhalt und Struktur der Datensätze für deren Bereitstellung und Nutzung festzulegen,
 3. Vorgaben für den sicheren Betrieb der Telematikinfrastruktur zu erstellen und ihre Umsetzung zu überwachen,
 4. die notwendigen Test- und Zertifizierungsmaßnahmen sicherzustellen und
 5. Verfahren einschließlich der dafür erforderlichen Authentisierungsverfahren festzulegen zur Verwaltung

- a) der in § 291a Absatz 4 und 5a geregelten Zugriffsberechtigungen und
- b) der Steuerung der Zugriffe auf Daten nach § 291a Absatz 3.

Bei der Gestaltung der Verfahren nach Satz 1 Nummer 5 berücksichtigt die Gesellschaft für Telematik, dass die Telematikinfrastruktur schrittweise ausgebaut wird und die Zugriffsberechtigungen künftig auf weitere Leistungserbringergruppen ausgedehnt werden können. Soweit bei den Festlegungen und Maßnahmen nach Satz 1 Fragen der Datensicherheit berührt sind, sind diese im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen. Die Gesellschaft für Telematik hat die Interessen von Patienten zu wahren und die Einhaltung der Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten sowie zur Barrierefreiheit sicherzustellen. Die Gesellschaft für Telematik hat Aufgaben nur insoweit wahrzunehmen, als dies zur Schaffung einer interoperablen, kompatiblen und sicheren Telematikinfrastruktur erforderlich ist. Mit Teilaufgaben der Gesellschaft für Telematik können einzelne Gesellschafter oder Dritte beauftragt werden; hierbei sind durch die Gesellschaft für Telematik Interoperabilität, Kompatibilität und das notwendige Sicherheitsniveau der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung trifft im Benehmen mit den übrigen Spitzenorganisationen nach § 291a Absatz 7 Satz 1, der Gesellschaft für Telematik, den maßgeblichen, fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, der Bundespsychotherapeutenkammer, den maßgeblichen Bundesverbänden der Pflege, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, den für die Wahrnehmung der Interessen der Forschung im Gesundheitswesen maßgeblichen Bundesverbänden und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die notwendigen Festlegungen für die Inhalte der elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. Sie hat dabei internationale Standards einzubeziehen und die Festlegungen nach § 31a Absatz 4 und 5 sowie die Festlegungen zur Verfügbarmachung von Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zu berücksichtigen. Über die Festlegungen nach Satz 7 entscheidet für die Kassenärztliche Bundesvereinigung der Vorstand. Um einen strukturierten Prozess zu gewährleisten, erstellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung innerhalb von vier Wochen nach dem 11. Mai 2019 eine Verfahrensordnung zur Herstellung des Benehmens nach Satz 7. Innerhalb von vier Wochen nach Erstellung der Verfahrensordnung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Benehmen hierzu mit den nach Satz 7 zu Beteiligten herzustellen. Die Gesellschaft für Telematik kann der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 7 angemessene Fristen, entsprechend dem Projektstand, setzen; hält die Kassenärztliche Bundesvereinigung die jeweilige Frist nicht ein, kann die Gesellschaft für Telematik die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Erstellung der jeweiligen Festlegungen nach Satz 7 im Benehmen mit den in Satz 7 genannten Organisationen beauftragen. Satz 8 findet entsprechende Anwendung. Das Verfahren für das Vorgehen nach Fristablauf legt die Gesellschaft für Telematik fest. Die Festlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach Satz 7 oder die Festlegungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Satz 11 zweiter Halbsatz sind für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich. Sie können nur durch eine alternative Entscheidung der in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 291a Absatz 7 Satz 1 in gleicher Sache ersetzt werden. Eine Entscheidung der Spitzenorganisationen nach Satz 15 erfolgt mit der einfachen Mehrheit der sich aus deren Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen. Die Festlegungen nach den Sätzen 7, 11 zweiter Halbsatz und Satz 15 sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufzunehmen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 7 entstandenen Kosten durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Satz 18 gilt für die Deutsche Krankenhausgesellschaft entsprechend, sofern diese nach Satz 11 zweiter Halbsatz die Aufgabe nach Satz 7 erfüllt. Die Gesellschaft für Telematik nimmt auf europäischer Ebene, insbesondere im Zusammenhang mit den Arbeiten im Zusammenhang mit dem grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten, Aufgaben wahr. Dabei hat sie darauf hinzuwirken, dass einerseits die auf europäischer Ebene getroffenen Festlegungen mit den Vorgaben für die Telematikinfrastruktur und ihre Anwendungen und diese andererseits mit den europäischen Vorgaben vereinbar sind. Die Gesellschaft für Telematik hat die für den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten erforderlichen Festlegungen zu treffen und hierbei die auf europäischer Ebene hierzu getroffenen Festlegungen zu berücksichtigen. Datenschutz und Datensicherheit sind dabei nach dem Stand der Technik zu gewährleisten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann ihr dabei Weisungen erteilen.

(1a) Die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur werden von der Gesellschaft für Telematik zugelassen. Die Zulassung wird auf Antrag des Anbieters einer Komponente oder des Anbieters eines Dienstes erteilt, wenn die Komponente oder der Dienst funktionsfähig, interoperabel und sicher ist. Die Zulassung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden. Die Gesellschaft für Telematik prüft die Funktionsfähigkeit und Interoperabilität auf der Grundlage der von ihr veröffentlichten Prüfkriterien. Der Nachweis der Sicherheit erfolgt nach den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik durch eine Sicherheitszertifizierung. Hierzu entwickelt das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik geeignete Prüfvorschriften und veröffentlicht diese im Bundesanzeiger. Das Nähere zum Zulassungsverfahren und zu den Prüfkriterien wird von der Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik beschlossen. Die Gesellschaft für Telematik veröffentlicht eine Liste mit den zugelassenen Komponenten und Diensten. Die für die Aufgaben nach Satz 5, 6 und 12 beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik entstehenden Kosten sind diesem durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Die Einzelheiten werden von dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der Gesellschaft für Telematik einvernehmlich festgelegt. Die Gesellschaft für Telematik kann eine befristete Genehmigung zur Verwendung von nicht zugelassenen Komponenten und Diensten in der Telematikinfrastruktur erteilen, wenn dies zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Sicherheit der Telematikinfrastruktur erforderlich ist. Hinsichtlich der Sicherheit ist die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu erteilen. Für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten nach § 291a Absatz 5 Satz 9 legt abweichend von den Sätzen 5 bis 7 die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik den Umfang der Zulassung für die erforderlichen Komponenten und Dienste einschließlich der Anforderungen an die Sicherheit und das Nähere zum Zulassungsverfahren fest. Die Festlegungen nach Satz 13 sind von der Gesellschaft für Telematik bis zum 26. Mai 2019 zu veröffentlichen.

(1b) Die Gesellschaft für Telematik hat eine diskriminierungsfreie Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 zu gewährleisten. Dabei sind elektronische Anwendungen, die der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben der Kranken- und Pflegeversicherung dienen, vorrangig zu berücksichtigen. Für die Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 legt die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit die erforderlichen Voraussetzungen bis zum 30. Juni 2016 fest und veröffentlicht diese auf ihrer Internetseite. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen muss der Anbieter einer Anwendung gegenüber der Gesellschaft für Telematik in einem Bestätigungsverfahren nachweisen. Die Einzelheiten des Bestätigungsverfahrens sowie die dazu erforderlichen Prüfkriterien legt die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bis zum 30. September 2016 fest und veröffentlicht sie auf ihrer Internetseite. Das Bestätigungsverfahren wird auf Antrag eines Anbieters einer Anwendung durchgeführt. Die Bestätigung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden. Die Gesellschaft für Telematik veröffentlicht eine Liste mit den erteilten Bestätigungen auf ihrer Internetseite. Für Leistungserbringer in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, die die Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 nutzen wollen und für die noch keine sicheren Authentisierungsverfahren nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 festgelegt sind, legt die Gesellschaft für Telematik diese Verfahren in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik fest. Die nach diesem Absatz beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie bei der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entstehenden Kosten sind durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Die Gesellschaft für Telematik legt die Einzelheiten der Kostenerstattung einvernehmlich jeweils mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest.

(1c) Betriebsleistungen sind auf der Grundlage der von der Gesellschaft für Telematik zu beschließenden Rahmenbedingungen zu erbringen. Zur Durchführung des operativen Betriebs der Telematikinfrastruktur vergibt die Gesellschaft für Telematik Aufträge oder erteilt in einem transparenten und diskriminierungsfreien Verfahren Zulassungen; sind nach Absatz 1 Satz 6 erster Halbsatz einzelne Gesellschafter oder Dritte beauftragt worden, so sind die Beauftragten für die Vergabe und für die Erteilung der Zulassung zuständig. Bei der Vergabe von Aufträgen sind abhängig vom Auftragswert die Vorschriften über die Vergabe öffentlicher Aufträge anzuwenden: der Vierte Teil des Gesetzes gegen Wett-

bewerbsbeschränkungen, die Vergabeverordnung sowie die Unterschwellenvergabeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Februar 2017 (BAnz AT 07.02.2017 B1, BAnz AT 07.02.2017 B2). Für die Verhandlungsvergabe von Leistungen gemäß § 8 Absatz 4 Nummer 17 der Unterschwellenvergabeordnung werden die Ausführungsbestimmungen vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegt. Bei Zulassungsverfahren nach Satz 2 haben Anbieter von operativen Betriebsleistungen einen Anspruch auf Zulassung, wenn

1. die zu verwendenden Komponenten und Dienste nach den Absätzen 1a und 1e zugelassen sind,
2. der Anbieter den Nachweis erbringt, dass die Verfügbarkeit und Sicherheit der Betriebsleistung gewährleistet sind, und
3. der Anbieter sich vertraglich verpflichtet, die Rahmenbedingungen für Betriebsleistungen der Gesellschaft für Telematik einzuhalten.

Die Zulassung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden. Die Gesellschaft für Telematik beziehungsweise die von ihr beauftragten Organisationen können die Anzahl der Zulassungen beschränken, soweit dies zur Gewährleistung von Interoperabilität, Kompatibilität und des notwendigen Sicherheitsniveaus erforderlich ist. Die Gesellschaft für Telematik beziehungsweise die von ihr beauftragten Organisationen veröffentlichen

1. die fachlichen und sachlichen Voraussetzungen, die für den Nachweis nach Satz 5 Nr. 2 erfüllt sein müssen, sowie
2. eine Liste mit den zugelassenen Anbietern.

(1d) Die Gesellschaft für Telematik kann für die Zulassungen und Bestätigungen der Absätze 1a bis 1c und 1e Gebühren und Auslagen erheben. Die Gebührensätze sind so zu bemessen, dass sie den auf die Leistungen entfallenden durchschnittlichen Personal- und Sachaufwand nicht übersteigen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die gebührenpflichtigen Tatbestände zu bestimmen und dabei feste Sätze oder Rahmensätze vorzusehen sowie Regelungen über die Gebührenentstehung, die Gebührenerhebung, die Erstattung von Auslagen, den Gebührenschuldner, Gebührenbefreiungen, die Fälligkeit, die Stundung, die Niederschlagung, den Erlass, Säumniszuschläge, die Verjährung und die Erstattung zu treffen. Für die Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 kann die Gesellschaft für Telematik Entgelte verlangen; die Nutzung ist unentgeltlich, sofern die Anwendungen in diesem Buch, im Elften Buch oder im Implantateregistergesetz geregelt sind oder zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung, insbesondere gesetzlicher Meldepflichten im Gesundheitswesen, genutzt werden.

(1e) Die Gesellschaft für Telematik legt sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente über die Telematikinfrastruktur in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest und veröffentlicht diese Festlegungen auf ihrer Internetseite. Die Erfüllung dieser Festlegungen muss der Anbieter eines Dienstes für ein Übermittlungsverfahren gegenüber der Gesellschaft für Telematik in einem Zulassungsverfahren nachweisen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können Anbieter eines zugelassenen Dienstes für ein sicheres Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente nach Satz 1 sein, sofern der Dienst nur Kassenärztlichen Vereinigungen sowie deren Mitgliedern zur Verfügung gestellt wird. Für das Zulassungsverfahren gilt Absatz 1a. Die für das Zulassungsverfahren erforderlichen Festlegungen sind auf der Internetseite der Gesellschaft für Telematik zu veröffentlichen. Die nach diesem Absatz bei dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und bei der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entstehenden Kosten sind durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Die Gesellschaft für Telematik legt die Einzelheiten der Kostenerstattung einvernehmlich mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest.

(2) Der Gesellschaftsvertrag der Gesellschaft für Telematik, die auf der Grundlage des § 291a Absatz 7 in der bis zum 11. Mai 2019 geltenden Fassung gegründet worden ist, ist nach folgenden Grundsätzen anzupassen:

1. Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, und die in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen sind Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik. Die Geschäftsanteile entfallen zu 51 Prozent auf die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zu 24,5 Prozent auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und zu 24,5 Prozent auf die anderen in § 291a Absatz 7

Satz 1 genannten Spitzenorganisationen. Die Gesellschafter können den Beitritt weiterer Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung beschließen; im Fall eines Beitritts sind die Geschäftsanteile innerhalb der Gruppen der Kostenträger und Leistungserbringer entsprechend anzupassen;

2. unbeschadet zwingender gesetzlicher Mehrheitserfordernisse entscheiden die Gesellschafter mit der einfachen Mehrheit der sich aus den Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen.

(2a) Die Gesellschaft für Telematik hat einen Beirat einzurichten, der sie in fachlichen Belangen berät. Er kann Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik zur Befassung vorlegen und ist vor der Beschlussfassung zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung zu hören. Zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung gehören insbesondere:

1. Fachkonzepte zu Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte,
2. Planungen und Konzepte für Erprobung und Betrieb der Telematikinfrastruktur sowie
3. Konzepte zur Evaluation von Erprobungsphasen und Anwendungen.

Hierzu sind dem Beirat die entsprechenden Informationen in verständlicher Form so rechtzeitig zur Verfügung zu stellen, dass er sich mit ihnen inhaltlich befassen kann. Die Gesellschaft für Telematik hat sich mit den Stellungnahmen des Beirats zu befassen und dem Beirat mitzuteilen, inwieweit sie die Empfehlungen des Beirats berücksichtigt. Der Vorsitzende des Beirats kann an den Gesellschafterversammlungen der Gesellschaft für Telematik teilnehmen. Der Beirat besteht aus vier Vertretern der Länder, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen, drei Vertretern der Wissenschaft, einem durch das Bundesministerium der Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung zu benennenden Vertreter aus dem Bereich der Hochschulmedizin, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, einem Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblichen Spitzenorganisation sowie der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Vertreter weiterer Gruppen und Bundesbehörden können berufen werden. Die Mitglieder des Beirats werden von der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik berufen; die Vertreter der Länder werden von den Ländern benannt. Die Gesellschafter und die Geschäftsführung der Gesellschaft für Telematik können an den Sitzungen des Beirats teilnehmen.

(3) (weggefallen)

(4) Die Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik zu den Regelungen, dem Aufbau und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur sind für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; dies gilt auch für Apothekerkammern der Länder für Beschlüsse über die Zuständigkeit für die Herausgabe von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen, soweit dies nicht durch Bundes- oder Landesrecht geregelt ist. Vor der Beschlussfassung hat die Gesellschaft für Telematik dem oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, sofern Belange des Datenschutzes oder der Datensicherheit berührt sind.

(5) (weggefallen)

(6) Soweit von Komponenten und Diensten eine Gefahr für die Funktionsfähigkeit oder Sicherheit der Telematikinfrastruktur ausgeht, ist die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik befugt, die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Abwehr dieser Gefahr zu treffen. Betreiber von nach den Absätzen 1a und 1e zugelassenen Diensten und Betreiber von Diensten für nach Absatz 1b bestätigte Anwendungen haben erhebliche Störungen der Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit dieser Dienste unverzüglich an die Gesellschaft für Telematik zu melden. Erheblich sind Störungen, die zum Ausfall oder zur Beeinträchtigung der Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der in Satz 2 genannten Dienste oder zum Ausfall oder zur Beeinträchtigung der Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur führen können oder bereits geführt haben. Die Gesellschaft für Telematik hat die ihr nach Satz 2 gemeldeten Störungen sowie darüber hinausgehende bedeutende Störungen, die zu beträchtlichen Auswirkungen auf die Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur führen können oder bereits geführt haben, unverzüglich an das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik

zu melden. Die Gesellschaft für Telematik hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich über Meldungen nach Satz 4 zu informieren. Die Gesellschaft für Telematik kann zur Gefahrenabwehr im Einzelfall insbesondere Komponenten und Dienste für den Zugang zur Telematikinfrastruktur sperren oder den weiteren Zugang zur Telematikinfrastruktur nur unter der Bedingung gestatten, dass die von der Gesellschaft für Telematik angeordneten Maßnahmen zur Beseitigung der Gefahr umgesetzt werden.

(6a) Dienstleister, die mit der Herstellung und der Wartung des Anschlusses von IT-Systemen der Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur, einschließlich der Wartung hierfür benötigter Komponenten sowie der Anbindung an Dienste der Telematikinfrastruktur, beauftragt werden, müssen über die notwendige Fachkunde verfügen, um Störungen der informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse der Leistungserbringer in Bezug auf Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit zu vermeiden, und besondere Sorgfalt bei der Herstellung und Wartung des Anschlusses an die Telematikinfrastruktur walten lassen. Die Erfüllung der Anforderungen nach Satz 1 muss den Leistungserbringern auf Verlangen nachgewiesen werden. Zur Erfüllung der Anforderungen nach Satz 1 und des Nachweises nach Satz 2 können die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene den von ihnen vertretenen Leistungserbringern in Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik Hinweise geben. Der Gesellschaft für Telematik obliegt hierbei die Beachtung der notwendigen sicherheitstechnischen und betrieblichen Voraussetzungen zur Wahrung der Sicherheit und Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur.

(7) Die Gesellschaft für Telematik kann für Komponenten und Dienste, die die Telematikinfrastruktur nutzen, aber außerhalb der Telematikinfrastruktur betrieben werden, in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik solche Maßnahmen zur Überwachung des Betriebs treffen, die erforderlich sind, um die Sicherheit, Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. Die Gesellschaft für Telematik legt hierzu fest, welche näheren Angaben ihr die Betreiber der Komponenten und Dienste offenzulegen haben, damit die Überwachung durchgeführt werden kann. Für die Erstattung der Kosten des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik gilt Absatz 1a Satz 9 und 10 entsprechend.

(8) Die Gesellschaft für Telematik legt dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik auf Verlangen die folgenden Unterlagen und Informationen vor:

1. die Zulassungen und Bestätigungen nach den Absätzen 1a bis 1c und 1e einschließlich der zugrunde gelegten Dokumentation,
2. eine Aufstellung der nach den Absätzen 6 und 7 getroffenen Maßnahmen einschließlich der festgestellten Sicherheitsmängel und Ergebnisse der Maßnahmen und
3. sonstige für die Bewertung der Sicherheit der Telematikinfrastruktur sowie der zugelassenen Dienste und bestätigten Anwendungen erforderlichen Informationen.

Ergibt die Bewertung der in Satz 1 genannten Informationen Sicherheitsmängel, so kann das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik der Gesellschaft für Telematik verbindliche Anweisungen zur Beseitigung der festgestellten Sicherheitsmängel erteilen. Die Gesellschaft für Telematik ist befugt, Betreibern von zugelassenen Diensten und bestätigten Anwendungen nach den Absätzen 1a bis 1c und 1e verbindliche Anweisungen zur Beseitigung festgestellter Sicherheitsmängel zu erteilen. Die Kosten der Überprüfung tragen

1. die Gesellschaft für Telematik, sofern das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik auf Grund von Anhaltspunkten tätig geworden ist, die berechtigte Zweifel an der Sicherheit der Telematikinfrastruktur begründeten,
2. der Betreiber von zugelassenen Diensten und bestätigten Anwendungen nach den Absätzen 1a bis 1c und 1e, sofern das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik auf Grund von Anhaltspunkten tätig geworden ist, die berechtigte Zweifel an der Sicherheit der zugelassenen Dienste und bestätigten Anwendungen begründeten.“

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 23 lit. c litt. bb des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 5 Satz 4 „2020“ durch „2021“ ersetzt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 23 lit. a lit. aa des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1 „online auf der elektronischen Gesundheitskarte“ nach „diese Angaben“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 23 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Dazu ermöglichen sie den Online-Abgleich der auf der elektronischen Gesundheitskarte ge-

§ 291c Einzug, Sperrung oder weitere Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte nach Krankenkassenwechsel; Austausch der elektronischen Gesundheitskarte

(1) Bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel ist die elektronische Gesundheitskarte von der Krankenkasse, die diese elektronische Gesundheitskarte ausgestellt hat, einzuziehen oder zu sperren und nach dem Stand der Technik zu vernichten.

(2) Wird die elektronische Gesundheitskarte eines Versicherten eingezogen, gesperrt oder im Rahmen eines bestehenden Versicherungsverhältnisses ausgetauscht, so hat die Krankenkasse sicherzustellen, dass der Versicherte weiterhin auf die Daten in den Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Nummer 1 und 6 zugreifen und diese Daten verarbeiten kann.

(3) Vor dem Einzug der elektronischen Gesundheitskarte und vor dem Austausch der elektronischen Gesundheitskarte im Rahmen eines bestehenden Versicherungsverhältnisses hat die einziehende Krankenkasse über Möglichkeiten zur Löschung der Daten nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 5 auf der elektronischen Gesundheitskarte zu informieren.⁵⁷³

speicherten Daten nach § 291a Absatz 2 und 3 mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten und die Online-Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten. Die Tatsache, dass die Prüfung durchgeführt worden ist, haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern.“

Artikel 1 Nr. 23 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 5 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Von der Kürzung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ist abzusehen, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachweist, bereits vor dem 1. April 2019 die Anschaffung der für die Prüfung nach Absatz 2 erforderlichen Ausstattung vertraglich vereinbart zu haben.“

Artikel 1 Nr. 23 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 7 eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 1 Satz 2 „2022“ durch „2025“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „2022“ durch „2025“ und „2023“ durch „2026“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 jeweils „2023“ durch „2026“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 7 „und Absatz 8“ durch „ , Absatz 8 und § 291a Absatz 4 Satz 2“ ersetzt.

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat in Abs. 2 Satz 2 „ ; ab dem 1. Januar 2026 erfolgt die Prüfung nach Satz 1 durch einen elektronischen Abruf der bei der Krankenkasse vorliegenden Daten nach § 291a Absatz 2 und 3“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 und 4 eingefügt.

573 QUELLE

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 97a lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 3 Satz 1 „Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik“ durch „Spitzenorganisationen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 97a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 aufgehoben. Abs. 6 lautete:

„(6) Erhält ein Beschlussvorschlag zu den Regelungen, zum Aufbau und zum Betrieb der Telematikinfrastruktur nach § 291b Absatz 4 Satz 1 in der Gesellschafterversammlung oder in anderen Beschlussgremien der Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik nicht die für eine Beschlussfassung erforderliche Mehrheit, so wird ein Schlichtungsverfahren zu den Inhalten des Beschlussvorschlags eingeleitet, wenn mindestens 50 Prozent der Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik oder das Bundesministerium für Gesundheit ein solches beantragen. Bei Beschlussvorschlägen zu § 291 Absatz 2b Satz 6 und zu § 291b Absatz 1 Satz 9 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass jede der in § 291 Absatz 2b Satz 7 genannten Organisationen das Schlichtungsverfahren einleiten kann.“

Artikel 1 Nr. 97a lit. c desselben Gesetzes hat die Sätze 1 bis 3 in Abs. 7 aufgehoben. Die Sätze 1 bis 3 lauteten: „Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens hat die Geschäftsführung der Gesellschaft für Telematik eine Gesellschafterversammlung einzuberufen. Die Schlichtungsstelle hat zur Gesellschafterversammlung einen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. Erhält bei der Ge-

§ 291d⁵⁷⁴

sellschafterversammlung kein Vorschlag die erforderliche Mehrheit, entscheidet die Schlichtungsstelle innerhalb von zwei Wochen nach der Gesellschafterversammlung.“

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 291c Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik

(1) Bei der Gesellschaft für Telematik ist eine Schlichtungsstelle einzurichten.

(2) Die Schlichtungsstelle hat einen unparteiischen Vorsitzenden. Über den unparteiischen Vorsitzenden sollen sich die Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik einigen. Kommt nach Fristsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit keine Einigung zustande, benennt das Bundesministerium für Gesundheit den Vorsitzenden.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann einen Vertreter als Mitglied der Schlichtungsstelle benennen, die übrigen in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen können einen gemeinsamen Vertreter als Mitglied der Schlichtungsstelle benennen. Die Amtsdauer der Mitglieder der Schlichtungsstelle beträgt zwei Jahre. Wiederbenennung ist zulässig.

(4) Die Schlichtungsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit bedarf.

(5) Die Selbstverwaltungsorganisationen tragen die Kosten für die von ihnen benannten Vertreter jeweils selbst. Die Kosten für den unparteiischen Vorsitzenden sowie die sonstigen Kosten der Schlichtungsstelle werden aus den Finanzmitteln der Gesellschaft für Telematik finanziert.

(6) (weggefallen)

(7) Jedes Mitglied der Schlichtungsstelle hat eine Stimme. Die Schlichtungsstelle entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden den Ausschlag.

(8) Die Gesellschaft für Telematik oder die von ihr beauftragten Organisationen sind verpflichtet, der Schlichtungsstelle nach deren Vorgaben unverzüglich zuzuarbeiten. Der unparteiische Vorsitzende kann an den Gesellschafterversammlungen der Gesellschaft für Telematik teilnehmen.

(9) Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. Bei der Prüfung der Entscheidung hat das Bundesministerium für Gesundheit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Entscheidung, soweit sie gegen Gesetz oder sonstiges Recht verstößt, innerhalb von einem Monat beanstanden. Werden die Beanstandungen nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, so kann das Bundesministerium für Gesundheit anstelle der Schlichtungsstelle entscheiden. Die Gesellschaft für Telematik ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung seiner Entscheidung unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Die Entscheidungen nach den Sätzen 1 und 4 sind für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie können nur durch eine alternative Entscheidung der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik in gleicher Sache ersetzt werden.“

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Abs. 2 aufgehoben und Abs. 3 und 4 in Abs. 2 und 3 unnummeriert. Abs. 2 lautete:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Optimierung der Verfahrensabläufe beschließen, dass elektronische Gesundheitskarten abweichend von Absatz 1 von den Versicherten nach einem Krankenkassenwechsel weiter genutzt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen muss dabei sicherstellen, dass die Daten nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 und 6 bis 9 fristgerecht aktualisiert werden. Der Beschluss des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Vor der Erteilung der Genehmigung ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Bundesministerium für Gesundheit kann für die Stellungnahme eine angemessene Frist setzen.“

574 QUELLE

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

25.07.2017.—Artikel 8a Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) hat in der Überschrift „Verordnungsermächtigung“ am Ende eingefügt.

Artikel 8a Nr. 2 desselben Gesetzes hat Abs. 1 durch Abs. 1 bis 1b ersetzt. Abs. 1 lautete:

„(1) In informationstechnische Systeme, die zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen von personenbezogenen Patientendaten eingesetzt werden in

1. der vertragsärztlichen Versorgung,
2. der vertragszahnärztlichen Versorgung und
3. Krankenhäusern,

sollen so bald wie möglich offene und standardisierte Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel integriert werden.“

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 39 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1 Satz 1 „zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen“ durch „zur Verarbeitung“ ersetzt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 34a lit. a litt. aa des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 1 Satz 2 „bis 4“ durch „und 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34a lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Informationstechnische Systeme, in die nach Satz 1 Schnittstellen integriert worden sind, bedürfen der jeweiligen Bestätigung nach den Absätzen 2 bis 4, bevor sie eingesetzt werden dürfen.“

Artikel 1 Nr. 34a lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 „und“ am Ende gestrichen, in Abs. 1a Satz 1 Nr. 2 den Punkt durch „und“ ersetzt und Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 34a lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 3 „bis 4“ durch „und 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34a lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1b neu gefasst. Abs. 1b lautete:

„(1b) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Fristen für die Integration weiterer offener und standardisierter Schnittstellen in informationstechnische Systeme nach Absatz 1 Satz 1 festzulegen.“

Artikel 1 Nr. 34a lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „trifft die Kassenärztliche Bundesvereinigung“ durch „treffen die Kassenärztliche Bundesvereinigungen“ ersetzt sowie „und vertragszahnärztlichen“ nach „vertragsärztlichen“ und „nach den Absätzen 1 und 1a sowie nach Maßgabe der nach Absatz 1b zu erlassenden Rechtsverordnung“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 34a lit. d litt. bb die Sätze 2 und 3 in Abs. 2 aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das System die Festlegungen nach Satz 1 erfüllt. Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.“

Artikel 1 Nr. 34 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Für die in der vertragszahnärztlichen Versorgung eingesetzten informationstechnischen Systeme trifft die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das System die Festlegungen nach Satz 1 erfüllt. Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.“

Artikel 1 Nr. 34 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „nach den Absätzen 1 und 1a sowie nach Maßgabe der nach Absatz 1b zu erlassenden Rechtsverordnung“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. f litt. bb und cc desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 4 durch Satz 2 ersetzt. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das System die Festlegungen nach Satz 1 erfüllt. Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.“

Artikel 1 Nr. 34 lit. g und h desselben Gesetzes hat Abs. 5 und 6 in Abs. 6 und 7 unnummeriert und Abs. 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. h desselben Gesetzes hat in den neuen Abs. 6 und 7 jeweils „bis 4“ durch „und 4“ ersetzt.

AUFHEBUNG

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 291d Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme, Verordnungsermächtigung

(1) In informationstechnische Systeme, die zur Verarbeitung von personenbezogenen Patientendaten eingesetzt werden in

1. der vertragsärztlichen Versorgung,
2. der vertragszahnärztlichen Versorgung und
3. Krankenhäusern,

sind offene und standardisierte Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel zu integrieren. Die Integration der Schnittstellen muss spätestens zwei Jahre, nachdem die jeweiligen Festlegungen nach den Absätzen 2 und 4 in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufgenommen worden sind, erfolgt sein. Bei einer Fortschreibung der Schnittstellen kann in den Festlegungen nach den Absätzen 2 und 4 in Verbindung mit der nach Absatz 1b zu erlassenden Rechtsverordnung eine Frist vorgegeben werden, die von der in Satz 2 genannten Frist abweicht.

(1a) Absatz 1 gilt entsprechend für die Integration von offenen und standardisierten Schnittstellen für

1. elektronische Programme, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 für die Verordnung von Arzneimitteln zugelassen sind,
2. elektronische Programme, die auf Grund der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zur Durchführung von Meldungen und Benachrichtigungen zugelassen sind und
3. die Anbindung vergleichbarer versorgungsorientierter informationstechnischer Systeme, insbesondere ambulante und klinische Anwendungs- und Datenbanksysteme nach diesem Buch.

Bei den Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 2 bis 4 für elektronische Programme, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 zugelassen sind, sind die Vorgaben nach § 73 Absatz 9 und der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 zu berücksichtigen. Bei den Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 2 und 4 für elektronische Programme, die auf Grund der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zugelassen sind, sind die Vorgaben der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu berücksichtigen; zudem ist ein Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut herzustellen. Die Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 und die Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes können für die Integration von Schnittstellen für die elektronischen Programme eine Frist festlegen, die von der in Absatz 1 Satz 2 genannten Frist abweicht.

(1b) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zur Förderung der Interoperabilität zwischen informationstechnischen Systemen nähere Vorgaben für die Festlegung der offenen und standardisierten Schnittstellen für informationstechnische Systeme nach den Absätzen 1 und 1a sowie verbindliche Fristen für deren Integration und Fortschreibung festzulegen, insbesondere vorzugeben, welche Standards, Profile und Leitfäden, die im Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e verzeichnet sind, bei der Festlegung der offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 2 und 4 berücksichtigt werden müssen.

(2) Für die in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung eingesetzten informationstechnischen Systeme treffen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 1 und 1a sowie nach Maßgabe der nach Absatz 1b zu erlassenden Rechtsverordnung.

(3) Für die abrechnungsbegründende Dokumentation von vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen dürfen Vertragsärzte und Vertragszahnärzte ab dem 1. Januar 2021 nur solche informationstechnischen Systeme einsetzen, die von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestätigt wurden. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen legen im Einvernehmen mit der Gesellschaft für Telematik die Vorgaben für das Bestätigungsverfahren so fest, dass im Rahmen des Bestätigungsverfahrens sichergestellt wird, dass die vorzunehmende Integration der offenen und standardisierten Schnittstellen in das jeweilige informationstechnische System innerhalb der Frist nach Absatz 1 und nach Maßgabe der Absätze 1 und 1a sowie der nach Absatz 1b zu erlassenden Rechtsverordnung er-

§ 291e⁵⁷⁵

folgt ist. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen veröffentlichen die Vorgaben zu dem Bestätigungsverfahren sowie eine Liste mit den nach Satz 1 bestätigten informationstechnischen Systemen.

(4) Für die in den Krankenhäusern eingesetzten informationstechnischen Systeme trifft die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 1 und 1a sowie nach Maßgabe der nach Absatz 1b zu erlassenden Rechtsverordnung. Im Rahmen der Festlegungen definiert die Deutsche Krankenhausgesellschaft auch, welche Subsysteme eines informationstechnischen Systems im Krankenhaus die Schnittstellen integrieren müssen.

(5) Krankenhäuser dürfen ab dem 1. Januar 2021 nur solche informationstechnischen Systeme nach Absatz 4 einsetzen, die von der Gesellschaft für Telematik bestätigt wurden. Die Gesellschaft für Telematik legt die Vorgaben für das Bestätigungsverfahren so fest, dass im Rahmen des Bestätigungsverfahrens sichergestellt wird, dass die vorzunehmende Integration der offenen und standardisierten Schnittstellen in das jeweilige informationstechnische System innerhalb der Frist nach Absatz 1 und nach Maßgabe der Absätze 1 und 1a sowie der nach Absatz 1b zu erlassenden Rechtsverordnung erfolgt ist. Die Gesellschaft für Telematik veröffentlicht eine Liste mit den nach Satz 1 bestätigten informationstechnischen Systemen.

(6) Die nach den Absätzen 2 und 4 für die Festlegung zuständigen Organisationen stimmen sich mit dem Ziel ab, bei inhaltlichen Gemeinsamkeiten der Schnittstellen sektorübergreifende einheitliche Vorgaben zu treffen.

(7) Die nach den Absätzen 2 und 4 getroffenen Festlegungen sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufzunehmen.“

575 QUELLE

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 35 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 1 Satz 1 „bis zum 30. Juni 2017“ nach „hat“ und „aufzubauen und dieses Interoperabilitätsverzeichnis“ nach „Gesundheitswesen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 35 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 3 aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Sie ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zwölf Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorzulegen.“

Artikel 1 Nr. 35 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Der Entgeltkatalog bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.“

Artikel 1 Nr. 35 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit“ nach „benennt“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 35 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 Nr. 5 „sowie“ durch ein Komma ersetzt, Nr. 6 in Nr. 7 unnummeriert und Abs. 5 Satz 2 Nr. 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „den Aufbau,“ nach „Telematik für“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 35 lit. d litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „des Aufbaus,“ nach „Stand“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 35 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 5 „und in die weitere Prüfung der Entwürfe einzubeziehen“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 35 lit. e litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 6 und 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 2 „ , fachlich betroffene Fachgesellschaften“ nach „Einrichtungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 3 „Absatz 6 Satz 7 und“ nach „nach“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 11 Satz 1 „aufzubauen“ durch „zu pflegen und zu betreiben“ ersetzt.

AUFHEBUNG

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 291e Interoperabilitätsverzeichnis

(1) Die Gesellschaft für Telematik hat ein elektronisches Interoperabilitätsverzeichnis für technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden für informationstechnische Systeme im Gesundheitswesen zu pflegen und zu betreiben. Das Interoperabilitätsverzeichnis dient der Förderung der Interoperabilität zwischen informationstechnischen Systemen.

(2) Das Interoperabilitätsverzeichnis ist für die Nutzung öffentlich zur Verfügung zu stellen.

(3) Die Gesellschaft für Telematik erstellt hinsichtlich des Interoperabilitätsverzeichnisses eine Geschäfts- und Verfahrensordnung. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung regelt das Nähere

1. zum Aufbau, zur Pflege und zum Betrieb sowie zur Nutzung des Interoperabilitätsverzeichnisses,
2. zur Benennung der Experten und zu deren Kostenerstattung nach Absatz 5,
3. zum Verfahren der Aufnahme von Informationen nach den Absätzen 7 bis 9 in das Interoperabilitätsverzeichnis sowie
4. zum Verfahren der Aufnahme von Informationen in das Informationsportal nach Absatz 11.

(4) Für die Aufnahme von Informationen nach Absatz 8 in das Interoperabilitätsverzeichnis kann die Gesellschaft für Telematik Entgelte verlangen. Die Gesellschaft für Telematik hat einen Entgeltkatalog zu erstellen.

(5) Die Gesellschaft für Telematik benennt Experten, die über Fachwissen im Bereich der Gesundheitsversorgung und im Bereich der Informationstechnik und Standardisierung im Gesundheitswesen verfügen. Die Experten sind aus folgenden Gruppen auszuwählen:

1. Anwendern informationstechnischer Systeme,
2. für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen,
3. Ländern,
4. fachlich betroffenen Bundesbehörden,
5. fachlich betroffenen nationalen und internationalen Standardisierungs- und Normungsorganisationen,
6. fachlich betroffenen Fachgesellschaften sowie
7. Vertretern wissenschaftlicher Einrichtungen.

Die Experten können der Gesellschaft für Telematik für die Pflege und die Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses Empfehlungen geben. Die Gesellschaft für Telematik erstattet den Experten die ihnen durch die Mitarbeit entstehenden Kosten. Die Gesellschaft für Telematik hat die Empfehlungen in ihre Entscheidung einzubeziehen.

(6) Die Gesellschaft für Telematik hat die Fachöffentlichkeit über den Stand der Pflege und der Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu informieren. Die Gesellschaft für Telematik hat die Fachöffentlichkeit über elektronische Informationstechnologien zu beteiligen bei

1. Festlegungen nach Absatz 7 Satz 2,
2. Bewertungen nach Absatz 8 Satz 3 sowie
3. Empfehlungen nach Absatz 9 Satz 1.

Hierzu hat die Gesellschaft für Telematik die Entwürfe der Festlegungen nach Absatz 7 Satz 2, der Bewertungen nach Absatz 8 Satz 3 und der Empfehlungen nach Absatz 9 Satz 1 auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen. Die Entwürfe sind mit dem Hinweis zu veröffentlichen, dass Stellungnahmen während der Veröffentlichung abgegeben werden können. Die eingegangenen Stellungnahmen hat die Gesellschaft für Telematik auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen. Die Gesellschaft für Telematik stellt sicher, dass die Stellungnahmen bei der weiteren Prüfung der Entwürfe angemessen berücksichtigt werden. Dabei berücksichtigt die Gesellschaft für Telematik insbesondere diejenigen Anforderungen an elektronische Informationstechnologien, die die Interoperabilität sowie einen standardkonformen nationalen und internationalen Austausch von Daten und Informationen betreffen.

(7) Technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden, die die Gesellschaft für Telematik zur Nutzung in Anwendungen nach den §§ 291 und 291a Absatz 2 und 3 festgelegt hat (Interoperabilitätsfestlegungen), sind frühestmöglich, jedoch spätestens dann in das Interoperabilitätsverzeichnis aufzunehmen, wenn sie für den flächendeckenden Wirkbetrieb der Telematikinfra-struktur freigegeben sind. Vor Festlegungen nach Satz 1, die die Gesellschaft für Telematik nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes trifft, hat sie den Experten nach Absatz 5 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In ihren Stellungnahmen können die Experten weitere Empfehlungen zur Umsetzung und Nutzung der in das Interoperabilitätsverzeichnis aufgenommenen Inhalte sowie zu anwendungsspezifischen Konkretisierungen und Ergänzungen abgeben. Die Gesellschaft für Telematik hat die Stellungnahmen in ihre Entscheidung einzubeziehen. Die Stellungnahmen sind auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen.

(8) Technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden, deren Aufnahme nicht nach dem in Absatz 7 geregelten Verfahren erfolgt, nimmt die Gesellschaft für Telematik auf Antrag in das Interoperabilitätsverzeichnis auf. Antragsberechtigt sind die Anwender der informationstechnischen Systeme und deren Interessenvertretungen, die Anbieter informationstechnischer Systeme, wissenschaftliche Einrichtungen, fachlich betroffene Fachgesellschaften sowie Standardisierungs- und Normungsorganisationen. Vor Aufnahme in das Interoperabilitätsverzeichnis bewertet die Gesellschaft für Telematik, inwieweit die technischen und semantischen Standards, Profile und Leitfäden den Interoperabilitätsfestlegungen nach Absatz 6 Satz 7 und Absatz 7 Satz 1 entsprechen. Vor ihrer Bewertung hat die Gesellschaft für Telematik den Experten nach Absatz 5 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In ihren Stellungnahmen können die Experten weitere Empfehlungen zur Umsetzung und Nutzung der in das Interoperabilitätsverzeichnis aufgenommenen Inhalte sowie zu anwendungsspezifischen Konkretisierungen und Ergänzungen abgeben. Die Gesellschaft für Telematik hat die Stellungnahmen in ihre Entscheidung einzubeziehen. Die Stellungnahmen der Experten sowie die Bewertung der Gesellschaft für Telematik sind auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen.

(9) Die Gesellschaft für Telematik kann die Zusammenarbeit der Standardisierungs- und Normungsorganisationen unterstützen und im Interoperabilitätsverzeichnis enthaltene technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden nach Absatz 8 als Referenz für informationstechnische Systeme im Gesundheitswesen empfehlen. Vor ihrer Empfehlung hat die Gesellschaft für Telematik den Experten nach Absatz 5 sowie bei Empfehlungen zur Datensicherheit und zum Datenschutz dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie dem oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Gesellschaft für Telematik hat die Stellungnahmen und Vorschläge in ihre Entscheidung einzubeziehen. Die Stellungnahmen und Vorschläge der Experten sowie die Empfehlungen der Gesellschaft für Telematik sind auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen.

(10) Elektronische Anwendungen im Gesundheitswesen dürfen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung nur ganz oder teilweise finanziert werden, wenn die Anbieter der elektronischen Anwendungen die Festlegungen nach Absatz 7 Satz 1 sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 Satz 1 beachten. Anbieter einer elektronischen Anwendung im Gesundheitswesen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 oder einer elektronischen Anwendung, die aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ganz oder teilweise finanziert wird, haben einen Antrag nach Absatz 8 Satz 1 zu stellen.

(11) Als Bestandteil des Interoperabilitätsverzeichnisses hat die Gesellschaft für Telematik ein Informationsportal zu pflegen und zu betreiben. In das Informationsportal aufgenommen werden auf Antrag Informationen insbesondere über den Inhalt, den Verwendungszweck und die Finanzierung von elektronischen Anwendungen im Gesundheitswesen, insbesondere von telemedizinischen Anwendungen. Antragsberechtigt sind Projektträger und Anbieter einer elektronischen Anwendung. Projektträger und Anbieter einer elektronischen Anwendung, die aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ganz oder teilweise finanziert wird, haben einen Antrag zu stellen. Das Nähere zu den Inhalten des Informationsportals und zu den Mindestinhalten des Antrages nach Satz 2 legt die Gesellschaft für Telematik in der Geschäfts- und Verfahrensordnung nach Absatz 3 fest.

(12) Die Gesellschaft für Telematik legt dem Bundesministerium für Gesundheit zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Bericht vor. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. Der Bericht enthält Informationen über den Aufbau des Interoperabilitätsverzeichnisses, Anwendungserfahrungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses. Außerdem enthält er eine Einschätzung zur Standardisierung im Ge-

§ 291f⁵⁷⁶

sundheitswesen sowie Empfehlungen zur Harmonisierung der Standards. Das Bundesministerium für Gesundheit kann weitere Inhalte für den Bericht bestimmen. Im Abstand von zwei Jahren ist ein neuer Bericht zu erstellen und vorzulegen.“

576 QUELLE

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

29.07.2017.—Artikel 11 Abs. 43 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2745) hat in Abs. 4 Satz 2 „nach dem Signaturgesetz“ nach „Signatur“ gestrichen.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 5 Satz 3 und 4 eingefügt.

AUFHEBUNG

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 291f Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Der Zuschlag nach § 291a Absatz 7b Satz 1 erhöht sich im Jahr 2017 um eine Pauschale von 55 Cent pro Übermittlung eines elektronischen Briefs zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen, wenn die Übermittlung durch sichere elektronische Verfahren erfolgt und dadurch der Versand durch Post-, Boten- oder Kurierdienste entfällt. Der Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste ist bei der Anpassung des Behandlungsbedarfes nach § 87a Absatz 4 zu berücksichtigen. § 73 Absatz 1b Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Ein sicheres elektronisches Verfahren setzt voraus, dass der elektronische Brief durch geeignete technische Maßnahmen entsprechend dem aktuellen Stand der Technik gegen unberechtigte Zugriffe geschützt wird.

(2) Das Nähere, insbesondere über Inhalt und Struktur des elektronischen Briefs, zur Abrechnung, zu Regelungen, die eine nicht bedarfsgerechte Mengenausweitung vermeiden, und Einzelheiten zu den Sicherheitsmaßnahmen, regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik in einer Richtlinie. In der Richtlinie ist festzulegen, dass für die Übermittlung des elektronischen Briefs zugelassene Dienste nach § 291b Absatz 1e genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen. Die Richtlinie ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. Bei der Prüfung der Richtlinie ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Richtlinie innerhalb von einem Monat beanstanden.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen, dass sein System die in der Richtlinie enthaltenen Vorgaben erfüllt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.

(4) Die Abrechnung des Zuschlags nach Absatz 1 ist zulässig, wenn für das verwendete informationstechnische System eine Bestätigung nach Absatz 3 gegenüber der zuständigen Abrechnungsstelle nachgewiesen wird. Die Abrechnung eines Zuschlags nach Absatz 1 ist über die Voraussetzungen des Satzes 1 hinaus nur zulässig, wenn der elektronische Brief mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen ist, die mit einem elektronischen Heilberufsausweis nach § 291a Absatz 5 Satz 5 erzeugt wurde.

(5) Für den Zeitraum ab 2018 wird die Höhe des Zuschlags durch die Vertragspartner nach § 291a Absatz 7b Satz 2 vereinbart. Der Zuschlag darf nur vereinbart werden, wenn für die Übermittlung des elektronischen Briefs zugelassene Dienste nach § 291b Absatz 1e genutzt werden. Durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 1 ist für die Versendung eines Telefax durch Beschluss festzulegen, dass die für die Versendung eines Telefax vereinbarte Kostenpauschale folgende Beträge nicht überschreiten darf:

1. mit Wirkung zum 31. März 2020 die Hälfte der Vergütung, die für die Versendung eines elektronischen Briefes nach Satz 1 vereinbart ist, und
2. mit Wirkung zum 31. März 2021 ein Viertel der Vergütung, die für die Versendung eines elektronischen Briefes nach Satz 1 vereinbart ist.

§ 291g⁵⁷⁷

Abweichend von Satz 2 darf der Zuschlag für den Zeitraum bis zum 30. Juni 2020 auch vereinbart werden, wenn für die Übermittlung des elektronischen Briefes ein Dienst genutzt wird, der von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen angeboten wird.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten nicht für die Vertragszahnärzte.“

577 QUELLE

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 16 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 5 eingefügt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 37 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 und 7 eingefügt.

AUFHEBUNG

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 291g Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befunderteilung und zur Videosprechstunde

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart bis zum 30. Juni 2016 mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit, und die Anforderungen an die technische Umsetzung. Die Vereinbarung ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. Bei der Prüfung der Vereinbarung ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Vereinbarung innerhalb von einem Monat beanstanden.

(2) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht bis zum 31. März 2016 zustande, so ist auf Antrag einer der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 ein Schlichtungsverfahren bei der Schlichtungsstelle nach § 291c Absatz 1 einzuleiten. Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens hat die Schlichtungsstelle einen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. Vor ihrem Entscheidungsvorschlag hat die Schlichtungsstelle den Vereinbarungspartnern nach Absatz 1 und der Gesellschaft für Telematik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Entscheidungsvorschlags keine Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 zustande, entscheidet die Schlichtungsstelle anstelle der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 innerhalb von zwei Wochen. Auf die Entscheidungen der Schlichtungsstelle findet § 291c Absatz 7 Satz 4 bis 6 Anwendung. Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist für die Vereinbarungspartner nach Absatz 1 und für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie kann nur durch eine alternative Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 in gleicher Sache ersetzt werden.

(3) Sofern die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht bis zum 30. Juni 2016 getroffen wird, gilt § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 entsprechend für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Vereinbarung über technische Verfahren zu Videosprechstunden entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung nach Absatz 1 bis zum 30. September 2016 zu treffen ist. § 630e des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist zu beachten.

(5) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden gemäß § 87 Absatz 2k. Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung bis zum 30. September 2019 zu treffen ist.

(6) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Vereinbarung über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 für telemedizinische Konsilien durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, den Spitzenverband Bund der Kran-

§ 291h⁵⁷⁸**§ 292 Angaben über Leistungsvoraussetzungen**

Die Krankenkasse hat Angaben über Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind, aufzuzeichnen. Hierzu gehören insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen bei Krankenhausbehandlung, medizini-

kenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der Gesellschaft für Telematik bis zum 31. März 2020 zu treffen ist.

(7) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik ein technisches Verfahren zur Authentifizierung der Versicherten im Rahmen der Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung. Soweit dies zur Durchführung der Authentifizierung der Versicherten im Rahmen der Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist, sind die Krankenkassen verpflichtet, der mit der Durchführung beauftragten Stelle Zugriff auf Dienste nach § 291 Absatz 2b Satz 1 zu ermöglichen. Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung bis zum 31. Dezember 2020 zu treffen ist.“

578 QUELLE

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 37a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 291h Elektronischer Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur

(1) Die Gesellschaft für Telematik betreibt den elektronischen Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur. Sie kann Dritte mit dem Betrieb beauftragen. Der elektronische Verzeichnisdienst kann die Daten enthalten, die für die Suche, Identifikation und Adressierung erforderlich sind von

1. Leistungserbringern,
2. organisatorischen Einheiten von Leistungserbringern und
3. anderen juristischen Personen oder deren Mitarbeitern, die die Telematikinfrastruktur nutzen.

Die Daten nach Satz 3 umfassen den Namen, die Adressdaten, die technischen Adressierungsdaten, die eindeutige Identifikationsnummer, das Fachgebiet und den öffentlichen Teil der technischen Identität des Nutzers.

(2) Die Daten von Versicherten sind nicht Teil des Verzeichnisdienstes.

(3) Der Verzeichnisdienst darf ausschließlich zum Zwecke der Suche, Identifikation und Adressierung der in Absatz 1 Satz 3 genannten Nutzer im Rahmen der Nutzung von Anwendungen und Diensten der Telematikinfrastruktur verwendet werden. Für jeden Nutzer kann im Verzeichnisdienst vermerkt werden, welche Anwendungen und Dienste adressiert werden können.

(4) Die Gesellschaft für Telematik hat durch geeignete organisatorische Maßnahmen und nach dem aktuellen Stand der Technik sicherzustellen, dass die Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit der Daten gewährleistet ist.

(5) Für jeden Nutzer wird im Verzeichnisdienst nach Absatz 1 eine Identifikationsnummer vergeben, bei deren Vergabe und nach deren Struktur sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem jeweiligen Nutzer eindeutig hergestellt werden kann.

(6) Die Landesärztekammern, die Landeszahnärztekammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Landesapothekerkammern, die Psychotherapeutenkammern und die Deutsche Krankenhausgesellschaft übermitteln fortlaufend in einem automatisierten Verfahren die bei ihnen vorliegenden, im elektronischen Verzeichnisdienst nach Absatz 1 zu speichernden aktuellen Daten der Nutzer nach Absatz 1 Satz 3 an den Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur. Nutzer nach Absatz 1 Satz 3, die Anwendungen und Dienste der Telematikinfrastruktur nutzen und deren Daten nach Absatz 1 Satz 3 nicht bei den in Satz 1 Genannten oder einer sie vertretenden Organisation vorliegen, übermitteln fortlaufend die aktuellen Daten nach Absatz 1 Satz 2 an die Gesellschaft für Telematik, die sie in einem automatisierten Verfahren im Verzeichnisdienst speichert. Die Verpflichtung nach den Sätzen 1 und 2 gilt ab dem 1. Dezember 2020.“

schen Leistungen zur Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation sowie zur Feststellung der Voraussetzungen der Kostenerstattung und zur Leistung von Zuschüssen. Im Falle der Arbeitsunfähigkeit sind auch die Diagnosen aufzuzeichnen.⁵⁷⁹

§ 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

(1) Die Krankenkassen verwenden im Schriftverkehr, einschließlich des Einsatzes elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger, beim Datenaustausch, für Maßnahmen zur Qualitätssicherung und für Abrechnungszwecke mit den anderen Trägern der Sozialversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und den Versorgungsverwaltungen der Länder sowie mit ihren Vertragspartnern einschließlich deren Mitgliedern bundeseinheitliche Kennzeichen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Spitzenorganisationen der anderen Träger der Sozialversicherung, die Postbeamtenkrankenkasse, die Bundesagentur für Arbeit und die Versorgungsverwaltungen der Länder bilden für die Vergabe der Kennzeichen nach Satz 1 eine Arbeitsgemeinschaft.

(2) Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 1 Satz 2 gemeinsam vereinbaren mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer einheitlich Art und Aufbau der Kennzeichen und das Verfahren der Vergabe und ihre Verwendung.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, kann dieses im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach Anhörung der Beteiligten das Nähere der Regelungen über Art und Aufbau der Kennzeichen und das Verfahren der Vergabe und ihre Verwendung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmen.

(4) Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung führen jeweils ein bundesweites Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte sowie Einrichtungen. Das Verzeichnis enthält folgende Angaben:

1. Arzt- oder Zahnarzt Nummer (unverschlüsselt),
2. Hausarzt- oder Facharzt Kennung,
3. Teilnahmestatus,

579 ÄNDERUNGEN

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 1 Satz 3 „ist auch die Art der Erkrankung“ durch „sind auch die Diagnosen“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Krankenkassen, die an der Erprobung der Beitragsrückzahlung teilnehmen (§ 65), haben für die Prüfung der Voraussetzungen der Beitragsrückzahlung die Art und den Wert der nach § 65 Abs. 2 zu berücksichtigenden Leistungen bis zur Höhe der für die Beitragsrückzahlung maßgeblichen Beitragsgrenze aufzuzeichnen.“

Artikel 3 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 und 4 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 74 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 2 bis 4 aufgehoben. Abs. 2 bis 4 lauteten:

„(2) Krankenkassen, die an der Erprobung der Beitragsrückzahlung teilnehmen (§ 65), haben für die Prüfung der Voraussetzungen der Beitragsrückzahlung die für jeden Versicherten maßgebliche Beitragsgrenze zu ermitteln und die Art und den Wert der nach § 65 Abs. 2 zu berücksichtigenden Leistungen aufzuzeichnen. Die Ermittlung nach Satz 1 muß bis zum Ende des dritten Quartals des Jahres abgeschlossen sein, das auf das Geschäftsjahr folgt, für das die Beitragsrückzahlung durchgeführt wird. Die für die Prüfung der Beitragsrückzahlung nach Satz 1 erhobenen Sozialdaten dürfen nur zu diesem Zweck verarbeitet und genutzt werden.

(3) Krankenkassen, die nicht an der Erprobung der Beitragsrückzahlung teilnehmen, aber im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Modellkasse nach § 68 Satz 2 zu Vergleichszwecken beobachtet werden, sind befugt, die erforderlichen Sozialdaten aufzuzeichnen und in anonymisierter Form zu Zwecken der wissenschaftlichen Begleitung zu übermitteln. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Die Absätze 2 und 3 gelten für den Zeitraum eines Jahres vor der Erprobung der Beitragsrückzahlung und nach der Erprobung der Beitragsrückzahlung entsprechend.“

4. Geschlecht des Arztes oder Zahnarztes,
5. Titel des Arztes oder Zahnarztes,
6. Name des Arztes oder Zahnarztes,
7. Vorname des Arztes oder Zahnarztes,
8. Geburtsdatum des Arztes oder Zahnarztes,
9. Straße der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
10. Hausnummer der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
11. Postleitzahl der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
12. Ort der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
13. Beginn der Gültigkeit der Arzt- oder Zahnarzt Nummer und
14. Ende der Gültigkeit der Arzt- oder Zahnarzt Nummer.

Das Verzeichnis ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Arzt- und Zahnarzt Nummer ist so zu gestalten, dass sie ohne zusätzliche Daten über den Arzt oder Zahnarzt nicht einem bestimmten Arzt oder Zahnarzt zugeordnet werden kann; dabei ist zu gewährleisten, dass die Arzt- und Zahnarzt Nummer eine Identifikation des Arztes oder Zahnarztes auch für die Krankenkassen und ihre Verbände für die gesamte Dauer der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit ermöglicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen sicher, dass das Verzeichnis die Arzt- und Zahnarzt Nummern enthält, welche Vertragsärzte und -zahnärzte im Rahmen der Abrechnung ihrer erbrachten und verordneten Leistungen mit den Krankenkassen nach den Vorschriften des Zweiten Abschnitts verwenden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis bis zum 31. März 2004 im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Bereich der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie der Aufbereitung der dafür erforderlichen Datengrundlagen, zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben nicht verarbeiten.

(4a) Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung übermitteln dem Statistischen Bundesamt für die Erhebung nach dem Gesetz über Kostenstrukturstatistik in der jeweils geltenden Fassung bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von Psychotherapeuten auf Anforderung jährlich die in Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 3, 5 bis 7 sowie 9 bis 12 genannten Daten. Die in Satz 1 genannten Daten sind innerhalb von 30 Arbeitstagen zu übermitteln. Die Übermittlung der Daten an das Statistische Bundesamt erfolgt nach den vom Statistischen Bundesamt angebotenen sicheren elektronischen Verfahren. Die übermittelten Daten dürfen auch verwendet werden zur Pflege und Führung des Statistikregisters nach § 13 des Bundesstatistikgesetzes (BGBl. I S. 2394), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 10. Juli 2020 (BGBl. I S. 1648) geändert worden ist.

(5) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker führt ein bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken und stellt dieses dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern unentgeltlich zur Verfügung. Änderung des Verzeichnisses sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Das Verzeichnis enthält den Namen des Apothekers, die Anschrift und das Kennzeichen der Apotheke; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker stellt das Verzeichnis und die Änderungen nach Satz 2 auch der nach § 2 Satz 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel gebildeten zentralen Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; die zentrale Stelle hat die Übermittlungs-

kosten zu tragen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung der Apotheken, der in den §§ 129 und 300 getroffenen Regelungen sowie der damit verbundenen Datenaufbereitungen zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben nicht verarbeiten. Die zentrale Stelle darf das Verzeichnis an die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie die sonstigen Träger von Kosten in Krankheitsfällen übermitteln. Die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben dürfen nur für die in § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel genannten Zwecke verarbeitet werden. Die Gesellschaft für Telematik darf die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben nur zum Zweck der Ausgabe von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen nach § 340 Absatz 4 verarbeiten. Apotheken nach Satz 1 sind verpflichtet, die für das Verzeichnis erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Weitere Anbieter von Arzneimitteln sind gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsprechend auskunftspflichtig.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft führen auf der Grundlage des § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Sie können das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen. In diesem Fall sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. Die zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle auf Anforderung die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten auch ohne Anforderung zu übermitteln. Das Verzeichnis ist in nach Satz 10 Nummer 3 zu vereinbarenden Abständen zeitnah zu aktualisieren und im Internet zu veröffentlichen. Flächenstandorte im Sinne des § 2a Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind im Verzeichnis nach Satz 1 als solche zu kennzeichnen. Die Krankenhäuser verwenden die im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen zu Abrechnungszwecken, für Datenübermittlungen an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Kostenträger nutzen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben insbesondere im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen sowie mit Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss nutzt das Verzeichnis, sofern dies zur Erfüllung der ihm nach diesem Gesetzbuch übertragenen Aufgaben insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung erforderlich ist. Das Bundeskartellamt erhält die Daten des Verzeichnisses von der das Verzeichnis führenden Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. Juni 2017 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe der Kennzeichen,
3. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung,
4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen für die Verwendung der Kennzeichen sowie die sonstigen Anforderungen an die Verwendung der Kennzeichen und
5. die Finanzierung der Aufwände, die durch die Führung und die Aktualisierungen des Verzeichnisses entstehen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft führen ein bundesweites Verzeichnis aller in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte. Sie können einen Dritten mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen;

für eine das Verzeichnis führende Stelle, die nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen gehört, gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend. Das Verzeichnis enthält für alle Ärzte nach Satz 1 folgende Angaben:

1. Arztnummer (unverschlüsselt),
2. Angaben des Arztes nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 bis 8,
3. Datum des Staatsexamens,
4. Datum der Approbation,
5. Datum der Promotion,
6. Datum der Facharztanerkennung und Fachgebiet,
7. Kennzeichen im Verzeichnis nach Absatz 6 des Krankenhauses, in dem der Arzt beschäftigt ist,
8. Datum des Beginns der Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus und
9. Datum des Endes der Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus.

Die Arztnummer nach Satz 3 Nummer 1 folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. Die zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle auf Anforderung die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten auch ohne Anforderung zu übermitteln. Die Kosten zur Führung des Verzeichnisses tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft je zur Hälfte. Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Führung des Verzeichnisses beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedern das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben nicht verarbeiten. Die Krankenhäuser und die Krankenkassen verarbeiten die im Verzeichnis enthaltenen Angaben spätestens zum 1. Januar 2019 in den gesetzlich bestimmten Fällen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 31. Dezember 2017 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art, den Abgleich und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Angaben sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe der Angaben nach Satz 3 Nummer 1 sowie der Verarbeitung der Angaben nach Satz 3 Nummer 2 bis 9,
3. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung sowie das Verfahren zur Löschung von Einträgen und
4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen für die Verarbeitung der Angaben sowie die sonstigen Anforderungen an die Verarbeitung der Angaben.

Die Vereinbarung nach Satz 10 ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie deren jeweiligen Mitglieder und für die Leistungserbringer verbindlich. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 10 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(8) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte errichtet im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Träger von ambulanten Pflegediensten und Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a des Elften Buches maßgeblichen Vereinigungen auf Bundesebene ein bundesweites Verzeichnis

1. der Leistungserbringer,
 - a) mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen haben,
 - b) mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 Satz 1 abgeschlossen haben,

- c) die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Absatz 1 und 2 erbringen, oder
- d) bei denen es sich um zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt,
- 2. der Personen, die durch die in Nummer 1 genannten Leistungserbringer in der pflegerischen Versorgung beschäftigt oder bei diesen in der pflegerischen Versorgung tätig sind, und eine der folgenden Leistungen erbringen:
 - a) häusliche Krankenpflege nach § 37,
 - b) spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b Absatz 1 und 2,
 - c) außerklinische Intensivpflege nach § 37c oder
 - d) Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 des Elften Buches, sowie
- 3. der Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 des Elften Buches abgeschlossen haben.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt hierbei für jede in das Verzeichnis aufzunehmende Person nach Satz 1 Nummer 2 und Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 eine Beschäftigtennummer fest. Die Beschäftigtennummer folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. Das Verzeichnis nach Satz 1 enthält für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 und für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 folgende Angaben:

- 1. die Beschäftigtennummer (unverschlüsselt),
- 2. den Vornamen und den Namen,
- 3. das Geburtsdatum,
- 4. die Bezeichnung der abgeschlossenen Berufsausbildungen und das Datum des jeweiligen Abschlusses sowie
- 5. die Bezeichnung abgeschlossener Zusatzqualifikationen und das Datum des jeweiligen Abschlusses.

Für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 enthält das Verzeichnis zusätzlich zu den Angaben nach Satz 4

- 1. das Kennzeichen des Arbeitgebers oder des Trägers des Leistungserbringers nach Satz 1 Nummer 1,
- 2. das Kennzeichen des Leistungserbringers nach Satz 1 Nummer 1, in dem die Person beschäftigt ist, oder, wenn ein solches nicht vorhanden ist, ersatzweise die Anschrift des Leistungserbringers, bei dem die Person beschäftigt ist, und
- 3. den Beginn und das Ende der Tätigkeit beim Leistungserbringer nach Nummer 2.

Für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 enthält das Verzeichnis zusätzlich zu den Angaben nach Satz 4

- 1. die Anschrift der Pflegekraft und
- 2. den Beginn und das Ende des mit der Pflegekasse geschlossenen Vertrages.

Die in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer und die in Satz 1 Nummer 3 genannten Pflegekräfte sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Angaben nach Satz 4 Nummer 2 bis 5 und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen. Die Kosten für die Führung des Verzeichnisses trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte übermittelt den Kranken- und Pflegekassen die Daten nach Satz 4 Nummer 1, 4 und 5 sowie nach Satz 5 zur Erfüllung ihrer in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 und 9 und in § 94 Absatz 1 Nummer 5 und 6 des Elften Buches genannten Aufgaben über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der elektronischen Datenübertragung als pseudonymisierten Gesamtdatensatz. Dieser Gesamtdatensatz ist den Kranken- und Pflegekassen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen mindestens monatlich zu übermitteln. Für andere Zwecke dürfen die Daten nicht verwendet werden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt den in Satz 7 genannten Leistungserbringern und den Pflegekräften nach Satz 1 Nummer 3 die Beschäftigtennummer zur Verfü-

gung. Die Beschäftigtennummer ist für die Abrechnung der von der Person nach Satz 1 Nummer 2 oder der Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 erbrachten Leistungen zu verwenden. Die Kranken- und Pflegekassen haben bis zum 31. August 2024 die erforderlichen technischen Voraussetzungen zur Übermittlung der Daten nach Satz 9 zu schaffen.⁵⁸⁰

580 ÄNDERUNGEN

13.03.1993.—Artikel 61 Nr. 3 der Verordnung vom 26. Februar 1993 (BGBl. I S. 278) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist zustande, kann dieser nach Anhörung der Beteiligten das Nähere der Regelung über Art und Aufbau der Kennzeichen und das Verfahren der Vergabe und ihre Verwendung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmen.“

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 14 des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 1 „ , einschließlich des Einsatzes von maschinell lesbaren Datenträgern, beim Datenaustausch, für Maßnahmen zur Qualitätssicherung“ nach „Schriftverkehr“ eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 75 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 4 und 5 eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. d und e der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 3 jeweils „Bundesminister“ durch „Bundesministerium“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 6 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 3 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt sowie „dieser“ durch „dieses“ und „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Wirtschaft und Arbeit“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 163 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 „von maschinell lesbaren Datenträgern“ durch „elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 163 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „sowie ärztlich und zahnärztlich geleiteter Einrichtungen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 163 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 4 in Abs. 4 durch die Sätze 6 ersetzt. Die Sätze 2 bis 4 lauteten: „Das Verzeichnis enthält den Namen, die Anschrift und ein bundeseinheitliches Kennzeichen (Arzt- und Zahnarzt Nummer); es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Arzt Nummer ist so zu gestalten, dass sie ohne zusätzliche Daten über den Arzt oder Zahnarzt nicht einen bestimmten Arzt oder Zahnarzt zugeordnet werden kann; dabei ist zu gewährleisten, dass die Nummer eine Identifikation des Arztes oder Zahnarztes auch für die Krankenkassen und ihre Verbände für die gesamte Dauer der vertragsärztlichen Tätigkeit ermöglicht. Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verzeichnis bis zum 31. März 2000 auf maschinell verwertbaren Datenträgern unentgeltlich zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln.“

Artikel 1 Nr. 163 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „auf maschinell verwertbaren Datenträgern“ durch „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848) hat in Abs. 1 und 2 jeweils „Bundesanstalt“ durch „Bundesagentur“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 7 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 3 „Wirtschaft und Arbeit“ durch „Arbeit und Soziales“ ersetzt und „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 197 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 „und der Bundesagentur für Arbeit“ durch „ , der Bundesagentur für Arbeit und den Versorgungsverwaltungen der Länder“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 197 lit. a litt. bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 197 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Spitzenverbände der Krankenkassen und der anderen Träger der Sozialversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit“ durch „Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 197 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 6 „stellen den Spitzenverbänden“ durch „stellen dem Spitzenverband Bund“ und „sind den Bundesverbänden“ durch „sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 197 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 7 „Die Spitzenverbände stellen ihren“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen“ und „dürfen die Spitzenverbände“ durch „darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 197 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „den Spitzenverbänden der Krankenkassen bis zum 31. März 2000“ durch „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 197 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „den Spitzenverbänden“ durch „dem Spitzenverband“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 197 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 4 „Die Spitzenverbände stellen ihren“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen“ und „dürfen die Spitzenverbände“ durch „darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 197 lit. d litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 6 „den Spitzenverbänden“ durch „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 14 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 4 Satz 1 „ärztlich und zahnärztlich geleiteter“ nach „sowie“ gestrichen.

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat in Abs. 1 Satz 2 „die Spitzenorganisationen der anderen Träger der Sozialversicherung, die Postbeamtenkrankenkasse,“ nach „Krankenkassen,“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 8 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 4 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 8 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 6 und 7 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 5 Nr. 13 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat Abs. 6 eingefügt.

29.07.2017.—Artikel 8 Nr. 13 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 7 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 98 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 12 in Abs. 7 neu gefasst. Satz 12 lautete: „Kommt eine Vereinbarung nach Satz 10 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt, das hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einfacher Stimmenmehrheit entscheidet; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend.“

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 40 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 4 Satz 7 „das Verzeichnis nicht verwenden“ durch „die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben nicht verarbeiten“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 40 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 5 „das Verzeichnis nicht verwenden“ durch „die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben nicht verarbeiten“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 40 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 6 „weitergeben“ durch „übermitteln“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 40 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 7 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 7 lautete: „Das Verzeichnis darf nur für die in § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel genannten Zwecke verarbeitet oder genutzt werden.“

Artikel 123 Nr. 40 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 8 „das Verzeichnis nicht verwenden“ durch „die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben nicht verarbeiten“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 40 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 9 „verwenden und nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 40 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 10 Nr. 4 jeweils „Verwendung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 24a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat Abs. 8 eingefügt.

04.03.2021.—Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Februar 2021 (BGBl. I S. 266) hat Abs. 4a eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 25 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 5 Satz 1 und 2 jeweils „und der Gesellschaft für Telematik“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 8 eingefügt.

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 22a lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat in Abs. 8 Satz 1 „bis zum 31. Dezember 2021“ nach „errichtet“ gestrichen.

§ 293a Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung und über eine besondere Versorgung

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach den §§ 73b und 140a einschließlich der Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, (Vertragstransparenzstelle) ein. Die Vertragstransparenzstelle dient dem Zweck der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273 und der Information der Öffentlichkeit. Die Vertragstransparenzstelle führt ein Verzeichnis, das zu den Verträgen nach Satz 1 insbesondere Angaben enthält über

1. die Vertragsform,
2. die vertragschließende Krankenkasse,
3. bei einem Vertrag nach § 140a die Art der vertragschließenden Leistungserbringer,
4. den Tag des Vertragsbeginns,
5. soweit erfolgt, den Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen,
6. den Tag des Vertragsendes,
7. den räumlichen Geltungsbereich des Vertrages,
8. soweit vorhanden, die dem Vertrag als Einschlusskriterien zugrunde liegenden Diagnosen und
9. die Vertragsnummer nach Satz 4.

Jeder Vertrag ist durch die Vertragstransparenzstelle mit einer Vertragsnummer zu kennzeichnen. Das Verzeichnis nach Satz 3 ist vierteljährlich zu aktualisieren und in der jeweiligen aktuellen Fassung im Internet zu veröffentlichen.

Artikel 1 Nr. 22a lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 1 und 2 in Abs. 8 Satz 1 neu gefasst. Nr. 1 und 2 lauteten:

- „1. der ambulanten Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen haben, oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt,
2. der Personen, die durch die in Nummer 1 genannten Leistungserbringer beschäftigt sind und häusliche Krankenpflege nach § 37, außerklinische Intensivpflege nach § 37c oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 des Elften Buches erbringen, sowie“.

Artikel 1 Nr. 22a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 7 „Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 abgeschlossen haben oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt, und die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3“ durch „in Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringer und die in Satz 1 Nummer 3 genannten Pflegekräfte“ ersetzt und „ab dem 1. August 2022“ nach „Medizinprodukte“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 22a lit. c bis e desselben Gesetzes hat die Sätze 9 bis 11 in Abs. 8 durch die Sätze 9 bis 14 ersetzt. Die Sätze 9 bis 11 lauteten: „Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt den Kranken- und Pflegekassen die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach diesem und nach dem Elften Buch erforderlichen Angaben aus dem Verzeichnis zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Angaben nicht verwendet werden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt den in Satz 7 genannten Leistungserbringern und den Pflegekräften nach Satz 1 Nummer 3 die Beschäftigtennummer zur Verfügung. Die Beschäftigtennummer ist spätestens ab dem 1. Januar 2023 für die Abrechnung der von der Person nach Satz 1 Nummer 2 oder der Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 erbrachten Leistungen zu verwenden.“

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 21a lit. a des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat in Abs. 6 Satz 1 „der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1“ durch „des § 2a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 21a lit. c desselben Gesetzes hat Satz 11 in Abs. 6 aufgehoben. Satz 11 lautete: „§ 2a Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend für die Auftragserteilung nach Satz 2 und die Vereinbarung nach Satz 10.“

Artikel 1 Nr. 21a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 6 eingefügt.

(2) Die erstmalige Veröffentlichung des Verzeichnisses umfasst mindestens die Angaben nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1, 2 und 9 und erfolgt bis spätestens zum 30. September 2020. Die Veröffentlichung des Verzeichnisses mit sämtlichen Angaben nach Absatz 1 Satz 3 erfolgt bis spätestens zum 30. September 2021.

(3) Die Vertragstransparenzstelle bestimmt erstmalig bis zum 31. Juli 2020 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1, insbesondere

1. Art und Aufbau des Verzeichnisses,
2. das Verfahren für die Eintragung der Verträge in das Verzeichnis,
3. Art und Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Vertragsnummer und
4. das Verfahren für die Vergabe der Vertragsnummer.

Bei der Bestimmung nach Satz 1 Nummer 3 und 4 sollen bereits bestehende Vertragskennzeichen berücksichtigt werden. Die Vertragstransparenzstelle bestimmt das Nähere zu dem Verzeichnis nach Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 bis zum 31. März 2021. Satz 1 Nummer 1 und 2 gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle auf Anforderung spätestens bis zum 31. August 2020 die für die erstmalige Veröffentlichung des Verzeichnisses erforderlichen Angaben nach Absatz 2 Satz 1 zu übermitteln. Veränderungen der Angaben nach Absatz 2 Satz 1 und die Angaben zu nach der erstmaligen Übermittlung vereinbarten Verträgen sind von den Krankenkassen ohne Anforderung zu übermitteln.

(5) Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle auf Anforderung spätestens bis zum 30. Juni 2021 die für die Veröffentlichung des Verzeichnisses nach Absatz 2 Satz 2 erforderlichen Angaben zu übermitteln. Veränderungen der Angaben und die Angaben zu nach der erstmaligen Übermittlung vereinbarten Verträgen sind von den Krankenkassen ohne Anforderung zu übermitteln.

(6) Innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Vertragsnummer nach Absatz 1 Satz 4 schaffen die Vertragspartner die Voraussetzungen für die softwaretechnische Umsetzung der ärztlichen Übermittlungspflicht nach § 295 Absatz 1b Satz 1 und 8.

(7) Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung bei der Verwaltung der Vertragstransparenzstelle entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.⁵⁸¹

Zweiter Abschnitt

Übermittlung und Aufbereitung von Leistungsdaten, Datentransparenz⁵⁸²

Erster Titel

Übermittlung von Leistungsdaten⁵⁸³

§ 294 Pflichten der Leistungserbringer

581 QUELLE

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 28 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 67c des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 1 „nach § 140a Absatz 1 Satz 3“ durch „, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden,“ ersetzt.

582 ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 164 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Übermittlung von Leistungsdaten“.

583 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 165 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Titels eingefügt.

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gemäß den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen.⁵⁸⁴

§ 294a Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

(1) Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Vierzehnten Buches, einer Wehrdienstbeschädigung nach § 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes ist, oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen. Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung, einer Vergewaltigung oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, besteht keine Mitteilungspflicht nach Satz 1. Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung einer oder eines volljährigen Versicherten sein können, besteht die Mitteilungspflicht nach Satz 1 nur dann, wenn die oder der Versicherte in die Mitteilung ausdrücklich eingewilligt hat.

(2) Liegen Anhaltspunkte für ein Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 Abs. 2 vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Versicherten sind über den Grund der Meldung nach Satz 1 und die gemeldeten Daten zu informieren.⁵⁸⁵

584 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 155 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat „kassen- und“ nach „an der“ gestrichen.

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 15 des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat „und befugt“ nach „verpflichtet“ gestrichen.

585 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 166 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 15 lit. b des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Satz 1 „Vertragsärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und“ durch „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 15 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 eingefügt.

13.08.2013.—Artikel 3 Nr. 11 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen, die nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die erforderlichen Angaben versichertenbezogen.“

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 1 Satz 2 „ , eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung, einer Vergewaltigung“ nach „Missbrauchs“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.01.2024.—Artikel 32 Nr. 12 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Satz 1 „Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Infektionsschutzgesetzes“ durch „Vierzehnten Buches“ ersetzt.

§ 295 Übermittlungspflichten, Verpflichtung zur Empfangsbereitschaft und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen

(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind verpflichtet,

1. die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten,
2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, der Uhrzeit der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
3. in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde, sowie die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 maschinenlesbar

aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragen, den in Satz 2 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln. In dem Schlüssel nach Satz 4 können durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des Prozedureschlüssels nach Satz 4 im Bundesanzeiger bekannt. Von dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt an sind der Diagnoseschlüssel nach Satz 2 sowie der Operationen- und Prozedureschlüssel nach Satz 4 verbindlich und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln nach Satz 2 und den Prozedureschlüsseln nach Satz 4 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen. Für das Verfahren der Festlegung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des Operationen- und Prozedureschlüssels nach Satz 4 gibt sich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Verfahrensordnung, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf und die auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zu veröffentlichen ist. Die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 sind unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung des sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 311 Absatz 6 über die Telematikinfrastruktur unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln; dies gilt nicht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind.

(1a) Für die Erfüllung der Aufgaben nach § 106d sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.

(1b) Ärzte, Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu besonderen Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach den §§ 73b, 132e oder 132f abgeschlossen

01.01.2025.—Artikel 38 Nr. 10 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 1 Satz 1 „ist“ durch „,“, einer Wehrdienstbeschädigung nach § 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes ist,“ ersetzt.

haben, psychiatrische Institutsambulanzen sowie Leistungserbringer, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, übermitteln die in Absatz 1 genannten Angaben, bei Krankenhäusern einschließlich ihres Institutionskennzeichens, an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Ausnahme der Datenübermittlung der Leistungserbringer, die gemäß § 116b Absatz 2 an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie der psychiatrischen Institutsambulanzen. Die psychiatrischen Institutsambulanzen übermitteln die Angaben nach Satz 1 zusätzlich an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 sowie für die Durchführung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b zu beschließenden Bestimmungen bis spätestens zum 1. Januar 2018 einen bundeseinheitlichen Katalog, der nach Art und Umfang der Leistung sowie der zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten differenziert, sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist. § 21 Absatz 4, Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für die Vereinbarung zur Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. Für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen gilt § 21 Absatz 4 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen entscheidet. Die Schiedsstelle entscheidet innerhalb von sechs Wochen nach Antrag einer Vertragspartei auch über die Tatbestände nach Satz 4 zweiter Halbsatz, zu denen keine Einigung zustande gekommen ist. In Fällen der Verträge nach den §§ 73b und 140a sind als zusätzliche Angabe je Diagnose auch die Vertragsnummern nach § 293a Absatz 1 Satz 4 zu übermitteln; Satz 1 gilt entsprechend.

(1c) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind verpflichtet, spätestens ab dem 30. Juni 2024 die Empfangsbereitschaft für elektronische Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 383, die die nach § 311 Absatz 6 Satz 1 festgelegten sicheren Verfahren nutzen, sicherzustellen.

(2) Für die Abrechnung der Vergütung übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Krankenkassen für jedes Quartal für jeden Behandlungsfall folgende Daten:

1. Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1, 6 und 7,
2. Arzt- oder Zahnarzt Nummer, in Überweisungsfällen die Arzt- oder Zahnarzt Nummer des überweisenden Arztes und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arzt Nummer des Arztes, bei dem der Termin vereinbart wurde,
3. Art der Inanspruchnahme,
4. Art der Behandlung,
5. Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung,
6. abgerechnete Gebührenpositionen mit den Schlüsseln nach Absatz 1 Satz 5, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
7. Kosten der Behandlung,
8. den Nachweis über die Erfüllung der Meldepflicht nach § 36 des Implantateregistergesetzes,
9. bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a, an denen eine Kassenärztliche Vereinigung beteiligt ist, je Diagnose die Angabe der jeweiligen Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln für die Durchführung der Programme nach § 137g die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f festgelegten Angaben versichertenbezogen an die Krankenkassen, soweit sie an der Durchführung dieser Programme beteiligt sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die Angaben nach Satz 1 für Versicherte, die an den Programmen nach § 137f teilnehmen, versichertenbezogen. § 137f Abs. 3 Satz 2 bleibt unberührt.

(2a) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu besonderen Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b abgeschlossen haben, sowie Leistungserbringer, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, sind verpflichtet, die Angaben gemäß § 292 aufzuzeichnen und den Krankenkassen zu übermitteln; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln.

(3) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 vereinbaren als Bestandteil dieser Verträge das Nähere über

1. Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die und vertragsärztlichen Leistungen,
2. Form und Inhalt der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke,
3. die Erfüllung der Pflichten der Vertragsärzte nach Absatz 1,
4. die Erfüllung der Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 2, insbesondere auch Form, Frist und Umfang der Übermittlung der Abrechnungsunterlagen an die Krankenkassen oder deren Verbände,
5. Einzelheiten der Datenübermittlung einschließlich einer einheitlichen Datensatzstruktur und der Aufbereitung von Abrechnungsunterlagen nach den §§ 296 und 297.

Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren bis zum 30. September 2021 eine Verkürzung der Frist der Übermittlung der Abrechnungsunterlagen nach Satz 1 Nummer 4. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder eine von ihm beauftragte Stelle stellt dem Bundesministerium für Gesundheit zur Wahrnehmung seiner Aufgaben auf Anforderung unverzüglich Auswertungen der nach Absatz 2 und der Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 4 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder eine von ihm beauftragte Stelle übermittelten statistischen Daten ohne Versichertenbezug und Arztbezug in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.

(4) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren haben die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege elektronischer Datenübertragung, die unter Anwendung des sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 311 Absatz 6 über die Telematikinfrastruktur erfolgen kann, oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Dies umfasst im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 6 sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022. Die Regelungen und die Prüfmaßstäbe nach Satz 3 sind danach jährlich zu aktualisieren; die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gegenüber den nach Satz 3 zu Beteiligten das Verfahren nachvollziehbar und transparent zu begründen, Anforderungen für die Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten nach Satz 6 darzulegen und die Erläuterungen auf ihrer Internetseite zu veröffentlichen. Die Regelungen und die Prüfmaßstäbe nach Satz 3 gelten auch für Leistungserbringer nach § 27b Absatz 3, den §§ 73b, 76 Absatz 1a, den §§ 116, 116a, 116b Absatz 2, den §§ 117 bis 119, 119c, 120 Absatz 1a, den §§ 121a, 137f und 140a sowie für die Leistungserbringung nach § 115b. Die Regelungen und die Prüfmaßstäbe nach Satz 3 sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen; das Zertifizierungsverfahren hat zudem die Einhaltung der ärztlichen Pflicht zur Übermitt-

lung der Vertragsnummer nach Absatz 1b Satz 8 in Verträgen nach den §§ 73b und 140a zu gewährleisten. Die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel sowie von Prüfmaßstäben nach Satz 3 und die jährliche Aktualisierung nach Satz 4 sind im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu beschließen, sofern Schlüssel nach Absatz 1 Satz 6 wesentlich von Leistungserbringern nach Satz 5, mit Ausnahme von Leistungserbringern nach den §§ 73b und 140a, vergeben werden.⁵⁸⁶

586 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 156 lit. a und b des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 und 2 neu gefasst. Abs. 1 und 2 lauteten:

- „(1) Die an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet,
1. in den Abrechnungsunterlagen für die kassen- und vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei zahnärztlicher Behandlung auch mit Zahnbezug, aufzuzeichnen,
 2. in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die kassen- und vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer sowie die Krankenversichertennummer des Patienten anzugeben.

(2) Für die Abrechnung der Vergütung übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen, auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, für jedes Quartal die für die kassen- und vertragsärztliche Versorgung erforderlichen Angaben zu der nach § 85 Abs. 2 vereinbarten Berechnung der Vergütung.“

Artikel 1 Nr. 156 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 1 „kassen- und“ nach „die“, in Abs. 2 Nr. 2 „kassen- und“ nach „Rahmen der“ und in Abs. 2 Nr. 3 „Kassen- und“ nach „Pflichten der“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 156 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „kassen- und“ nach „an der“ gestrichen.

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 „bis 6“ durch „bis 8“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 3 Nr. 16 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 3 Nr. 16 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „Datenverarbeitung und vor unzulässiger Offenbarung“ durch „Verarbeitung und Nutzung“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 76 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Satz 2 „dem vierstelligen Schlüssel“ nach „nach“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 76 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Der Bundesminister für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Schlüssels für die Anwendung nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt.“

Artikel 1 Nr. 76 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 4 und 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 76 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2a „Abs. 1“ nach „§ 292“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 76 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 5 „§§ 296, 297 und 299“ durch „§§ 296 und 297“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 76 lit. d und e desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben und Abs. 5 in Abs. 4 unnummeriert. Abs. 4 lautete:

„(4) Bei Einführung der Krankenversichertenkarte (§ 291) ist in den Verträgen nach Absatz 3 auch das Nähere über die Abrechnung ärztlicher Leistungen auf Überweisungsscheinen zu regeln.“

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. f der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 1 Satz 2 „Bundesministers“ durch „Bundesministeriums“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465) hat Abs. 2 Satz 2 bis 5 eingefügt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 1 Satz 2, 3, 4 und 5 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 167 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Nr. 3 „ , in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes“ nach „Arztnummer“ eingefügt und „bis 8“ durch „bis 10“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 167 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1a „§ 83 Abs. 2“ durch „§ 106a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 167 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 167 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Für die Abrechnung der Vergütung übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen, auf Ver-

langen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, für jedes Quartal die für die vertragsärztliche Versorgung erforderlichen Angaben über die abgerechneten Leistungen fallbezogen, nicht versichertenbezogen.“

Artikel 1 Nr. 167 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 2a „sowie Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu integrierten Versorgungsformen (§ 140a) oder zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 2) abgeschlossen haben sowie Krankenhäuser, die mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und zur Behandlung spezieller Erkrankungen (§ 116b Abs. 2) abgeschlossen haben,“ nach „Einrichtungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 167 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat Nr. 5 in Abs. 3 neu gefasst. Nr. 5 lautete:

„5. Einzelheiten des Datenträgeraustausches und der gegenseitigen Aufbereitung von Abrechnungsunterlagen nach den §§ 296 und 297.“

Artikel 1 Nr. 167 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 167 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Vertragspartner nach Absatz 3 können vorsehen, daß die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung auf maschinell verwertbaren Datenträgern übermitteln dürfen. Zu diesem Zweck haben die Vertragspartner das Nähere über die Voraussetzungen zur Teilnahme an einem solchen Abrechnungsverfahren, die Vorkehrungen zur Sicherung vor fehlerhafter oder unzulässiger Verarbeitung und Nutzung sowie die Form der Abrechnung zu regeln. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können in den Satzungen ergänzende Regelungen treffen.“

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 1 Satz 2, 3, 4 und 5 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 198 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1b Satz 1 „hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 2)“ durch „Versorgung nach § 73b oder § 73c“ und „mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und zur Behandlung spezieller Erkrankungen (§ 116b Abs. 2) abgeschlossen haben“ durch „gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten Behandlung teilnehmen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 198 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 „Diagnosen“ durch „den Schlüsseln nach Absatz 1 Satz 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 198 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 1 „hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 2)“ durch „Versorgung nach § 73b oder § 73c“ und „mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und zur Behandlung spezieller Erkrankungen (§ 116b Abs. 2) abgeschlossen haben“ durch „gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten Behandlung teilnehmen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 198 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren nach Nummer 3 auch die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte; dabei ist sicherzustellen, dass zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden wird.“

Artikel 1 Nr. 198 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Die Hauptdiagnose hat den Behandlungsanlass am jeweiligen Behandlungstag wiederzugeben.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 198 lit. a litt. bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 2 in Abs. 1b neu gefasst. Satz 2 lautete: „Das Nähere regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.“

Artikel 1 Nr. 198 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren als Bestandteil der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1“ durch „Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 vereinbaren als Bestandteil dieser Verträge“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 16 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1b Satz 1 „ärztlich geleitete“ nach „Ärzte,“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 17 desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a jeweils „ärztlich geleiteten“ nach „Ärzte und“, in Abs. 4 Satz 1 „ärztlich geleiteten“ nach „Ärzte,“ gestrichen.

25.03.2009.—Artikel 3 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 1b Satz 1 „psychiatrische Institutsambulanzen“ nach „haben,“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1b Satz 3 und 4 eingefügt.

18.06.2009.—Artikel 15 Nr. 13a lit. b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 1b Satz 5 bis 8 eingefügt.

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 13a lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 1b Satz 2 „mit Ausnahme der Datenübermittlung der psychiatrischen Institutsambulanzen“ am Ende eingefügt.

01.07.2010.—Artikel 15a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat die Sätze 5 bis 8 in Abs. 1b aufgehoben. Die Sätze 5 bis 8 lauteten: „Für die ärztlichen Leistungen, die im Rahmen von Verträgen nach Satz 1 erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet werden, darf eine andere Stelle mit der Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung dieser Leistungen erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt werden; § 291a bleibt unberührt. § 80 des Zehnten Buches ist anzuwenden; Auftraggeber und Auftragnehmer unterliegen der Aufsicht der nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes zuständigen Aufsichtsbehörde. Der Auftragnehmer darf diese Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen. Gehört der Auftragnehmer nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen, gilt diese Vorschrift für ihn entsprechend; er hat die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach § 78a des Zehnten Buches zu treffen.“

01.12.2011.—Artikel 1 Nr. 80 lit. a litt. cc des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 4 in Abs. 1b neu gefasst. Satz 4 lautete: „Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; § 21 Absatz 4, 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes sind entsprechend anzuwenden.“

Artikel 1 Nr. 80 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 1b Satz 5 bis 7 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 80 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1b Satz 1 „Krankenhäuser“ durch „Leistungserbringer“ und „Behandlung“ durch „spezialfachärztlichen Versorgung“ ersetzt sowie „ ; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 80 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1b Satz 2 „der Leistungserbringer, die gemäß § 116b Absatz 2 an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie“ nach „Datenübermittlung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 80 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Für nichtärztliche Dialyseleistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs (§ 266 Abs. 4, § 267 Abs. 1 bis 6) und des Risikopools (§ 269 Abs. 3) erforderlichen Angaben versichertenbezogen erstmals für das erste Quartal 2002 bis zum 1. Oktober 2002 zu übermitteln sind.“

Artikel 1 Nr. 80 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 2 „der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7“ durch „den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 80 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2a „sowie Krankenhäuser“ durch „ , sowie Leistungserbringer“ und „Behandlung“ durch „spezialfachärztlichen Versorgung“ ersetzt sowie „ ; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 80 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 „einschließlich einer einheitlichen Datensatzstruktur“ nach „Datenübermittlung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 80 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren erstmalig bis zum 30. Juni 2009 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Abs. 6 gilt entsprechend.“

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 das Komma durch einen Punkt ersetzt und Nr. 8 aufgehoben. Nr. 8 lautete:

„8. Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4.“

09.04.2013.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) hat Abs. 5 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 85 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2a jeweils „integrierten“ durch „besonderen“ ersetzt und „oder § 73c“ nach „§ 73b“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 85 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) Für die Abrechnung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen darf der Leistungserbringer in den Fällen des § 116b Absatz 6 Satz 16 eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen, sofern der Versicherte schrift-

lich in die Datenweitergabe eingewilligt hat; § 291a bleibt unberührt. Der Auftragnehmer darf die Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen. § 295a Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

01.01.2017.—Artikel 5 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat in Abs. 1b Satz 3 „DRG-Datenstelle“ durch „Datenstelle“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 1b neu gefasst. Satz 4 lautete: „Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 bis spätestens zum 30. April 2012 einen bundeseinheitlichen Katalog sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist.“

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 18a lit. a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, der Uhrzeit“ nach „Tages“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 „und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit“ nach „Tag“ eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 16a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 99 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 „und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde,“ nach „Arztes“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 99 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1a „§ 106a“ durch „§ 106d“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 99 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 „und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 99 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 3 bis 7 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 41 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 3 Nr. 4 „Weiterleitung“ durch „Übermittlung“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 und 7 jeweils „Absatz 1 Satz 5“ durch „Absatz 1 Satz 6“ ersetzt.

01.03.2020.—Artikel 2 Nr. 6a des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) hat in Abs. 1a Satz 1 „§ 73b“ durch „den §§ 73b, 132e oder 132f“ ersetzt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 29 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat Abs. 1b Satz 8 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 29 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 29 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „und die Prüfmaßstäbe nach Satz 3“ nach „Regelungen“ eingefügt.

Artikel 5 Nr. 29 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 und 6 jeweils „und die Prüfmaßstäbe“ nach „Regelungen“ eingefügt.

Artikel 5 Nr. 29 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 6 „; das Zertifizierungsverfahren hat zudem die Einhaltung der ärztlichen Pflicht zur Übermittlung der Vertragsnummer nach Absatz 1b Satz 8 in Verträgen nach den §§ 73b und 140a zu gewährleisten“ am Ende eingefügt.

26.05.2020.—Artikel 16a Abs. 5 Nr. 3 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) hat in Abs. 1 Satz 2 „Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information“ durch „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ ersetzt.

§ 295a Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b, § 132e, § 132f und § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen

(1) Für die Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b, 132e, 132f und 140a erbrachten Leistungen sind die an diesen Versorgungsformen teilnehmenden Leistungserbringer be-

Artikel 16a Abs. 5 Nr. 3 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information“ durch „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ ersetzt.

Artikel 16a Abs. 5 Nr. 3 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information“ durch „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ ersetzt.

Artikel 16a Abs. 5 Nr. 3 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 und 8 jeweils „Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information“ durch „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ ersetzt.

Artikel 16a Abs. 5 Nr. 3 lit. a litt. ee desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 9 „Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information“ durch „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ und „Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information“ durch „Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte“ ersetzt.

Artikel 16a Abs. 5 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information“ durch „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ ersetzt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 25 lit. a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 „§ 291 Abs. 2 Nr. 1“ durch „§ 291a Absatz 2 Nummer 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 „§ 291 Abs. 2 Nr. 1, 6“ durch „§ 291a Absatz 2 Nummer 1, 6“ ersetzt.

01.01.2021.—Artikel 2 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Abrechnung ärztlicher Leistungen“.

Artikel 2 Nr. 3 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Nr. 1 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, die Diagnosen,“.

Artikel 2 Nr. 3 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 10 eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 26 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1 Satz 10 „der Telematikinfrastruktur nach § 291a“ durch „des sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 311 Absatz 6 über die Telematikinfrastruktur“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „ , , die unter Anwendung des sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 311 Absatz 6 über die Telematikinfrastruktur erfolgen kann,“ nach „Datenübertragung“ eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 68 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1b Satz 1 „über Modellvorhaben nach § 64e,“ nach „Verträge“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 68 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1b Satz 8 „je Diagnose“ nach „Angabe“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 68 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 „je Diagnose“ nach „ist,“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 68 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 68 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „ , ; die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gegenüber den nach Satz 3 zu Beteiligten das Verfahren nachvollziehbar und transparent zu begründen, Anforderungen für die Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten nach Satz 6 darzulegen und die Erläuterungen auf ihrer Internetseite zu veröffentlichen“ am Ende eingefügt.

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen“.

Artikel 1 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1c eingefügt.

Artikel 3 Nr. 10 lit. b des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 102) hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

31.03.2024.—Artikel 3 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 102) hat in Abs. 1b Satz 1 „über Modellvorhaben nach § 64e,“ nach „Verträge“ gestrichen.

fugt, die nach den Vorschriften dieses Kapitels erforderlichen Angaben an den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite als Verantwortlichen oder an eine nach Absatz 2 beauftragte andere Stelle zu übermitteln; für den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend. Voraussetzung ist, dass der Versicherte vor Abgabe der Teilnahmeerklärung an der Versorgungsform umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung informiert worden ist und mit der Einwilligung in die Teilnahme zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder die beauftragte andere Stelle dürfen die übermittelten Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten; sie übermitteln die Daten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern an den jeweiligen Vertragspartner auf Krankenkassenseite.

(2) Der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite darf eine andere Stelle mit der Verarbeitung der für die Abrechnung der in Absatz 1 genannten Leistungen erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen; die Vorschriften des Fünften Abschnitts bleiben unberührt. § 80 des Zehnten Buches ist anzuwenden mit der weiteren Maßgabe, dass Unterauftragsverhältnisse ausgeschlossen sind. Für Auftragsverarbeiter und Auftragnehmer, die nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen gehören, gilt diese Vorschrift entsprechend; sie haben insbesondere die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach den Artikeln 24, 25 und 32 der Verordnung (EU) 2016/679 zu treffen.

(3) Für die Abrechnung von im Notfall erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen darf das Krankenhaus eine andere Stelle mit der Verarbeitung der erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen, sofern der Versicherte schriftlich oder elektronisch in die Datenübermittlung eingewilligt hat; § 334 bleibt unberührt. Der Auftragsverarbeiter darf diese Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten. Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.⁵⁸⁷

587 QUELLE

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 9 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 86 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in der Überschrift „ , § 73c oder“ durch „und“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 86 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „ , § 73c oder“ durch „und“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 100 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in der Überschrift „ , § 132e, § 132f“ nach „§ 73b“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 100 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „§ 132e, § 132f“ nach „§ 73b,“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 100 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „oder elektronisch“ nach „schriftlich“ eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 42 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Für die Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b, § 132e, § 132f und § 140a erbrachten Leistungen sind die an diesen Versorgungsformen teilnehmenden Leistungserbringer befugt, die nach den Vorschriften dieses Kapitels erforderlichen Angaben an den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite als verantwortliche Stelle zu übermitteln, indem diese Angaben entweder an ihn oder an eine nach Absatz 2 beauftragte andere Stelle weitergegeben werden; für den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend.“

Artikel 123 Nr. 42 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „und nutzen“ nach „verarbeiten“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 42 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 42 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „und dass abweichend von dessen Absatz 5 die Beauftragung einer nichtöffentlichen Stelle auch zulässig ist, soweit die Speicherung der Daten den gesamten Datenbestand erfasst; Auftraggeber und Auftragnehmer unterliegen der Aufsicht der nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes zuständigen Aufsichtsbehörde“ am Ende gestrichen.

§ 295b Vorabübermittlung vorläufiger Daten zur Abrechnung bei ärztlichen Leistungen

(1) Ergänzend zu der Verpflichtung zur Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken nach § 295 Absatz 2 sind die in § 295 Absatz 2 Satz 1 genannten Daten nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 von den Kassenärztlichen Vereinigungen vorab an die Krankenkassen zur Weiterleitung nach § 303b zu übermitteln, ohne dass zuvor eine Bereinigung der Daten im Zuge der Abrechnungsprüfung nach § 106d vorzunehmen ist.

(2) Die Übermittlung der unbereinigten Daten nach Absatz 1 erfolgt nach § 295 Absatz 2 in der dort vorgegebenen Struktur.

(3) Die Datenübermittlung nach Absatz 1 hat spätestens vier Wochen nach Ende des jeweiligen Quartals zu erfolgen.

(4) Die nach Absatz 1 übermittelten Daten werden im Rahmen der Datenzusammenführung und -übermittlung nach § 303b über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Datensammelstelle und die Vertrauensstelle nach § 303c an das Forschungsdatenzentrum übermittelt und dort für die Zwecke nach § 303e Absatz 2 mit dem Hinweis, dass es sich um unbereinigte Daten im Rahmen einer Vorabübermittlung handelt, zugänglich gemacht. Das Forschungsdatenzentrum hat die nach Absatz 1 übermittelten Daten zu löschen, sobald ihm die bereinigten Daten nach § 303b übermittelt worden sind. Auf die Nutzung unbereinigter Daten der Vorabübermittlung ist auch bei Publikation von Forschungsergebnissen in transparenter Form hinzuweisen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nimmt auf Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit unverzüglich statistische Auswertungen der ihm nach Absatz 4 übermittelten Daten ohne Versichertenbezug und Arztbezug vor und stellt dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse der Auswertung zur Wahrnehmung seiner Aufgaben in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.⁵⁸⁸

§ 296 Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen

(1) Für die arztbezogenen Prüfungen nach § 106 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106c aus den Abrechnungsunterlagen der Vertragsärzte für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer, einschließlich von Angaben nach § 293 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2, 3, 6, 7 und 9 bis 14 und Angaben zu Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen sowie zusätzlichen Abrechnungsgenehmigungen,
2. Kassenummer,
3. die abgerechneten Behandlungsfälle sowie deren Anzahl, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen,

Artikel 123 Nr. 42 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „Auftragnehmer“ durch „Auftragsverarbeiter“ und „§ 78a des Zehnten Buches“ durch „den Artikeln 24, 25 und 32 der Verordnung (EU) 2016/679“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 42 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ und „in die Datenweitergabe“ durch „oder elektronisch in die Datenübermittlung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 42 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Auftragnehmer“ durch „Auftragsverarbeiter“ ersetzt und „und nutzen“ am Ende gestrichen.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 26 lit. a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 2 Satz 1 „§ 291a bleibt“ durch „die Vorschriften des Fünften Abschnitts bleiben“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „§ 291a“ durch „§ 334“ ersetzt.

588 QUELLE

26.03.2024.—Artikel 3 Nr. 11 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 102) hat die Vorschrift eingefügt.

4. die Überweisungsfälle sowie die Notarzt- und Vertreterfälle sowie deren Anzahl, jeweils in der Aufschlüsselung nach Nummer 3,
5. durchschnittliche Anzahl der Fälle der vergleichbaren Fachgruppe in der Gliederung nach den Nummern 3 und 4,
6. Häufigkeit der abgerechneten Gebührenposition unter Angabe des entsprechenden Fachgruppendurchschnitts,
7. in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes.

Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, sind die Daten nach Satz 1 Nummer 3 jeweils unter Angabe der nach § 295 Absatz 1 Satz 2 verschlüsselten Diagnose zu übermitteln.

(2) Für die arztbezogenen Prüfungen nach § 106 übermitteln die Krankenkassen im Wege elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106c über die von allen Vertragsärzten verordneten Leistungen (Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Krankenhausbehandlungen) für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer des verordnenden Arztes,
2. Kassenummer,
3. Art, Menge und Kosten verordneter Arznei-, Verband- oder Heil- und Hilfsmittel, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen, oder bei Arzneimitteln einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1,
4. Häufigkeit von Krankenseinweisungen sowie Dauer der Krankenhausbehandlung.

Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, sind der Prüfungsstelle auf Anforderung auch die Versicherungsnummern arztbezogen zu übermitteln.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Vertrag nach § 295 Abs. 3 Nr. 5 Näheres über die nach Absatz 2 Nr. 3 anzugebenden Arten und Gruppen von Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Sie können auch vereinbaren, dass jedes einzelne Mittel oder dessen Kennzeichen angegeben wird. Zu vereinbaren ist ferner Näheres zu den Fristen der Datenübermittlungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie zu den Folgen der Nichteinhaltung dieser Fristen.

(4) Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Prüfungsstelle nach § 106c die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.⁵⁸⁹

589 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 157 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Durchschnittsprüfungen, Prüfungen nach Richtgrößen“.

Artikel 1 Nr. 157 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 „Kassen- und“ nach „der“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 157 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) In Überweisungsfällen übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen auch die Arztnummer des überweisenden Arztes.“

Artikel 1 Nr. 157 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „und 2“ nach „Nr. 1“ und „Kassen- und“ nach „von den“ gestrichen.

31.12.2001.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3773) hat in Abs. 1 Satz 1 „und bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens“ nach „Durchschnittswerten“ und „oder den von diesen beauftragten Stellen nach § 303 Abs. 2 Satz 1 unabhängig von der Erfüllung der Übermittlungspflicht nach Absatz 3“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Richtgrößen“ durch „bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens“ ersetzt und „unabhängig von der Erfüllung der Übermittlungspflicht nach Absatz 1“ nach „Vereinigungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 3 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 168 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Für die arztbezogene Prüfung nach Durchschnittswerten und bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens (§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1) übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen, auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, den Krankenkassen oder den von diesen beauftragten Stellen nach § 303 Abs. 2 Satz 1 unabhängig von der Erfüllung der Übermittlungspflicht nach Absatz 3 aus den Abrechnungen der Vertragsärzte für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer,
2. Kassenummer,
3. Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen,
4. Anzahl der Überweisungsfälle sowie Anzahl der Notarzt- und Vertreterfälle, jeweils in der Aufschlüsselung nach Nummer 3,
5. durchschnittliche Anzahl der Fälle der vergleichbaren Fachgruppe in der Gliederung nach den Nummern 3 und 4,
6. Häufigkeit der abgerechneten Gebührenpositionen unter Angabe des entsprechenden Fachgruppendurchschnitts.

(2) In Überweisungsfällen übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen auch die Arztnummer des überweisenden Arztes sowie des die Überweisung annehmenden Arztes.

(3) Für die arztbezogene Prüfung nach Durchschnittswerten und bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens (§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1) übermitteln die Krankenkassen, auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, den Kassenärztlichen Vereinigungen unabhängig von der Erfüllung der Übermittlungspflicht nach Absatz 1 über die von den Vertragsärzten verordneten Leistungen (Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung) für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer des verordnenden Arztes,
2. Kassenummer,
3. Art, Menge und Kosten verordneter Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen,
4. Häufigkeit von Krankenseinweisungen sowie Dauer der Krankenhausbehandlung.

(4) Die Vertragspartner nach § 106 vereinbaren das Nähere über die nach Absatz 3 Nr. 3 anzugebenden Arten und Gruppen von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Sie können auch vereinbaren, daß jedes einzelne Mittel oder dessen Kennzeichen angegeben wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen im Vertrag nach § 295 Abs. 3 Nr. 5 Näheres zu den Fristen der Datenübermittlungen nach Absatz 1 und 3 sowie zu den Folgen der Nichteinhaltung dieser Fristen.

(5) Die Krankenkassen übermitteln den Kassenärztlichen Vereinigungen aus den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für jedes Quartal die Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeitsfälle sowie deren Dauer.“

01.01.2008.—Artikel 1 Nr. 199 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Für die Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen nach § 106 Abs. 4a aus den Abrechnungsunterlagen der Vertragsärzte für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer,
2. Kassenummer,
3. die abgerechneten Behandlungsfälle, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen oder in der nach § 84 Abs. 6 Satz 2 bestimmten Gliederung.“

Artikel 1 Nr. 199 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Für die Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 übermitteln die Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen nach § 106 Abs. 4a über die von den Vertragsärzten verordneten Leistungen (Arznei-, Verband-, Heilmittel) für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer des verordnenden Arztes,
2. Kassenummer,

§ 297 Weitere Regelungen zur Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106c aus den Abrechnungsunterlagen der in die Prüfung einbezogenen Vertragsärzte folgende Daten:

1. Arztnummer,
2. Kassenummer,
3. Krankenversichertennummer,
4. abgerechnete Gebührenpositionen je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit der nach dem in § 295 Abs. 1 Satz 2 genannten Schlüssel verschlüsselten Diagnose, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden, bei Überweisungen mit dem Auftrag des überweisenden Arztes.

(2) Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, übermitteln die Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106c die Daten über die von den in die Prüfung einbezogenen Vertragsärzten verordneten Leistungen unter Angabe der Arztnummer, der Kassenummer und der Krankenversichertennummer. Die Daten über die verordneten Arzneimittel enthalten zusätzlich jeweils das Kennzeichen nach § 300 Absatz 3 Satz 1. Die Daten über die Verordnungen von Krankenhausbehandlungen enthalten zusätzlich jeweils die gemäß § 301 übermittelten Angaben über den Tag und den Grund der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die Art der durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren sowie die Dauer der Krankenhausbehandlung.⁵⁹⁰

-
3. Art, Menge und Kosten verordneter Arznei-, Verband- oder Heilmittel, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen oder in der nach § 84 Abs. 6 Satz 2 bestimmten Gliederung, bei Arzneimitteln einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1.“

Artikel 1 Nr. 199 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „Geschäftsstelle“ durch „Prüfungsstelle“ ersetzt. 01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 199 lit. c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 1 „die Spitzenverbände“ durch „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Auffälligkeitsprüfungen“.

Artikel 2 Nr. 19 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „§ 106 Abs. 4a“ durch „§ 106c“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 19 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Soweit zur Prüfung der Einhaltung der Richtlinien nach Maßgabe von § 106 Abs. 5b erforderlich, sind die Daten nach Satz 1 Nr. 3 jeweils unter Angabe der nach § 295 Abs. 1 Satz 2 verschlüsselten Diagnose zu übermitteln.“

Artikel 2 Nr. 19 lit. c litt. aa littt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „§ 106 Abs. 4a“ durch „§ 106c“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 19 lit. c litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „in der nach § 84 Abs. 6 Satz 2 bestimmten Gliederung,“ nach „Angehörigen, oder“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 19 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Werden die Aufgreifkriterien nach § 106 Abs. 5a von einem Arzt überschritten, sind der Prüfungsstelle auch die Versichertennummern arztbezogen zu übermitteln.“

Artikel 2 Nr. 19 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

- „(4) Für die Prüfung nach § 106 Abs. 5a sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4a die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.“

590 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 158 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Stichprobenprüfung“.

Artikel 1 Nr. 158 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 „Nr. 3“ durch „Nr. 2“ ersetzt und „kassen- und“ nach „für die“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 158 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Kassen- und“ nach „einbezogenen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 158 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 4 in Abs. 2 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. abgerechnete Gebührenpositionen je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung, bei zahnärztlicher Behandlung auch mit Zahnbezug.“

Artikel 1 Nr. 158 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 158 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „Kassen- und“ nach „einbezogenen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 158 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 17 des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 4 „versichertenbeziehbar“ durch „versichertenbezogen“ und „verknüpft“ durch „zusammengeführt“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 169 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Für die Stichprobenprüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 bestimmen die Vertragspartner nach § 106 für jedes Quartal, sobald die Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen, gemeinsam die Ärzte, die in die Stichprobenprüfung einbezogen werden.“

Artikel 1 Nr. 169 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „ , auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, den Krankenkassen aus den Belegen über die von den in die Stichprobenprüfung einbezogenen Vertragsärzten zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse abgerechneten Leistungen“ durch „ im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen nach § 106 Abs. 4a aus den Abrechnungsunterlagen der in die Prüfung einbezogenen Vertragsärzte“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 169 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 „ , bei Überweisungen mit dem Auftrag des überweisenden Arztes“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 169 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Krankenkassen übermitteln, auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, den Kassenärztlichen Vereinigungen aus den Belegen über die von den in die Stichprobenprüfung einbezogenen Vertragsärzten verordneten Leistungen die Angaben nach § 296 Abs. 3 Nr. 1 bis 4 und Abs. 5 versichertenbeziehbar unter Angabe der Krankenversicherungsnummer.“

Artikel 1 Nr. 169 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 bis 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 169 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „Stichprobenprüfung“ durch „Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ ersetzt.

01.01.2008.—Artikel 1 Nr. 200 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1, 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 jeweils „Geschäftsstellen“ durch „Prüfungsstellen“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Zufälligkeitsprüfungen“.

Artikel 2 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 „§ 106 Abs. 4a“ durch „§ 106c“, „§ 106 Abs. 3“ durch „§ 106a Absatz 4“ und „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ durch „§ 106a“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 20 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „§ 106 Abs. 4a“ durch „§ 106c“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 20 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „§ 106 Abs. 4a“ durch „§ 106c“, „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ durch „§ 106a“ und „verordneten Leistungen sowie die“ durch „getroffenen“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 20 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 3 aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Die Daten über die verordneten Arzneimittel enthalten zusätzlich jeweils das Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 Nr. 1. Die Daten über die Verordnungen von Krankenhausbehandlung enthalten zusätzlich jeweils die gemäß § 301 übermittelten Angaben über den Tag und den Grund der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die Art der durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren sowie die Dauer der Krankenhausbehandlung.“

Artikel 2 Nr. 20 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Daten über kassen- und vertragsärztliche Leistungen und Daten über verordnete Leistungen dürfen, soweit sie versichertenbezogen sind, auf maschinell verwertbaren Datenträgern nur zusammengeführt werden, soweit dies zur Durchführung der Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 erforderlich ist.“

§ 298 Übermittlung versichertenbezogener Daten

Im Rahmen eines Prüfverfahrens ist die versichertenbezogene Übermittlung von Angaben über ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen zulässig, soweit die Wirtschaftlichkeit oder Qualität der ärztlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise im Einzelfall zu beurteilen ist.⁵⁹¹

§ 299 Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung

(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 sowie die nach Satz 2 festgelegten Empfänger der Daten sind befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2 oder § 137a Absatz 3 zu verarbeiten, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu verarbeiten sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Festlegung der Daten nach Satz 2 in Abhängigkeit von der jeweiligen Maßnahme der Qualitätssicherung insbesondere diejenigen Daten zu bestimmen, die für die Ermittlung der Qualität von Diagnostik oder Behandlung mit Hilfe geeigneter Qualitätsindikatoren, für die Erfassung möglicher Begleiterkrankungen und Komplikationen, für die Feststellung der Sterblichkeit sowie für eine geeignete Validierung oder Risikoadjustierung bei der Auswertung der Daten medizinisch oder methodisch notwendig sind. Die Richtlinien und Beschlüsse sowie Vereinbarungen nach Satz 1 haben darüber hinaus sicherzustellen, dass

1. in der Regel die Datenerhebung auf eine Stichprobe der betroffenen Patienten begrenzt wird und die versichertenbezogenen Daten pseudonymisiert werden,
2. die Auswertung der Daten, soweit sie nicht im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, von einer unabhängigen Stelle vorgenommen wird und
3. eine qualifizierte Information der betroffenen Patienten in geeigneter Weise stattfindet.

Abweichend von Satz 4 Nummer 1 können die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen

1. auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dies aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestand-

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 100a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 1 und 3 aufgehoben und Abs. 2 und 4 in Abs. 1 und 2 unnummeriert. Abs. 1 und 3 lauteten:

„(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106c für jedes Quartal eine Liste der Ärzte, die gemäß § 106a Absatz 4 in die Prüfung nach § 106a einbezogen werden.“

(3) Die Krankenkassen übermitteln im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106c die Daten über die von den in die Prüfung nach § 106a einbezogenen Vertragsärzten getroffenen Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit jeweils unter Angabe der Arztnummer, der Kassennummer und der Krankenversichertennummer. Die Daten über die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit enthalten zusätzlich die gemäß § 295 Abs. 1 übermittelte Diagnose sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.“

Artikel 1 Nr. 100a lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 im neuen Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.“

Artikel 1 Nr. 100a lit. c desselben Gesetzes hat Satz 4 im neuen Abs. 2 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.“

591 ÄNDERUNGEN

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in der Überschrift „versichertenbeziehbarer“ durch „versichertenbezogener“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat „versichertenbeziehbare“ durch „versichertenbezogene“ ersetzt und „oder Qualität“ nach „Wirtschaftlichkeit“ eingefügt.

teil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist;

2. auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und
 - a) die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt und die Anfertigung einer Kopie des speichernden Datenträgers, um auf dieser die versichertenbezogenen Daten zu pseudonymisieren, mit für die Qualitätssicherung nicht hinnehmbaren Qualitätsverlusten verbunden wäre oder
 - b) die Richtigkeit der Behandlungsdokumentation Gegenstand der Qualitätsprüfung nach § 135b Absatz 2 ist;

die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.

Auch Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobe sind in den Richtlinien und Beschlüssen sowie den Vereinbarungen nach Satz 1 festzulegen und von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den übrigen Leistungserbringern zu erheben und zu übermitteln. Es ist auszuschließen, dass die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweilige Verbände Kenntnis von Daten erlangen, die über den Umfang der ihnen nach den §§ 295, 300, 301, 301a und 302 zu übermittelnden Daten hinausgeht; dies gilt nicht für die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die für die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 135b Absatz 2 sowie die für die Durchführung der Aufgaben einer Datenannahmestelle oder für Einrichtungsbefragungen zur Qualitätssicherung aus Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Daten. Eine über die in den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 festgelegten Zwecke hinausgehende Verarbeitung dieser Daten, insbesondere eine Zusammenführung mit anderen Daten, ist unzulässig. Aufgaben zur Qualitätssicherung sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen räumlich und personell getrennt von ihren anderen Aufgaben wahrzunehmen. Abweichend von Satz 4 Nummer 1 zweiter Halbsatz können die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b und die Vereinbarungen nach § 137d vorsehen, dass den Leistungserbringern nach Satz 1 die Daten der von ihnen behandelten Versicherten versichertenbezogen für Zwecke der Qualitätssicherung im erforderlichen Umfang übermittelt werden. Die Leistungserbringer dürfen diese versichertenbezogenen Daten mit den Daten, die bei ihnen zu den Versicherten bereits vorliegen, zusammenführen und für die in den Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen nach Satz 1 festgelegten Zwecke verarbeiten. Einrichtungsbezogene Daten der Krankenhäuser, deren Verarbeitung in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vorgesehen ist, sind nicht zu pseudonymisieren.

(1a) Die Krankenkassen sind befugt und verpflichtet, nach § 284 Absatz 1 erhobene und gespeicherte Sozialdaten für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2 oder § 137a Absatz 3 zu verarbeiten, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Krankenkassen für Zwecke der Qualitätssicherung zu verarbeiten sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. Absatz 1 Satz 3 bis 7 gilt entsprechend.

(2) Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten wird durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 angewendet. Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten kann in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen auch auf eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle übertragen werden, wenn das Verfahren für die in Satz 1 genannten Leistungserbringer einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde; für Verfahren zur Qualitätsprüfung nach § 135b Absatz 2 kann dies auch eine gesonderte Stelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Die Gründe für die Übertragung

sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen. Es ist in den Richtlinien und Beschlüssen sowie den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik festzulegen. Bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 5 hat die Pseudonymisierung durch eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu erfolgen.

(2a) Enthalten die für Zwecke des Absatz 1 Satz 1 verarbeiteten Daten noch keine den Anforderungen des § 290 Absatz 1 Satz 2 entsprechende Krankenversichertennummer und ist in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen, dass die Pseudonymisierung auf der Grundlage der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 erfolgen soll, kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien ein Übergangsverfahren regeln, das einen Abgleich der für einen Versicherten vorhandenen Krankenversichertennummern ermöglicht. In diesem Fall hat er in den Richtlinien eine von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte eigenständige Vertrauensstelle zu bestimmen, die dem Sozialgeheimnis nach § 35 Absatz 1 des Ersten Buches unterliegt, an die die Krankenkassen für die in das Qualitätssicherungsverfahren einbezogenen Versicherten die vorhandenen Krankenversichertennummern übermitteln. Weitere Daten dürfen nicht übermittelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien die Dauer der Übergangsregelung und den Zeitpunkt der Löschung der Daten bei der Stelle nach Satz 2 festzulegen.

(3) Zur Auswertung der für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 erhobenen Daten bestimmen in den Fällen des § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b der Gemeinsame Bundesausschuss und im Falle des § 137d die Vereinbarungspartner eine unabhängige Stelle. Diese darf Auswertungen nur für Qualitätssicherungsverfahren mit zuvor in den Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen festgelegten Auswertungszielen durchführen. Daten, die für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 für ein Qualitätssicherungsverfahren verarbeitet werden, dürfen nicht mit für andere Zwecke als die Qualitätssicherung erhobenen Datenbeständen zusammengeführt und ausgewertet werden. Für die unabhängige Stelle gilt § 35 Absatz 1 des Ersten Buches entsprechend. Abweichend von Satz 1 ist für die in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die unabhängige Stelle im Sinne des Satzes 1.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann zur Durchführung von Patientenbefragungen für Zwecke der Qualitätssicherung in den Richtlinien und Beschlüssen nach den §§ 136 bis 136b eine zentrale Stelle (Versendestelle) bestimmen, die die Auswahl der zu befragenden Versicherten und die Versendung der Fragebögen übernimmt. In diesem Fall regelt er in den Richtlinien oder Beschlüssen die Einzelheiten des Verfahrens; insbesondere legt er die Auswahlkriterien fest und bestimmt, wer welche Daten an die Versendestelle zu übermitteln hat. Dabei kann er auch die Übermittlung nicht pseudonymisierter personenbezogener Daten der Versicherten und nicht pseudonymisierter personen- oder einrichtungsbezogener Daten der Leistungserbringer vorsehen, soweit dies für die Auswahl der Versicherten, die Versendung der Fragebögen, die Risikoadjustierung der Auswertungen oder die wissenschaftliche Begleitung der Patientenbefragungen erforderlich ist. Der Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen darf nicht über die Versendestelle erfolgen. Die Versendestelle muss von den Krankenkassen und ihren Verbänden, den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Verbänden, der Vertrauensstelle nach Absatz 2 Satz 5, dem Institut nach § 137a und sonstigen nach Absatz 1 Satz 2 festgelegten Datenempfängern räumlich, organisatorisch und personell getrennt sein. Die Versendestelle darf über die Daten nach Satz 2 hinaus weitere Behandlungs-, Leistungs- oder Sozialdaten von Versicherten auf Grund anderer Vorschriften nur verarbeiten, sofern diese Datenverarbeitung organisatorisch, personell und räumlich von der Datenverarbeitung für den Zweck der Versendestelle nach Satz 1 getrennt ist und nicht zum Zweck der Qualitätssicherung in den Richtlinien und Beschlüssen nach den §§ 136 bis 136b erfolgt. Die Versendestelle hat die ihr übermittelten Identifikationsmerkmale der Versicherten in gleicher Weise geheim zu halten wie derjenige, von dem sie sie erhalten hat; sie darf diese Daten anderen Personen oder Stellen nicht

zugänglich machen. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 sowie die Krankenkassen sind befugt und verpflichtet, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 festgelegten Daten an die Stelle nach Satz 1 zu übermitteln. Die Daten nach Satz 8 sind von der Versendestelle spätestens sechs Monate nach Versendung der Fragebögen zu löschen, es sei denn, dass es aus methodischen Gründen der Befragung erforderlich ist, bestimmte Daten länger zu verarbeiten. Dann sind diese Daten spätestens 24 Monate nach Versendung der Fragebögen zu löschen. Die Versendestelle ist befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer an die in den in Satz 1 genannten Richtlinien und Beschlüssen festgelegten Empfänger zu übermitteln, soweit dies für die Durchführung der Patientenbefragung methodisch-fachlich erforderlich ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Patientenbefragungen auch in digitaler Form vorsehen; die Sätze 1 bis 11 gelten entsprechend.

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss ist befugt und berechtigt, abweichend von Absatz 3 Satz 3 transplantationsmedizinische Qualitätssicherungsdaten, die aufgrund der Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhoben werden, nach § 15e des Transplantationsgesetzes an die Transplantationsregisterstelle zu übermitteln sowie von der Transplantationsregisterstelle nach § 15f des Transplantationsgesetzes übermittelte Daten für die Weiterentwicklung von Richtlinien und Beschlüssen zur Qualitätssicherung transplantationsmedizinischer Leistungen nach den §§ 136 bis 136c zu verarbeiten.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss ist befugt und berechtigt, abweichend von Absatz 3 Satz 3 die Daten, die ihm von der Registerstelle des Implantateregisters Deutschland nach § 29 Absatz 1 Nummer 4 des Implantateregistergesetzes übermittelt werden, für die Umsetzung und Weiterentwicklung von Richtlinien und Beschlüssen zur Qualitätssicherung implantationsmedizinischer Leistungen nach den §§ 136 bis 136c zu verarbeiten.

(7) Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen ist befugt, folgende personen- und einrichtungsbezogenen Daten der Versicherten und der Krankenhäuser zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d zu verarbeiten:

1. Daten, die das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen als unabhängige Stelle im Sinne des Absatzes 3 Satz 1 für die in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhält,
2. Auswertungen und Daten, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 21 Absatz 3d des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt werden,
3. die Daten aus den in § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten strukturierten Qualitätsberichten der zugelassenen Krankenhäuser,
4. Daten zur Erfüllung oder Nichterfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen im Wege der in § 275a Absatz 4 Satz 1, 3 und 4 genannten Übermittlung oder Information übermittelt werden oder in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zugänglich sind, und
5. Daten, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen im Wege der in § 6a Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Übermittlung übermittelt werden.

Abweichend von Absatz 3 Satz 3 darf das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d die in Satz 1 genannten Daten zusammenführen und verarbeiten. Die in den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 für Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bestimmten Datenannahmestellen sind verpflichtet, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeich-

nis mitzuteilen, wie die in Satz 1 Nummer 1 genannten Daten, soweit sie den Zeitraum ab dem 1. Januar 2022 betreffen, einzelnen Standorten der Krankenhäuser zuzuordnen sind.⁵⁹²

592 AUFHEBUNG

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 77 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 299 Abrechnungsdaten bei Beitragsrückzahlung

In Fällen, in denen Krankenkassen an Erprobungen zur Beitragsrückzahlung teilnehmen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenhäuser und die sonstigen Leistungserbringer den Krankenkassen die Art und den Wert der nach § 65 Abs. 2 für die Beitragsrückzahlung zu berücksichtigenden Leistungen versichertenbezogen zu übermitteln. Das Nähere über Art und Umfang der Datenübermittlung vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, der jeweiligen Landeskrankenhausesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land sowie den Verbänden der sonstigen Leistungserbringer.“

QUELLE

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 201 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 80a lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 1 in Abs. 1 durch die Sätze 1 bis 4 ersetzt. Satz 1 lautete: „Werden für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 oder § 136 Abs. 2 Sozialdaten von Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt, so haben die Richtlinien und Beschlüsse nach § 136 Abs. 2 Satz 2 und § 137 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Vereinbarungen nach § 137d sicherzustellen, dass

1. in der Regel die Datenerhebung auf eine Stichprobe der betroffenen Patienten begrenzt wird und die versichertenbezogenen Daten pseudonymisiert werden,
2. die Auswertung der Daten, soweit sie nicht im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, von einer unabhängigen Stelle vorgenommen wird und
3. eine qualifizierte Information der betroffenen Patienten in geeigneter Weise stattfindet.“

Artikel 1 Nr. 80a lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 6 „Die zu erhebenden Daten sowie“ durch „Auch“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 80a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 80a lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „gemäß § 135a Absatz 2“ nach „Leistungserbringer“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 80a lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 80a lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

25.07.2014.—Artikel 1 Nr. 39 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Satz 1 „oder § 136 Absatz 2“ durch „, § 136 Absatz 2 oder § 137a Absatz 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 39 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 „oder § 136 Absatz 2“ durch „, § 136 Absatz 2 oder § 137a Absatz 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 39 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 3 „bis 7“ nach „Satz 3“ eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 87 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Satz 5 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Abweichend von Satz 1 Nr. 1 können die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dieses aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist.“

Artikel 1 Nr. 87 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 7 „; dies gilt nicht für die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die für die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 136 Absatz 2 erforderlichen Daten“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 87 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 87 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 6 „Abweichend von Satz 1 hat die Pseudonymisierung bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 2“ durch „Bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 5 hat die Pseudonymisierung“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 27 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Satz 1 „§ 136“ jeweils durch „§ 135b“ und „§ 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3“ durch „§ 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 27 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 7 „§ 136“ durch „§ 135b“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 „§ 136“ jeweils durch „§ 135b“ und „§ 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3“ durch „§ 136 Absatz 1 Satz 1, §§ 136b und 137b Absatz 1“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 27 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „§ 136“ durch „§ 135b“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 27 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „§ 137 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3“ durch „§ 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 27 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

01.11.2016.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) hat Abs. 5 eingefügt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 18b lit. a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 1 Satz 7 „sowie die für die Durchführung der Aufgaben einer Datenannahmestelle oder für Einrichtungsbefragungen zur Qualitätssicherung aus Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1“ nach „Absatz 2“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18b lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 8 und 9 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 101 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie die nach Satz 2 festgelegten Empfänger der Daten“ nach „gemäß § 135a Absatz 2“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 101 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 1 Satz 5 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt und die Anfertigung einer Kopie des speichernden Datenträgers, um auf dieser die versichertenbezogenen Daten zu pseudonymisieren, mit für die Qualitätssicherung nicht hinnehmbaren Qualitätsverlusten verbunden wäre; die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“

Artikel 1 Nr. 101 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 10 und 11 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 43 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in der Überschrift „Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung“ durch „Datenverarbeitung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 43 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „erheben, verarbeiten oder nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 43 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 43 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 8 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 43 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 und 2 jeweils „oder zu nutzen“ nach „verarbeiten“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 43 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 1 „erhobenen, verarbeiteten und genutzten“ durch „verarbeiteten“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 43 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „erheben und“ nach „Versicherten“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 43 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 8 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 8 lautete: „Die Daten nach Satz 7 sind von der Versendestelle zu löschen, wenn sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch sechs Monate nach Versendung der Fragebögen.“

Artikel 123 Nr. 43 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „erheben, zu verarbeiten und zu nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494) hat Abs. 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1 „§ 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ durch „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 „§ 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1, §§ 136b und 137b Absatz 1“ durch „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 69 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 4 Satz 5 „und darf über die Daten nach Satz 2 hinaus keine Behandlungs-, Leistungs- oder Sozialdaten von Versicherten verarbeiten“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 69 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 6 eingefügt.

§ 300 Abrechnung der Apotheken und weiterer Stellen

(1) Die Apotheken und weitere Anbieter von Arzneimitteln sind verpflichtet, unabhängig von der Höhe der Zuzahlung (oder dem Eigenanteil),

1. bei Abgabe von Fertigarzneimitteln für Versicherte das nach Absatz 3 Nr. 1 zu verwendende Kennzeichen maschinenlesbar auf das für die vertragsärztliche Versorgung verbindliche Verordnungsblatt oder in den elektronischen Verordnungsdatensatz zu übertragen,
2. die Verordnungsblätter oder die elektronischen Verordnungsdatensätze an die Krankenkassen weiterzuleiten und diesen die nach Maßgabe der nach Absatz 3 Nr. 2 getroffenen Vereinbarungen erforderlichen Abrechnungsdaten zu übermitteln.

Satz 1 gilt auch für Apotheken und weitere Anbieter, die sonstige Leistungen nach § 31 sowie Impfstoffe nach § 20i Absatz 1 und 2 abrechnen, im Rahmen der jeweils vereinbarten Abrechnungsverfahren.

(2) Die Apotheken und weitere Anbieter von Leistungen nach § 31 können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren in Anspruch nehmen; die Anbieter von Leistungen nach dem vorstehenden Halbsatz haben vereinnahmte Gelder, soweit diese zur Weiterleitung an Dritte bestimmt sind, unverzüglich auf ein offenes Treuhandkonto zugunsten des Dritten einzuzahlen. Die Rechenzentren dürfen die ihnen nach Satz 1 erster Halbsatz übermittelten Daten für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke und nur in einer auf diese Zwecke ausgerichteten Weise verarbeiten, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet werden. Die Rechenzentren übermitteln die Daten nach Absatz 1 auf Anforderung den Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Abs. 8, den §§ 84 und 305a erforderlich sind, sowie dem Bundesministerium für Gesundheit oder einer von ihm benannten Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. Dem Bundesministerium für Gesundheit oder der von ihm benannten Stelle sind die Daten nicht arzt- und nicht versichertenbezogen zu übermitteln. Vor der Verarbeitung der Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist der Versichertenbezug durch eine von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung räumlich, organisatorisch und personell getrennten Stelle zu pseudonymisieren. Für die Datenübermittlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Rechenzentren einen dem Arbeitsaufwand entsprechenden Aufwandsersatz. Der Arbeitsaufwand für die Datenübermittlung ist auf Nachfrage der Kassenärztlichen Vereinigungen diesen in geeigneter Form nachzuweisen.

Artikel 1 Nr. 69 lit. c desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 9 „Satz 7“ durch „Satz 8“ ersetzt und „ , es sei denn, dass es aus methodischen Gründen der Befragung erforderlich ist, bestimmte Daten länger zu verarbeiten“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 69 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 10 und 11 eingefügt.

28.03.2024.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 105) hat Abs. 1 Satz 12 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7 eingefügt.

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2“ durch „und § 136b“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 „den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2“ durch „§ 136b“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „oder die Versendung der Fragebögen“ durch „ , die Versendung der Fragebögen, die Risikoadjustierung der Auswertungen oder die wissenschaftliche Begleitung der Patientenbefragungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 11 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 12 „bis 10“ durch „bis 11“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 „sowie“ am Ende gestrichen, in Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 und 5 eingefügt.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker regeln in einer Arzneimittelabrechnungsvereinbarung das Nähere insbesondere über

1. die Verwendung eines bundeseinheitlichen Kennzeichens für das verordnete Fertigarzneimittel als Schlüssel zu Handelsname, Hersteller, Darreichungsform, Wirkstoffstärke und Packungsgröße des Arzneimittels,
2. die Einzelheiten der Übertragung des Kennzeichens und der Abrechnung, die Voraussetzungen und Einzelheiten der Übermittlung der Abrechnungsdaten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern sowie die Weiterleitung der Verordnungsblätter an die Krankenkassen, spätestens zum 1. Januar 2006 auch die Übermittlung des elektronischen Verordnungsdatensatzes,
3. die Übermittlung des Apothekenverzeichnisses nach § 293 Abs. 5,
4. die Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form für die Arzneimittelabrechnung bis zum 31. März 2020,
5. die Verwendung eines gesonderten bundeseinheitlichen Kennzeichens für Arzneimittel, die auf Grund einer Ersatzverordnung im Fall des § 31 Absatz 3 Satz 7 an Versicherte abgegeben werden.

Bei der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Datenübermittlung sind das bundeseinheitliche Kennzeichen der Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen sowie die enthaltenen Mengeneinheiten von Fertigarzneimitteln zu übermitteln. Satz 2 gilt auch für Fertigarzneimittel, aus denen wirtschaftliche Einzelmengen nach § 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 abgegeben werden. Für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen sind zusätzlich die mit dem pharmazeutischen Unternehmer vereinbarten Preise ohne Mehrwertsteuer zu übermitteln. Besteht eine parenterale Zubereitung aus mehr als drei Fertigarzneimitteln, können die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren, Angaben für Fertigarzneimittel von der Übermittlung nach den Sätzen 1 und 2 auszunehmen, wenn eine Übermittlung unverhältnismäßig aufwändig wäre.

(4) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 3 nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, wird ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 festgesetzt.⁵⁹³

593 ERLÄUTERUNG

Abs. 1 Nr. 1 ist erst am 01.01.1990 in Kraft getreten.

ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 159 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Nr. 1 „handschriftlich oder maschinell“ durch „maschinenlesbar“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 159 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 2 aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Die Verpflichtung nach Absatz 1 Nr. 1 entfällt, wenn durch Verträge der Krankenkassen mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Apotheker auf Landesebene gebildeten maßgeblichen Organisation auf andere Weise sichergestellt wird, daß die Aufgaben der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen nach den §§ 106, 296 und 297 ordnungsgemäß ausgeführt werden können. Das Nähere vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Apotheker auf Landesebene gebildeten maßgeblichen Organisation.“

13.03.1993.—Artikel 61 Nr. 1 der Verordnung vom 26. Februar 1993 (BGBl. I S. 278) hat in Abs. 4 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 78 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Satz 1 „und weitere Anbieter von Arzneimitteln“ nach „Apotheken“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 78 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Apotheken können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren in Anspruch nehmen.“

Artikel 1 Nr. 78 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 2 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 3 Nr. 3 eingefügt.