

(6) Bei der Bemessung der Vergütungen nach § 85 oder § 87a ist die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger zu berücksichtigen. Werden die Gesamtvergütungen nach § 85 nach Kopfpauschalen berechnet, gelten die Empfänger als Mitglieder. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, gilt abweichend von Satz 2 nur der Haushaltsvorstand nach Absatz 3 als Mitglied; die vertragsärztliche Versorgung der Familienangehörigen, die nach § 10 versichert wären, wird durch die für den Haushaltsvorstand zu zahlende Kopfpauschale vergütet.

(7) Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe vierteljährlich erstattet. Als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den Personenkreis nach Absatz 2 werden bis zu 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann der zuständige Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.⁵¹⁶

516 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 42 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. d der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat „Bundesminister“ durch „Bundesministerium“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 152 lit. b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 152 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 bis 7 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 4 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautet:

„(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2, von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes und von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, Personen, die ausschließlich Leistungen nach den §§ 14 und 17 des Bundessozialhilfegesetzes beziehen sowie für die in § 119 des Bundessozialhilfegesetzes genannten Personen.“

Artikel 4 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Sozialhilfeträgers“ durch „Trägers der Sozialhilfe“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 7 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Bundessozialhilfegesetzes“ durch „Zwölften Buches“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 7 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 und 3 jeweils „Sozialhilfeträger“ durch „träger der Sozialhilfe“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 7 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „Sozialhilfeträgern“ durch „Trägern der Sozialhilfe“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 7 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 3 „Sozialhilfeträger“ durch „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt.

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 2 Satz 1 „und Fünften“ nach „Dritten“ gestrichen.

Artikel 4 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Sozialhilfeträger“ durch „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt.

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

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 176 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 1 „Buches und“ durch „Buches,“ ersetzt und „und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch“ nach „Asylbewerberleistungsgesetz“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 176 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „oder der öffentlichen Jugendhilfe“ nach „Sozialhilfe“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 176 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „oder des Achten Buches“ nach „Buches“ eingefügt.

Vierter Abschnitt
Finanzausgleiche und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds⁵¹⁷

Erster Titel⁵¹⁸

§ 265 Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle

Die Satzungen der Landesverbände und der Verbände der Ersatzkassen können eine Umlage der Verbandsmitglieder vorsehen, um die Kosten für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen ganz oder teilweise zu decken. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden; Näheres über Voraussetzungen, Rückzahlung und Verzinsung regelt die Satzung des Verbandes.⁵¹⁹

§ 265a⁵²⁰

Artikel 1 Nr. 176 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 bis 3 jeweils „oder der öffentlichen Jugendhilfe“ nach „Sozialhilfe“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 176 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 und 3 jeweils „oder der öffentlichen Jugendhilfe“ nach „Sozialhilfe“ eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 73 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 6 Satz 1 „§ 85a“ durch „§ 87a“ ersetzt.

24.10.2015.—Artikel 11 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1722) hat Abs. 1 Satz 2 bis 7 eingefügt.

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat Satz 2 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte nach § 291.“

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „Krankenversichertenkarte“ durch „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 6 Nr. 13a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 2 Satz 1 „nach dem Teil 2 des Neunten Buches,“ nach „Buches,“ eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 4 Satz 3 „§ 291 Abs. 2 Nr. 7“ durch „§ 291a Absatz 2 Nummer 7“ ersetzt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Satz 7 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 7 lautete: „Bis zum Inkrafttreten einer Regelung, wonach die elektronische Gesundheitskarte bei Vereinbarungen nach Satz 3 zweiter Halbsatz die Angabe zu enthalten hat, dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes handelt, stellen die Vereinbarungspartner die Erkennbarkeit dieses Status in anderer geeigneter Weise sicher.“

517 ÄNDERUNGEN

01.01.1994.—Artikel 1 Nr. 141 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Finanzausgleiche“.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 177 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Finanz- und Risikostrukturausgleiche“.

518 AUFHEBUNG

01.01.1994.—Artikel 1 Nr. 141 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Finanzausgleiche innerhalb einer Krankenkassenart“.

519 ÄNDERUNGEN

28.03.1998.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. März 1998 (BGBl. I S. 526) hat Satz 2 eingefügt.

520 QUELLE

01.01.1994.—Artikel 1 Nr. 142 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

28.03.1998.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 24. März 1998 (BGBl. I S. 526) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Finanzielle Hilfe in besonderen Notlagen“.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit“ nach „Kassenart“ eingefügt.

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

27.10.2006.—Artikel 1 Nr. 15b des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 265a Finanzielle Hilfe in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit

(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit vorsehen. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Mehrheit der nach den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(2) Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. Die Entscheidung über die Hilfe bedarf der Zustimmung der beteiligten Landesverbände. Krankenkassen, deren Landesverbände der Hilfe nicht zustimmen, nehmen am Ausgleichsverfahren nicht teil.“

02.02.2007.—Artikel 1 Nr. 177a lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 1 „nach § 222“ nach „Verschuldung“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 177a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

31.12.2008.—Artikel 8 Abs. 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 265a Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen, zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit und zur Entschuldung

(1) Die Satzungen der Bundesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen haben mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen

a) in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit oder

b) zur Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen ihrer Kassenart

vorzusehen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Abweichend von § 64 Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches können die Satzungsbestimmungen über die Hilfeleistungen nach Satz 1 Buchstabe b mit der Mehrheit der bei der Beschlussfassung anwesenden Mitglieder gefasst werden.

(2) Der Vorstand des Bundesverbandes oder des Verbandes der Ersatzkassen entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. Die Hilfen nach Absatz 1 Satz 1 können als Darlehen gewährt und befristet werden. Sie sollen mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(3) Die Satzungsregelungen nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b sind bis zum 31. Januar 2007 zu beschließen und müssen sicherstellen, dass der Umfang der Hilfeleistungen ausreicht, um bei den Krankenkassen der Kassenart den Abbau der am 31. Dezember 2005 bestehenden Verschuldung bis zum 31. Dezember 2007 zu gewährleisten. Eine Verschuldung liegt vor, wenn die Summe von Betriebsmitteln, Rücklagen und Geldmitteln zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen einen negativen Vermögensstand ergibt. Die Satzung hat zu bestimmen, in welchem Umfang die Antrag stellende Krankenkasse zu diesem Zweck ihren allgemeinen Beitragssatz anheben muss. Bei der Aufteilung der Hilfen nach Satz 1 ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen der Kassenart, insbesondere der allgemeine Beitragssatz im Verhältnis zum durchschnittlichen Beitragssatzniveau der Kassenart und die Höhe der Finanzreserven, angemessen zu berücksichtigen.

(4) Abweichend von Absatz 3 Satz 1 können die Satzungsregelungen der Spitzenverbände nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b vorsehen, dass die Verschuldung bis zum 31. Dezember 2008 abzubauen ist, wenn der jeweilige Spitzenverband bis zum 31. Januar 2007 nachprüfbar darlegt, warum auf Grund der besonderen Umstände bei Krankenkassen seiner Kassenart die Verschuldung nicht bis zum 31. Dezember 2007 abgebaut werden kann und wie der Abbau der Verschuldung bis zum 31. Dezember 2008 erfolgen soll.

§ 265b⁵²¹

(5) Die Krankenkassen, die am 31. Dezember 2005 eine Verschuldung aufweisen, haben bis zum 31. Januar 2007 ihrer Aufsichtsbehörde nachprüfbar darzulegen, wie die Verschuldung bis zum 31. Dezember 2007 beseitigt werden soll.

(6) Klagen gegen Bescheide zur Umsetzung der Satzungsregelung nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b haben keine aufschiebende Wirkung.“

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 265a Finanzielle Hilfe in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit

(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedschaften Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit vorsehen. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Mehrheit der nach den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(2) Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. Die Entscheidung über die Hilfe bedarf der Zustimmung der beteiligten Landesverbände. Krankenkassen, deren Landesverbände der Hilfe nicht zustimmen, nehmen am Ausgleichsverfahren nicht teil.“

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 11 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat in Abs. 3 Satz 1 „Landwirtschaftlichen Krankenkassen“ durch „landwirtschaftlichen Krankenkasse“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 19 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 265a Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse

(1) Die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat bis zum 31. März 2009 Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen, die zur Abwendung von Haftungsrisiken für notwendig erachtet werden, vorzusehen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfen regelt die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. In der Satzung ist vorzusehen, dass die Hilfen nur gewährt werden, wenn finanzielle Hilfe nach § 265b in ausreichender Höhe gewährt wird. Die Satzungsregelungen werden mit 70 Prozent der nach § 217c Abs. 1 Satz 2 gewichteten Stimmen der Mitglieder beschlossen.

(2) Der Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe nach Absatz 1 kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. Der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entscheidet über die Gewährung der Hilfe nach Absatz 1. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Sie sind zu befristen und mit Auflagen zu versehen, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Finanzierung der Hilfen erforderlichen Beträge durch Bescheid bei seinen Mitgliedschaften mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse geltend. Bei der Aufteilung der Finanzierung der Hilfen sind die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen sowie bereits geleistete Hilfen nach § 265b angemessen zu berücksichtigen. Klagen gegen die Bescheide, mit denen die Beträge zur Finanzierung der Hilfeleistungen angefordert werden, haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Ansprüche und Verpflichtungen auf Grund der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung des § 265a bleiben unberührt.“

521 QUELLE

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 74 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

**§ 266 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich),
Verordnungsermächtigung**

(1) Die Krankenkassen erhalten als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (§ 271) zur Deckung ihrer Ausgaben eine Grundpauschale und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen und Zuweisungen für sonstige Ausgaben (§ 270). Mit den risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt. Durch diesen werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden zwischen den Krankenkassen ausgeglichen, die sich aus der Verteilung der Versicherten auf nach Risikomerkmale getrennte Risikogruppen gemäß Absatz 2 ergeben.

(2) Die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen erfolgt anhand der Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität, regionalen Merkmalen und danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld nach § 44 haben. Die Morbidität der Versicherten wird auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigt. Regionale Merkmale sind solche, die die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Region beeinflussen können.

(3) Die Grundpauschale und die risikoadjustierten Zu- und Abschläge dienen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen.

(4) Die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 3 orientiert sich an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der den Risikogruppen zugeordneten Versicherten. Dabei bleiben außer Betracht

1. die von Dritten erstatteten Ausgaben,
2. Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

Die Aufwendungen für die Leistungen der Knappschaftsärzte und -zahnärzte werden in der gleichen Weise berechnet wie für Vertragsärzte und -zahnärzte.

(5) Die Bildung der Risikogruppen nach Absatz 2 und die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 3 erfolgt nach Kriterien, die zugleich

1. Anreize zu Risikoselektion verringern und
2. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen.

(6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe der Zuweisungen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. Es gibt für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach Absatz 3 jährlich bekannt

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 19 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 265b Freiwillige finanzielle Hilfen

(1) Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, um

1. deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten,
2. Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 und 5 und § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 insbesondere durch die Unterstützung von freiwilligen Vereinigungen zu verhindern oder
3. die Aufteilung der Beträge nach § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 abweichend von der nach § 171d Abs. 2 erlassenen Rechtsverordnung zu regeln.

In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln. § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Die Verbände nach § 172 Absatz 2 Satz 1 haben den Krankenkassen nach Satz 1 auf Verlangen die Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Umfangs der Hilfeleistungen erforderlich sind.

(2) Die Verträge sind von den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.“

1. die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Risikogruppen nach Absatz 2, und
2. die Höhe der risikoadjustierten Zu- und Abschläge.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann zum Zwecke der einheitlichen Zuordnung und Erfassung der für die Berechnung maßgeblichen Daten über die Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse hinaus weitere Auskünfte und Nachweise verlangen.

(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt im Voraus für ein Kalenderjahr die Werte nach Absatz 6 Satz 2 Nr. 1 und 2 vorläufig fest. Es legt bei der Berechnung der Höhe der monatlichen Zuweisungen die Werte nach Satz 1 und die zuletzt erhobenen Versichertenzahlen der Krankenkassen je Risikogruppe nach Absatz 2 zugrunde. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist die Höhe der Zuweisungen für jede Krankenkasse vom Bundesamt für Soziale Sicherung aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen und den für dieses Jahr erhobenen Versichertenzahlen der beteiligten Krankenkassen zu ermitteln. Die nach Satz 2 erhaltenen Zuweisungen gelten als Abschlagszahlungen. Sie sind nach der Ermittlung der endgültigen Höhe der Zuweisung für das Geschäftsjahr nach Satz 3 auszugleichen. Werden nach Abschluss der Ermittlung der Werte nach Satz 3 sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesamt für Soziale Sicherung diese bei der nächsten Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach den dafür geltenden Vorschriften zu berücksichtigen. Klagen gegen die Höhe der Zuweisungen im Risikostrukturausgleich einschließlich der hierauf entfallenden Nebenkosten haben keine aufschiebende Wirkung.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die Ermittlung der Höhe der Grundpauschale nach Absatz 1 Satz 1, der Werte nach Absatz 6 sowie die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikoausgleichsverfahrens erforderlichen Berechnungswerte,
2. die Abgrenzung und die Verfahren der Standardisierung der Leistungsausgaben nach den Absätzen 3 bis 6; dabei können für Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, besondere Standardisierungsverfahren und Abgrenzungen für die Berücksichtigung des Krankengeldes geregelt werden,
- 2a. die Abgrenzung und die Verfahren der Standardisierung der sonstigen Ausgaben nach § 270, die Kriterien der Zuweisung der Mittel zur Deckung dieser Ausgaben sowie das Verfahren der Verarbeitung der nach § 270 Absatz 2 zu übermittelnden Daten,
- 2b. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Risikogruppen nach Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von Absatz 2; hierzu gehört auch die Festlegung des Verfahrens zur Auswahl der regionalen Merkmale,
3. die Festlegung der Anforderungen an die Zulassung der Programme nach § 137g hinsichtlich des Verfahrens der Einschreibung der Versicherten einschließlich der Dauer der Teilnahme und des Verfahrens der Verarbeitung der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten,
4. die Berechnungsverfahren sowie die Durchführung des Zahlungsverkehrs,
5. die Fälligkeit der Beträge und die Erhebung von Säumniszuschlägen,
6. das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs einschließlich des Ausschlusses von Risikogruppen, die anhand der Morbidität der Versicherten gebildet werden, mit den höchsten relativen Steigerungsraten,
7. die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 5 und 12,
8. die Vergütung des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung für die Erstellung von Gutachten nach Absatz 10,
9. die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder

nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien, auch abweichend von § 274.

Abweichend von Satz 1 können die Verordnungsregelungen zu Satz 1 Nr. 3 ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen werden.

(9) Die landwirtschaftliche Krankenkasse nimmt am Risikostrukturausgleich nicht teil.

(10) Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs sind regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung in einem Gutachten zu überprüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen; im Jahr 2023 sind gesondert die Wirkungen der regionalen Merkmale als Risikomerkmale im Risikostrukturausgleich zu untersuchen. Die Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen nach § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung insbesondere auf die Manipulationsresistenz und Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs einschließlich der Einhaltung der Vorgaben des § 266 Absatz 5 sind zusätzlich zu dem Gutachten nach Satz 2 zweiter Halbsatz durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung im Jahr 2023 zu untersuchen. Für den Zweck des Gutachtens nach Satz 3 ist auch die Veränderung der Häufigkeit der Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 unter Berücksichtigung der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen zu untersuchen.

(11) Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nach Maßgabe der §§ 266 bis 270 in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung. Die Anpassung der Datenmeldung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung gemäß § 7 Absatz 1 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist ab dem Ausgleichsjahr 2021 bei den Zuweisungen nach Absatz 3 zu berücksichtigen. Die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, erfolgt für das Ausgleichsjahr 2020 danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 haben.

(12) Bei den Zuweisungen nach Absatz 3 werden die finanziellen Auswirkungen der Bildung von Risikogruppen anhand von regionalen Merkmalen nach Absatz 2 durch Zu- und Abschläge im Ausgleichsjahr 2021 auf 75 Prozent begrenzt. Die Begrenzung erfolgt für alle Länder jeweils einheitlich für die Summe der Zuweisungen nach Absatz 3 für die Versicherten mit Wohnsitz in einem Land. Durch die Zu- und Abschläge werden 25 Prozent der Differenz der hypothetischen Höhe der Zuweisungen nach Absatz 3 ohne Bildung von Risikogruppen anhand von regionalen Merkmalen und der Höhe der Zuweisungen nach Absatz 3 einheitlich auf die Versicherten mit Wohnsitz in einem Land verteilt.⁵²²

522 ÄNDERUNGEN

01.01.1994.—Artikel 1 Nr. 143 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 266 Finanzausgleich auf Landesverbandsebene bei überdurchschnittlichen Bedarfssätzen

(1) Die Satzungen der Landesverbände haben einen Finanzausgleich für den Fall vorzusehen, daß der Bedarfssatz (§ 145 Abs. 2) einer Krankenkasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Verbandsmitglieder um mehr als 10 vom Hundert übersteigt.

(2) Die Satzungen der Landesverbände haben Bestimmungen zu enthalten, die das Nähere über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung des Finanzausgleichs regeln. Der Finanzausgleich hat die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen zu berücksichtigen. Ein allgemeiner Finanzausgleich der Ausgaben ist nicht zulässig. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden.

(3) Das Finanzausgleichsverfahren wird auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse eingeleitet. Der Landesverband führt den Finanzausgleich durch. Vor der Durchführung des Finanzausgleichs hat der Landesverband die Ursachen des überdurchschnittlichen Bedarfssatzes nach Absatz 1 gemeinsam mit der Krankenkasse zu untersuchen und Maßnahmen festzulegen, die geeignet sind, die Finanzlage der

Krankenkasse zu verbessern. Dazu gehört insbesondere eine Wirtschaftlichkeitsprüfung einschließlich einer Prüfung der Verwaltungskosten. Die Krankenkasse ist verpflichtet, die festgelegten Maßnahmen mit Unterstützung des Landesverbands zu ergreifen. Eine Krankenkasse, die dieser Verpflichtung nicht nachkommt, hat die Hilfe zurückzuzahlen und darf künftig keine Hilfe mehr erhalten.“

15.11.1996.—Artikel 1 Nr. 53 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 7 „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 53 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Nr. 4 „einschließlich von Veränderungen des vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes zum Abbau von Überschüssen oder Fehlbeträgen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 53 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Nr. 5 „Verzinsung bei Verzug“ durch „Erhebung von Säumniszuschlägen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 53 lit. c und d desselben Gesetzes hat Abs. 8 in Abs. 9 unnummeriert und Abs. 8 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 53 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 4 Satz 2 „stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung durchgeführt werden (Anschlußheilbehandlung),“ durch „eine stationäre Anschlußrehabilitation (§ 40 Abs. 6 Satz 1)“ ersetzt.

01.04.1999.—Artikel 3 Nr. 5 des Gesetzes vom 24. März 1999 (BGBl. I S. 388) hat Nr. 9 in Abs. 7 neu gefasst. Nr. 9 lautete:

„9. die Berücksichtigung des Finanzausgleichs nach § 265.“

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465) hat in Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „sowie Ausgaben, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach § 137g entstehen und in der Rechtsverordnung nach Absatz 7, auch abweichend von Absatz 2 Satz 3, näher zu bestimmen sind,“ nach „(§ 40 Abs. 6 Satz 1)“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Nr. 3 „; hierzu gehört auch die Festlegung der Krankheiten nach § 137f Abs. 2 Satz 3, die Gegenstand von Programmen nach § 137g sein können, der Anforderungen an die Zulassung dieser Programme sowie der für die Durchführung dieser Programme für die jeweiligen Krankheiten erforderlichen personenbezogenen Daten“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 7 Nr. 10 und 11 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 2 eingefügt.

02.01.2002.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 17. August 2001 (BGBl. I S. 2144) hat Abs. 6 Satz 8 eingefügt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 7 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 26 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 6 Satz 6 „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“ durch „Deutsche Rentenversicherung Bund“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 7 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 178 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Risikostrukturausgleich“.

Artikel 1 Nr. 178 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Zwischen den Krankenkassen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt. Mit dem Risikostrukturausgleich werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der Zahl der nach § 10 Versicherten und der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen. Einnahmen- und Ausgabeunterschiede zwischen den Krankenkassen, die nicht auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die Zahl der Versicherten nach § 10 oder die Alters- oder Geschlechtsverteilung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 zurückzuführen sind, sind nicht ausgleichsfähig.“

Artikel 1 Nr. 178 lit. c desselben Gesetzes hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 2 durch Satz 1 ersetzt. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung einer Krankenkasse wird durch Vergleich ihres Beitragsbedarfs mit ihrer Finanzkraft ermittelt. Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse ist die Summe ihrer standardisierten Leistungsausgaben.“

Artikel 1 Nr. 178 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Finanzkraft einer Krankenkasse ist das Produkt aus den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder und dem Ausgleichsbedarfssatz. Der Ausgleichsbedarfssatz entspricht dem Verhältnis der Beitragsbedarfssumme aller Krankenkassen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder. Er ist in Hundertsteln festzusetzen. Übersteigt die Finanzkraft einer Krankenkasse ihren Beitragsbedarf, steht der überschießende Betrag den Krankenkassen zu, deren Beitragsbedarf ihre Finanzkraft übersteigt.“

Artikel 1 Nr. 178 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „sowie Ausgaben, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach § 137g entstehen und in der Rechtsverordnung nach Absatz 7, auch abweichend von Absatz 2 Satz 3, näher zu bestimmen sind,“ nach „(§ 40 Abs. 6 Satz 1)“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 178 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „führt den Ausgleich durch“ durch „ermittelt die Höhe der Zuweisungen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 178 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 5 Satz 2 umfassend geändert. Satz 2 lautete: „Es gibt für die Ermittlung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft jeder Krankenkasse bekannt

1. in Abständen von längstens drei Jahren das Verhältnis der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen je Versicherten, nach Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) getrennt, zu den durchschnittlichen Leistungsausgaben aller am Ausgleichsverfahren teilnehmenden Krankenkassen je Versicherten auf der Grundlage der Datenerhebung nach § 267,
2. jährlich die auf der Grundlage der Verhältniswerte nach Nummer 1 standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2), und
3. den Ausgleichsbedarfssatz nach Absatz 3.“

Artikel 1 Nr. 178 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Das Bundesversicherungsamt stellt im voraus für ein Kalenderjahr die Werte nach Absatz 5 Nr. 2 und 3 vorläufig fest. Bei der Berechnung der von Krankenkassen zu leistenden Ausgleichszahlungen legen die Krankenkassen die Werte nach Satz 1, die zum 1. Oktober des Vorjahres erhobene Zahl ihrer Versicherten je Versichertengruppe nach § 267 Abs. 2 und die voraussichtliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder zugrunde. Nach Ablauf des Kalenderjahres sind der Beitragsbedarf und die Finanzkraft jeder Krankenkasse vom Bundesversicherungsamt aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen und den zum 1. Oktober dieses Jahres erhobenen Versichertenzahlen der beteiligten Krankenkassen zu ermitteln. Die nach Satz 2 geleisteten Zahlungen gelten als Abschlagszahlungen. Sie sind nach Festsetzung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft nach Satz 3 mit den endgültig für das Geschäftsjahr zu leistenden Zahlungen auszugleichen. Die Durchführung von für den Risikostrukturausgleich erforderlichen Berechnungen und des Zahlungsverkehrs kann in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 auf die Deutsche Rentenversicherung Bund übertragen werden. Werden nach Abschluß der Ermittlung der Werte nach Satz 3 sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt diese bei der Ermittlung beim nächsten Ausgleichsverfahren nach den dafür geltenden Vorschriften zu berücksichtigen. Klagen gegen Zahlungsbescheide im Risikostrukturausgleich einschließlich der hierauf entfallenden Nebenkosten haben keine aufschiebende Wirkung.“

Artikel 1 Nr. 178 lit. h litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 „der Höhe der Grundpauschale nach Absatz 1 Satz 1 und ihre Bekanntgabe an die Versicherten,“ nach „Ermittlung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 178 lit. h litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 „der zu berücksichtigenden beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 3 und“ nach „Abgrenzung“ und „oder der beitragspflichtigen Einnahmen“ nach „Krankengeldes“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 178 lit. h litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 1 Nr. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 178 lit. h litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 „einschließlich von Veränderungen des vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes zum Abbau von Überschüssen oder Fehlbeträgen“ durch „sowie die Durchführung des Zahlungsverkehrs einschließlich der Stelle, der die Berechnungen und die Durchführung des Zahlungsverkehrs übertragen werden können“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 178 lit. h litt. ee und ff desselben Gesetzes hat Nr. 9 und 10 in Abs. 7 Satz 1 aufgehoben und Nr. 11 in Nr. 9 unnummeriert. Nr. 9 und 10 lauteten:

- „9. die Berücksichtigung des Arbeitgeberbetrags nach § 249b auch abweichend von Absatz 2 bis 6,

10. die Verringerung der standardisierten Leistungsausgaben um die im Risikopool ausgeglichenen Ausgaben sowie die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der Ausgleichsbeträge im Risikopool,“.

Artikel 1 Nr. 178 lit. i desselben Gesetzes hat Abs. 8 aufgehoben. Abs. 8 lautete:

„(8) Für Ausgleichszahlungen, die bis zum Ablauf des Fälligkeitstages nicht geleistet werden, ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag in Höhe von 1 vom Hundert des rückständigen Betrags zu zahlen.“

Artikel 1 Nr. 178 lit. j desselben Gesetzes hat Abs. 10 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 75 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt und Nr. 3 in Abs. 4 Satz 1 aufgehoben. Nr. 3 lautete:

„3. Aufwendungen, die im Risikopool (§ 269) ausgeglichen werden.“

Artikel 1 Nr. 75 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 3 in Abs. 7 Satz 1 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„3. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von § 267 Abs. 2; hierzu gehört auch die Festlegung der Krankheiten nach § 137f Abs. 2 Satz 3, die Gegenstand von Programmen nach § 137g sein können, der Anforderungen an die Zulassung dieser Programme sowie der für die Durchführung dieser Programme für die jeweiligen Krankheiten erforderlichen personenbezogenen Daten,“.

Artikel 1 Nr. 75 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 10 aufgehoben. Abs. 10 lautete:

„(10) Für die Durchführung des Jahresausgleichs für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 ist § 266 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zugrunde zu legen.“

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 12 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat in Abs. 9 „Die landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen“ durch „Die landwirtschaftliche Krankenkasse nimmt“ ersetzt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 32 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Satz 1 „; die Zuweisungen werden jeweils entsprechend § 272 angepasst“ am Ende gestrichen.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in der Überschrift „ , Verordnungsermächtigung“ am Ende eingefügt.

Artikel 5 Nr. 20 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „ , alters-, geschlechts-“ nach „Grundpauschale“ gestrichen.

Artikel 5 Nr. 20 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Mit den alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, mit dem die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) und Morbiditätsgruppen (§ 268) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden.“

Artikel 5 Nr. 20 lit. c und d desselben Gesetzes hat Abs. 2 in Abs. 3 unnummeriert und Abs. 2 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 20 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 1 „alters-, geschlechts- und“ nach „die“ gestrichen.

Artikel 5 Nr. 20 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 im neuen Abs. 3 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten werden auf der Basis der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten aller Krankenkassen jährlich so bestimmt, daß das Verhältnis der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen zueinander dem Verhältnis der nach § 267 Abs. 3 für alle Krankenkassen ermittelten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 zueinander entspricht.“

Artikel 5 Nr. 20 lit. e desselben Gesetzes hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 4 neu gefasst. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 2 bleiben außer Betracht

1. die von Dritten erstatteten Ausgaben,
2. Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

Aufwendungen für eine stationäre Anschlußrehabilitation (§ 40 Abs. 6 Satz 1) sind in die Ermittlung der durchschnittlichen Leistungsausgaben nach Satz 1 einzubeziehen.“

Artikel 5 Nr. 20 lit. f bis i desselben Gesetzes hat Abs. 5 bis 7 in Abs. 6 bis 8 unnummeriert und Abs. 5 eingefügt.

§ 267 Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Artikel 5 Nr. 20 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 im neuen Abs. 6 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Es gibt für die Ermittlung der Höhe der Zuweisung nach Absatz 2 Satz 1 jährlich bekannt

1. die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) und Morbiditätsgruppen (§ 268 Abs. 1), und

2. die Höhe der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge.“

Artikel 5 Nr. 20 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 1 und 3 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 20 lit. h litt. aa desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 7 Satz 1 „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ und „Absatz 5“ durch „Absatz 6“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 20 lit. h litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 im neuen Abs. 7 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Es legt bei der Berechnung der Höhe der monatlichen Zuweisungen die Werte nach Satz 1, die zuletzt erhobene Zahl der Versicherten der Krankenkassen und die zum 1. Oktober des Vorjahres erhobene Zahl der Versicherten der Krankenkassen je Versichertengruppe nach § 267 Abs. 2 und je Morbiditätsgruppe nach § 268 zugrunde.“

Artikel 5 Nr. 20 lit. h litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 7 Satz 3 „Zuweisung“ durch „Zuweisungen“, „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ und „zum 1. Oktober dieses Jahres“ durch „für dieses Jahr“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 20 lit. h litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 7 Satz 6 „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 20 lit. i litt. aa littt. aaa desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 „Absatz 5“ durch „Absatz 6“ und „Daten“ durch „Berechnungswerte“ ersetzt sowie „und ihre Bekanntgabe an die Versicherten“ nach „Satz 1“ gestrichen.

Artikel 5 Nr. 20 lit. i litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat Nr. 2 im neuen Abs. 8 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. die Abgrenzung der Leistungsausgaben nach Absatz 2, 4 und 5; dabei können für in § 267 Abs. 3 genannte Versichertengruppen abweichend von Absatz 2 Satz 3 besondere Standardisierungsverfahren und Abgrenzungen für die Berücksichtigung des Krankengeldes geregelt werden.“

Artikel 5 Nr. 20 lit. i litt. aa littt. ccc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 8 Satz 1 Nr. 2a „§ 270 sowie“ durch „§ 270,“ ersetzt und „sowie das Verfahren der Verarbeitung der nach § 270 Absatz 2 zu übermittelnden Daten“ am Ende eingefügt.

Artikel 5 Nr. 20 lit. i litt. aa littt. ddd desselben Gesetzes hat Abs. 8 Satz 1 Nr. 2b eingefügt.

Artikel 5 Nr. 20 lit. i litt. aa littt. eee desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 8 Satz 1 Nr. 3 „die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Versichertengruppen nach § 267 Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von § 267 Absatz 2; hierzu gehört auch“ am Anfang gestrichen und „Erhebung und Übermittlung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 20 lit. i litt. aa littt. fff desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 8 Satz 1 Nr. 4 „einschließlich der Stelle, der die Berechnungen und die Durchführung des Zahlungsverkehrs übertragen werden können“ am Ende gestrichen.

Artikel 5 Nr. 20 lit. i litt. aa littt. ggg desselben Gesetzes hat Nr. 6 bis 8 im neuen Abs. 8 Satz 1 neu gefasst. Nr. 6 bis 8 lauteten:

„6. das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs,

7. die Festsetzung der Stichtage und Fristen nach § 267; anstelle des Stichtages nach § 267 Abs. 2 kann ein Erhebungszeitraum bestimmt werden,

8. die von den Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern und den Leistungserbringern mitzuteilenden Angaben,“

Artikel 5 Nr. 20 lit. i litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 8 Satz 2 „Absatz 4 Satz 2 und“ nach „zu“ gestrichen.

Artikel 5 Nr. 20 lit. j desselben Gesetzes hat Abs. 10 bis 12 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 57 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Satz 1 „nach § 44“ nach „Krankengeld“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 57 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 11 Satz 3 eingefügt.

(1) Für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten

1. die Versichertentage
 - a) mit den Risikomerkmale nach § 266 Absatz 2 mit Ausnahme der Morbidität und der regionalen Merkmale,
 - b) mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Länderkennzeichens,
 - c) mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung, differenziert nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4,
2. den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnorts,
3. die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens,
4. die bei Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 in der Verschlüsselung nach § 301 Absatz 2 Satz 1,
5. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a einschließlich der Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4,
6. die Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Absatz 3 Satz 1 einschließlich der vereinbarten Sonderkennzeichen sowie jeweils die Anzahl der Verordnungen,
7. die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren

nach Maßgabe dieser Vorschrift an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Eine unmittelbare oder mittelbare Einwirkung der Krankenkassen auf den Inhalt der Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 und die Art und Weise der Aufzeichnung insbesondere unter Verstoß gegen § 71 Absatz 6 Satz 10, § 73b Absatz 5 Satz 7, § 83 Satz 4, § 140a Absatz 2 Satz 10 und § 303 Absatz 4 ist unzulässig, soweit sie in diesem Buch nicht vorgeschrieben oder zugelassen ist.

(2) Für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten die Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente an das Bundesamt für Soziale Sicherung.

(3) Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist vom Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist bei den Daten nach Absatz 1 Satz 1 zulässig, soweit dies für die Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse oder für die Prüfung der Richtigkeit der Daten erforderlich ist. Über die Pseudonymisierung in der Krankenkasse und über jede Herstellung des Versichertenbezugs ist ein Protokoll anzufertigen, das bei dem Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren ist.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere zu den Fristen der Datenübermittlung und zum Verfahren der Verarbeitung der nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 zu übermittelnden Daten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung das Nähere zum Verfahren nach Absatz 3 Satz 1.

(5) Die Kosten für die Datenübermittlung nach dieser Vorschrift werden von den betroffenen Krankenkassen getragen.

(6) Zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs analysiert das Bundesamt für Soziale Sicherung den Zusammenhang zwischen den Leistungsausgaben eines Versicherten in den vorangegangenen drei Jahren und den Leistungsausgaben eines Versicherten im Ausgleichsjahr 2019. Hierfür übermitteln die Krankenkassen bis zum 15. August 2020 für die Berichtsjahre 2016 bis 2018 die Daten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung an das Bundesamt für Soziale Sicherung; Absatz 3 gilt entsprechend. Das Nähere über das Verfahren der Datenermittlung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung in der Bestimmung nach Absatz 4 Satz 2. Das Ergebnis der Untersu-

chung nach Satz 1 ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens mit Übergabe des ersten Gutachtens nach § 266 Absatz 10 vorzulegen.

(7) Die Absätze 1 bis 6 gelten nicht für die landwirtschaftliche Krankenkasse.⁵²³

523 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 144 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 267 Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen

(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart vorsehen. Voraussetzung ist, daß der Bedarfssatz dieser Krankenkasse den bundesdurchschnittlichen Bedarfssatz der Kassenart um mehr als 12,5 vom Hundert übersteigt und daß ein Finanzausgleichsverfahren nach § 266 durchgeführt worden ist. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Zustimmung von zwei Dritteln der Mitglieder des Spitzenverbands. Eine Krankenkasse kann die Hilfe innerhalb von sechzig Kalendermonaten nur einmal erhalten. § 266 Abs. 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(2) Der Vorstand des Spitzenverbands entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse nach Anhörung der Mitglieder des Spitzenverbands. Vor der Entscheidung über die Hilfe hat der Spitzenverband die Ursachen des überdurchschnittlichen Bedarfssatzes nach Absatz 1 gemeinsam mit der Krankenkasse und, wenn die Krankenkasse einem Landesverband angehört, mit dem Landesverband zu untersuchen und Maßnahmen festzulegen, die geeignet sind, die Finanzlage der Krankenkasse zu verbessern. § 266 Abs. 3 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.“

24.12.1997.—Artikel 2 Abs. 26 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 1997 (BGBl. I S. 3108) hat in Abs. 6 Satz 4 „Bundespost“ durch „Post AG“ ersetzt.

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 15 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat in Abs. 4 „dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung“ durch „der in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 genannten Stelle“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 71 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 5 Satz 1 „dem Krankenschein“ durch „der Krankenversicherungskarte“ und in Abs. 5 Satz 2 „der Krankenschein“ durch „die Krankenversicherungskarte“ ersetzt.

01.01.2001.—Artikel 5 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1827) hat in Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 2 jeweils „Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner und der Bezieher einer Rente für Bergleute“ durch „Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „eine Rente wegen Erwerbsminderung oder“ nach „Versicherten“ eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. a der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 8 „der Bundesminister“ durch „das Bundesministerium“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465) hat in Abs. 2 Satz 3 „Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit“ durch „Personen, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches gemindert ist,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit“ durch „Personen, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches gemindert ist,“ ersetzt.

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

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 4 „und 2“ durch „bis 3“ ersetzt.

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

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 8 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 153 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 5 Satz 2 „oder in die entsprechenden elektronischen Datensätze“ am Ende eingefügt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 27 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 7 Nr. 4 „dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger“ durch „der Deutschen Rentenversicherung Bund“ ersetzt.

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

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 179 lit. d des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 „ihre Spitzenverbände“ durch „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 179 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „ihre Spitzenverbände“ durch „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 179 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „deren Spitzenverbände“ durch „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 179 lit. e litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 4 „ihre Spitzenverbände“ durch „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 179 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 7 neu gefasst. Abs. 7 lautete:

„(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. April 1993

1. das Nähere über den Erhebungsumfang, die Auswahl der Regionen und der Stichprobenverfahren nach Absatz 3,
2. das Nähere über das Verfahren der Kennzeichnung nach Absatz 5 Satz 1,
3. mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Vereinbarungen nach § 295 Abs. 3 das Nähere über das Verfahren nach Absatz 5 Satz 2 bis 4,
4. einheitlich und gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund das Nähere über das Verfahren der Meldung nach Absatz 6.“

Artikel 1 Nr. 179 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 8 aufgehoben. Abs. 8 lautete:

„(8) Kommen die Vereinbarungen nach Absatz 7 bis zum 30. April 1993 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere über die Erhebung und Verarbeitung der Daten.“

Artikel 1 Nr. 179 lit. h desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Nr. 2 „von den Spitzenverbänden der jeweils betroffenen Krankenkassen“ durch „vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 179 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Krankenkassen erheben für jedes Geschäftsjahr nicht versichertenbezogen

1. die Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens,
2. die beitragspflichtigen Einnahmen, getrennt nach allgemeiner Krankenversicherung und Krankenversicherung der Rentner.“

Artikel 1 Nr. 179 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Trennung der Mitgliedergruppen erfolgt nach den in den §§ 241 bis 247 genannten Merkmalen.“

Artikel 1 Nr. 179 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Die Zahl der Versicherten, die in zugelassenen und mit zugelassenen Leistungserbringern vertraglich vereinbarten Programmen nach § 137g eingeschrieben sind, wird in der Erhebung nach den Sätzen 1 bis 3 je Krankheit in weiteren Versichertengruppen getrennt erhoben.“

Artikel 1 Nr. 179 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „den §§ 241 bis 243“ durch „Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 179 lit. i desselben Gesetzes hat Abs. 11 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 30 desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 8 in Abs. 6 neu gefasst. Die Sätze 2 bis 8 lauteten:

„Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung melden den zuständigen Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich bis zum 31. Dezember die Summen der an die nach § 5 Abs. 1 versicherungspflichtigen Mitglieder am 1. Oktober gezahlten Renten der gesetzlichen Rentenversicherung auf der Grundlage der Kennzeichen nach Satz 1. Die Meldung nach Satz 2 enthält auch die Information, welche Versicherten eine Rente wegen Erwerbsminderung oder eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können die Durchführung der Aufgaben nach den Sätzen 2 und 3 auf die Deutsche Post AG übertragen; die Krankenkassen übermitteln über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Daten nach Satz 1 in diesem Fall an die nach § 119 Abs. 7 des Sechsten Buches zuständige Stelle. § 119 Abs. 6 Satz 1 und Absatz 7 des Sechsten Buches gilt. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder die nach Satz 4 beauftragte Stelle löschen die Daten nach Satz 1 nach Durchführung ihrer Aufgaben nach Absatz 6. Die Krankenkassen dürfen die Daten nur für die Datenerhebung nach den Absätzen 1 bis 3 verwenden. Die Daten nach Satz 3 sind nach Durchführung und Abschluß des Risikostrukturausgleichs nach § 266 zu löschen.“

01.08.2009.—Artikel 15 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 „oder“ am Ende durch „ , die Mitglieder nach § 46 Satz 2 einen Anspruch auf Krankengeld von der

siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an haben oder die Mitglieder eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 abgegeben haben,“ ersetzt.

Artikel 15 Nr. 11 lit. b und c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 den Punkt durch „oder“ ersetzt und Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 75a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 11 aufgehoben. Abs. 11 lautete:

„(11) Für die Durchführung des Jahresausgleichs für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 ist § 267 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zugrunde zu legen.“

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 13 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat in Abs. 10 „Landwirtschaftlichen Krankenkassen“ durch „landwirtschaftliche Krankenkasse“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 77 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 „Satz 2“ durch „Satz 3“ ersetzt.

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat in Abs. 5 Satz 1 „Krankenversichertenkarte“ durch „elektronischen Gesundheitskarte“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „Krankenversichertenkarte“ durch „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat Satz 5 in Abs. 6 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder die nach Satz 3 beauftragte Stelle löschen die Daten nach Satz 1, sobald sie ihre Aufgaben nach diesem Absatz durchgeführt haben.“

Artikel 123 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Nr. 3 „Erhebung und“ nach „die“ gestrichen.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 21 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 267 Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich

(1) Die Krankenkassen erheben für jedes Geschäftsjahr nicht versichertenbezogen die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens.

(2) Die Krankenkassen erheben jährlich zum 1. Oktober die Zahl der Mitglieder und der nach § 10 versicherten Familienangehörigen nach Altersgruppen mit Altersabständen von fünf Jahren, getrennt nach Mitgliedergruppen und Geschlecht. Die Trennung der Mitgliedergruppen erfolgt danach, ob

1. die Mitglieder bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, die Mitglieder nach § 46 Satz 3 einen Anspruch auf Krankengeld von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an haben oder die Mitglieder eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 abgegeben haben,
2. die Mitglieder keinen Anspruch auf Krankengeld haben oder ob die Krankenkasse den Umfang der Leistungen auf Grund von Vorschriften dieses Buches beschränkt hat oder
3. die Mitglieder nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages zum Arbeitsentgelt haben.

Die Zahl der Personen, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches gemindert ist, wird in der Erhebung nach Satz 1 als eine gemeinsame weitere Mitgliedergruppe getrennt erhoben.

(3) Die Krankenkassen erheben in Abständen von längstens drei Jahren, erstmals für das Geschäftsjahr 1994, nicht versichertenbezogen die in Absatz 1 genannten Leistungsausgaben und die Krankengeldtage auch getrennt nach den Altersgruppen gemäß Absatz 2 Satz 1 und nach dem Geschlecht der Versicherten, die Krankengeldausgaben nach § 44 und die Krankengeldtage zusätzlich gegliedert nach den in Absatz 2 Satz 2 genannten Mitgliedergruppen; die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen und für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, werden mit Ausnahme der Leistungen nach § 266 Abs. 4 Satz 2 nicht erhoben. Bei der Erhebung nach Satz 1 sind die Leistungsausgaben für die Gruppe der Personen, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches gemindert ist, getrennt zu erheben. Die Leistungsausgaben für die Gruppen der Versicherten nach Absatz 2 Satz 4 sind bei der Erhebung nach den Sätzen 1 bis 3 nach Versichertengruppen getrennt zu erheben. Die Erhebung der Daten nach den Sätzen 1 bis 3 kann auf für die Region und die Krankenkassenart repräsentative Stichproben im Bundesgebiet oder in einzelnen Ländern begrenzt werden. Der Gesamtumfang der Stichproben beträgt höchstens 10 vom Hundert aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten.

*Zweiter Titel*⁵²⁴**§ 268 Risikopool**

(1) Ergänzend zum Risikostrukturausgleich gemäß § 266 werden die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle teilweise über einen Risikopool ausgeglichen. Übersteigt die Summe

(4) Die Krankenkassen legen die Ergebnisse der Datenerhebung nach den Absätzen 1 und 3 bis zum 31. Mai des Folgejahres, die Ergebnisse der Datenerhebung nach Absatz 2 spätestens drei Monate nach dem Erhebungsstichtag über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen der in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 genannten Stelle auf maschinell verwertbaren Datenträgern vor.

(5) Für die Datenerfassung nach Absatz 3 können die hiervon betroffenen Krankenkassen auf der elektronischen Gesundheitskarte auch Kennzeichen für die Mitgliedergruppen nach Absatz 3 Satz 1 bis 3 verwenden. Enthält die elektronische Gesundheitskarte Kennzeichnungen nach Satz 1, übertragen Ärzte und Zahnärzte diese Kennzeichnungen auf die für die vertragsärztliche Versorgung verbindlichen Verordnungsblätter und Überweisungsscheine oder in die entsprechenden elektronischen Datensätze. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Leistungserbringer verwenden die Kennzeichen nach Satz 1 bei der Leistungsabrechnung; sie weisen zusätzlich die Summen der den einzelnen Kennzeichen zugeordneten Abrechnungsbeträge in der Leistungsabrechnung gesondert aus. Andere Verwendungen der Kennzeichen nach Satz 1 sind unzulässig. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Leistungserbringer stellen die für die Datenerfassung nach den Absätzen 1 bis 3 notwendigen Abrechnungsdaten in geeigneter Weise auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.

(6) Die Krankenkassen übermitteln den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Kennzeichen nach § 293 Abs. 1 sowie die Versicherungsnummern nach § 147 des Sechsten Buches der bei ihnen pflichtversicherten Rentner. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung melden den zuständigen Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich bis zum 31. Dezember auf der Grundlage der Kennzeichen nach Satz 1 die Information, welche Versicherten eine Rente wegen Erwerbsminderung oder eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können die Durchführung der Aufgaben nach Satz 2 auf die Deutsche Post AG übertragen; die Krankenkassen übermitteln über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Daten nach Satz 1 in diesem Fall an die Deutsche Post AG. § 119 Abs. 6 Satz 1 des Sechsten Buches gilt. Die Krankenkassen dürfen die Daten nur für die Datenerhebung nach den Absätzen 1 bis 3 verwenden. Die Daten nach Satz 2 sind zu löschen, sobald der Risikostrukturausgleich nach § 266 durchgeführt und abgeschlossen ist.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere über

1. den Erhebungsumfang, die Auswahl der Regionen und der Stichprobenverfahren nach Absatz 3 und
2. das Verfahren der Kennzeichnung nach Absatz 5 Satz 1.

(8) (weggefallen)

(9) Die Kosten werden getragen

1. für die Erhebung nach den Absätzen 1 und 2 von den betroffenen Krankenkassen,
2. für die Erhebung nach Absatz 3 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
3. für die Verarbeitung der Daten nach Absatz 5 von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den übrigen Leistungserbringern,
4. für die Meldung nach Absatz 6 von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung.

(10) Die Absätze 1 bis 9 gelten nicht für die landwirtschaftliche Krankenkasse.“

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 58 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe b „einschließlich des Länderkennzeichens“ am Ende eingefügt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 1 Satz 2 „Absatz 6 Satz 9“ durch „Absatz 6 Satz 10“ durch „Absatz 2 Satz 7“ durch „Absatz 2 Satz 10“ ersetzt.

524 AUFHEBUNG

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 72 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner“.

der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben eines Versicherten bei einer Krankenkasse innerhalb eines Ausgleichsjahres den Schwellenwert nach Satz 3, werden 80 Prozent des den Schwellenwert übersteigenden Betrags über den Risikopool ausgeglichen. Der Schwellenwert beträgt 100 000 Euro und ist in den Folgejahren anhand der jährlichen Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten anzupassen.

(2) Im Risikopool sind die Leistungsausgaben ausgleichsfähig, die bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 zu berücksichtigen sind, abzüglich der Aufwendungen für Krankengeld nach den §§ 44 und 45.

(3) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 7 Satz 3 und 6 sind die Leistungsausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 zu berücksichtigen.

(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt für jede Krankenkasse den Ausgleichsbetrag nach Absatz 1 Satz 2 und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 6 Satz 3, Absatz 7 Satz 3, 6 und 7 sowie Absatz 9 gilt für den Risikopool entsprechend.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere über

1. die jährliche Anpassung des Schwellenwertes,
2. die Berechnung und die Durchführung des Risikopoolverfahrens sowie
3. die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikopoolverfahrens erforderlichen Rechenwerte.⁵²⁵

525 AUFHEBUNG

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 72 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 268 Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner

(1) Leistungsaufwendungen für die auf Grund des Bezugs einer Rente versicherungspflichtigen Rentner und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen werden gedeckt

1. durch Beiträge aus den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, den Versorgungsbezügen und dem Arbeitseinkommen, soweit sie von versicherungspflichtigen Mitgliedern, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, zu tragen sind, und
2. im übrigen durch einen Finanzierungsanteil der Krankenkassen.

(2) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen am Finanzausgleich nicht teil.“

QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 2 Satz 1 und 5 und Abs. 3 Satz 12 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 Satz 1 und 5 und Abs. 3 Satz 12 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat in Abs. 1 Satz 1 „2007“ durch „2009“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Das Bundesministerium für Gesundheit regelt bis zum 30. Juni 2004 durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1.“

Artikel 1 Nr. 16 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „2006“ durch „2008“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 13 „sowie für seine weitere Entwicklung“ nach „Risikostrukturausgleichs“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 180 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 2 „der Spitzenverbände“ durch „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 180 lit. a litt. aa und bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Abs. 2 Satz 3“ durch „Abs. 2 Satz 2“ ersetzt und „(Morbiditätsgruppen)“ nach „bilden“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 180 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Nr. 4 und 5 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 4 und 5 lauteten:

- „4. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fördern und
- 5. praktikabel und kontrollierbar sind.“

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 11a lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 15 Nr. 11a lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 8 „Satz 6“ durch „Satz 7“ ersetzt.

Artikel 15 Nr. 11a lit. c desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 11 „Satz 9“ durch „Satz 10“ ersetzt.

Artikel 15 Nr. 11a lit. d desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 13 „Satz 9“ durch „Satz 10“ ersetzt.

Artikel 15 Nr. 11a lit. e desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 14 „Satz 2 gilt entsprechend“ nach „Datenerhebung“ eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 75b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 2 umfassend geändert. Abs. 2 lautete:

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt bis zum 31. Dezember 2009 durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1. Dabei ist ein einvernehmlicher Vorschlag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Bestimmung der Versichertengruppen und Gewichtungsfaktoren sowie ihrer Klassifikationsmerkmale nach Absatz 1 einzubeziehen. Bei der Gruppenbildung sind auch internationale Erfahrungen mit Klassifikationsmodellen direkter Morbiditätsorientierung zu berücksichtigen. In der Verordnung ist auch zu bestimmen, ob einzelne oder mehrere der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Kriterien zur Bestimmung der Versichertengruppen neben den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vorgaben weitergelten; § 266 Abs. 7 Nr. 3 gilt. Für die Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale gibt das Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Untersuchung in Auftrag. Es hat sicherzustellen, dass die Untersuchung bis zum 31. Dezember 2003 abgeschlossen ist.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 33 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 3 Satz 14 „sowie Verfahren und Umfang dieser Datenerhebung“ durch „Verfahren und Umfang dieser Datenerhebung sowie die Voraussetzungen, unter denen die Herstellung Versichertenbezugs zulässig ist“ ersetzt.

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

15.12.2018.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat Abs. 5 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 29 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 3 Satz 2 „oder genutzt“ nach „verarbeitet“ gestrichen.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 21 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

(1) Die Versichertengruppen nach § 266 Abs. 1 Satz 2 und 3 und die Gewichtungsfaktoren nach § 266 Abs. 2 Satz 2 sind vom 1. Januar 2009 an abweichend von § 266 nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden (Morbiditätsgruppen), die zugleich

1. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen,
2. an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sind,
3. Anreize zu Risikoselektion verringern,
4. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen und
5. 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde legen.

Im Übrigen gilt § 266.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt bis zum 31. Dezember 2009 durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1. In der Verordnung ist auch zu bestimmen, ob einzelne oder mehrere der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Kriterien zur Bestimmung der Versichertengruppen neben den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vorgaben weitergelten; § 266 Abs. 7 Nr. 3 gilt.

(3) Für die Vorbereitung der Gruppenbildung und Durchführung der Untersuchung nach Absatz 2 Satz 5 erheben die Krankenkassen für die Jahre 2001 und 2002 als Stichproben entsprechend § 267

Abs. 3 Satz 3 und 4 bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres getrennt nach den Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 je Versicherten die Versichertentage und die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens in den Bereichen

1. Krankenhaus einschließlich der Angaben nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6, 7 und 9 sowie die Angabe des Tages der Aufnahme und der Aufnahmediagnosen nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, jedoch ohne das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution und ohne die Uhrzeit der Entlassung,
2. stationäre Anschlussrehabilitation einschließlich der Angaben nach § 301 Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 und 7, jedoch ohne das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
3. Arzneimittel einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 1 Nr. 1,
4. Krankengeld nach § 44 einschließlich der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1,
5. vertragsärztliche Versorgung einschließlich der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sowie der abgerechneten Punktzahlen und Kosten und der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 4, jedoch ohne den Tag der Behandlung,
6. der Leistungserbringer nach § 302 einschließlich der Diagnose, des Befunds und des Tages der Leistungserbringung, jedoch ohne die Leistungen nach Art, Menge und Preis sowie ohne die Arztnummer des verordnenden Arztes,
7. die nach den Nummern 1 bis 6 nicht erfassten Leistungsausgaben ohne die Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 4 Satz 1.

Sofern die Erhebung nach Satz 1 Nummer 1 bis 7 Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen beinhaltet, dürfen ausschließlich Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen verarbeitet werden, die von den Krankenkassen nach den §§ 294 bis 303 erhoben wurden. Die für die Stichprobe erforderlichen versichertenbezogenen Daten sind zu pseudonymisieren. Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist vom Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die erforderlichen Daten zu Satz 1 Nr. 5 bis spätestens 1. Juli des Folgejahres. Die Daten sind vor der Übermittlung mit einem Pseudonym je Versicherten zu versehen, das den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hierfür von den Krankenkassen übermittelt wird. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über ihren Spitzenverband an das Bundesversicherungsamt. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, soweit dies für die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der nach Satz 7 übermittelten Daten erforderlich ist. Über die Pseudonymisierung in der Krankenkasse und über jede Herstellung des Versichertenbezugs ist eine Niederschrift anzufertigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen bis zum 31. März 2002 im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 sowie in Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der übrigen Leistungserbringer gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über den Umfang der Stichproben und das Verfahren der Datenerhebung und -übermittlung. In der Vereinbarung nach Satz 10 kann die Stichprobenerhebung ergänzend auch auf das erste Halbjahr 2003 erstreckt werden. § 267 Abs. 9 und 10 gilt. Kommen die Vereinbarungen nach Satz 10 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2002 in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 das Nähere über das Verfahren. Die Rechtsverordnung bestimmt außerdem, welche der in Satz 1 genannten Daten vom 1. Januar 2005 an für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie für seine Entwicklung zu erheben sind, Verfahren und Umfang dieser Datenerhebung sowie die Voraussetzungen, unter denen die Herstellung Versichertenbezugs zulässig ist, Satz 2 gilt entsprechend; im Übrigen gilt § 267.

(4) Die Krankenkassen erheben vom 1. Juli 2017 an versichertenbezogen den amtlichen Gemeindeflüssel des Wohnorts des Versicherten. Das Nähere über die zeitliche Zuordnung und das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2. § 268 Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.

(5) Der Risikostrukturausgleich ist unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortzuentwickeln.“

§ 269 Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

(1) Für Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld nach § 44 zu bilden sind, kann das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes um ein Verfahren ergänzt werden, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen nach § 44 anteilig berücksichtigt.

(2) Ab dem Ausgleichsjahr 2021 werden die Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen nach § 45 durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vollständig ausgeglichen. Die Krankenkassen übermitteln ab dem Berichtsjahr 2021 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres die Summe der Leistungsausgaben nach § 45 je Krankenkasse über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung.

(3) Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), sind gesonderten Risikogruppen zuzuordnen. Die Risikozuschläge für die Auslandsversicherten sind ab dem Ausgleichsjahr 2023 differenziert nach dem Wohnstaat zu ermitteln auf der Grundlage der

1. durchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen und
2. durchschnittlichen abgerechneten Rechnungsbeträge nach Absatz 4 Satz 1.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, übermittelt ab dem Berichtsjahr 2020 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres die Summe der von den Krankenkassen für die Auslandsversicherten beglichenen Rechnungsbeträge an das Bundesamt für Soziale Sicherung; die Übermittlung erfolgt differenziert nach dem Wohnstaat.

(5) Für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 übermitteln die Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung ab dem Berichtsjahr 2022 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten

1. die beitragspflichtigen Einnahmen aus nichtselbständiger Tätigkeit gemäß der Jahresarbeitsentgeltmeldung nach § 28a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe b des Vierten Buches sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
2. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
3. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit von Künstlern und Publizisten nach § 95c Absatz 2 Nummer 2 des Vierten Buches sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
4. die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 des Dritten Buches sowie die jeweiligen Bezugstage und
5. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs.

Für die Übermittlung der Daten nach Satz 1 gilt § 267 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3 entsprechend.

(6) Für das Ausgleichsjahr 2020 gelten die Vorgaben der Absätze 1 und 2 in der bis zum 19. Juli 2021 geltenden Fassung. Für die Ausgleichsjahre 2021 und 2022 gilt die Vorgabe des Absatzes 2 in der bis zum 19. Juli 2021 geltenden Fassung.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere

1. zur Umsetzung der Vorgaben nach den Absätzen 1 bis 3 und 6 und
2. zu den Fristen der Datenübermittlung und zum Verfahren der Verarbeitung der nach Absatz 2 Satz 2, Absatz 4 und 5 Satz 1 zu übermittelnden Daten.

(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung das Nähere zum Verfahren der Datenübermittlung nach Absatz 2 Satz 2,

Absatz 4 und 5 Satz 1. Die Kosten für die Datenübermittlung nach Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5 Satz 1 werden durch die betroffenen Krankenkassen getragen.⁵²⁶

526 ERLÄUTERUNG

Abs. 2 ist erst am 01.01.1991 in Kraft getreten.

ÄNDERUNGEN

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „§§ 28“ durch „§§ 27a“ ersetzt.

01.07.1990.—Artikel 2 Nr. 8 lit. b des Gesetzes vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 2 „ ; die Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung durchgeführt werden (Anschlußheilbehandlung), sind ausgleichsfähig“ am Ende eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 72 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 269 Ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen

(1) Leistungsaufwendungen im Sinne des § 268 Abs. 1 sind Aufwendungen für

1. Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 22, 23 Abs. 1 und den §§ 25 und 26,
2. Krankenbehandlung nach den §§ 27a bis 33 und 37 bis 39 und 42 einschließlich der für diese Leistungen in Härtefällen nach den §§ 61 und 62 von den Krankenkassen zu übernehmenden Aufwendungen,
3. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach den §§ 53 bis 57,
4. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den §§ 195 bis 200 und 200b der Reichsversicherungsordnung,
5. Fahrkosten nach den §§ 60 bis 62, soweit sie von den Krankenkassen zu tragen sind,
6. Sterbegeld nach den §§ 58 und 59.

Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen nach den §§ 65 bis 67 sowie für Mehrleistungen nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) geändert worden ist, bleiben außer Betracht; die Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung durchgeführt werden (Anschlußheilbehandlung), sind ausgleichsfähig. Die Aufwendungen für die Leistungen der Knappschaftsärzte und -zahnärzte werden in der gleichen Weise berechnet wie für Kassenärzte und -zahnärzte.

(2) Leistungen nach Absatz 1 sind ausgleichsfähig, soweit sie nicht von der Krankenkasse als Eigenanteil zu tragen sind. Jede Krankenkasse hat mindestens 5 vom Hundert, höchstens 30 vom Hundert der Leistungsaufwendungen selbst zu tragen. Das Nähere über die Ermittlung des als Eigenanteil zu tragenden Vomhundertsatzes der Leistungsaufwendungen regelt die Verordnung nach § 273. Hierbei ist der Anteil der Rentner an den Mitgliedern einer Krankenkasse im Vergleich zum Anteil der Rentner an den Mitgliedern aller am Ausgleichsverfahren teilnehmenden Krankenkassen so zu berücksichtigen, daß mit steigendem Rentneranteil der Krankenkasse der Vomhundertsatz sinkt. Die in § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 sowie die in § 245 Abs. 2 genannten Personen bleiben hierbei außer Betracht.

(3) Das Bundesversicherungsamt stellt den Rentneranteil nach Absatz 2 im Rahmen der Feststellung des Finanzierungsanteils nach § 272 fest.“

QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 4 und 5 Satz 2 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

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

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 181 lit. c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Mit dem Tag des Inkrafttretens der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 Abs. 1 wird der Risikopool durch eine solidarische Finanzierung für besonders aufwändige Leistungsfälle (Hochrisikopool) ersetzt.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 181 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 3 „ihre Spitzenverbände“ durch „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 181 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2“ durch „legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt fest“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 181 lit. d des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 7 eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 75c des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 269 Solidarische Finanzierung aufwändiger Leistungsfälle (Risikopool)“

(1) Ergänzend zum Risikostrukturausgleich (§ 266) werden die finanziellen Belastungen für aufwändige Leistungsfälle vom 1. Januar 2002 an zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen. Übersteigt die Summe der Leistungsausgaben einer Krankenkasse für Krankenhausbehandlung einschließlich der übrigen stationär erbrachten Leistungen, Arznei- und Verbandmittel, nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse, Kranken- und Sterbegeld für einen Versicherten (ausgleichsfähige Leistungsausgaben) im Geschäftsjahr abzüglich der von Dritten erstatteten Ausgaben die Ausgaben-grenze (Schwellenwert) nach Satz 3, werden 60 vom Hundert des übersteigenden Betrags aus dem gemeinsamen Risikopool aller Krankenkassen finanziert. Der Schwellenwert beträgt in den Jahren 2002 und 2003 20.450 Euro und ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Der Risikopool wird aus der hierfür zu ermittelnden Finanzkraft aller Krankenkassen finanziert; dazu wird ein gesonderter Ausgleichsbedarfssatz ermittelt. § 266 Abs. 3 gilt entsprechend. Abweichend von Satz 2 werden die Leistungsausgaben für Leistungen der nichtärztlichen ambulanten Dialyse für das Ausgleichsjahr 2002 nicht berücksichtigt.

(2) Für die getrennt vom Risikostrukturausgleich zu ermittelnden Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen jeder Krankenkasse, die Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben, die Durchführung des Risikopools, das monatliche Abschlagsverfahren und die Säumniszuschläge gilt § 266 Abs. 2 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 und 2, Satz 2, Abs. 5 Satz 1, 2 Nr. 3, Satz 3, Abs. 6, 8 und 9 entsprechend.

(3) Für die Ermittlung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen aus dem Risikopool erheben die Krankenkassen jährlich die Summe der Leistungsausgaben nach Absatz 1 Satz 2 je Versicherten. Die auf den einzelnen Versicherten bezogene Zusammenführung der Daten nach Satz 1 durch die Krankenkasse ist nur für die Berechnung der Schwellenwertüberschreitung zulässig; der zusammengeführte versichertenbezogene Datensatz ist nach Abschluss dieser Berechnung unverzüglich zu löschen. Überschreitet die Summe der Leistungsausgaben für einen Versicherten den Schwellenwert nach Absatz 1 Satz 3, melden die Krankenkassen diese Leistungsausgaben unter Angabe eines Pseudonyms über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, soweit dies für die Prüfung der nach Satz 3 gemeldeten Leistungsausgaben oder die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben erforderlich ist. Für die Erhebung und Meldung der Leistungsausgaben, der beitragspflichtigen Einnahmen, der Zahl der Versicherten und die Abgrenzung der Versichertengruppen gilt im Übrigen § 267 Abs. 1 bis 4 und 10 entsprechend. § 267 Abs. 9 gilt.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 das Nähere über

1. die Abgrenzung der für den Risikopool erforderlichen Daten, der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben und die Ermittlung der Schwellenwerte nach Absatz 1 sowie das Nähere über die Berücksichtigung der von Dritten erstatteten Ausgaben nach Absatz 1 Satz 2,
2. die Berechnungsverfahren, die Fälligkeit der Beträge, die Erhebung von Säumniszuschlägen, das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs,
3. die von den Krankenkassen und den Leistungserbringern mitzuteilenden Angaben,

4. die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikopools erforderlichen Rechenwerte,
5. die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien, auch abweichend von § 274.

(5) Das Nähere zur Erhebung und Abgrenzung der Daten und Datenträger und zur einheitlichen Gestaltung des Pseudonyms nach Absatz 3 legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt fest. Kommt die Vereinbarung nach Satz 1 bis zum 30. April 2002 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7.

(6) Der Risikopool wird letztmalig für das Geschäftsjahr durchgeführt, das dem Jahr vorausgeht, in dem die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 Abs. 1 in Kraft tritt.

(7) Für die Durchführung des Risikopools für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 ist § 269 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zugrunde zu legen.“

QUELLE

01.08.2014.—Artikel 1 Nr. 34 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) und Artikel 5 Nr. 11 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) haben die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 16e lit. a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Abs. 3a, 3b, 3c und 3d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16e lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „bis 3“ durch „bis 3d“ eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 30 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 3d Satz 3 „Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 1 „die in § 267 Absatz 2 Satz 2 genannten Versichertengruppen“ durch „Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind,“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Versichertengruppen“ durch „Risikogruppen“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 22 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 und 4 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 22 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 1 und 2 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 22 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 3 „Satz 3 und 5“ durch „Satz 5“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 22 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 3a Satz 4 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 22 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 3c Satz 3 bis 5 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 22 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3d Satz 1 „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ und „§ 268 Absatz 3 Satz 2 bis 9“ durch „§ 267 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 22 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3d Satz 2 „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ und „Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2“ durch „Absatz 4 Satz 2“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 22 lit. f litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3d Satz 4 bis 6 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 22 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „Absatz 7“ durch „Absatz 8“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 59 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Für Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, kann das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes ab dem Ausgleichsjahr 2013 um ein Verfahren ergänzt werden, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld anteilig berücksichtigt.“

(2) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik

Deutschland hatten, ist ab dem Ausgleichsjahr 2013 die Höhe der Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Risikogruppen zu begrenzen.

(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt Gutachten in Auftrag, mit denen Modelle für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, entwickelt werden sollen. Dabei ist auch zu untersuchen, ob zusätzliche Daten erforderlich sind, um das in Satz 1 genannte Ziel zu erreichen. § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten. Zur Erfüllung des jeweiligen Gutachtauftrags ist der beauftragten Person oder Personengruppe beim Bundesamt für Soziale Sicherung Einsicht in die diesem nach § 268 Absatz 3 Satz 7 übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu geben. Zu diesem Zweck ist der beauftragten Person oder Personengruppe bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland ebenso Einsicht in die dieser nach Artikel 35 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1, L 200 vom 7.6. 2004, S. 1, L 204 vom 4.8.2007, S. 30) in Verbindung mit Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1) vorliegenden Daten zu geben; Einsicht ist nur in pseudonymisierte oder anonymisierte Daten zu geben.

(3a) Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt Folgegutachten in Auftrag, mit denen insbesondere die in den Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 entwickelten Modelle auf Grundlage der nach § 30 Absatz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sowie nach den Absätzen 3b und 3c erhobenen Daten überprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden sollen. Zur Erfüllung des jeweiligen Gutachtauftrags ist der beauftragten Person oder Personengruppe beim Bundesamt für Soziale Sicherung Einsicht in die diesem nach § 30 Absatz 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sowie nach Absatz 3d übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu gewähren. Absatz 3 Satz 5 gilt entsprechend. § 266 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten.

(3b) Im Folgegutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld sind die im Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 entwickelten Modelle für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld insbesondere auf Grundlage der Daten, mit welchen sich die für die Höhe der Krankengeldausgaben der Krankenkassen maßgeblichen Bestimmungsfaktoren gemäß dem Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 abbilden lassen, zu überprüfen und zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln. Dazu erheben die Krankenkassen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 versichertenbezogen folgende zur Abbildung der Bestimmungsfaktoren nach Satz 1 erforderliche Angaben:

1. die beitragspflichtigen Einnahmen aus nichtselbständiger Tätigkeit gemäß der Jahresarbeitsentgeltmeldung nach § 28a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe b des Vierten Buches sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
2. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit sowie den Zeitraum, in dem diese erzielt wurden,
3. die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 des Dritten Buches sowie die jeweiligen Bezugstage,
4. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 einschließlich des Datums der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und des Beginns der Arbeitsunfähigkeit,
5. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs,
6. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 45 sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs,
7. den Tätigkeitsschlüssel nach § 28a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 des Vierten Buches sowie
8. die dem Beschäftigungsbetrieb des Versicherten zugeordnete Betriebsnummer nach § 28a Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 des Vierten Buches.

§ 270 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

(1) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung

1. ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 mit Ausnahme der Leistungen nach § 11 Absatz 6 und § 53,
2. ihrer standardisierten Aufwendungen, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach § 137g entstehen und die in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 näher zu bestimmen sind, sowie
3. ihrer standardisierten Verwaltungsausgaben.

§ 266 Absatz 6 Satz 1 und 3, Absatz 7 und 9 gilt entsprechend.

(3c) Im Folgegutachten zu den Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, sind die im Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 entwickelten Modelle für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für diese Versichertengruppe insbesondere auf Grundlage der Daten, mit welchen sich die für die Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse für diese Versichertengruppen maßgeblichen Bestimmungsfaktoren gemäß dem Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 abbilden lassen, zu überprüfen und zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln. Dazu erheben die Krankenkassen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 versichertenbezogen folgende zur Abbildung der Bestimmungsfaktoren nach Satz 1 erforderliche Angaben:

1. das Grenzgängerkennzeichen,
2. das Länderkennzeichen des Wohnstaats.

Darüber hinaus erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland –, nicht personenbezogen die mit den Krankenkassen abgerechneten Rechnungssummen, differenziert nach dem Wohnstaat, dem Abrechnungsjahr und der leistungspflichtigen Krankenkasse, und übermittelt diese an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Das Nähere zur Erhebung und Übermittlung sowie zum Umfang der Datenerhebung nach Satz 3 bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Es kann auch bestimmt werden, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland –, weitere für das Gutachten nach Satz 1 erforderliche nicht personenbezogene Daten zu Abrechnungen von Versicherten nach Satz 1 erhebt und an das Bundesamt für Soziale Sicherung übermittelt.

(3d) Die Daten nach den Absätzen 3b und 3c Satz 1 und 2 sind dem Bundesamt für Soziale Sicherung erstmals bis zum 15. Juni 2018 und letztmals bis zum 15. April 2019 zu übermitteln; für die Erhebung und Übermittlung der Daten gilt § 267 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3 entsprechend. Das Nähere über die zeitliche Zuordnung, zum Umfang sowie zum Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2. Die Verarbeitung der Daten nach den Absätzen 3b und 3c ist auf die Zwecke nach den Absätzen 3b und 3c beschränkt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung oder der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland –, kann den nach Absatz 3a beauftragten Personen oder Personengruppen ausschließlich für die Zwecke der Folgegutachten nach den Absätzen 3b und 3c die jeweils erforderlichen versichertenbezogenen Daten nach Absatz 3a Satz 2 und 3 in pseudonymisierter oder anonymisierter Form übermitteln, wenn eine ausschließliche Nutzung der Daten über eine Einsichtnahme nach Absatz 3a Satz 2 und 3 aus organisatorischen oder technischen Gründen nicht ausreichend ist. Die nach Satz 4 übermittelten Daten sind von den nach Absatz 3a beauftragten Personen oder Personengruppen jeweils unverzüglich nach Übergabe der Gutachten an das Bundesamt für Soziale Sicherung zu löschen. Die Löschung ist von den nach Absatz 3a beauftragten Personen oder Personengruppen dem Bundesamt für Soziale Sicherung oder dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland –, nachzuweisen.

(4) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben der Absätze 1 bis 3d, insbesondere zur Abgrenzung der Leistungsausgaben, zum Verfahren einschließlich der Durchführung des Zahlungsverkehrs sowie zur Festlegung der Vorgaben für die Gutachten regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1.“

(2) Für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach den Absätzen 1 und 4 erheben die Krankenkassen für jedes Jahr

1. je Versicherten die Versichertentage mit Einschreibung in ein nach § 137g zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm und Angaben über die Teilnahme an den in Absatz 4 Satz 1 genannten Leistungen,
2. nicht versichertenbezogen die Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 und die Verwaltungsausgaben; § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 gilt entsprechend.

Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. August des Folgejahres in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung; § 267 Absatz 3 Satz 2 bis 4 und Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 Nummer 2 bis zum 30. Juni des Folgejahres in maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung.

(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung mindert für eine Krankenkasse, die laut erstmaliger Mitteilung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 342 Absatz 5 Satz 5 ihrer Verpflichtung nach § 342 Absatz 1 nicht nachgekommen ist, die nach § 18 Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2020 berechnete Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 um 2,5 Prozent. Die nach § 18 Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung im Jahresausgleich berechnete Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist ab dem Ausgleichsjahr 2021 für eine Krankenkasse um 7,5 Prozent zu mindern, wenn in dem auf das jeweilige Ausgleichsjahr folgenden Jahr eine weitere Mitteilung nach § 342 Absatz 5 Satz 5 und 6 zu derselben Krankenkasse erfolgt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Sanktionsbetrag der Krankenkasse in einem Bescheid mit. Klagen gegen die Höhe der Sanktion haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Zur Förderung der Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds jährlich eine Pauschale für jeden Versicherten, der an einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, 3, 4 und 15 vorgesehenen Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Absatz 1, 2 und den §§ 25a und 26, Individualprophylaxe nach § 22 Absatz 1, 3 und § 22a Absatz 1 oder Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 teilgenommen hat. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe der Zuweisungen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 7 Satz 3, 6 und 7 und Absatz 9 gilt entsprechend. Das Nähere über die Kriterien der Vergabe und das Verfahren bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1.⁵²⁷

527 AUFHEBUNG

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 72 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 270 Berechnung des Finanzierungsanteils der Krankenkassen

Der Finanzierungsanteil der Krankenkassen ist durch Beiträge der Mitglieder in einem Vomhundertsatz der beitragspflichtigen Einnahmen aufzubringen. Außer Betracht bleiben die in § 268 Abs. 1 Nr. 1 genannten und die nach § 245 Abs. 1 und 2 zu erhebenden Beiträge. Der Vomhundertsatz entspricht dem Verhältnis der durch Beiträge nicht gedeckten ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen für versicherungspflichtige Rentner aller Krankenkassen zu der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen. Bei der Berechnung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen bleiben außer Betracht

1. die Beträge der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, der Versorgungsbezüge und des Arbeitseinkommens, die bei versicherungspflichtigen Mitgliedern, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, zur Beitragsbemessung herangezogen wurden,
2. die beitragspflichtigen Einnahmen der in § 5 Abs. 1 Nr. 10 und 11 und in § 245 Abs. 2 genannten Personen und
3. die Beitragsrückzahlung nach § 65.“

QUELLE

§ 270a Einkommensausgleich

(1) Zwischen den Krankenkassen wird im Hinblick auf die von ihnen erhobenen Zusatzbeiträge nach § 242 nach Maßgabe der folgenden Absätze ein vollständiger Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder durchgeführt.

(2) Die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag nach § 242 erheben, erhalten aus dem Gesundheitsfonds die Beträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder in der Höhe, die sich nach dem Einkommensausgleich ergibt. Die Höhe dieser Mittel für jede Krankenkasse wird ermittelt, indem der Zusatzbeitragsatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 mit den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und ihrer Mitgliederzahl multipliziert wird.

(3) Weicht der Gesamtbetrag aus den Zusatzbeiträgen nach § 242 von den notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach Absatz 2 ab, wird der Abweichungsbetrag entweder aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht oder der Liquiditätsreserve zugeführt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 182 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 76 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 1 Buchstabe a „§ 53 Abs. 5“ durch „§ 11 Absatz 6 und § 53“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 78 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 267 Abs. 4 gilt entsprechend.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 90a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 3 eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 23 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat Satz 1 in Abs. 1 geändert. Satz 1 lautete: „Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung

- a) ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 mit Ausnahme der Leistungen nach § 11 Absatz 6 und § 53,
- b) ihrer standardisierten Aufwendungen, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach § 137g entstehen und die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 näher zu bestimmen sind, sowie
- c) ihrer standardisierten Verwaltungsausgaben.“

Artikel 5 Nr. 23 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „Abs. 5“ durch „Absatz 6“ und „Abs. 6“ durch „Absatz 7“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 erheben die Krankenkassen nicht versichertenbezogen jährlich die Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 und die Verwaltungsausgaben. § 266 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und § 267 Absatz 4 gelten entsprechend.“

Artikel 5 Nr. 23 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“, „§ 41“ durch „§ 18“ und „Buchstabe c“ durch „Nummer 3“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 23 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „§ 41“ durch „§ 18“ und „Buchstabe c“ durch „Nummer 3“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 23 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 23 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 3 Satz 1 „§ 291a Absatz 5c Satz 11 ihrer Verpflichtung nach § 291a Absatz 5c Satz 4“ durch „§ 342 Absatz 5 Satz 5 ihrer Verpflichtung nach § 342 Absatz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „§ 291a Absatz 5c Satz 11 und 12“ durch „§ 342 Absatz 5 Satz 5 und 6“ ersetzt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 4 Satz 3 „Absatz 7 Satz 3, 6 und 7 und“ nach „§ 266“ eingefügt.

(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet für die Zwecke der Durchführung des Einkommensausgleichs die eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen; § 271 Absatz 7 ist entsprechend anzuwenden. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe der Mittel nach Absatz 2 und weist sie den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 6 Satz 3 und Absatz 7 Satz 7 ist entsprechend anzuwenden. Das Nähere zur Ermittlung der vorläufigen und endgültigen Mittel, die die Krankenkassen im Rahmen des Einkommensausgleichs erhalten, zur Durchführung, zum Zahlungsverkehr und zur Fälligkeit der Beiträge regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1.⁵²⁸

§ 271 Gesundheitsfonds

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet als Sondervermögen (Gesundheitsfonds) die eingehenden Beträge aus:

1. den von den Einzugsstellen nach § 28k Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches und nach § 252 Abs. 2 Satz 3 eingezogenen Beiträgen für die gesetzliche Krankenversicherung,
2. den Beiträgen aus Rentenzahlungen nach § 255,
3. den Beiträgen nach § 28k Abs. 2 des Vierten Buches,
4. der Beitragszahlung nach § 252 Abs. 2 und
5. den Bundesmitteln nach § 221.

Die Mittel des Gesundheitsfonds sind so anzulegen, dass sie für den in den §§ 266, 268 und 270 bis 271 genannten Zweck verfügbar sind. Die im Laufe eines Jahres entstehenden Kapitalerträge werden dem Sondervermögen gutgeschrieben.

(1a) Die eingehenden Beträge nach Absatz 1 Satz 1 sind, soweit es sich dabei um Zusatzbeiträge nach § 242 handelt, für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu verwenden. Sie sind dem Bundesamt für Soziale Sicherung als Verwalter der eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen nachzuweisen.

(2) Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Aus der Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde gelegten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des

528 QUELLE

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 145 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 72 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 270a Vorausschätzungen und Feststellungen

Der Bundesminister für Gesundheit trifft jeweils bis zum 15. Februar eine Vorausschätzung über die im laufenden Kalenderjahr je Mitglied zu erwartende durchschnittliche Veränderungsrate der nach § 270 zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen und stellt jeweils bis zum 1. Juli die endgültige durchschnittliche Veränderungsrate für das Vorjahr auf der Grundlage der Jahresrechnungsergebnisse aller Krankenkassen fest. Die Vorausschätzungen und Feststellungen erfolgen getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet; sie werden im Bundesanzeiger bekanntgegeben.“

QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 35 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2020.—Artikel 32 Nr. 14 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 4 Satz 1 und 2 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 24 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 4 Satz 3 „Absatz 5“ durch „Absatz 6“ und „Absatz 6“ durch „Absatz 7“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 24 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „Absatz 7“ durch „Absatz 8“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 60 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 4 Satz 1 „Absatz 6 Satz 1“ durch „Absatz 7“ ersetzt.

Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für das Geschäftsjahr betragen. Sie darf nach Ablauf eines Geschäftsjahres einen Betrag von 25 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr nicht überschreiten. Überschreitet die erwartete Höhe der Liquiditätsreserve abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für das Folgejahr den Betrag nach Satz 4, sind die überschüssigen Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Folgejahr zu überführen.

(2a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse kann das Bundesamt für Soziale Sicherung einer leistungsaushelfenden Krankenkasse auf Antrag ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve gewähren, wenn dies erforderlich ist, um Leistungsansprüche von Versicherten zu finanzieren, deren Mitgliedschaftsverhältnisse noch nicht geklärt sind. Das Darlehen ist innerhalb von sechs Monaten zurückzuzahlen. Das Nähere zur Darlehensgewährung, Verzinsung und Rückzahlung regelt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich 150 Millionen Euro abzüglich der Hälfte des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 2 Satz 3 und 4 zugeführt; Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, werden nach § 92a Absatz 3 Satz 5 anteilig an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückgeführt.

(3) Reicht die Liquiditätsreserve nicht aus, um alle Zuweisungen nach den §§ 266, 268, 270 und 270a zu erfüllen, leistet der Bund dem Gesundheitsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel. Das Darlehen ist im Haushaltsjahr zurückzuzahlen. Die jahresendliche Rückzahlung ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.

(4) Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2020 225 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2021 900 Millionen Euro, im Jahr 2022 600 Millionen Euro und im Jahr 2023 300 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt, um die Mindereinnahmen, die sich aus der Anwendung von § 226 Absatz 2 Satz 2 ergeben, zu kompensieren. Aus der Liquiditätsreserve werden im Jahr 2023 378 Millionen Euro entnommen; bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 7 Satz 3 für das Ausgleichsjahr 2022 ist das sich nach § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ergebende Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr um diesen Betrag zu erhöhen. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2024 378 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.

(5) Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich 150 Millionen Euro und in den Jahren 2020 bis 2024 jährlich 100 Millionen Euro, jeweils abzüglich der Hälfte des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugeführt; Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve werden nach § 92a Absatz 3 Satz 4 und 6 anteilig an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückgeführt.

(6) Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2024 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro, jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 5 und 6 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden.

(7) Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung bei der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.

(8) Der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden im Jahr 2023 25 Millionen Euro zugeführt, indem das Zuweisungsvolumen gemäß § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Ausgleichsjahr 2023 um 25 Millionen Euro bereinigt wird. Das Bundesamt für Soziale Sicherung berücksichtigt diese Bereinigung bei der Berechnung der Zuweisungen nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3.⁵²⁹

529 AUFHEBUNG

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 72 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 271 Ausgleichsanspruch und -verpflichtung der Krankenkassen

(1) Übersteigen die ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen einer Krankenkasse ihren Finanzierungsanteil nach § 270, hat sie in Höhe des Unterschiedsbetrags Anspruch auf von versicherungspflichtigen Mitgliedern mit Rentenbezug entrichtete Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sowie auf überschießende Beträge nach Absatz 2.

(2) Übersteigt der Finanzierungsanteil einer Krankenkasse nach § 270 ihre ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen, steht der überschießende Betrag den Krankenkassen zu, deren ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen ihren Finanzierungsanteil übersteigen.“

QUELLE

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 182 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) und Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) haben die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2009.—Artikel 13 Nr. 2 des Gesetzes vom 2. März 2009 (BGBl. I S. 416) hat in Abs. 3 Satz 4 „2010“ durch „2011“ ersetzt.

01.01.2010.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. April 2010 (BGBl. I S. 410) hat in Abs. 1 Nr. 5 „§ 221“ durch „den §§ 221 und 221a“ ersetzt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 25 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 2 Satz 1 „Einnahmeausfälle und“ durch „Einnahmeausfälle,“ ersetzt und „sowie die Aufwendungen für den Sozialausgleich nach § 242b und zusätzlich die Zahlungen für die Zusatzbeiträge nach § 251 Absatz 6 Satz 2 und 4“ nach „§ 272 Abs. 2“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „in vier jährlichen Schritten“ durch „schrittweise“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Abweichend von Satz 2 sind Darlehen, die vom 1. Januar bis 31. Dezember 2009 an den Gesundheitsfonds ausgezahlt wurden, spätestens zum 31. Dezember 2011 zurückzuzahlen.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 77 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2781) hat in Abs. 1 Nr. 5 „den §§ 221 und 221a“ durch „§ 221“ ersetzt.

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

02.01.2013.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2789) hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

01.08.2013.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat in Abs. 2 Satz 5 „sowie der Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zum 1. August 2013 entstehen,“ nach „entstehen,“ eingefügt und „1,78 Milliarden Euro“ durch „2,34 Milliarden Euro“ ersetzt.

16.08.2014.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 36 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Der Gesundheitsfonds hat eine Liquiditätsreserve aufzubauen, aus der unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, bei der Festsetzung des einheitlichen Betrags nach § 266 Abs. 2 nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle, die Aufwendungen für die Erhöhung der Zuweisungen nach § 272 Abs. 2 sowie die Aufwendungen für den Sozialausgleich nach § 242b und zusätzlich die Zahlungen für die Zusatzbeiträge nach § 251 Absatz 6 Satz 2 und 4 zu decken sind. Die Liquiditätsreserve ist ab dem Jahr 2009 schrittweise aufzubauen und muss spätestens nach Ablauf des Geschäftsjahres 2012 und der jeweils folgenden Geschäftsjahre mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen. Die die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen nach § 242a Absatz 1 Satz 1 übersteigenden jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds sind der Liquiditätsreserve zuzuführen. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2013 2 Milliarden abzüglich des Anteils an diesem Betrag, der sich nach § 221a Satz 2 in der am 9. Dezember 2010 geltenden Fassung bemisst, aus der Liquiditätsreserve zugeführt. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2014 3,5 Milliarden Euro und im Jahr 2015 2,5 Milliarden Euro jeweils abzüglich des Anteils an diesem Betrag, der sich nach § 221 Absatz 2 Satz 2 bemisst, aus der Liquiditätsreserve zugeführt. Zur Kompensation der Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Abschaffung der Zuzahlung bei Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung zum 1. Januar 2013 entstehen, sowie der Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zum 1. August 2013 entstehen, werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 im Jahr 2014 aus der Liquiditätsreserve 2,34 Milliarden Euro zugeführt.“

Artikel 1 Nr. 36 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „und Weiterentwicklung“ nach „Durchführung“ eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 79 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 2 Satz 5 „Absatz 2 Satz 3“ durch „Absatz 3 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat Satz 4 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2015 2,5 Milliarden Euro abzüglich des Anteils an diesem Betrag, der sich nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bemisst, aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“

15.12.2018.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat Satz 4 in Abs. 2 durch die Sätze 4 und 5 ersetzt. Satz 4 lautete: „Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2017 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 14 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Satz 6 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 6 lautete: „Ab dem Jahr 2016 werden dem Strukturfonds zudem aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Finanzmittel bis zu einer Höhe von 500 Millionen Euro abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden.“

Artikel 32 Nr. 14 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1, Abs. 1a Satz 2, Abs. 2a Satz 1 und 3 und Abs. 6 Satz 1 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2913) hat in Abs. 2 Satz 3 „25 Prozent“ durch „20 Prozent“ ersetzt.

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

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 25 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat Abs. 2 Satz 9 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 25 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „§§ 266, 269“ durch „§§ 266, 268“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 25 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „Abs. 7“ durch „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.

29.10.2020.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) hat in Abs. 2 Satz 8 „2022 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich“ durch „2024 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro“ ersetzt.

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat Abs. 1 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 „Satz 1“ nach „Absatz 1“ eingefügt und „in voller Höhe für den Einkommensausgleich“ durch „für die Durchführung des Einkommensausgleichs“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr“ nach „Gesundheitsfonds“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 6 bis 9 in Abs. 2 aufgehoben. Die Sätze 6 bis 9 lauteten: „Den eingehenden Beträgen des Gesundheitsfonds werden im Jahr 2021 900 Millionen Euro, im Jahr 2022 600 Millionen Euro und im Jahr 2023 300 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt, um die Mindereinnahmen, die sich aus der Anwendung von § 226 Absatz 2 Satz 2 ergeben, zu kompensieren. Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich 150 Millionen Euro und in den Jahren 2020 bis 2024 jährlich 100 Millionen Euro, jeweils abzüglich der Hälfte des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugeführt; Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve werden nach § 92a Absatz 3 Satz 4 und 6 anteilig an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückgeführt. Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2024 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro, jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkassen gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 5 und 6 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2020 225 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „§ 266 Abs. 1 Satz 1“ durch „den §§ 266, 268, 270 und 270a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 bis 6 durch Abs. 4 bis 7 ersetzt. Abs. 4 bis 6 lauteten:
 „(4) Die im Laufe eines Jahres entstehenden Kapitalerträge werden dem Sondervermögen gutgeschrieben.

(5) Die Mittel des Gesundheitsfonds sind so anzulegen, dass sie für den in den §§ 266, 268 und 270 genannten Zweck verfügbar sind.

(6) Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung bei der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt. Das Nähere regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1.“

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 61 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 26 lit. a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat die Sätze 4 bis 6 in Abs. 2 durch die Sätze 4 und 5 ersetzt. Die Sätze 4 bis 6 lauteten: „Sie darf einen Betrag von 50 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds nicht überschreiten. Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag auf Grundlage der Prognose des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 für das jeweilige Folgejahr abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre, sind die überschüssigen Mittel jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen. Aus der Liquiditätsreserve werden im Jahr 2021 190 Millionen Euro an das Bundesministerium für Gesundheit gezahlt.“

Artikel 1 Nr. 26 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 8 eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 6a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat Abs. 4 Satz 3 und 4 eingefügt.

§ 271a Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds

(1) Steigen die Beitragsrückstände einer Krankenkasse erheblich an, so hat die Krankenkasse nach Aufforderung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung diesem die Gründe hierfür zu berichten und innerhalb einer Frist von vier Wochen glaubhaft zu machen, dass der Anstieg nicht auf eine Pflichtverletzung zurückzuführen ist. Entscheidungserhebliche Tatsachen sind durch geeignete Unterlagen glaubhaft zu machen.

(2) Werden die entscheidungserheblichen Unterlagen nicht vorgelegt oder reichen diese nicht zur Glaubhaftmachung eines unverschuldeten Beitragsrückstandes aus, wird die Krankenkasse säumig. Für jeden angefangenen Monat nach Aufforderung zur Berichtslegung wird vorläufig ein Säumniszuschlag in Höhe von 10 Prozent von dem Betrag erhoben, der sich aus der Rückstandsquote des die Berichtspflicht auslösenden Monats abzüglich der des Vorjahresmonats oder der des Vorjahresdurchschnitts der Krankenkasse, multipliziert mit den insgesamt zum Soll gestellten Beiträgen der Krankenkasse des die Berichtspflicht auslösenden Monats, ergibt. Es wird der jeweils niedrigere Wert zur Berechnung der Säumniszuschläge in Ansatz gebracht.

(3) Die Krankenkasse erhält ihre Säumniszuschläge zurück, wenn sie innerhalb einer angemessenen, vom Bundesamt für Soziale Sicherung festzusetzenden Frist, die im Regelfall drei Monate nach Eintritt der Säumnis nach Absatz 2 nicht unterschreiten soll, glaubhaft macht, dass die Beitragsrückstände nicht auf eine Pflichtverletzung ihrerseits zurückzuführen sind. Anderenfalls werden die Säumniszuschläge endgültig festgesetzt und verbleiben dem Gesundheitsfonds.

(4) Bleiben die Beitragsrückstände auch nach Ablauf der Frist nach Absatz 3 erheblich im Sinne des Absatzes 1 und ist die Krankenkasse säumig im Sinne des Absatzes 2, ist von einer fortgesetzten Pflichtverletzung auszugehen. In diesem Fall soll das Bundesamt für Soziale Sicherung den Säumniszuschlag um weitere 10 Prozentpunkte pro Monat bis zur vollen Höhe des für die Berechnung der Säumniszuschläge zu Grunde gelegten Differenzbetrages nach Absatz 2 erhöhen. Diese Säumniszuschläge gelten als endgültig festgesetzt und verbleiben dem Gesundheitsfonds.

(5) Klagen gegen die Erhebung von Säumniszuschlägen haben keine aufschiebende Wirkung.

(6) § 28r des Vierten Buches und § 251 Abs. 5 Satz 2 bleiben unberührt.⁵³⁰

§ 272 Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021

(1) Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2021 Mittel aus den Finanzreserven der Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1 zugeführt, indem 66,1 Prozent der Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 jeder Krankenkasse, die zwei Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten, herangezogen werden. Abweichend von Satz 1 werden 66,1 Prozent der Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 einer Krankenkasse, die ein Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke zuzüglich von 3 Millionen Euro überschreiten, herangezogen, wenn dieser Betrag geringer als der sich nach Satz 1 für die Krankenkasse ergebende Betrag ist. Maßgebend für die Rechengrößen nach den Sätzen 1 und 2 sind die von den Krankenkassen für das erste Halbjahr 2020 nach Abschluss des zweiten Quartals 2020 vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit am 14. August 2020 übermittelt hat.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet den Betrag nach Absatz 1, der sich für jede betroffene Krankenkasse ergibt, und macht ihn durch Bescheid gegenüber der Krankenkasse gel-

530 QUELLE

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 14a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2020.—Artikel 32 Nr. 14 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Satz 2 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

tend. Es verrechnet den festgesetzten Betrag mit den nach § 16 Absatz 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Ausgleichsjahr 2021 an die Krankenkasse auszahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken. Das Bundesamt für Soziale Sicherung verteilt die Verrechnung nach Satz 2 in monatlich gleichen Teilbeträgen auf alle Ausgleichsmonate des Jahres 2021, die auf den Monat, in dem der Bescheid nach Satz 1 erlassen wird, folgen. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge haben keine aufschiebende Wirkung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung soll die Bescheide nach Satz 1 bis zum 31. März 2021 erlassen.

(3) Vereinigen sich Krankenkassen nach § 155 ab dem 15. August 2020 und hätte sich für eine, einen Teil oder alle der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen ein Betrag nach Absatz 1 ergeben, macht das Bundesamt für Soziale Sicherung den Betrag oder die Summe der Beträge gegenüber der neuen Krankenkasse nach § 155 Absatz 6 Satz 2 durch Bescheid geltend. Es verrechnet den festgesetzten Betrag mit den nach § 16 Absatz 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Ausgleichsjahr 2021 an die neue Krankenkasse nach § 155 Absatz 6 Satz 2 auszahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken; Absatz 2 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Satz 1 gilt nicht, wenn das Bundesamt für Soziale Sicherung zum nach § 155 Absatz 5 bestimmten Zeitpunkt bereits den Bescheid oder die Bescheide nach Absatz 2 Satz 1 gegenüber den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen erlassen hat.⁵³¹

531 AUFHEBUNG

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 72 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 272 Feststellung der Finanzierungsanteile der Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt den Vomhundertsatz nach § 270 und gibt ihn bekannt. Es stellt jeweils im voraus für ein Kalenderhalbjahr den Vomhundertsatz vorläufig fest. Bei der Berechnung der monatlich von den Krankenkassen zu tragenden Finanzierungsanteile legen die Krankenkassen diesen Vomhundertsatz, die voraussichtlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen für die versicherungspflichtigen Rentner und für ihre nach § 10 versicherten Angehörigen sowie die voraussichtliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zugrunde. Für die Berechnung dieser Einnahmen gilt § 270 entsprechend. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist der hierfür maßgebliche Vomhundertsatz aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der beteiligten Krankenkassen sowie der Rentenversicherungsträger zu ermitteln. Die nach Satz 3 geleisteten Zahlungen gelten als Abschlagszahlungen. Sie sind nach Bekanntgabe des Vomhundertsatzes nach Satz 5 mit den endgültig für das Geschäftsjahr zu leistenden Zahlungen auszugleichen.

(2) Bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes nach Absatz 1 Satz 5 stellt das Bundesversicherungsamt für alle Beteiligten verbindlich fest, mit welchen Beträgen die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen, die Beiträge und die ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen der Berechnung des Vomhundertsatzes zugrunde zu legen sind. Dabei kann es zum Zweck der einheitlichen Zuordnung und Erfassung der für die Berechnung maßgeblichen Daten über die Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse hinaus weitere Auskünfte und Nachweise verlangen. Weicht die Feststellung nach Satz 1 von den Beträgen ab, die der Versicherungsträger in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen gemeldet hat, ist dieser vor Bekanntgabe des Vomhundertsatzes zu unterrichten. Werden nach Abschluß der Ermittlung des Vomhundertsatzes nach Absatz 1 Satz 5 sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt diese erst bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes nach Absatz 1 Satz 5 beim nächsten Finanzausgleichsverfahren nach den dafür geltenden Vorschriften zu berücksichtigen.“

QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 183 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 14b des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift umfassend geändert. Die Vorschrift lautete:

„(1) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist sicherzustellen, dass sich die Be- und Entlastungen auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem

Land tätigen Krankenkassen in jährlichen Schritten von jeweils höchstens 100 Millionen Euro aufbauen. Hierfür stellt das Bundesversicherungsamt für jedes Ausgleichsjahr und für jedes Land die Höhe der fortgeschriebenen Einnahmen der Krankenkassen für die in einem Land wohnhaften Versicherten den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ohne Berücksichtigung des § 272 gegenüber. Dabei sind als Einnahmen die fiktiven Beitragseinnahmen auf Grund der am 31. Dezember 2008 geltenden Beitragssätze, bereinigt um Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung und fortgeschrieben entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 zu berücksichtigen.

(2) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1, dass die Belastungswirkungen in Bezug auf die in einem Land tätigen Krankenkassen den nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag übersteigen, sind die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte mit Wohnsitz in dem Land, bei dem die höchste Überschreitung festgestellt worden ist, im Jahresausgleich für das jeweilige Ausgleichsjahr so zu verändern, dass dieser Betrag genau erreicht wird. Die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte in den übrigen Ländern sind in dem Verhältnis zu verändern, in dem der Überschreibungsbetrag nach Satz 1 zu dem nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag steht. In den Folgejahren nach 2009 ist das Ergebnis der rechnerischen Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools nach Absatz 1 Satz 2 und 3 länderbezogen um jährlich jeweils 100 Millionen Euro zu erhöhen.

(3) Die Regelungen des Absatzes 1 finden letztmalig in dem Jahr Anwendung, in dem erstmalig in keinem Bundesland eine Überschreitung des nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrags festgestellt wurde.

(4) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben des Absatzes 1 sowie die Festlegung von Abschlagszahlungen wird durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates geregelt. Dies gilt auch für die Festlegung der Vorgaben für ein von der Bundesregierung in Auftrag zu gebendes Gutachten. In diesem sind bereits vor Inkrafttreten des Gesundheitsfonds die Auswirkungen nach Absatz 1 zu quantifizieren.“

AUFHEBUNG

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 37 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 272 Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds

(1) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist sicherzustellen, dass sich die Belastungen auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen in jährlichen Schritten von jeweils höchstens 100 Millionen Euro aufbauen. Hierfür stellt das Bundesversicherungsamt für jedes Ausgleichsjahr und für jedes Land die Höhe der fortgeschriebenen Einnahmen der Krankenkassen für die in einem Land wohnhaften Versicherten den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ohne Berücksichtigung der sich aus Absatz 2 ergebenden Zuweisungserhöhungen gegenüber. Dabei sind als Einnahmen die fiktiven Beitragseinnahmen auf Grund der am 30. Juni 2008 geltenden Beitragssätze, bereinigt um Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung und fortgeschrieben entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3, zu berücksichtigen.

(2) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1 Satz 2, dass die Belastungswirkungen in Bezug auf die in einem Land tätigen Krankenkassen den nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag übersteigen, sind die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte mit Wohnsitz in den jeweiligen Ländern im Jahresausgleich für das jeweilige Ausgleichsjahr so zu verändern, dass dieser Betrag genau erreicht wird. Die zur Erhöhung der Zuweisungen nach Satz 1 erforderlichen Beträge werden aus Mitteln der Liquiditätsreserve nach § 271 Abs. 2 aufgebracht.

(3) Die Regelungen der Absätze 1 und 2 finden letztmalig in dem Jahr Anwendung, das dem Jahr vorausgeht, in dem erstmalig in keinem Bundesland eine Überschreitung des nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrags festgestellt wurde.

(4) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben der Absätze 1 und 2, insbesondere zur Bestimmung der Beitragssätze, der Einnahmen und ihrer Fortschreibung und der Zuweisungen, sowie die Festlegung der Abschlagszahlungen regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7. Dies gilt auch für die Festlegung der Vorgaben für ein von der Bundesregierung in Auftrag zu gebendes Gutachten. In diesem sind bereits vor Inkrafttreten des Gesundheitsfonds die Auswirkungen nach Absatz 1 zu quantifizieren.“

§ 272a Sonderregelung für den Gesundheitsfonds im Jahr 2022

Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf des Geschäftsjahres 2021 die nach § 271 Absatz 2 Satz 3 festgesetzte Mindesthöhe auf Grundlage der Prognose des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 im Jahr 2021, werden die über die Mindesthöhe hinausgehenden Mittel abzüglich der Entnahmen aus der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 5 im Jahr 2022 den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2022 zugeführt.⁵³²

§ 272b Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2023, Aussetzung des Zusatzbeitragssatzanhebungsverbots für das Jahr 2023

(1) Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2023 Mittel aus den Finanzreserven der Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1 zugeführt, indem von jeder Krankenkasse von den Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 abzüglich 4 Millionen Euro herangezogen werden:

1. 60 Prozent des Betrags, der drei Zehntel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreitet, und
2. 40 Prozent des Betrags, der ein Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreitet und drei Zehntel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke nicht überschreitet.

Maßgebend für die Rechengrößen nach Satz 1 sind die von den Krankenkassen für das Geschäftsjahr 2021 vorgelegten endgültigen Rechnungsergebnisse, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit am 15. Juni 2022 übermittelt hat.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet den Betrag nach Absatz 1 Satz 1 und 2, der sich für jede betroffene Krankenkasse ergibt, und macht ihn durch Bescheid gegenüber der Krankenkasse geltend. Das Bundesamt für Soziale Sicherung verrechnet den festgesetzten Betrag mit den nach § 16 Absatz 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Ausgleichsjahr 2023 an die Krankenkasse auszahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken. Das Bundesamt für Soziale Sicherung verteilt die Verrechnung nach Satz 2 in monatlich gleichen Teilbeträgen auf alle Ausgleichsmonate des Jahres 2023, die auf den Monat, in dem der Bescheid nach Satz 1 erlassen wird, folgen. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge haben keine aufschiebende Wirkung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung soll die Bescheide nach Satz 1 bis zum 31. März 2023 erlassen.

(3) Haben sich Krankenkassen zwischen dem 1. Januar 2022 und dem 30. Juni 2022 nach § 155 vereinigt, berechnet das Bundesamt für Soziale Sicherung den Betrag, der sich auf Grundlage der Rechnungsergebnisse nach Absatz 1 Satz 2 der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen für die neue Krankenkasse nach § 155 Absatz 6 Satz 2 ergibt. Vereinigen sich Krankenkassen nach § 155 ab dem 1. Juli 2022 und hätte sich für eine, einen Teil oder alle der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen ein Betrag nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ergeben, macht das Bundesamt für Soziale Sicherung den Betrag oder die Summe der Beträge gegenüber der neuen Krankenkasse nach § 155 Absatz 6 Satz 2 durch Bescheid geltend. Es verrechnet den festgesetzten Betrag mit den nach § 16 Absatz 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Ausgleichsjahr 2023 an die neue Krankenkasse nach § 155 Absatz 6 Satz 2 auszahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die

QUELLE

26.11.2020.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat die Vorschrift eingefügt.

532 QUELLE

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 61a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

Forderungen decken; Absatz 2 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Satz 2 gilt nicht, wenn das Bundesamt für Soziale Sicherung zu dem nach § 155 Absatz 5 bestimmten Zeitpunkt, zu dem die Vereinigung wirksam wird, bereits den Bescheid oder die Bescheide nach Absatz 2 Satz 1 gegenüber den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen erlassen hat.

(4) Die Beschränkungen des § 242 Absatz 1 Satz 4 für die Anhebung des Zusatzbeitragsatzes gelten nicht für die Erhebung eines Zusatzbeitrags im Jahr 2023.⁵³³

§ 273 Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach Maßgabe der Absätze 2 bis 7 die Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 auf ihre Rechtmäßigkeit. § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 9 und § 274 bleiben unberührt.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 auf auffällige Steigerungen im Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der übermittelten Diagnosen, die nicht auf demografische Veränderungen des Versichertenbestandes zurückzuführen sind. Die übrigen Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 kann das Bundesamt für Soziale Sicherung einer Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit unterziehen. Das Nähere, insbesondere einen Schwellenwert für die Feststellung einer Auffälligkeit, bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft bei nach Absatz 2 auffälligen Krankenkassen, ob die Auffälligkeit für die betroffene Krankenkasse zu erheblich erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Absatz 1 Satz 1 geführt haben kann. § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung bleibt dabei außer Betracht. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt eine Feststellung nach Satz 1 der betroffenen Krankenkasse mit. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkasse hat innerhalb von drei Monaten ab Eingang der Mitteilung nach Absatz 3 Satz 3 Tatsachen darzulegen, die die Auffälligkeit begründen. Erfolgt keine ausreichende Darlegung nach Satz 1, wird ein Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Macht die Krankenkasse als Grund für die Auffälligkeit einen tatsächlichen Anstieg der Morbidität ihrer Versicherten geltend, muss sie einen aus den Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 ersichtlichen entsprechenden Anstieg der erbrachten Leistungen darlegen. Legt die Krankenkasse zur Begründung der Auffälligkeit einen Versorgungsvertrag vor, prüft das Bundesamt für Soziale Sicherung die Rechtmäßigkeit dieses Vertrages hinsichtlich der Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2.

(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann auch dann eine Einzelfallprüfung durchführen, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse eine rechtswidrige Datenmeldung abgegeben hat. Die Krankenkasse hat dem Bundesamt für Soziale Sicherung auf dessen Verlangen innerhalb von drei Monaten alle Angaben zu machen, derer es zur Überprüfung des Sachverhalts bedarf. Kommt die Krankenkasse einem zumutbaren Verlangen des Bundesamts für Soziale Sicherung nicht, nur teilweise oder nicht in der verlangten Aufbereitung nach, wird ein Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Eine Prüfung der Leistungserbringer, insbesondere im Hinblick auf Diagnosedaten, ist ausgeschlossen. Absatz 4 Satz 4 gilt entsprechend.

(6) Stellt das Bundesamt für Soziale Sicherung als Ergebnis der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 einen Rechtsverstoß fest, ermittelt es einen Korrekturbetrag, um den die Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 für die betroffene Krankenkasse zu kürzen sind. § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung bleibt dabei außer Betracht. Das Nähere über die Ermittlung des Korrekturbetrags bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1. Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. Hat das Bundesamt für Soziale Sicherung einen Korrekturbetrag nach Satz 1 festgesetzt, ver-

533 QUELLE

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat die Vorschrift eingefügt.

rechnet es ihn mit den nach § 266 Absatz 7 Satz 2 berechneten monatlichen Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt den Zeitpunkt der Verrechnung und teilt diesen der Krankenkasse mit einer Frist von mindestens 14 Kalendertagen mit. Auf Antrag der Krankenkasse kann das Bundesamt für Soziale Sicherung die Verrechnung nach Satz 5 auf mehrere Ausgleichsmonate verteilen. Dabei muss der Korrekturbetrag spätestens innerhalb von 24 Monaten nach Beginn der Verrechnung vollständig verrechnet sein. Bei der Verteilung nach Satz 7 ist für jeden angefangenen Monat ein Zuschlag in Höhe von 0,5 Prozent des rückständigen Betrags zu zahlen.

(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt die Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 5 ab dem Berichtsjahr 2013 durch. Im Rahmen der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, dass die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag nicht innerhalb der Frist gemäß § 71 Absatz 4 Satz 2, § 71 Absatz 4 Satz 3 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung oder § 73b Absatz 9 Satz 2 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung beanstandet hat. Satz 1 gilt nicht für abgeschlossene Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 3 Satz 1 und 2 in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung; für die Ermittlung des Korrekturbetrags gilt Absatz 6.⁵³⁴

534 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 43 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 72 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 273 Verordnungsermächtigung

Der Bundesminister für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die inhaltliche und zeitliche Abgrenzung der ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen sowie der Beiträge nach § 270,
2. die Ermittlung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder nach § 270,
3. die Ermittlung des von jeder Krankenkasse als Eigenanteil zu tragenden Vomhundertsatzes nach § 269 Abs. 2 einschließlich der Ermittlung der Mitglieder- und Rentnerzahlen,
4. die Ermittlung der Vomhundertsätze nach den §§ 270 und 272 Abs. 1,
5. die Berechnung und Zahlung der auf die Krankenkassen entfallenden Beiträge aus den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, den Versorgungsbezügen und dem Arbeitseinkommen nach § 268 Abs. 1 sowie der nach § 231 Abs. 2 erstatteten Beträge,
6. die Fälligkeit der Beträge und die Verzinsung bei Verzug,
7. das Verfahren bei der Durchführung des Finanzausgleichs sowie die hierfür von den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern mitzuteilenden Angaben.“

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 11b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat die Vorschrift eingefügt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 16f des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Satz 3 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Das Bundesversicherungsamt kann von der betroffenen Krankenkasse weitere Auskünfte und Nachweise verlangen, insbesondere über die zugehörigen anonymisierten Arztnummern sowie die abgerechneten Gebührenpositionen.“

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 31 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 3 Satz 7 „oder genutzt“ nach „verarbeitet“ gestrichen.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 26 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Das Bundesversicherungsamt prüft im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach Maßgabe der folgenden Absätze die Datenmeldungen der Krankenkassen hinsichtlich der Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14, insbesondere die Zulässigkeit der Meldung von Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen. § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 9 und § 274 bleiben unberührt.

(2) Das Bundesversicherungsamt unterzieht die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 5 einer Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit. Die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 4 und 6 bis 7 kann das Bundesversicherungsamt einer

Fünfter Abschnitt
Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände

Neuntes Kapitel
Medizinischer Dienst⁵³⁵

Erster Abschnitt
Aufgaben

§ 274 Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs-

Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit unterziehen. Die Prüfung erfolgt als kassenübergreifende Vergleichsanalyse. Der Vergleichsanalyse sind geeignete Analysegrößen, insbesondere Häufigkeit und Schweregrad der übermittelten Diagnosen, sowie geeignete Vergleichskenngrößen und Vergleichszeitpunkte zugrunde zu legen, um Veränderungen der Daten und ihre Bedeutung für die Klassifikation der Versicherten nach Morbidität nach § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erkennbar zu machen. Das Nähere, insbesondere einen Schwellenwert für die Feststellung einer Auffälligkeit, bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(3) Hat das Bundesversicherungsamt eine Auffälligkeit nach Absatz 2 festgestellt, unterzieht es die betroffene Krankenkasse insbesondere wegen der Zulässigkeit der Meldung von Diagnosedaten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 einer Einzelfallprüfung. Das Gleiche gilt auch dann, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 nicht eingehalten hat. Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei der Prüfung aufklärend mitzuwirken und auf Verlangen des Bundesversicherungsamts diesem weitere Auskünfte und Nachweise, insbesondere über die zugehörigen anonymisierten Arztnummern sowie die abgerechneten Gebührenpositionen, in einer von diesem gesetzten angemessenen Frist zu liefern; legt die Krankenkasse die geforderten Unterlagen nicht innerhalb der Frist vor, kann das Bundesversicherungsamt ein Zwangsgeld entsprechend § 71 Absatz 6 Satz 5 festsetzen. Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung der Daten kann das Bundesversicherungsamt bestimmen. Das Bundesversicherungsamt kann die betroffene Krankenkasse auch vor Ort prüfen. Eine Prüfung der Leistungserbringer, insbesondere im Hinblick auf Diagnosedaten, ist ausgeschlossen. Die von den Krankenkassen übermittelten Daten dürfen ausschließlich für die Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit nach Absatz 2 sowie für die Einzelfallprüfung nach diesem Absatz verarbeitet werden.

(4) Das Bundesversicherungsamt stellt als Ergebnis der Prüfungen nach den Absätzen 2 und 3 fest, ob und in welchem Umfang die betroffene Krankenkasse die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 eingehalten hat. Hat die betroffene Krankenkasse die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 nicht oder nur teilweise eingehalten, ermittelt das Bundesversicherungsamt einen Korrekturbetrag, um den die Zuweisungen nach § 266 Absatz 2 Satz 1 für diese Krankenkasse zu kürzen sind. Das Nähere über die Ermittlung des Korrekturbetrags und die Kürzung der Zuweisungen regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 mit Zustimmung des Bundesrates.

(5) Das Bundesversicherungsamt teilt der betroffenen Krankenkasse seine Feststellung nach Absatz 4 Satz 1 und den Korrekturbetrag nach Absatz 4 Satz 2 mit. Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung.“

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 62 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 3 Satz 2 und Abs. 6 Satz 2 jeweils „in der ab dem 1. April 2020 geltenden Fassung“ nach „Risikostruktur-Ausgleichsverordnung“ gestrichen.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 27a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 6 Satz 5 bis 9 eingefügt.

535 **ÄNDERUNGEN**

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in der Überschrift des Kapitels „der Krankenversicherung“ am Ende gestrichen.

und Betriebsführung der ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen und deren Arbeitsgemeinschaften zu prüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses nach § 106c zu prüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen und deren Arbeitsgemeinschaften, die der Aufsicht des Bundesamtes für Soziale Sicherung unterstehen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Krankenkassen und deren Arbeitsgemeinschaften, die ihrer Aufsicht unterstehen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist, oder eine solche Prüfungseinrichtung errichten. Die Prüfung hat sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb zu erstrecken; sie umfaßt die Prüfung seiner Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Krankenkassen, die Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung der Prüfung erforderlich sind. Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bestimmen, dass die Krankenkassen die zu prüfenden Daten elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen. Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien oder IT-Berater mit einzelnen Bereichen der Prüfung beauftragen. Die durch die Beauftragung entstehenden Kosten sind Kosten der Prüfung im Sinne von Absatz 2.

(2) Die Kosten, die den mit der Prüfung befaßten Stellen entstehen, tragen die Krankenkassen ab dem Jahr 2009 nach der Zahl ihrer Mitglieder. Das Nähere über die Erstattung der Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse regeln für die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Bundesministerium für Gesundheit, für die Prüfung der landesunmittelbaren Krankenkassen und der Landesverbände die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie die Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen tragen die Kosten der bei ihnen durchgeführten Prüfungen. Die Kosten werden nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand berechnet. Der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind die vom Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat erstellten Übersichten über die Personalkostenansätze des laufenden Rechnungsjahres für Beamte, Angestellte und Lohnempfänger einschließlich der Sachkostenpauschale eines Arbeitsplatzes/Beschäftigten in der Bundesverwaltung, der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen die entsprechenden, von der zuständigen obersten Landesbehörde erstellten Übersichten zugrunde zu legen. Fehlt es in einem Land an einer solchen Übersicht, gilt die Übersicht des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat entsprechend. Zusätzlich zu den Personalkosten entstehende Verwaltungsausgaben sind den Kosten in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen. Die Personalkosten sind pro Prüfungsstunde anzusetzen. Die Kosten der Vor- und Nachbereitung der Prüfung einschließlich der Abfassung des Prüfberichts und einer etwaigen Beratung sind einzubeziehen. Die Prüfungskosten nach Satz 1 werden um die Prüfungskosten vermindert, die von den in Satz 3 genannten Stellen zu tragen sind.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften für die Durchführung der Prüfungen erlassen. Dabei ist ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen den Prüfungseinrichtungen vorzusehen.

(4) Der Bundesrechnungshof prüft die Haushalts- und Wirtschaftsführung der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften.⁵³⁶

536 ERLÄUTERUNG

Die Vorschrift ist erst am 01.01.1990 in Kraft getreten.

ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 44 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Satz 2 und 3, Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 Satz 1 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 146 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 2 „und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ nach „Spitzenverbände der Krankenkassen“ und „und der Kassenärztlichen Vereinigungen“ nach „Landesverbände der Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 146 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Der Bundesminister für Gesundheit kann die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen und der Spitzenverbände der Krankenkassen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Krankenkassen und der Landesverbände der Krankenkassen auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist, oder eine solche Prüfungseinrichtung errichten.“

Artikel 1 Nr. 146 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 „und die Verbände der Krankenkassen“ durch „ , die Verbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 146 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 bis 10 eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. a, b, d und f der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 3 Satz 1 jeweils „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“, in Abs. 2 Satz 2 „der Bundesminister“ durch „das Bundesministerium“, in Abs. 2 Satz 5 „Bundesminister“ durch „Bundesministerium“ und in Abs. 2 Satz 6 „Bundesministers“ durch „Bundesministeriums“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 1 Satz 2 und 3, Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 Satz 1 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 154 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 2 „sowie der Ausschüsse und der Geschäftsstelle nach § 106“ nach „Vereinigungen“ eingefügt.

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

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 184 lit. c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 4 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 184 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 2 „der Spitzenverbände“ durch „des Spitzenverbandes Bund“ und „Ausschüsse und der Geschäftsstelle“ durch „Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 184 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „der Spitzenverbände“ durch „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 184 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „der Spitzenverbände“ durch „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

30.07.2010.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) hat in Abs. 1 Satz 1 „und deren Arbeitsgemeinschaften“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 „und Arbeitsgemeinschaften“ nach „Verbände“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „und die Verbände nach dem Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen“ durch „ab dem Jahr 2009 nach der Zahl“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen tragen die Kosten der bei ihnen durchgeführten Prüfungen.“

Artikel 1 Nr. 5 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 10 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 10 lautete: „Die von den Krankenkassen und ihren Verbänden nach Satz 1 zu tragenden Kosten werden um die Kosten der

§ 275 Begutachtung und Beratung

(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,
2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen nach den §§ 14 bis 24 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,
3. bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder
 - b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit,

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Die Regelungen des § 87 Absatz 1c zu dem im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahren bleiben unberührt.

(1a) Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen

- a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder
- b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.

Die Prüfung hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Feststellung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Arbeitgeber kann verlangen, daß die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

(1b) Die Krankenkassen dürfen für den Zweck der Feststellung, ob bei Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist, im jeweils erforderlichen Umfang grundsätzlich nur die bereits nach § 284 Absatz 1 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten verarbeiten. Sollte die Verarbeitung bereits bei den Krankenkassen vorhandener Daten für den Zweck nach Satz 1 nicht ausreichen, dür-

Prüfungen der kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vermindert.“

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 4e des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat in Abs. 1 Satz 3 „und deren Arbeitsgemeinschaften, die der Aufsicht des Bundesversicherungsamts unterstehen“ nach „bundesunmittelbaren Krankenkassen“ und „und deren Arbeitsgemeinschaften, die ihrer Aufsicht unterstehen“ nach „landesunmittelbaren Krankenkassen“ eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 15 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 2 „§ 106“ durch „§ 106c“ ersetzt.

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 91 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 1 Satz 7 und 8 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 32 Nr. 14 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Satz 1 „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Artikel 32 Nr. 15 desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „Bundesversicherungsamts“ durch „Bundesamtes für Soziale Sicherung“ ersetzt.

27.06.2020.—Artikel 311 Nr. 3 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) hat in Abs. 2 Satz 5 und 6 jeweils „, für Bau und Heimat“ nach „Innern“ eingefügt.

fen die Krankenkassen abweichend von Satz 1 zu dem dort bezeichneten Zweck bei den Versicherten nur folgende versichertenbezogene Angaben im jeweils erforderlichen Umfang erheben und verarbeiten:

1. Angaben dazu, ob eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt eine Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich erfolgt, und
2. Angaben zu konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen.

Die Krankenkassen dürfen die Angaben nach Satz 2 bei den Versicherten grundsätzlich nur schriftlich oder elektronisch erheben. Abweichend von Satz 3 ist eine telefonische Erhebung zulässig, wenn die Versicherten in die telefonische Erhebung zuvor schriftlich oder elektronisch eingewilligt haben. Die Krankenkassen haben jede telefonische Erhebung beim Versicherten zu protokollieren; die Versicherten sind hierauf sowie insbesondere auf das Auskunftsrecht nach Artikel 15 der Verordnung (EU) 2016/679 hinzuweisen. Versichertenanfragen der Krankenkassen im Rahmen der Durchführung der individuellen Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 bleiben unberührt. Abweichend von Satz 1 dürfen die Krankenkassen zu dem in Satz 1 bezeichneten Zweck im Rahmen einer Anfrage bei dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellenden Leistungserbringer weitere Angaben erheben und verarbeiten. Den Umfang der Datenerhebung nach Satz 7 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 unter der Voraussetzung, dass diese Angaben erforderlich sind

1. zur Konkretisierung der auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgeführten Diagnosen,
2. zur Kenntnis von weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die in Bezug auf die die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Diagnosen vorgesehen sind,
3. zur Ermittlung von Art und Umfang der zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Beschäftigung oder
4. bei Leistungsempfängern nach dem Dritten Buch zur Feststellung des zeitlichen Umfangs, für den diese Versicherten zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen.

Die nach diesem Absatz erhobenen und verarbeiteten versichertenbezogenen Daten dürfen von den Krankenkassen nicht mit anderen Daten zu einem anderen Zweck zusammengeführt werden und sind zu löschen, sobald sie nicht mehr für die Entscheidung, ob bei Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist, benötigt werden.

(2) Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41, mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2, unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung (Anschlußheilbehandlung),
2. bei Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist (§ 18),
3. ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist (§ 37 Abs. 1),
4. ob Versorgung mit Zahnersatz aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist (§ 27 Abs. 2),
5. den Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 Satz 1.

(3) Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen

1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,

2. bei Dialysebehandlung, welche Form der ambulanten Dialysebehandlung unter Berücksichtigung des Einzelfalls notwendig und wirtschaftlich ist,
3. die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen,
4. ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66).

Der Medizinische Dienst hat den Krankenkassen das Ergebnis seiner Prüfung nach Satz 1 Nummer 4 durch eine gutachterliche Stellungnahme mitzuteilen, die auch in den Fällen nachvollziehbar zu begründen ist, in denen gutachterlich kein Behandlungsfehler festgestellt wird, wenn dies zur angemessenen Unterrichtung des Versicherten im Einzelfall erforderlich ist.

(3a) Ergeben sich bei der Auswertung der Unterlagen über die Zuordnung von Patienten zu den Behandlungsbereichen nach § 4 der Psychiatrie-Personalverordnung in vergleichbaren Gruppen Abweichungen, so können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Zuordnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen; das zu übermittelnde Ergebnis der Überprüfung darf keine Sozialdaten enthalten.

(3b) Hat in den Fällen des Absatzes 3 die Krankenkasse den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt, hat sie vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.

(3c) Lehnt die Krankenkasse einen Leistungsantrag einer oder eines Versicherten ab und liegt dieser Ablehnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach den Absätzen 1 bis 3 zugrunde, ist die Krankenkasse verpflichtet, in ihrem Bescheid der oder dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form mitzuteilen sowie auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 zu wenden.

(4) Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst oder andere Gutachterdienste zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse. Der Medizinische Dienst führt die Aufgaben nach § 116b Absatz 2 durch, wenn der erweiterte Landesausschuss ihn hiermit nach § 116b Absatz 3 Satz 8 ganz oder teilweise beauftragt.

(4a) Soweit die Erfüllung der sonstigen dem Medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann er Beamte nach den §§ 44 bis 49 des Bundesbeamtengesetzes ärztlich untersuchen und ärztliche Gutachten fertigen. Die hierdurch entstehenden Kosten sind von der Behörde, die den Auftrag erteilt hat, zu erstatten. § 280 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. Der Medizinische Dienst Bund und das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat vereinbaren unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Durchführung von Untersuchungen und zur Fertigung von Gutachten nach Satz 1 erklärt haben, das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kostenerstattung. Die Medizinischen Dienste legen die Vereinbarung ihrer Aufsichtsbehörde vor, die der Vereinbarung innerhalb von drei Monaten nach Vorlage widersprechen kann, wenn die Erfüllung der sonstigen Aufgaben des Medizinischen Dienstes gefährdet wäre.

(4b) Soweit die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst gesetzlich obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann der Medizinische Dienst Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf Ersuchen insbesondere einer für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zuständigen Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, eines zugelassenen Krankenhauses im Sinne des § 108, eines nach § 95 Absatz 1 Satz 1 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers sowie eines Trägers einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches befristet, eine unterstützende Tätigkeit bei diesen Behörden, Einrichtungen oder Leistungserbringern

zuweisen. Die hierdurch dem Medizinischen Dienst entstehenden Personal- und Sachkosten sind von der Behörde, der Einrichtung, dem Einrichtungsträger oder dem Leistungserbringer, die oder der die Unterstützung erbeten hat, zu erstatten. Das Nähere über den Umfang der Unterstützungsleistung sowie zu Verfahren und Höhe der Kostenerstattung vereinbaren der Medizinische Dienst und die um Unterstützung bittende Behörde oder Einrichtung oder der um Unterstützung bittende Einrichtungsträger oder Leistungserbringer. Eine Verwendung von Umlagemitteln nach § 280 Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung der Unterstützung nach Satz 1 ist auszuschließen. Der Medizinische Dienst legt die Zuweisungsverfügung seiner Aufsichtsbehörde vor, die dieser innerhalb einer Woche nach Vorlage widersprechen kann, wenn die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst gesetzlich obliegenden Aufgaben beeinträchtigt wäre.

(5) Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

(6) Jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen.⁵³⁷

537 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 45 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 2 Nr. 3 jeweils „außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs“ durch „im Ausland“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 147 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2 Nr. 4 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Nr. 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 147 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 5 des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 3a „personenbezogenen Daten“ durch „Sozialdaten“ ersetzt.

01.01.1995.—Artikel 4 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat Buchstabe b in Abs. 1 Nr. 3 neu gefasst. Buchstabe b lautete:

„b) zur Beseitigung von begründeten Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere auf Verlangen des Arbeitgebers, wenn er begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit darlegt,“.

Artikel 4 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a und 1b eingefügt.

01.04.1995.—Artikel 4 Nr. 11 lit. c des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat Nr. 2 in Abs. 2 aufgehoben. Nr. 2 lautete:

„2. ob Schwerpflegebedürftigkeit vorliegt (§ 53); dies ist in der Regel auf Grund einer Untersuchung des Versicherten in seiner häuslichen Umgebung zu prüfen; die Prüfung soll auch Möglichkeiten zur Rehabilitation einbeziehen und ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen,“.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 54 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 3a „oder zu den Pflegestufen nach §§ 4 und 9 der Pflege-Personalregelung“ nach „Psychiatrie-Personalverordnung“ gestrichen.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 72a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1b Satz 2 „Satz 3“ durch „Satz 4“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 33 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat Nr. 2 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. zur Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Aufstellung eines Gesamtplans nach § 5 Abs. 3 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,“.

Artikel 5 Nr. 33 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 1 „stationäre Rehabilitationsmaßnahmen“ durch „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt.

30.04.2002.—Artikel 1 Nr. 6b des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat Nr. 1 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung,“.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 155 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Nr. 1 in Abs. 3 aufgehoben und Nr. 2 und 3 in Nr. 1 und 2 unnummeriert. Nr. 1 lautete:

- „1. die medizinischen Voraussetzungen für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung (§ 29),“.
- 01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 185 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1c eingefügt.
- Artikel 1 Nr. 185 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 1 „vor Bewilligung und“ durch „in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig“ ersetzt.
- Artikel 1 Nr. 185 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 2 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 3 Nr. 3 und 4 eingefügt.
- Artikel 1 Nr. 185 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „oder andere Gutachterdienste“ nach „Dienst“ eingefügt.
- 01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 184 lit. b litt. bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Nr. 1 „die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich“ durch „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichproben und kann“ ersetzt.
- 25.03.2009.—Artikel 3 Nr. 8a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 1c Satz 3 „100 Euro“ durch „300 Euro“ ersetzt.
- 01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 77a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.
- 23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 80 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 4a eingefügt.
- 01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 21a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 1c Satz 4 eingefügt.
- 01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1b Satz 1 „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ durch „§ 106a Absatz 1“ ersetzt.
- Artikel 2 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1b Satz 2 „Abs. 2 Satz 4“ durch „Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.
- 01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 14 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat Nr. 2 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Die neue Fassung lautet:
- „2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach den §§ 10 bis 12 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,“.
- 11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 92 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.
- Artikel 1 Nr. 92 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1b aufgehoben. Abs. 1b lautete:
- „(1b) Der Medizinische Dienst überprüft bei Vertragsärzten, die nach § 106a Absatz 1 geprüft werden, stichprobenartig und zeitnah Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit. Die in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner vereinbaren das Nähere.“
- 01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1 „der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst)“ nach „Dienstes“ gestrichen.
- Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1c aufgehoben. Abs. 1c lautete:
- „(1c) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert.“
- Artikel 1 Nr. 21 lit. c desselben Gesetzes hat Nr. 3 bis 5 in Abs. 2 in Nr. 2 bis 4 unnummeriert.
- Artikel 1 Nr. 21 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.
- Artikel 1 Nr. 21 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 3b und 3c eingefügt.
- Artikel 1 Nr. 21 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4a Satz 3 „§ 281 Absatz 1a“ durch „§ 280 Absatz 2“ ersetzt.
- Artikel 1 Nr. 21 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4a Satz 4 „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Bund“ ersetzt.

§ 275a Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

(1) Der Medizinische Dienst führt nach Maßgabe der folgenden Absätze und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern durch. Voraussetzung für die Durchführung einer solchen Kontrolle ist, dass der Medizinische Dienst hierzu von einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle oder einer Stelle nach Absatz 4 beauftragt wurde. Die Kontrollen sind aufwandsarm zu gestalten und können unangemeldet durchgeführt werden.

(2) Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Kontrollen bestimmen sich abschließend nach dem konkreten Auftrag, den die in den Absätzen 3 und 4 genannten Stellen erteilen. Der Auftrag muss bei Kontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen, die Auslöser für die Kontrollen sind. Gegenstand der Aufträge können sein

1. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c,
2. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und
3. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.

Werden bei Durchführung der Kontrollen Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Kontrollauftrags liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese dem Auftraggeber nach Absatz 3 oder Absatz 4 sowie dem Krankenhaus unverzüglich mit. Satz 2 gilt nicht für Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten nach § 137 Absatz 3 Satz 1.

(3) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür bestimmten Stellen beauftragen den Medizinischen Dienst nach Maßgabe der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 und 2. Soweit der Auftrag auch eine Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 beinhaltet, sind dem Medizinischen Dienst vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst im Rahmen der Kontrolle zu prüfen hat.

Artikel 1 Nr. 21 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Ärzte“ durch „Gutachterinnen und Gutachter“ und „medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen“ durch „fachlichen Aufgaben nur ihrem“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „ärztliche Behandlung“ durch „Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten“ ersetzt.

27.06.2020.—Artikel 311 Nr. 3 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) hat in Abs. 4a Satz 4 „ , für Bau und Heimat“ nach „Innern“ eingefügt.

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 2 Nr. 1 „ , mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2,“ nach „und 41“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b und c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 4 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Nr. 5 eingefügt.

19.11.2020.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) hat Abs. 4b eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 63 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 1b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 63 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

12.12.2021.—Artikel 14 Nr. 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) hat in Abs. 4b Satz 1 „ , sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat,“ nach „Dienst“ und „höchstens für die Zeit der Feststellung nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes,“ nach „befristet,“ gestrichen.

(4) Der Medizinische Dienst kann auch von den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 beauftragt werden.⁵³⁸

§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich veranlassen bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4

538 QUELLE

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 148 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 4 Satz 2 „erfaßten personenbezogenen Daten“ „gespeicherten Sozialdaten“ ersetzt.

AUFHEBUNG

30.04.2002.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 275a Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenkassen haben in jedem Land mit Zustimmung des nach Absatz 2 zu bestimmenden Krankenhauses die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme durch den Medizinischen Dienst im Rahmen seiner Aufgaben nach § 275 Abs. 4 als Modellvorhaben prüfen zu lassen. Das Modellvorhaben soll jeweils ein Krankenhaus jeder der nach Landesrecht bestimmten Versorgungsstufen einbeziehen. Das Modellvorhaben ist bis zum 31. Dezember 1996 abzuschließen.

(2) Die an dem Modellvorhaben teilnehmenden Krankenhäuser, die Zahl der zu prüfenden Krankenhausaufnahmen sowie das Prüfverfahren sind durch die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Landeskrankenhausesgesellschaft oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam zu bestimmen. Kommt eine Einigung bis zum 31. März 1993 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 114 bis zum 30. Juni 1993.

(3) Die am Modellvorhaben teilnehmenden Krankenkassen und Krankenhäuser haben dem Medizinischen Dienst die für die Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme erforderlichen Unterlagen, einschließlich der Krankenunterlagen, zur Verfügung zu stellen und die notwendigen Auskünfte zu erteilen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind befugt, zu diesem Zweck zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der am Modellvorhaben teilnehmenden Krankenhäuser zu betreten.

(4) Die Medizinischen Dienste haben die Ergebnisse ihrer Prüfung auszuwerten. Die für das Modellvorhaben erhobenen und gespeicherten Sozialdaten sind spätestens ein Jahr nach Abschluß des Modellvorhabens zu löschen. Die Ergebnisse, Empfehlungen und Vorschläge der einzelnen Medizinischen Dienste sind in anonymisierter Form an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen weiterzuleiten und von diesem zusammenzufassen. Die Zusammenfassung ist den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausesgesellschaft und ihren Landesverbänden, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zur Verfügung zu stellen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausesgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben zu prüfen, inwieweit die aus dem Modellvorhaben gewonnenen Erkenntnisse durch Empfehlungen an die Mitgliedsverbände umgesetzt werden können.“

QUELLE

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 22 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

29.07.2017.—Artikel 8 Nr. 12 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 21a lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 2 „bei Kontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen,“ nach „muss“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „dieser“ durch „der“ ersetzt.

oder nach § 132l Absatz 5 abgeschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des Elften Buches unterliegen, Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst; § 114 Absatz 2 bis 3 des Elften Buches gilt entsprechend. Abweichend von Satz 1 haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auch Regelprüfungen bei Leistungserbringern zu veranlassen, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 oder Nummer 2 abgeschlossen haben und die einer Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des Elften Buches unterliegen. Der Medizinische Dienst führt bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 oder die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 abgeschlossen haben, im Auftrag der Krankenkassen oder der Landesverbände der Krankenkassen auch anlassbezogen Prüfungen durch, ob die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den nach diesem Buch abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen für Leistungen nach § 37 oder nach § 37c erfüllt sind und ob die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgt ist; § 114 Absatz 4 des Elften Buches gilt entsprechend. Das Nähere, insbesondere zu den Prüfanlässen, den Inhalten der Prüfungen, der Durchführung der Prüfungen, der Beteiligung der Krankenkassen an den Prüfungen sowie zur Abstimmung der Prüfungen nach den Sätzen 1 und 2 mit den Prüfungen nach § 114 des Elften Buches bestimmt der Medizinische Dienst Bund in Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2. § 114a Absatz 7 Satz 5 bis 8 und 11 des Elften Buches gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.

(2) Für die Durchführung der Prüfungen nach Absatz 1 gilt § 114a Absatz 1 bis 3a des Elften Buches entsprechend. Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 oder Nummer 2 abgeschlossen haben, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Räume der Wohneinheiten und vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2, die einem Wohnrecht der Versicherten unterliegen, dürfen vom Medizinischen Dienst ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Der Medizinische Dienst ist im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 befugt, zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Räume des Leistungserbringers, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 oder nach § 132l Absatz 5 abgeschlossen haben, zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu verarbeiten, soweit dies für die Prüfungen nach Absatz 1 erforderlich und in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 3 festgelegt ist; für die Einwilligung der Betroffenen gilt § 114a Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches entsprechend. Der Leistungserbringer, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 oder nach § 132l Absatz 5 abgeschlossen haben, ist zur Mitwirkung bei den Prüfungen nach Absatz 1 verpflichtet und hat dem Medizinischen Dienst Zugang zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Medizinische Dienst die Prüfungen nach Absatz 1 ordnungsgemäß durchführen kann. Im Rahmen der Mitwirkung ist der Leistungserbringer befugt und verpflichtet, dem Medizinischen Dienst Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese Daten dem Medizinischen Dienst auf dessen Anforderung zu übermitteln. Für die Einwilligung der Betroffenen gilt § 114a Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches entsprechend. § 114a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Elften Buches sowie § 277 Absatz 1 Satz 4 gelten entsprechend.

(3) Der Medizinische Dienst berichtet dem Medizinischen Dienst Bund über seine Erfahrungen mit den nach den Absätzen 1 und 2 durchzuführenden Prüfungen, über die Ergebnisse seiner Prüfungen sowie über seine Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege. Die Medizinischen Dienste stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher. Der Medizinische Dienst Bund hat die Erfahrungen und Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu den nach den Absätzen 1 und 2 durchzuführenden Prü-

fungen sowie die Ergebnisse dieser Prüfungen in den Bericht nach § 114a Absatz 6 des Elften Buches einzubeziehen.

(4) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst arbeiten mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe bei Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach diesem Buch wirksam aufeinander abzustimmen, insbesondere durch

1. regelmäßige gegenseitige Information und Beratung,
2. Terminabsprachen für gemeinsame oder arbeitsteilige Prüfungen von Leistungserbringern und
3. Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen.

Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen unter Berücksichtigung des inhaltlichen Schwerpunkts der vorgesehenen Prüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. Zur Erfüllung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken und sich an im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft geschlossenen Vereinbarungen zu beteiligen. Im Rahmen der Zusammenarbeit sind die Krankenkassen, Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde und den Trägern der Eingliederungshilfe die ihnen nach dem Sozialgesetzbuch zugänglichen Daten über die Leistungserbringer, die sie im Rahmen von Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 verarbeiten, mitzuteilen, soweit diese für die Zwecke der Prüfung durch den Empfänger erforderlich sind. Diese Daten sind insbesondere die Zahl und Art der Plätze und deren Belegung, über die personelle und sachliche Ausstattung sowie über Leistungen und Vergütungen der Leistungserbringer. Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung zu anonymisieren. Erkenntnisse aus den Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 sind vom Medizinischen Dienst unverzüglich der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind.

(5) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe nach Absatz 4 entstehenden Kosten. Eine Beteiligung an den Kosten der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder anderer von nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden beteiligter Stellen oder Gremien sowie der Träger der Eingliederungshilfe ist unzulässig.

(6) Abweichend von Absatz 1 finden bis einschließlich 30. September 2020 keine Regelprüfungen statt.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit kann nach einer erneuten Risikobeurteilung bei Fortbestehen oder erneutem Risiko für ein Infektionsgeschehen im Zusammenhang mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 den Befristungszeitraum nach Absatz 4 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates um jeweils bis zu einem halben Jahr verlängern.⁵³⁹

539 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 13 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 15 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 Satz 1 „und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich“ nach „der Krankenkassen“ eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 32 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 2 Satz 4 „erheben, zu verarbeiten und zu nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

§ 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

(1) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens vier Monate nach deren Eingang bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert. Die Prüfungen nach

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 3 „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch „Medizinische Dienst Bund“ und „§ 282 Absatz 2 Satz 3“ durch „§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „gelten“ durch „gilt“ ersetzt und „sowie § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9“ nach „Buches“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 22 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ vor „über seine Erfahrungen“ durch „Bund“ sowie in Abs. 3 Satz 2 und 3 „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ jeweils durch „Bund“ ersetzt.

28.03.2020.—Artikel 3 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat in der Überschrift „und Verordnungsermächtigung“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 und 5 eingefügt.

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in der Überschrift „und außerklinischen Intensivpflege“ nach „Krankenpflege“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „oder nach § 132l Absatz 5“ nach „Absatz 4“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 3 „oder die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5“ nach „§ 132a Absatz 4“ und „oder nach § 37c“ nach „§ 37“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Satz 12“ durch „Satz 14“ ersetzt und „; dies gilt auch für Prüfungen bei Leistungserbringern, die Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 betreiben, und bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 Nummer 2 abgeschlossen haben“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „dieser Wohneinheit“ durch „der Wohneinheiten und vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 und 5 jeweils „oder nach § 132l Absatz 5“ nach „Absatz 4“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „und der außerklinischen Intensivpflege“ am Ende eingefügt.

31.03.2021.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) hat in Abs. 1 Satz 1 „und 3“ durch „bis 3“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 64 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 4 und 5 in Abs. 6 und 7 unnummeriert und Abs. 4 und 5 eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 6 Nr. 7c des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2 Satz 2 „Satz 14“ durch „Satz 15“ ersetzt.

31.10.2023.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben und die in einer Wohneinheit behandlungspflegerische Leistungen erbringen, die nach § 132a Absatz 4 Satz 15 anzeigepflichtig sind, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen; dies gilt auch für Prüfungen bei Leistungserbringern, die Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 betreiben, und bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 Nummer 2 abgeschlossen haben.“

Satz 1 sind, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 nichts Abweichendes bestimmt ist, bei dem Medizinischen Dienst einzuleiten, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist.

(2) Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse in jedem Quartal von den nach Absatz 1 Satz 1 prüfbareren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bis zu 5 Prozent der Anzahl der bei ihr im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote); im Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent. Ab dem Jahr 2022 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2. Maßgeblich für die Zuordnung einer Prüfung zu einem Quartal und zu der maßgeblichen quartalsbezogenen Prüfquote ist das Datum der Einleitung der Prüfung. Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 2 wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt:

1. bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 60 Prozent oder mehr liegt,
2. bis zu 10 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent liegt,
3. bis zu 15 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von 40 Prozent liegt.

Der Medizinische Dienst hat eine nach Absatz 1 Satz 3 eingeleitete Prüfung einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung abzulehnen, wenn die nach Satz 1 oder Satz 4 zulässige quartalsbezogene Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird; dafür ist die nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 veröffentlichte Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die die einzelne Krankenkasse vom einzelnen Krankenhaus im vorvergangenen Quartal erhalten hat, heranzuziehen. Liegt der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent oder besteht ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, ist die Krankenkasse ab dem Jahr 2022 bei diesem Krankenhaus auch nach Erreichen der Prüfquote vor Ende eines Quartals zu weiteren Prüfungen nach Absatz 1 befugt. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 6 unter Angabe der Gründe vor der Einleitung der Prüfung bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen. Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten, können mindestens eine Schlussrechnung und höchstens die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl an Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen; die Übermittlung und Auswertung der Daten nach Absatz 4 bleibt davon unberührt. Die Prüfung von Rechnungen im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegt nicht der quartalsbezogenen Prüfquote.

(3) Ab dem Jahr 2022 haben die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt

1. 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 2,
2. 50 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 6,

jedoch mindestens 300 Euro und höchstens 10 Prozent des auf Grund der Prüfung durch den Medizinischen Dienst geminderten Abrechnungsbetrages, wobei der Mindestbetrag von 300 Euro nicht unterschritten werden darf. In dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird kein Aufschlag erhoben. Die Geltendmachung des Aufschlags erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung; das Nähere vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

(4) Zur Umsetzung der Einzelfallprüfung nach den Vorgaben der Absätze 1 bis 3 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen. Die Krankenkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum Ende des ersten Monats, der auf ein Quartal folgt, die folgenden Daten je Krankenhaus:

1. Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
2. Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach Absatz 1,
3. Anzahl der nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
4. Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung gemäß Absatz 1 nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind.

Ab dem Jahr 2020 sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage der nach Satz 2 übermittelten Daten bis jeweils zum Ende des zweiten Monats, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt, für das einzelne Krankenhaus insbesondere auszuweisen und zu veröffentlichen:

1. Anteil der beim Medizinischen Dienst in dem betrachteten Quartal eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung an allen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die, ausgehend vom betrachteten Quartal, im vorvergangenen Quartal eingegangen sind,
2. Anteil der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages in dem betrachteten Quartal führen und insoweit durch den Medizinischen Dienst unbeanstandet geblieben sind, an allen in dem betrachteten Quartal abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
3. zulässige Prüfquote nach Absatz 2 und die Höhe des Aufschlags nach Absatz 3, die sich aus dem Ergebnis nach Nummer 2 des betrachteten Quartals ergibt,
4. Werte nach Satz 2 Nummer 1, die nach den einzelnen Krankenkassen zu gliedern sind.

Die Ergebnisse sind auch in zusammengefasster Form, bundesweit und gegliedert nach Medizinischen Diensten, zu veröffentlichen. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie zu den Konsequenzen, sofern Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

(5) Widerspruch und Klage gegen die Ermittlung der Prüfquote nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung. Einwendungen gegen die Ergebnisse einzelner Prüfungen nach Absatz 1 sind bei der Ermittlung der Prüfquote nicht zu berücksichtigen. Behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen nach Absatz 1 lassen die für das jeweilige betrachtete Quartal ermittelte Prüfquote nach Absatz 2 unberührt.

(6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig

1. bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes; Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden insoweit umgesetzt, dass in Fällen, in denen es nach einer Prüfung bei der Abrechnung von voll- oder teilstationären Entgelten verbleibt, für die Ermittlung der tagesbezogenen Pflegeentgelte

die ursprünglich berücksichtigten Belegungstage beibehalten werden und in Fällen, in denen eine Prüfung zur Abrechnung einer ambulanten oder vorstationären Vergütung nach § 8 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes führt, die Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte entfällt,

2. bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen, die nach § 275d geprüft wurden.

(7) Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnung geltender Entgelte für Krankenhausleistungen zur Abbedingung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit erbrachter Krankenhausleistungen oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung sind nicht zulässig. Vereinbarungen auf Grundlage von § 17c Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 3 und 7 sowie Absatz 2b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleiben unberührt.⁵⁴⁰

§ 275d Prüfung von Strukturmerkmalen

(1) Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grund des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Grundlage der Begutachtung nach Satz 1 ist die Richtlinie nach § 283

540 QUELLE

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

28.03.2020.—Artikel 3 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat in Abs. 2 Satz 1 „12,5 Prozent“ durch „5 Prozent“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 8 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 1 lautete: „Im Jahr 2020 haben die Krankenhäuser neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag in Höhe von 10 Prozent dieses Differenzbetrages, mindestens jedoch in Höhe von 300 Euro an die Krankenkassen zu zahlen.“

Artikel 3 Nr. 8 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 1 „2021“ durch „2022“ ersetzt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat in Abs. 2 Satz 1 „; im Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent“ am Ende eingefügt.

Artikel 4 Nr. 17 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „der Schlussrechnung“ durch „des Eigangs der Schlussrechnung bei der Krankenkasse“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 17 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „2021“ durch „2022“ ersetzt.

23.09.2020.—Artikel 1 Nr. 11a lit. a litt. aa bis cc des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat die Sätze 1 bis 3 in Abs. 2 geändert. Die Sätze 1 bis 3 lauteten: „Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu 5 Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote); im Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent. Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist das Datum des Eingangs der Schlussrechnung bei der Krankenkasse. Ab dem Jahr 2022 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2.“

Artikel 1 Nr. 11a lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „Satz 3“ durch „Satz 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 Nr. 1 „in dem betrachteten Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung“ durch „Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die, ausgehend vom betrachteten Quartal, im vorvergangenen Quartal eingegangen sind“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 2 Satz 6 „ab dem Jahr 2022“ nach „Krankenhaus“ eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 7 lit. b des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und“ nach „Klage“ gestrichen.

Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Krankenhäuser haben die für die Begutachtung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Die Begutachtungen nach Satz 1 erfolgen, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 nichts Abweichendes bestimmt wird, durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist.

(1a) Krankenhäuser können Leistungen abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Abschluss der Strukturprüfung, längstens bis zum 30. Juni eines Jahres, abrechnen, wenn

1. sie bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses angezeigt haben, dass sie die Strukturmerkmale des Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, als erfüllt und nachweisbar ansehen, und
2. der der Leistung zugrunde liegende Code des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 in dem Jahr erstmals vergütungsrelevant wurde.

Krankenhäuser können ab dem 30. Juni 2023 Leistungen abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Abschluss der Strukturprüfung, längstens bis zu sechs Monate nach der Anzeige nach Nummer 1, abrechnen, wenn sie

1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses angezeigt haben, dass sie die Strukturmerkmale des Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansehen, und
2. in den letzten zwölf Monaten vor der Anzeige nach Nummer 1 noch keine Anzeige nach Nummer 1 für Leistungen nach diesem Code vorgenommen haben.

(2) Die Strukturprüfung wird durch einen Bescheid abgeschlossen. Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst in schriftlicher oder elektronischer Form das Gutachten und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird.

(3) Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung nach Absatz 2 den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Für die Vereinbarung für das Jahr 2022 ist die Bescheinigung spätestens bis zum 31. Dezember 2021 zu übermitteln. Krankenhäuser, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr einhalten, haben dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst mitzuteilen. Krankenhäusern, denen nach Abschluss der Strukturprüfung, die sie nach einer Anzeige nach Absatz 1a beantragt haben, keine Bescheinigung nach Absatz 2 erteilt wurde, haben dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.

(4) Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, dürfen die Leistungen ab dem Jahr 2022 nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Soweit Krankenhäusern die Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale nach Absatz 2 aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen erst nach dem 31. Dezember 2021 vorliegt, können diese Krankenhäuser ab dem Jahr 2022 bis zum Abschluss einer Strukturprüfung bislang erbrachte Leistungen weiterhin vereinbaren und abrechnen. Abweichend von Satz 1 können Krankenhäuser im Jahr 2022 bis zum Abschluss der Strukturprüfung erbrachte Leistungen vereinbaren und abrechnen, wenn sie die

Strukturprüfung für Leistungen nach dem Kode 8-01a des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 bis zum 30. Juni 2022 beantragt haben.

(5) Die Kosten des Medizinischen Dienstes für eine Begutachtung werden entsprechend § 280 Absatz 1 durch eine Umlage aufgebracht.⁵⁴¹

§ 276 Zusammenarbeit

(1) Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Unterlagen, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 und 65 des Ersten Buches hinaus seiner Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, dürfen an den Medizinischen Dienst nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat. Für die Einwilligung gilt § 67b Abs. 2 des Zehnten Buches.

(2) Der Medizinische Dienst darf Sozialdaten erheben und speichern sowie einem anderen Medizinischen Dienst übermitteln, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 275 bis 275d erforderlich ist. Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275c oder § 275d erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern unter Nennung des Begutachtungszwecks angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen nur für die in den §§ 275 bis 275d genannten Zwecke verarbeitet werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. Die Sozialdaten sind nach fünf Jahren zu löschen. Die §§ 286, 287 und 304 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 sowie § 35 des Ersten Buches gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend. Der Medizinische Dienst hat Sozialdaten zur Identifikation des Versicherten getrennt von den medizinischen Sozialdaten des Versicherten zu speichern. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. Der Schlüssel für die Zusammenführung der Daten ist vom Beauftragten für den Datenschutz des Medizinischen Dienstes aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. Jede Zusammenführung ist zu protokollieren.

(2a) Ziehen die Krankenkassen den Medizinischen Dienst oder einen anderen Gutachterdienst nach § 275 Abs. 4 zu Rate, können sie ihn mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde beauftragen, Datenbestände leistungserbringer- oder fallbezogen für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Aufträ-

541 QUELLE

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

28.03.2020.—Artikel 3 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat in Abs. 3 Satz 2 „2021“ durch „2022“ und „2020“ durch „2021“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „2021“ durch „2022“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „2020“ durch „2021“ ersetzt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 18 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat in Abs. 3 Satz 3 „sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst“ nach „Ersatzkassen“ eingefügt.

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

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat Abs. 1a eingefügt.

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

Artikel 1 Nr. 8 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „im Jahr 2022“ nach „Krankenhäuser“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 3 eingefügt.

ge nach § 275 Abs. 4 auszuwerten; die versichertenbezogenen Sozialdaten sind vor der Übermittlung an den Medizinischen Dienst oder den anderen Gutachterdienst zu anonymisieren. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(2b) Beauftragt der Medizinische Dienst einen Gutachter (§ 278 Absatz 2), ist die Übermittlung von erforderlichen Daten zwischen Medizinischem Dienst und dem Gutachter zulässig, soweit dies zur Erfüllung des Auftrages erforderlich ist.

(3) Für das Akteneinsichtsrecht des Versicherten gilt § 25 des Zehnten Buches entsprechend.

(4) Wenn es im Einzelfall zu einer gutachtlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit, Dauer und ordnungsgemäße Abrechnung der stationären Behandlung des Versicherten erforderlich ist, sind die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu betreten, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und, soweit erforderlich, den Versicherten untersuchen zu können. In den Fällen des § 275 Abs. 3a sind die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser zu betreten, um dort die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen einzusehen.

(4a) Der Medizinische Dienst ist im Rahmen der Kontrollen nach § 275a befugt, zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Räume des Krankenhauses zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu verarbeiten, soweit dies in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 festgelegt und für die Kontrollen erforderlich ist. Absatz 2 Satz 3 bis 9 gilt für die Durchführung von Kontrollen nach § 275a entsprechend. Das Krankenhaus ist zur Mitwirkung verpflichtet und hat dem Medizinischen Dienst Zugang zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass er die Kontrollen nach § 275a ordnungsgemäß durchführen kann; das Krankenhaus ist hierbei befugt und verpflichtet, dem Medizinischen Dienst Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese auf Anforderung des Medizinischen Dienstes zu übermitteln. Die Sätze 1 und 2 gelten für Kontrollen nach § 275a Absatz 4 nur unter der Voraussetzung, dass das Landesrecht entsprechende Mitwirkungspflichten und datenschutzrechtliche Befugnisse der Krankenhäuser zur Gewährung von Einsicht in personenbezogene Daten vorsieht.

(5) Wenn sich im Rahmen der Überprüfung der Feststellungen von Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Abs. 1 Nr. 3b, Abs. 1a und Abs. 1b) aus den ärztlichen Unterlagen ergibt, daß der Versicherte auf Grund seines Gesundheitszustandes nicht in der Lage ist, einer Vorladung des Medizinischen Dienstes Folge zu leisten oder wenn der Versicherte einen Vorladungstermin unter Berufung auf seinen Gesundheitszustand absagt und der Untersuchung fernbleibt, soll die Untersuchung in der Wohnung des Versicherten stattfinden. Verweigert er hierzu seine Zustimmung, kann ihm die Leistung versagt werden. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt.

(6) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung ergeben sich zusätzlich zu den Bestimmungen dieses Buches aus den Vorschriften des Elften Buches.⁵⁴²

542 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 149 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2 Satz 1 „und für die Modellvorhaben nach § 275a“ nach „§ 275“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 149 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 1 Satz 3 „§ 67 Satz 2“ durch „§ 67b Abs. 2“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 7 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „personenbezogene Daten“ durch „Sozialdaten“ und „erfassen“ durch „speichern“ ersetzt sowie „; haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 bis 3 eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlaßt, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 7 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

§ 277 Mitteilungspflichten

(1) Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen. Der Medizinische Dienst ist befugt und in dem Fall, dass das Ergebnis seiner Begutachtung von der Verordnung, der Einordnung der erbrachten

Artikel 3 Nr. 7 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 3 „erfaßten personenbezogenen Daten“ durch „gespeicherten Sozialdaten“ und „verwendet“ durch „verarbeitet oder genutzt“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 7 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 4 „personenbezogenen Daten“ durch „Sozialdaten“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 7 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.1995.—Artikel 4 Nr. 12 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat Abs. 5 und 6 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 156 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 6 in Abs. 2 durch die Sätze 6 bis 9 ersetzt. Satz 6 lautete: „Der Medizinische Dienst darf in Dateien nur Angaben zur Person und Hinweise auf bei ihm vorhandene Akten aufnehmen.“

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 186 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Ziehen die Krankenkassen den Medizinischen Dienst nach § 275 Abs. 4 zu Rate, können sie ihn mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörden beauftragen, Datenbestände leistungserbringer- oder fallbezogen für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Aufträge nach § 275 Abs. 4 auszuwerten; Sozialdaten sind vor der Übermittlung an den Medizinischen Dienst zu anonymisieren.“

Artikel 1 Nr. 186 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 2a in Abs. 2b unnummeriert und Abs. 2a eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Satz 1 in Abs. 2 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautete: „Der Medizinische Dienst darf Sozialdaten nur erheben und speichern, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 und für die Modellvorhaben nach § 275a erforderlich ist; haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 bis 3 eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlaßt, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist.“

Artikel 6 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4a eingefügt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 16g des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 2 Satz 1 „sowie einem anderen Medizinischen Dienst übermitteln“ nach „speichern“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 92a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 2 Satz 1 und 3 jeweils „§ 275“ durch „den §§ 275, 275a und 275b“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 33 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 2 Satz 3 „oder genutzt“ nach „verarbeitet“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 33 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4a Satz 1 „erheben, zu verarbeiten und zu nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 24 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 2 „und 3b, § 275c oder § 275d“ nach „bis 3“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 24 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 und 3 jeweils „§§ 275, 275a und 275b“ durch „§§ 275 bis 275d“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 24 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „Abs. 2“ durch „Absatz 2 sowie § 35 des Ersten Buches“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 24 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2b „(§ 279 Abs. 5)“ durch „(§ 278 Absatz 2)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 24 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „und Dauer“ durch „ , Dauer und ordnungsgemäße Abrechnung“ und „Ärzte“ durch „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 24 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Ärzte“ durch „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 65 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Satz 2 „unter Nennung des Begutachtungszwecks“ nach „Leistungserbringern“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 65 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „Abs. 1 Satz 2 und 3“ durch „Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.

Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer abweicht, verpflichtet, diesem Leistungserbringer das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen; dies gilt bei Prüfungen nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 nur, wenn die betroffenen Versicherten in die Übermittlung an den Leistungserbringer eingewilligt haben. Fordern Leistungserbringer nach der Mitteilung nach Satz 2 erster Halbsatz mit Einwilligung der Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst an, ist der Medizinische Dienst zur Übermittlung dieser Gründe verpflichtet. Bei Prüfungen nach § 275c gilt Satz 2 erster Halbsatz auch für die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung, soweit diese keine zusätzlichen, vom Medizinischen Dienst erhobenen versichertenbezogenen Daten enthalten. Der Medizinische Dienst hat den Versicherten die sie betreffenden Gutachten nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 schriftlich oder elektronisch vollständig zu übermitteln. Nach Abschluss der Kontrollen nach § 275a hat der Medizinische Dienst die Kontrollergebnisse dem geprüften Krankenhaus und dem jeweiligen Auftraggeber mitzuteilen. Soweit in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Fälle festgelegt sind, in denen Dritte wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen über das Kontrollergebnis zu informieren sind, hat der Medizinische Dienst sein Kontrollergebnis 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.⁵⁴³

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

543 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.“

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 Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen 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 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 8.⁵⁴⁴

§ 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,

544 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.

(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.“

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

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 Selbstverwaltungsor-

gan 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 66.⁵⁴⁵

545 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 an-

§ 280 Finanzierung, Haushalt, Aufsicht

(1) Die erforderlichen Mittel zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Absatz 1 bis 3b und den §§ 275a bis 275d werden von den Krankenkassen nach § 279 Ab-

gemessen 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 Beirats trägt der Medizinische Dienst. Die Vertreter des Beirates nach Satz 1 erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfstundestages 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 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 Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 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 Absatz 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.⁵⁴⁶

546 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.“

§ 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 Deckungskapital 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.⁵⁴⁷

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.

547 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

§ 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 Stim-

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 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.“

men; 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 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 1.⁵⁴⁸

548 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 Verwal-

§ 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 Sozi-

tungsrates, 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 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.

almedizinischen 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 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,
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,
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 sowie
9. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.

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.

(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 § 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.

(5) Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.⁵⁴⁹

§ 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 Unabhängig-

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 „Bundknappschaft 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 Mitglieder 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.

keit 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 einzubeziehen. 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.⁵⁵⁰

Zehntes Kapitel

Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz⁵⁵¹

Erster Abschnitt

Informationsgrundlagen

Erster Titel

Grundsätze der Datenverarbeitung⁵⁵²

§ 284 Sozialdaten bei den Krankenkassen

(1) 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,

550 QUELLE

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

551 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“.

552 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.

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,
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. 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 versicherten-

bezogen 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.⁵⁵³

553 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.

§ 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

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.

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 erforderlich 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.⁵⁵⁴

554 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.

§ 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.⁵⁵⁵

§ 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) Sozialdaten sind zu anonymisieren.⁵⁵⁶

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.

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 „Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 20 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 3a Satz 2 eingefügt.

555 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.

556 ÄNDERUNGEN

§ 287a Federführende Datenschutzaufsicht in der Versorgungs- und Gesundheitsforschung

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.⁵⁵⁷

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.⁵⁵⁸

§ 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.

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.

557 QUELLE

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

558 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.“

(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 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 Krankenversicherturnummern. Das Verzeichnis enthält für jeden Versicherten den unveränderbaren und den veränderbaren Teil der Krankenversicherturnummer sowie die erforderlichen Angaben, um zu gewährleisten, dass der unveränderbare Teil der Krankenversicherturnummer 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 Krankenversicherturnummer verwendet werden. Um Mehrfachvergaben derselben Krankenversicherturnummer 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 Krankenversicherturnummer nutzen; dabei gilt für die in § 362 Absatz 1 genannten Stellen § 35 des Ersten Buches entsprechend.

(4) Die Krankenversicherturnummer eines Versicherten darf im Rahmen der Telematikinfrastruktur 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.⁵⁵⁹

559 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 Krankenversicherturnummer. Bei Vergabe der Nummer für Versicherte nach § 10 ist sicherzustellen, daß der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Die Rentenversicherturnummer darf vom 1. Januar 1992 an nicht mehr als Krankenversicherturnummer 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.

§ 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 Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 zu unterstützen und
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 ermöglichen.

(3) Elektronische Gesundheitskarten, die die Krankenkassen nach dem 30. November 2019 ausgeben, müssen mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein. 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.

(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.

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

(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.

(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 Einvernehmen 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 Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. 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.⁵⁶⁰

560 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 maschinell-

le 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 Zeit-

punkt, 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 ausstellenden 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 Wahlтарifen 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 jeweils 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

§ 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 2024 kann der Versicherungsnachweis auch durch eine digitale Identität nach § 291 Absatz 7 erbracht werden.

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 Ersatzzustellung 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 lautete: „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.

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.

(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 Krankenversichertennummer 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,
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 Wahlтарifen 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.⁵⁶¹

561 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 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. 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 Abschlüsse nach § 5 Absatz 3e des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 5 Absatz 5 der Bundespflegegesetzverordnung“ 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 Krankenhausgesellschaft 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 einrichtungsübergreifende 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 Ge-

sellschaft 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 Krankenversicherungsnnummer 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 zuständigen 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 jewei-