

(2) Für die Angabe der Diagnosen nach Absatz 1 Nr. 2 und 4 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine geeignete Verschlüsselung zu vereinbaren. Im übrigen regeln die Vertragspartner nach § 112 Abs. 1 das Nähere. Sie haben dabei die Voraussetzungen und das Verfahren bei Teilnahme an einer Abrechnung auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern zu regeln. § 112 Abs. 5 und 6 gilt entsprechend.

(3) Für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag (§ 111) besteht, gilt bei stationärer Behandlung wie die Verpflichtung nach Absatz 1 entsprechend.“

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 19 des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „bis 6“ durch „bis 8“ ersetzt.

01.01.1995.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) hat Satz 1 in Abs. 2 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautete: „Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach dem vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung, die Operationen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem fünfstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 79 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 das Komma am Ende durch „ , bei Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen das Geburtsgewicht,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 79 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 „und sonstigen Prozeduren“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 79 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Nr. 7 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 7 lautete:

„7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,“.

Artikel 1 Nr. 79 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 „Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und“ nach „sowie“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 79 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „dem vierstelligen Schlüssel“ nach „nach“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 79 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 4 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 2 bis 4 lauteten: „Die Operationen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln. Der Bundesminister für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Schlüssels und der Klassifikation für die Anwendung nach Satz 1 im Bundesanzeiger bekannt. Die Fachabteilungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind nach der Gliederung in Anhang 1 zum Kosten- und Leistungsnachweis nach § 16 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung anzugeben.“

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 34 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Nr. 8 „Rehabilitationsmaßnahmen“ durch „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen“ ersetzt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. f der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 2 Satz 1 „Bundesministers“ durch „Bundesministeriums“ ersetzt.

30.04.2002.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 „Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen das Geburtsgewicht“ durch „Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 „dem Krankenhausentgeltgesetz und“ nach „sowie nach“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Die Fachabteilungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind nach der Gliederung in Anhang 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung anzugeben.“

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

### § 301a Abrechnung der Hebammen und der von ihnen geleiteten Einrichtungen

(1) Freiberuflich tätige Hebammen und von Hebammen geleitete Einrichtungen sind verpflichtet, den Krankenkassen folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 5 und 6,
2. die erbrachten Leistungen mit dem Tag der Leistungserbringung,
3. die Zeit und die Dauer der erbrachten Leistungen, soweit dies für die Höhe der Vergütung von Bedeutung ist,
4. bei der Abrechnung von Wegegeld Datum, Zeit und Ort der Leistungserbringung sowie die zurückgelegte Entfernung,
5. bei der Abrechnung von Auslagen die Art der Auslage und, soweit Auslagen für Arzneimittel abgerechnet werden, eine Auflistung der einzelnen Arzneimittel,

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 171 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „maschinenlesbar“ durch „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ und in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „bis 8“ durch „bis 10“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 171 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „auf maschinell verwertbaren durch „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 171 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „maschinenlesbar“ durch „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ und in Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 „bis 6“ durch „bis 10“ ersetzt.

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

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 203 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 „vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch „vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

01.01.2013.—Artikel 4 Nr. 9 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat in Abs. 2 Satz 2 „und § 17d“ nach „§ 17b“ eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 27a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 4 Satz 1 „oder § 111c“ nach „§ 111“ und „oder ambulanter“ nach „stationärer“ eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 5 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat in Abs. 1 Satz 1 „oder ihre Krankenhausträger“ nach „Krankenhäuser“ eingefügt.

Artikel 5 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,“.

Artikel 5 Nr. 15 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 „oder vom“ nach „im“ eingefügt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Nr. 8 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 8 lautete:

„8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,“.

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 17 lit. a0 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

Artikel 7 Nr. 17 lit. a desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 7 Nr. 17 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „sowie das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen nach Absatz 2a“ nach „Datenträgern“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 101a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 3 in Abs. 5 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Die Sätze 1 und 2 gelten für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen entsprechend.“

01.01.2020.—Artikel 3 Nr. 5 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

6. das Kennzeichen nach § 293; rechnet die Hebamme ihre Leistungen über eine zentrale Stelle ab, so ist in der Abrechnung neben dem Kennzeichen der abrechnenden Stelle das Kennzeichen der Hebamme anzugeben.

Ist eine ärztliche Anordnung für die Abrechnung der Leistung vorgeschrieben, ist diese der Rechnung beizufügen. § 134a Absatz 5 gilt entsprechend.

(2) § 302 Abs. 2 Satz 1 bis 3 und Abs. 3 gilt entsprechend.<sup>547</sup>

### § 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

(1) Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie der digitalen Gesundheitsanwendungen und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291 Absatz 2 Nummer 1 bis 10 anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 zu verwenden und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 6 anzugeben. Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung anzugeben.

(2) Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien, die in den Leistungs- und Lieferverträgen zu beachten sind. Die Leistungserbringer nach Absatz 1 können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Rechenzentren dürfen die ihnen hierzu übermittelten Daten für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke und nur in einer auf diese Zwecke ausgerichteten Weise verarbeiten, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet werden. Die Rechenzentren dürfen die Daten nach Absatz 1 den Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Abs. 8, § 84 und § 305a erforderlich sind.

---

#### 547 QUELLE

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 20 des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 172 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ nach „Angaben“ eingefügt.

01.08.2007.—Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 301a Hebammen und Entbindungspfleger

Freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger sind verpflichtet, den Krankenkassen die gemäß der nach § 134 Abs. 1 erlassenen Rechtsverordnung für die Abrechnung vorgeschriebenen Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.“

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in der Überschrift „Entbindungspfleger“ durch „der von ihnen geleiteten Einrichtungen“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 20 lit. b litt. aa littt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „Entbindungspfleger“ durch „von Hebammen geleitetete Einrichtungen“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 20 lit. b litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „bis 7 sowie 9 und 10“ durch „und 6“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 20 lit. b litt. aa littt. ccc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 „oder der Entbindungspfleger seine“ nach „die Hebamme“ und „oder des Entbindungspflegers“ nach „der Hebamme“ gestrichen.

Artikel 3 Nr. 20 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

(3) Die Richtlinien haben auch die Voraussetzungen und das Verfahren bei Teilnahme an einer Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern sowie bis zum 31. Dezember 2020 das Verfahren bei der Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form zu regeln.

(4) Soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene in Rahmenempfehlungen oder in den Verträgen nach § 125 Regelungen zur Abrechnung der Leistungen getroffen haben, die von den Richtlinien nach den Absätzen 2 und 3 abweichen, sind die Rahmenempfehlungen oder die Verträge nach § 125 maßgeblich.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht erstmals bis zum 30. Juni 2018 und danach jährlich einen nach Produktgruppen differenzierten Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen. Der Bericht informiert ohne Versicherten- oder Einrichtungsbezug insbesondere über die Zahl der abgeschlossenen Mehrkostenvereinbarungen und die durchschnittliche Höhe der mit ihnen verbundenen Aufzahlungen der Versicherten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen sowie Art und Umfang der Übermittlung.<sup>548</sup>

---

#### 548 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 161 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Sonstige Leistungserbringer“.

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

„(1) Die sonstigen Leistungserbringer sind befugt und verpflichtet, in den Abrechnungsbelegen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen sowie den Tag der Leistungserbringung, die Arztnummer des verordnenden Arztes und die Krankenversichertennummer des Leistungsempfängers anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 zu verwenden.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 80 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 „ , die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund“ nach „Arztes“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 80 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 und 3 eingefügt.

23.02.2002.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 15. Februar 2002 (BGBl. I S. 684) hat in Abs. 2 Satz 3 „und nur in einer auf diese Zwecke ausgerichteten Weise“ nach „bestimmte Zwecke“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 173 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „maschinenlesbar in den Abrechnungsbelegen“ durch „den Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ und „bis 6“ durch „bis 10“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 173 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren“ durch „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 204 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 1 „bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen in gemeinsam erstellten“ durch „bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 14d des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat in Abs. 1 „§ 128“ durch „§ 139“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 82 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 13 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 1 Satz 2 „und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 5 anzugeben“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

### § 303 Ergänzende Regelungen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, daß

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,
2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nicht gefährdet werden.

(2) Die Krankenkassen können zur Vorbereitung und Kontrolle der Umsetzung der Vereinbarungen nach § 84, zur Vorbereitung der Prüfungen nach den §§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113, zur Vorbereitung der Unterrichtung der Versicherten nach § 305 sowie zur Vorbereitung und Umsetzung der Beratung der Vertragsärzte nach § 305a Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Verarbeitung mit Ausnahme des Erhebens von dafür erforderlichen Daten beauftragen. Die den Arbeitsgemeinschaften übermittelten versichertenbezogenen Daten sind vor der Übermittlung zu anonymisieren. Die Identifikation des Versicherten durch die Krankenkasse ist dabei zu ermöglichen; sie ist zulässig, soweit sie für die in Satz 1 genannten Zwecke erforderlich ist. § 286 gilt entsprechend.

(3) Werden die den Krankenkassen nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10, § 295 Abs. 1 und 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1, §§ 301a und 302 Abs. 1 zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nachzuerfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nach Erfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen. Für die Angabe der Diagnosen nach § 295 Abs. 1 gilt Satz 1 ab dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung der überarbeiteten Zehnten Fassung des Schlüssels gemäß § 295 Abs. 1 Satz 3.

(4) Sofern Datenübermittlungen zu Diagnosen nach den §§ 295 und 295a fehlerhaft oder unvollständig sind, ist eine erneute Übermittlung in korrigierter oder ergänzter Form nur im Falle technischer Übermittlungs- oder formaler Datenfehler zulässig. Eine nachträgliche Änderung oder Ergän-

29.07.2017.—Artikel 8 Nr. 14 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 zu verwenden. Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung anzugeben und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 5 anzugeben.“

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 45 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat Satz 3 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Rechenzentren dürfen die Daten für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke und nur in einer auf diese Zwecke ausgerichteten Weise verarbeiten und nutzen, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet und genutzt werden.“

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 38 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie der digitalen Gesundheitsanwendungen“ nach „Hilfsmittel“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 38 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „sowie bis zum 31. Dezember 2020 das Verfahren bei der Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form“ nach „Datenträgern“ eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 29a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 4 „oder in den Verträgen nach § 125“ nach „in Rahmenempfehlungen“ und „oder die Verträge nach § 125“ nach „die Rahmenempfehlungen“ eingefügt.

zung von Diagnosedaten insbesondere auch auf Grund von Prüfungen gemäß den §§ 106 bis 106c, Unterrichtungen nach § 106d Absatz 3 Satz 2 und Anträgen nach § 106d Absatz 4 ist unzulässig. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 82 Absatz 1 Satz 1.<sup>549</sup>

## Zweiter Titel Datentransparenz<sup>550</sup>

### § 303a Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz; Verordnungsermächtigung

(1) Die Aufgaben der Datentransparenz werden von öffentlichen Stellen des Bundes als Vertrauensstelle nach § 303c und als Forschungsdatenzentrum nach § 303d sowie vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Datensammelstelle wahrgenommen. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zur Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz eine öffentliche Stelle des Bundes als Vertrauensstelle nach § 303c und eine öffentliche Stelle des Bundes als Forschungsdatenzentrum nach § 303d.

(2) Die Vertrauensstelle und das Forschungsdatenzentrum sind räumlich, organisatorisch und personell eigenständig zu führen. Sie unterliegen dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches und unterstehen der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

---

#### 549 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 162 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 303 Abweichende Vereinbarungen

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, daß

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt wird,
2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen wird,

wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung nicht gefährdet wird.“

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 55 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 3 Satz 1 „ab 1. Januar 1995“ nach „dürfen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 55 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Für die Angabe der Diagnosen nach § 295 Abs. 1 gilt Satz 1 ab 1. Januar 1996.“

31.12.2001.—Artikel 1 Nr. 6a des Gesetzes vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3773) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Krankenkassen können zur Vorbereitung der Prüfungen nach den §§ 106, 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113 sowie zur Vorbereitung der Unterrichtung der Versicherten nach § 305 Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Speicherung und Verarbeitung der dafür erforderlichen Daten beauftragen.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 174 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 Satz 1 „§§ 106, 112“ durch „§§ 112“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 174 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautete: „Die Krankenkassen dürfen Abrechnungen der Leistungserbringer nur vergüten, wenn die Daten nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6, § 295 Abs. 1 und 2, § 296 Abs. 1 und 2, § 297 Abs. 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1 und § 302 Abs. 1, in dem jeweils zugelassenen Umfang maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern, angegeben oder übermittelt worden sind.“

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 20a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Abs. 4 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 46 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 2 Satz 1 „Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der“ durch „Verarbeitung mit Ausnahme des Erhebens von“ ersetzt.

#### 550 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 175 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Titels eingefügt.

(3) Die Kosten, die den öffentlichen Stellen nach Absatz 1 durch die Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz entstehen, tragen die Krankenkassen nach der Zahl ihrer Mitglieder.

(4) In der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 ist auch das Nähere zu regeln

1. zu spezifischen Festlegungen zu Art und Umfang der nach § 303b Absatz 1 Satz 1 zu übermittelnden Daten und zu den Fristen der Datenübermittlung nach § 303b Absatz 1 Satz 1,
2. zur Datenverarbeitung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 303b Absatz 2 und 3 Satz 1 und 2,
3. zum Verfahren der Pseudonymisierung der Versichertendaten nach § 303c Absatz 1 und 2 und zum Verfahren der Übermittlung der Pseudonyme an das Forschungsdatenzentrum nach § 303c Absatz 3 durch die Vertrauensstelle,
4. zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 303d Absatz 1 und § 303e einschließlich der Bereitstellung von Einzeldatensätzen nach § 303e Absatz 4 durch das Forschungsdatenzentrum,
5. zur Verkürzung der Höchstfrist für die Aufbewahrung von Einzeldatensätzen nach § 303d Absatz 3,
6. zur Evaluation und Weiterentwicklung der Datentransparenz,
7. zur Erstattung der Kosten nach Absatz 3 einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse.<sup>551</sup>

---

**551 QUELLE**

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 175 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

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

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 205 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Die Spitzenverbände“ durch „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 83 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

**„§ 303a Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz**

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bilden eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz. Sofern die Arbeitsgemeinschaft nicht bis zum 30. Juni 2004 gebildet wird, kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Arbeitsgemeinschaft bilden.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz hat die Erfüllung der Aufgaben einer Vertrauensstelle (§ 303c) und einer Datenaufbereitungsstelle (§ 303d) zu gewährleisten.

(3) Die Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz hat Anforderungen für einheitliche und sektorenübergreifende Datendefinitionen für den Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erarbeiten. Die Arbeitsgemeinschaft legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2006 einen Bericht vor. Den auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit ihre Belange berührt sind. Die Stellungnahmen sind in den Bericht einzubeziehen.“

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 39 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

**„§ 303a Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz**

(1) Die Aufgaben der Datentransparenz werden von öffentlichen Stellen des Bundes als Vertrauensstelle nach § 303c und Datenaufbereitungsstelle nach § 303d wahrgenommen. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zur Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz eine öffentliche Stelle des Bundes als Vertrauensstelle nach § 303c und eine öffentliche Stelle des Bundes als Datenaufbereitungsstelle nach § 303d.

(2) In der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 ist auch das Nähere zu regeln

1. zum Datenumfang,
2. zu den Verfahren der in den §§ 303a bis 303e vorgesehenen Datenübermittlungen,
3. zum Verfahren der Pseudonymisierung (§ 303c Absatz 2),
4. zu den Kriterien für die ausnahmsweise pseudonymisierte Bereitstellung von Daten (§ 303e Absatz 3 Satz 3).

### § 303b Datenzusammenführung und -übermittlung

(1) Für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke übermitteln die Krankenkassen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Datensammelstelle für jeden Versicherten jeweils in Verbindung mit einem Versichertenpseudonym, das eine kassenübergreifende eindeutige Identifizierung im Berichtszeitraum erlaubt (Lieferpseudonym),

1. Angaben zu Alter, Geschlecht und Wohnort,
2. Angaben zum Versicherungsverhältnis,
3. die Kosten- und Leistungsdaten nach den §§ 295, 295a, 300, 301, 301a und 302,
4. Angaben zum Vitalstatus und zum Sterbedatum und
5. Angaben zu den abrechnenden Leistungserbringern.

Das Nähere zur technischen Ausgestaltung der Datenübermittlung nach Satz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen spätestens bis zum 31. Dezember 2021.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt die Daten nach Absatz 1 zusammen, prüft die Daten auf Vollständigkeit, Plausibilität und Konsistenz und klärt Auffälligkeiten jeweils mit der die Daten liefernden Stelle.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt

1. an das Forschungsdatenzentrum nach § 303d die Daten nach Absatz 1 ohne das Lieferpseudonym, wobei jeder einem Lieferpseudonym zuzuordnende Einzeldatensatz mit einer Arbeitsnummer gekennzeichnet wird,
2. an die Vertrauensstelle nach § 303c eine Liste mit den Lieferpseudonymen einschließlich der Arbeitsnummern, die zu den nach Nummer 1 übermittelten Einzeldatensätzen für das jeweilige Lieferpseudonym gehören.

Die Angaben zu den Leistungserbringern sind vor der Übermittlung an das Forschungsdatenzentrum zu pseudonymisieren. Das Nähere zur technischen Ausgestaltung der Datenübermittlung nach Satz 1 vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den nach § 303a Absatz 1 Satz 2 bestimmten Stellen spätestens bis zum 31. Dezember 2021.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 mit der Durchführung der Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 3 beauftragen.<sup>552</sup>

---

(3) Die Kosten, die den öffentlichen Stellen nach Absatz 1 durch die Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz entstehen, tragen die Krankenkassen nach der Zahl ihrer Mitglieder. Das Nähere über die Erstattung der Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse regelt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2.“

#### 552 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 175 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 83 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 303b Beirat

Bei der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz wird für die Aufgaben nach den §§ 303e und 303f ein Beirat aus Vertretern der Arbeitsgemeinschaft, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene, des Bundesbeauftragten für den Datenschutz, der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene und der für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden gebildet. Das Nähere zum Verfahren regeln die Mitglieder des Beirates.“

01.08.2014.—Artikel 1 Nr. 39a lit. b des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat Abs. 2 bis 4 eingefügt.



### § 303c Vertrauensstelle

(1) Die Vertrauensstelle überführt die ihr nach § 303b Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 übermittelten Lieferpseudonyme nach einem einheitlich anzuwendenden Verfahren nach Absatz 2 in periodenübergreifende Pseudonyme.

(2) Die Vertrauensstelle hat im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ein schlüsselabhängiges Verfahren zur Pseudonymisierung festzulegen, das dem jeweiligen Stand der Technik und Wissenschaft entspricht. Das Verfahren zur Pseudonymisierung ist so zu gestalten, dass für das jeweilige Lieferpseudonym eines jeden Versicherten periodenübergreifend immer das gleiche Pseudonym erstellt wird, aus dem Pseudonym aber nicht auf das Lieferpseudonym oder die Identität des Versicherten geschlossen werden kann.

(3) Die Vertrauensstelle hat die Liste der Pseudonyme dem Forschungsdatenzentrum mit den Arbeitsnummern zu übermitteln. Nach der Übermittlung dieser Liste an das Forschungsdatenzentrum hat sie die diesen Pseudonymen zugrunde liegenden Lieferpseudonyme und Arbeitsnummern sowie die Pseudonyme zu löschen.<sup>553</sup>

---

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 39 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 303b Datenübermittlung

(1) Das Bundesversicherungsamt übermittelt die nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7 erhobenen Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c. Die Daten sollen übermittelt werden, nachdem die Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität durch das Bundesversicherungsamt abgeschlossen ist.

(2) Die Krankenkassen ermitteln aus den bei ihnen nach § 284 Absatz 1 gespeicherten Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten (Regionalkennzeichen). Sie übermitteln die Regionalkennzeichen zusätzlich zu den Daten nach Absatz 1 Satz 1 jährlich an das Bundesversicherungsamt nach dem in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 geregelten Verfahren. Die Krankenkassen haben die Regionalkennzeichen so zu verschlüsseln, dass nur die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d in der Lage ist, die Regionalkennzeichen zu entschlüsseln und mit den Daten nach Absatz 1 zusammenzuführen.

(3) Das Bundesversicherungsamt übermittelt die Regionalkennzeichen mit den Daten nach Absatz 1 an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d. Für die Jahre 2009 und 2010 übermittelt das Bundesversicherungsamt die bei ihm für Zwecke des § 272 gespeicherten Kennzeichen zum Wohnort der Versicherten an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c.

(4) Das Nähere zu den Datenübermittlungen nach den Absätzen 2 und 3 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt und die nach § 303a Absatz 1 Satz 2 bestimmten Stellen.“

#### 553 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 175 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

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

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 83 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Die Vertrauensstelle hat den Versicherten- und Leistungserbringerbezug der ihr von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 303e Abs. 2 übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten durch Anwendung eines Verfahrens nach Absatz 2 zu pseudonymisieren. Es ist auszuschließen, dass Versicherte oder Leistungserbringer durch die Verarbeitung und Nutzung der Daten bei der Vertrauensstelle, der Datenaufbereitungsstelle oder den nutzungsberechtigten Stellen nach § 303f Abs. 1 wieder identifiziert werden können.

### § 303d Forschungsdatenzentrum

(1) Das Forschungsdatenzentrum hat folgende Aufgaben:

1. die ihm vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und von der Vertrauensstelle übermittelten Daten nach § 303b Absatz 3 und § 303c Absatz 3 für die Auswertung für Zwecke nach § 303e Absatz 2 aufzubereiten,
2. Qualitätssicherungen der Daten vorzunehmen,
3. Anträge auf Datennutzung zu prüfen,
4. die beantragten Daten den Nutzungsberechtigten nach § 303e zugänglich zu machen,
5. das spezifische Reidentifikationsrisiko in Bezug auf die durch Nutzungsberechtigte nach § 303e beantragten Daten zu bewerten und unter angemessener Wahrung des angestrebten wissenschaftlichen Nutzens durch geeignete Maßnahmen zu minimieren,

---

(2) Das von der Vertrauensstelle einheitlich anzuwendende Verfahren der Pseudonymisierung ist von der Arbeitsgemeinschaft nach § 303a Abs. 1 im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu bestimmen. Das Pseudonym ist so zu gestalten, dass für alle Leistungsbereiche ein bundesweit eindeutiger periodenübergreifender Bezug der Abrechnungs- und Leistungsdaten zu dem Versicherten, der Leistungen in Anspruch genommen hat, und zu dem Leistungserbringer, der Leistungen erbracht und verordnet hat, hergestellt werden kann; ferner hat das Pseudonym für den Versicherten Angaben zum Geburtsjahr, Geschlecht, Versichertenstatus sowie die ersten beiden Ziffern der Postleitzahl und für den Leistungserbringer Angaben zur Art des Leistungserbringers, Spezialisierung sowie die ersten beiden Ziffern der Postleitzahl zu enthalten. Eine Identifikation des Versicherten und des Leistungserbringers durch diese Angaben ist auszuschließen. Unmittelbar nach Erhebung der Daten durch die Vertrauensstelle sind die zu pseudonymisierenden personenbezogenen Daten von den Leistungs- und Abrechnungsdaten zu trennen. Die erzeugten Pseudonyme sind mit den entsprechenden Leistungs- und Abrechnungsdaten wieder zusammenzuführen und der Datenaufbereitungsstelle zu übermitteln. Nach der Übermittlung der pseudonymisierten Daten an die Datenaufbereitungsstelle sind die Daten bei der Vertrauensstelle zu löschen.

(3) Die Vertrauensstelle ist räumlich, organisatorisch und personell von den Trägern der Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz und ihren Mitgliedern sowie von den nutzungsberechtigten Stellen nach § 303f Abs. 1 zu trennen. 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.“

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 47 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 2 Satz 2 „und Nutzung“ nach „Verarbeitung“ gestrichen.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 39 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Die Vertrauensstelle überführt die ihr nach § 303b übermittelte Liste der Pseudonyme nach einem einheitlich anzuwendenden Verfahren, das im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu bestimmen ist, in periodenübergreifende Pseudonyme.

(2) Es ist ein schlüsselabhängiges Verfahren vorzusehen und das periodenübergreifende Pseudonym ist so zu gestalten, dass für alle Leistungsbereiche ein bundesweit eindeutiger periodenübergreifender Bezug der Daten zu dem Versicherten, der Leistungen in Anspruch genommen hat, hergestellt werden kann. Es ist auszuschließen, dass Versicherte durch die Verarbeitung der Daten bei der Vertrauensstelle, der Datenaufbereitungsstelle oder den nutzungsberechtigten Stellen nach § 303e Absatz 1 wieder identifiziert werden können.

(3) Die Vertrauensstelle hat die Liste der periodenübergreifenden Pseudonyme der Datenaufbereitungsstelle zu übermitteln. Nach der Übermittlung dieser Liste an die Datenaufbereitungsstelle hat sie die Listen mit den temporären und den periodenübergreifenden Pseudonymen bei sich zu löschen.

(4) Die Vertrauensstelle ist räumlich, organisatorisch und personell eigenständig zu führen. Sie unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches und untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.“

6. ein öffentliches Antragsregister mit Informationen zu den antragstellenden Nutzungsberechtigten, zu den Vorhaben, für die Daten beantragt wurden, und deren Ergebnissen aufzubauen und zu pflegen,
7. die Verfahren der Datentransparenz zu evaluieren und weiterzuentwickeln,
8. Nutzungsberechtigte nach § 303e Absatz 1 zu beraten,
9. Schulungsmöglichkeiten für Nutzungsberechtigte anzubieten sowie
10. die wissenschaftliche Erschließung der Daten zu fördern.

(2) Das Forschungsdatenzentrum richtet im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung einen Arbeitskreis der Nutzungsberechtigten nach § 303e Absatz 1 ein. Der Arbeitskreis wirkt beratend an der Ausgestaltung, Weiterentwicklung und Evaluation des Datenzugangs mit.

(3) Das Forschungsdatenzentrum hat die versichertenbezogenen Einzeldatensätze spätestens nach 30 Jahren zu löschen.<sup>554</sup>

### § 303e Datenverarbeitung

(1) Das Forschungsdatenzentrum macht die ihm vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und von der Vertrauensstelle übermittelten Daten nach Maßgabe der Absätze 3 bis 6 folgenden Nutzungsberechtigten zugänglich, soweit diese nach Absatz 2 zur Verarbeitung der Daten berechtigt sind:

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. den Bundes- und Landesverbänden der Krankenkassen,
3. den Krankenkassen,
4. den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Kassenärztlichen Vereinigungen,

---

#### 554 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 175 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

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

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 83 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Die Datenaufbereitungsstelle hat die ihr von der Vertrauensstelle übermittelten Daten zur Erstellung von Datengrundlagen für die in § 303f Abs. 2 genannten Zwecke aufzubereiten und den in § 303f Abs. 1 genannten Nutzungsberechtigten zur Verfügung zu stellen. Die Daten sind zu löschen, sobald sie für die Erfüllung der Aufgaben der Datenaufbereitungsstelle nicht mehr erforderlich sind.“

(2) Die Datenaufbereitungsstelle ist räumlich, organisatorisch und personell von den Trägern der Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz und ihren Mitgliedern sowie von den nutzungsberechtigten Stellen nach § 303f Abs. 1 zu trennen. Die Datenaufbereitungsstelle 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.“

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 48 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die Datenaufbereitungsstelle hat die Daten zu löschen, sobald diese für die Erfüllung ihrer Aufgaben nicht mehr erforderlich sind.“

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 39 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 303d Datenaufbereitungsstelle

(1) Die Datenaufbereitungsstelle hat die ihr vom Bundesversicherungsamt und von der Vertrauensstelle übermittelten Daten zur Erstellung von Datengrundlagen für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke aufzubereiten und den in § 303e Absatz 1 genannten Nutzungsberechtigten zur Verfügung zu stellen.

(2) Die Datenaufbereitungsstelle ist räumlich, organisatorisch und personell eigenständig zu führen. Sie unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches und untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.“

5. den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
6. den Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder,
7. den Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung,
8. den Hochschulen, den nach landesrechtlichen Vorschriften anerkannten Hochschulkliniken, öffentlich geförderten außeruniversitären Forschungseinrichtungen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen,
9. dem Gemeinsamen Bundesausschuss,
10. dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
11. dem Institut des Bewertungsausschusses,
12. der oder dem Beauftragten der Bundesregierung und der Landesregierungen für die Belange der Patientinnen und Patienten,
13. den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
14. dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen,
15. dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus,
16. den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden und deren jeweiligen nachgeordneten Bereichen sowie den übrigen obersten Bundesbehörden,
17. der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie der Bundesapothekerkammer,
18. der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

(2) Soweit die Datenverarbeitung jeweils für die Erfüllung von Aufgaben der nach Absatz 1 Nutzungsberechtigten erforderlich ist, dürfen die Nutzungsberechtigten Daten für folgende Zwecke verarbeiten:

1. Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner,
2. Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Planung von Leistungsressourcen, zum Beispiel Krankenhausplanung,
4. Forschung, insbesondere für Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen oder Analysen des Versorgungsgeschehens,
5. Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung,
6. Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen,
7. Wahrnehmung von Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung.

(3) Das Forschungsdatenzentrum macht einem Nutzungsberechtigten auf Antrag Daten zugänglich, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind. In dem Antrag hat der antragstellende Nutzungsberechtigte nachvollziehbar darzulegen, dass Umfang und Struktur der beantragten Daten geeignet und erforderlich sind, um die zu untersuchende Frage zu beantworten. Liegen die Voraussetzungen nach Absatz 2 vor, übermittelt das Forschungsdatenzentrum dem antragstellenden Nutzungsberechtigten die entsprechend den Anforderungen des Nutzungsberechtigten ausgewählten Daten anonymisiert und aggregiert. Das Forschungsdatenzentrum kann einem Nutzungsberechtigten entsprechend seinen Anforderungen auch anonymisierte und aggregierte Daten mit kleinen Fallzahlen übermitteln, wenn der antragstellende Nutzungsberechtigte nachvollziehbar darlegt, dass ein nach Absatz 2 zulässiger Nutzungszweck, insbesondere die Durchführung eines Forschungsvorhabens, die Übermittlung dieser Daten erfordert.

(4) Das Forschungsdatenzentrum kann einem Nutzungsberechtigten entsprechend seinen Anforderungen auch pseudonymisierte Einzeldatensätze bereitstellen, wenn der antragstellende Nutzungsberechtigte nachvollziehbar darlegt, dass die Nutzung der pseudonymisierten Einzeldatensätze

ze für einen nach Absatz 2 zulässigen Nutzungszweck, insbesondere für die Durchführung eines Forschungsvorhabens, erforderlich ist. Das Forschungsdatenzentrum stellt einem Nutzungsberechtigten die pseudonymisierten Einzeldatensätze ohne Sichtbarmachung der Pseudonyme für die Verarbeitung unter Kontrolle des Forschungsdatenzentrums bereit, soweit

1. gewährleistet ist, dass diese Daten nur solchen Personen bereitgestellt werden, die einer Geheimhaltungspflicht nach § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen, und
2. durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt wird, dass die Verarbeitung durch den Nutzungsberechtigten auf das erforderliche Maß beschränkt und insbesondere ein Kopieren der Daten verhindert werden kann.

Personen, die nicht der Geheimhaltungspflicht nach § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen, können pseudonymisierte Einzeldatensätze nach Satz 2 bereitgestellt werden, wenn sie vor dem Zugang zur Geheimhaltung verpflichtet wurden. § 1 Absatz 2, 3 und 4 Nummer 2 des Verpflichtungsgesetzes gilt entsprechend.

(5) Die Nutzungsberechtigten dürfen die nach Absatz 3 oder Absatz 4 zugänglich gemachten Daten

1. nur für die Zwecke nutzen, für die sie zugänglich gemacht werden,
2. nicht an Dritte weitergeben, es sei denn, das Forschungsdatenzentrum genehmigt auf Antrag eine Weitergabe an einen Dritten im Rahmen eines nach Absatz 2 zulässigen Nutzungszwecks.

Die Nutzungsberechtigten haben bei der Verarbeitung der nach Absatz 3 oder Absatz 4 zugänglich gemachten Daten darauf zu achten, keinen Bezug zu Personen, Leistungserbringern oder Leistungsträgern herzustellen. Wird ein Bezug zu Personen, Leistungserbringern oder Leistungsträgern unbeabsichtigt hergestellt, so ist dies dem Forschungsdatenzentrum zu melden. Die Verarbeitung der bereitgestellten Daten zum Zwecke der Herstellung eines Personenbezugs, zum Zwecke der Identifizierung von Leistungserbringern oder Leistungsträgern sowie zum Zwecke der bewussten Verschaffung von Kenntnissen über fremde Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse ist untersagt.

(6) Wenn die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde feststellt, dass Nutzungsberechtigte die vom Forschungsdatenzentrum nach Absatz 3 oder Absatz 4 zugänglich gemachten Daten in einer Art und Weise verarbeitet haben, die nicht den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften oder den Auflagen des Forschungsdatenzentrums entspricht, und wegen eines solchen Verstoßes eine Maßnahme nach Artikel 58 Absatz 2 Buchstabe b bis j der Verordnung (EU) 2016/679 gegenüber dem Nutzungsberechtigten ergriffen hat, informiert sie das Forschungsdatenzentrum. In diesem Fall schließt das Forschungsdatenzentrum den Nutzungsberechtigten für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren vom Datenzugang aus.<sup>555</sup>

---

#### 555 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 175 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

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

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 206 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 „Spitzenverbände“ durch „Bundesverbände“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 83 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

#### **„§ 303e Datenübermittlung und -erhebung**

(1) Die Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz hat im Benehmen mit dem Beirat bis zum 31. Dezember 2004 Richtlinien über die Auswahl der Daten, die zur Erfüllung der Zwecke nach § 303f Abs. 2 erforderlich sind, die Struktur, die Prüfqualität und das Verfahren der Übermittlung der Abrechnungs- und Leistungsdaten an die Vertrauensstelle zu beschließen. Der Umfang der zu erhebenden Daten (Vollerhebung oder Stichprobe) hat die Erfüllung der Zwecke nach Satz 1 zu gewährleisten; es ist zu prüfen, ob die Erhebung einer Stichprobe ausreichend ist. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zu Stande

oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien zur Erhebung der Daten.

(2) Die Krankenkassen und die Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind verpflichtet, für die Erfüllung der Zwecke nach § 303f Abs. 2 Satz 2 Leistungs- und Abrechnungsdaten entsprechend der Richtlinien nach Absatz 1 an die Vertrauensstelle zu übermitteln. Die Übermittlung der Daten hat unverzüglich nach der Prüfung der Daten durch die Krankenkassen und die Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, spätestens jedoch zwölf Monate nach Übermittlung durch den Leistungserbringer zu erfolgen.

(3) Werden die Daten für eine Region nicht fristgerecht übermittelt, sind die jeweiligen Krankenkassen und ihre Landes- und Bundesverbände, die jeweiligen Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und die Kassenärztliche Bundesvereinigung von der Berechtigung, den Gesamtdatenbestand dieser Region bei der Datenaufbereitungsstelle zu verarbeiten und nutzen, ausgeschlossen.

(4) Der Beirat unterrichtet bis zum 31. Dezember 2006 das Bundesministerium für Gesundheit über die Erfahrungen der Datenerhebung nach den Absätzen 1 bis 3.“

13.08.2013.—Artikel 3 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Datenverarbeitung und -nutzung“.

Artikel 3 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 4 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 2 bis 4 lauten: „Die nach § 303a Absatz 1 bestimmte Datenaufbereitungsstelle regelt bis zum 31. Dezember 2012 die Erhebung und das Verfahren zur Berechnung von Nutzungsgebühren. Die Regelung ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden.“

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 28 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Nr. 14 „Institution nach § 137a Absatz 1 Satz 1“ durch „Institut nach § 137a“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 49 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in der Überschrift „und -nutzung“ nach „Datenverarbeitung“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 49 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 „bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von folgenden Institutionen verarbeitet und genutzt“ durch „von der Datenaufbereitungsstelle nach § 303d Absatz 1 übermittelten oder nach Absatz 3 Satz 3 bereitgestellten Daten können von folgenden Institutionen verarbeitet“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 49 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeiten und nutzen“ durch „nach § 303d Absatz 1 übermittelten oder die nach Absatz 3 Satz 3 bereitgestellten Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeiten“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 49 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „und Nutzung“ nach „Verarbeitung“ gestrichen.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 39 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

**„§ 303e Datenverarbeitung, Verordnungsermächtigung**

(1) Die von der Datenaufbereitungsstelle nach § 303d Absatz 1 übermittelten oder nach Absatz 3 Satz 3 bereitgestellten Daten können von folgenden Institutionen verarbeitet werden, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind:

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. den Bundes- und Landesverbänden der Krankenkassen,
3. den Krankenkassen,
4. den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Kassenärztlichen Vereinigungen,
5. den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
6. den Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder,
7. den Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung,
8. den Hochschulen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen,
9. dem Gemeinsamen Bundesausschuss,
10. dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
11. dem Institut des Bewertungsausschusses,

### § 303f Gebührenregelung; Verordnungsermächtigung

(1) Das Forschungsdatenzentrum erhebt von den Nutzungsberechtigten nach § 303e Absatz 1 Gebühren und Auslagen für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach § 303d zur Deckung des Verwaltungsaufwandes. Die Gebührensätze sind so zu bemessen, dass sie den auf die Leistungen entfallenden durchschnittlichen Personal- und Sachaufwand nicht übersteigen. Die Krankenkassen, ihre Verbände, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie das Bundesministerium für Gesundheit als Aufsichtsbehörde sind von der Zahlung der Gebühren befreit.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die gebührenpflichtigen Tatbestände zu bestimmen und dabei feste Sätze oder Rahmensätze vorzusehen sowie Regelungen über die Gebührenentstehung, die Gebührenerhebung, die Erstattung von Auslagen, den Gebührenschuldner, Gebührenbefreiungen, die Fälligkeit, die Stundung, die Niederschlagung, den Erlass, Säumniszuschläge, die Verjährung und die Erstattung zu treffen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung durch Rechts-

12. der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
13. den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
14. dem Institut nach § 137a,
15. dem Institut nach § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (DRG-Institut),
16. den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden sowie deren jeweiligen nachgeordneten Bereichen und den übrigen obersten Bundesbehörden,
17. der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie der Bundesapothekerkammer,
18. der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

(2) Die nach Absatz 1 Berechtigten können die nach § 303d Absatz 1 übermittelten oder die nach Absatz 3 Satz 3 bereitgestellten Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeiten:

1. Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner,
2. Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Planung von Leistungsressourcen (zum Beispiel Krankenhausplanung),
4. Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, Analysen des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und von Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung),
5. Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung,
6. Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen.

Die nach § 303a Absatz 1 Satz 2 bestimmte Datenaufbereitungsstelle erhebt für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach § 303d Absatz 1 in Verbindung mit § 303e Absatz 3 zur Deckung des Verwaltungsaufwandes Gebühren und Auslagen. Die Gebührensätze sind so zu bemessen, dass das geschätzte Gebührenaufkommen den auf die Leistungen entfallenden durchschnittlichen Personal- und Sachaufwand nicht übersteigt. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die gebührenpflichtigen Tatbestände zu bestimmen und dabei feste Sätze oder Rahmensätze vorzusehen sowie Regelungen über die Gebührenentstehung, die Gebührenerhebung, die Erstattung von Auslagen, den Gebührenschuldner, Gebührenbefreiungen, die Fälligkeit, die Stundung, die Niederschlagung, den Erlass, Säumniszuschläge, die Verjährung und die Erstattung zu treffen.

(3) Die Datenaufbereitungsstelle hat bei Anfragen der nach Absatz 1 Berechtigten zu prüfen, ob der Zweck zur Verarbeitung der Daten dem Katalog nach Absatz 2 entspricht und ob der Umfang und die Struktur der Daten für diesen Zweck ausreichend und erforderlich sind. Die Daten werden anonymisiert zur Verfügung gestellt. Ausnahmsweise werden die Daten pseudonymisiert bereitgestellt, wenn dies für den angestrebten Zweck erforderlich ist. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Antragsteller mitzuteilen und zu begründen.“

verordnung auf die öffentliche Stelle, die vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 303a Absatz 1 als Forschungsdatenzentrum nach § 303d bestimmt ist, übertragen.<sup>556</sup>

### Dritter Abschnitt

#### 556 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 175 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

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

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 207 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 „den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den“ durch „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Bundes- oder“ ersetzt.

#### AUFHEBUNG

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 83 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 303f Datenverarbeitung und -nutzung

(1) Die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Bundes- oder Landesverbänden der Krankenkassen, den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und ihren Mitgliedern, den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene, Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder, Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung, Hochschulen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie von den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden sowie deren jeweiligen nachgeordneten Bereichen verarbeitet und genutzt werden, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind.

(2) Die Nutzungsberechtigten können die Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeiten und nutzen:

1. Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner,
2. Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Planung von Leistungsressourcen (Krankenhausplanung etc.),
4. Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung),
5. Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung,
6. Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen.

Die Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz erstellt bis zum 31. Dezember 2004 im Benehmen mit dem Beirat einen Katalog, der die Zwecke festlegt, für welche die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten verarbeitet und genutzt werden dürfen, sowie die Erhebung und das Verfahren zur Berechnung von Nutzungsgebühren regelt. Der Katalog ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann ihn innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommt der Katalog nicht innerhalb der Frist nach Satz 2 zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Ländern den Katalog.

(3) Die Datenaufbereitungsstelle hat bei Anfragen der nach Absatz 1 berechtigten Stellen zu prüfen, ob der Zweck zur Verarbeitung und Nutzung der Daten dem Katalog nach Absatz 2 entspricht und ob der Umfang und die Struktur der Daten für diesen Zweck ausreichend und erforderlich sind. Die Prüfung nach Satz 1 entfällt, sofern datenliefernde Stellen nach § 303e Abs. 2 die von ihnen bereitgestellten Daten nutzen wollen oder die Nutzung durch ihre Verbände gestattet haben.“

#### QUELLE

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 39 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift eingefügt.



**Datenlöschung, Auskunftspflicht****§ 304 Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse**

(1) Die für Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse gespeicherten Sozialdaten sind nach folgender Maßgabe zu löschen:

1. die Daten nach, den §§ 292, 295 Absatz 1a, 1b und 2 sowie Daten, die für die Prüfungsausschüsse und ihre Geschäftsstellen für die Prüfungen nach den §§ 106 bis 106c erforderlich sind, spätestens nach zehn Jahren,
2. die die Daten, die auf Grund der nach § 266 Absatz 7 Satz 1 erlassenen Rechtsverordnung für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach den §§ 266 und 267 erforderlich sind, spätestens nach den in der Rechtsverordnung genannten Fristen.

Die Aufbewahrungsfristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. Abweichend von Satz 1 Nummer 2 können Krankenkassen die rechtmäßig gespeicherten ärztlichen Abrechnungsdaten für Zwecke der Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs länger aufbewahren; sie sind nach spätestens vier Jahren in der Verarbeitung einzuschränken und spätestens nach den in der Rechtsverordnung genannten Fristen zu löschen. Die Krankenkassen können für Zwecke der Krankenversicherung Leistungsdaten länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, daß ein Bezug zum Arzt und Versicherten nicht mehr herstellbar ist. Die Löschrfristen gelten nicht für den Nachweis über die Erfüllung der Meldepflicht nach § 36 des Implantateregistergesetzes, dessen Speicherung für die Erfüllung der Meldepflicht nach § 17 Absatz 2 des Implantateregistergesetzes erforderlich ist. Dieser Nachweis ist unverzüglich zu löschen, sobald die Registerstelle des Implantateregisters Deutschland die Krankenkasse über die Anonymisierung des Registerdatensatzes der oder des Versicherten unterrichtet hat.

(2) Im Falle des Wechsels der Krankenkasse ist die bisher zuständige Krankenkasse verpflichtet, den Nachweis über die Erfüllung der Meldepflicht nach § 36 des Implantateregistergesetzes an die neue Krankenkasse zu übermitteln sowie die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 288 und 292 der neuen Krankenkasse zu übermitteln.

(3) Für die Aufbewahrung der Kranken- und sonstigen Berechtigungsscheine für die Inanspruchnahme von Leistungen einschließlich der Verordnungsblätter für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gilt § 84 Absatz 6 des Zehnten Buches.<sup>557</sup>

**557 ÄNDERUNGEN**

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 163 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Nr. 2 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. die Daten nach § 292 Abs. 2, § 295 Abs. 2, § 297 und § 299 spätestens nach zwei Jahren“.

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 1 Satz 1 „personenbezogenen Daten“ durch „Sozialdaten“ ersetzt und „Abs. 2“ nach „§ 84“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „Aufbewahrungsfristen“ durch „Aufbewahrung“ ersetzt, „Abs. 2 und 6“ nach „§ 84“ eingefügt und „entsprechend“ am Ende gestrichen.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 80a lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „Abs. 1“ nach „§ 292“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 80a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „Abs. 2“ nach „§ 292“ gestrichen und „§§ 297 und 299“ durch „§ 297“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 176 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen“.

Artikel 1 Nr. 176 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 176 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. die Daten nach § 292, § 295 Abs. 2, § 296 Abs. 1 und 3 sowie den § 297 spätestens nach zwei Jahren“.

### § 305 Auskünfte an Versicherte

(1) Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Auf Verlangen der Versicherten und mit deren ausdrücklicher Einwilligung sollen die Krankenkassen an Dritte, die die Versicherten benannt haben, Daten nach Satz 1 auch elektronisch übermitteln. Bei der Übermittlung an Anbieter elektronischer Patientenakten oder anderer persönlicher elektronischer Gesundheitsakten muss sichergestellt werden, dass die Daten nach Satz 1 nicht ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten von Dritten eingesehen werden können. Zum Schutz vor unbefugter Kenntnisnahme der Daten der Versicherten, insbesondere zur sicheren Identifizierung des Versicherten und des Dritten nach Satz 2 sowie zur sicheren Datenübertragung, ist die Richtlinie nach § 217f Absatz 4b entsprechend anzuwenden. Die für die Unterrichtung nach Satz 1 und für die Übermittlung nach Satz 2 erforderlichen Daten dürfen ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet werden. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten und die Übermittlung der Daten ist nicht zulässig. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung nach Satz 1 und über die Übermittlung nach Satz 2 regeln.

(2) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren haben die Versicherten auf Verlangen in verständlicher Form entweder schriftlich oder elektronisch, direkt im Anschluss an die Behandlung oder mindestens quartalsweise

---

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 40 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „oder des Risikopools (§ 269)“ nach „(§§ 266, 267)“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 40 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 21 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „bis § 106c“ nach „§ 106“ eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 50 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Für das Löschen der für Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse gespeicherten Sozialdaten gilt § 84 Abs. 2 des Zehnten Buches entsprechend mit der Maßgabe, daß

1. die Daten nach § 292 spätestens nach zehn Jahren,
2. Daten nach § 295 Abs. 1a, 1b und 2 sowie Daten, die für die Prüfungsausschüsse und ihre Geschäftsstellen für die Prüfungen nach § 106 bis § 106c erforderlich sind, spätestens nach vier Jahren und Daten, die auf Grund der nach § 266 Abs. 7 Satz 1 erlassenen Rechtsverordnung für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§§ 266, 267) erforderlich sind, spätestens nach den in der Rechtsverordnung genannten Fristen

zu löschen sind.“

Artikel 123 Nr. 50 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „zu sperren“ durch „in der Verarbeitung einzuschränken“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 50 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „Abs. 2 und 6“ durch „Absatz 6“ ersetzt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 40 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „§ 292“ durch „ , den §§ 292, 295 Absatz 1a, 1b und 2 sowie Daten, die für die Prüfungsausschüsse und ihre Geschäftsstellen für die Prüfungen nach den §§ 106 bis 106c erforderlich sind,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 40 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „Daten nach § 295 Absatz 1a, 1b und 2 sowie die Daten, die für die Prüfungsausschüsse und ihre Geschäftsstellen für die Prüfungen nach den §§ 106 bis 106c erforderlich sind, spätestens nach vier Jahren und“ vor „die Daten“ gestrichen.

01.01.2020.—Artikel 3 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494) hat Abs. 1 Satz 5 und 6 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „den Nachweis über die Erfüllung der Meldepflicht nach § 36 des Implantateregistergesetzes an die neue Krankenkasse zu übermitteln sowie“ nach „verpflichtet,“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29b des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 „auf Verlangen der neuen Krankenkasse mitzuteilen“ durch „der neuen Krankenkasse zu übermitteln“ ersetzt.

spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind, über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten (Patientenquittung) zu unterrichten. Satz 1 gilt auch für die vertragszahnärztliche Versorgung. Der Versicherte erstattet für eine quartalsweise schriftliche Unterrichtung nach Satz 1 eine Aufwandspauschale in Höhe von 1 Euro zuzüglich Versandkosten. Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Krankenhäuser unterrichten die Versicherten auf Verlangen in verständlicher Form entweder schriftlich oder elektronisch innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung über die erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft durch Vertrag.

(3) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten auf Verlangen umfassend über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Leistungserbringer einschließlich medizinische Versorgungszentren und Leistungserbringer in der besonderen Versorgung sowie über die verordnungsfähigen Leistungen und Bezugsquellen, einschließlich der Informationen nach § 73 Abs. 8, § 127 Absatz 3 und 5. Die Krankenkasse hat Versicherte vor deren Entscheidung über die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen in Wahlтарifen nach § 53 Abs. 3 umfassend über darin erbrachte Leistungen und die beteiligten Leistungserbringer zu informieren. § 69 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.<sup>558</sup>

---

#### 558 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 164 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Soweit der Krankenkasse die Angaben verfügbar sind, kann der Versicherte Auskunft höchstens über die von ihm in den letzten zwei Geschäftsjahren in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten verlangen. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Auskunftserteilung regeln.“

(2) Die Vertragspartner der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung vereinbaren, daß auch die Kassenärztlichen Vereinigungen Versicherten Auskünfte über die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen und ihre Kosten erteilen. Absatz 1 gilt entsprechend.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 56 lit. b des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 2 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 177 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen unterrichten die Versicherten schriftlich über die zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Leistungen und die von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte innerhalb von vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind. Satz 1 gilt auch für Vertragszahnärzte. Das Nähere regelt die Vertragspartner nach § 82 in den Bundesmantelverträgen. Die Krankenhäuser unterrichten die Versicherten schriftlich innerhalb von vier Wochen nach Abschluß der Krankenhausbehandlung über die von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte; das Nähere regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die Deutsche Krankenhausgesellschaft durch Vertrag.“

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

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 Satz 7 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 208 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 1 „und Bezugsquellen“ nach „Leistungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 208 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 208 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 6 „regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch „regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 17 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 2 Satz 1 „ärztlich geleiteten“ nach „Ärzte,“ gestrichen.

**§ 305a Beratung der Vertragsärzte**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen beraten in erforderlichen Fällen die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit. Ergänzend können die Vertragsärzte den Kassenärztlichen Vereinigungen die Daten über die von ihnen verordneten Leistungen nicht versichertenbezogen übermitteln, die Kassenärztlichen Vereinigungen können diese Daten für ihre Beratung des Vertragsarztes auswerten und auf der Grundlage dieser Daten erstellte vergleichende Übersichten den Vertragsärzten nicht arztbezogen zur Verfügung stellen. Die Vertragsärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Daten nach Satz 2 nur für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten. Ist gesetzlich oder durch Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 nichts anderes bestimmt, dürfen Vertragsärzte Daten über von ihnen verordnete Arzneimittel nur solchen Stellen übermitteln, die sich verpflichten, die Daten ausschließlich als Nachweis für die in einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Region mit mindestens jeweils 300 000 Einwohnern oder mit jeweils mindestens 1 300 Ärzten insgesamt in Anspruch genommenen Leistungen zu verarbeiten; eine Verarbeitung dieser Daten mit regionaler Differenzierung innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung, für einzelne Vertragsärzte oder Einrichtungen sowie für einzelne Apotheken ist unzulässig. Satz 4 gilt auch für die Übermittlung von

---

18.12.2008.—Artikel 1 Nr. 14e des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat in Abs. 3 Satz 3 „Satz 4“ durch „Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 83a lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Sätze 1 bis 3 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 1 bis 3 lauteten: „Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Die Kassenärztlichen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen in den Fällen des Satzes 1 die Angaben über die von den Versicherten in Anspruch genommenen ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen und deren Kosten für jeden Versicherten gesondert in einer Form, die eine Kenntnisnahme durch die Krankenkassen ausschließt. Die Krankenkassen leiten die Angaben an den Versicherten weiter.“

Artikel 1 Nr. 83a lit. b desselben Gesetzes hat Satz 7 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 7 lautete: „Kommt eine Regelung nach den Sätzen 4 und 6 bis zum 30. Juni 2004 nicht zu Stande, kann das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmen.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 89 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 3 Satz 1 „integrierten“ durch „besonderen“ ersetzt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 21 des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 3 Satz 1 „Abs. 3“ durch „Absatz 1 Satz 4, Absatz 3 und 4a“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 102 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Die Unterrichtung über die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen erfolgt getrennt von der Unterrichtung über die ärztlich verordneten und veranlassten Leistungen. Die für die Unterrichtung nach Satz 1 erforderlichen Daten dürfen ausschließlich für diesen Zweck verarbeitet und genutzt werden; eine Gesamtaufstellung der von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen darf von den Krankenkassen nicht erstellt werden. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten ist nicht zulässig. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln.“

Artikel 1 Nr. 102 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „schriftlich in verständlicher Form“ durch „in verständlicher Form entweder schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 102 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Absatz 1 Satz 4, Absatz 3 und 4a“ durch „Absatz 3 und 5“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 51 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 2 Satz 1 „schriftlich in verständlicher Form“ durch „in verständlicher Form entweder schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.

Daten über die nach diesem Buch verordnungsfähigen Arzneimittel durch Apotheken, den Großhandel, Krankenkassen sowie deren Rechenzentren. Abweichend von Satz 4 dürfen Leistungserbringer und Krankenkassen Daten über verordnete Arzneimittel in vertraglichen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 137f oder 140a nutzen. Eine Beratung des Arztes oder Psychotherapeuten durch die Krankenkasse oder durch einen von der Krankenkasse beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen auch mittels informationstechnischer Systeme ist unzulässig.<sup>559</sup>

### § 305b Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Krankenkassen, mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse, veröffentlichen im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Die Satzung hat weitere Arten der Veröffentlichung zu regeln, die sicherstellen, dass alle Versicherten der Krankenkasse davon Kenntnis erlangen können. Zu veröffentlichen sind insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben sind gesondert auszuweisen. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.<sup>560</sup>

---

#### 559 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 81 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

31.12.2001.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3773) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 305a Information der Vertragsärzte

(1) Zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte über verordnungsfähige Leistungen und deren Preise oder Entgelte informieren sowie nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Hinweise zu Indikation und therapeutischem Nutzen geben.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen können die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit gemäß § 106 Abs. 2a beraten.“

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 209 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Sätze 4 bis 6 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 90 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Satz 6 „§§ 63, 73b, 73c, 137f“ durch „§§ 63, 73b, 137f“ ersetzt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Satz 7 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 52 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Satz 3 „und nutzen“ am Ende gestrichen.

#### 560 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 178 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

01.01.2014.—Artikel 1 Nr. 83b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) in der Fassung des Artikels 8 Nr. 14 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 305b Rechenschaft über die Verwendung der Mittel

Die Krankenkassen haben in ihren Mitgliederzeitschriften in hervorgehobener Weise und gebotener Ausführlichkeit jährlich über die Verwendung ihrer Mittel im Vorjahr Rechenschaft abzulegen und dort zugleich ihre Verwaltungsausgaben gesondert auch als Beitragssatzanteil auszuweisen.“

**Elftes Kapitel  
Straf- und Bußgeldvorschriften<sup>561</sup>**

**§ 306 Zusammenarbeit zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten**

Zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten arbeiten die Krankenkassen insbesondere mit der Bundesagentur für Arbeit, den Behörden der Zollverwaltung, den Rentenversicherungsträgern, den Trägern der Sozialhilfe, den in § 71 des Aufenthaltsgesetzes genannten Behörden, den Finanzbehörden, den nach Landesrecht für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz zuständigen Behörden, den Trägern der Unfallversicherung und den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen, wenn sich im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte ergeben für

1. Verstöße gegen das Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz,
2. eine Beschäftigung oder Tätigkeit von nichtdeutschen Arbeitnehmern ohne den erforderlichen Aufenthaltstitel nach § 4 Abs. 3 des Aufenthaltsgesetzes, eine Aufenthaltsgestattung oder eine Duldung, die zur Ausübung der Beschäftigung berechtigen, oder eine Genehmigung nach § 284 Abs. 1 des Dritten Buches,
3. Verstöße gegen die Mitwirkungspflicht nach § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Ersten Buches gegenüber einer Dienststelle der Bundesagentur für Arbeit, einem Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung oder einem Träger der Sozialhilfe oder gegen die Meldepflicht nach § 8a des Asylbewerberleistungsgesetzes,
4. Verstöße gegen das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz,
5. Verstöße gegen die Vorschriften des Vierten und des Siebten Buches über die Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen, soweit sie im Zusammenhang mit den in den Nummern 1 bis 4 genannten Verstößen stehen,
6. Verstöße gegen Steuergesetze,
7. Verstöße gegen das Aufenthaltsgesetz.

Sie unterrichten die für die Verfolgung und Ahndung zuständigen Behörden, die Träger der Sozialhilfe sowie die Behörden nach § 71 des Aufenthaltsgesetzes. Die Unterrichtung kann auch Angaben über die Tatsachen enthalten, die für die Einziehung der Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung erforderlich sind. Die Übermittlung von Sozialdaten, die nach den §§ 284 bis 302 von Versicherten erhoben werden, ist unzulässig.<sup>562</sup>

---

**561** ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 179 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Kapitels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Bußgeldvorschriften“.

**562** ÄNDERUNGEN

01.01.1991.—Artikel 12 Abs. 8 des Gesetzes vom 9. Juli 1990 (BGBl. I S. 1354) hat in Satz 1 und 2 jeweils „§ 20“ durch „§ 63“ ersetzt.

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 22 des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Satz 4 „Unterrichtung über personenbezogene Daten“ durch „Übermittlung von Sozialdaten“ ersetzt.

01.01.1997.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254) hat in Satz 1 Nr. 6 „der Reichsversicherungsordnung“ durch „des Siebten Buches“ ersetzt.

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 16 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat in Satz 1 Nr. 2 „Erlaubnis nach § 19 Abs. 1 des Arbeitsförderungsgesetzes“ durch „Genehmigung nach § 284 Abs. 1 Satz 1 des Dritten Buches“ ersetzt.

01.01.1998.—Artikel 4 Nr. 8 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2970) hat in Satz 1 „den Hauptzollämtern, den Rentenversicherungsträgern, den Trägern der Sozialhilfe,“ nach „Arbeit,“ eingefügt.

Artikel 4 Nr. 8 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 3 in Satz 1 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„3. Verstöße gegen die Mitwirkungspflicht gegenüber einer Dienststelle der Bundesanstalt für Arbeit nach § 60 Abs. 1 Nr. 2 des Ersten Buches,“.

### § 307 Bußgeldvorschriften

(1) Ordnungswidrig handelt, wer entgegen § 291a Abs. 8 Satz 1 eine dort genannte Gestattung verlangt oder mit dem Inhaber der Karte eine solche Gestattung vereinbart.

(1a) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 291b Absatz 6 Satz 2 und 4 eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vornimmt.

(1b) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 291b Absatz 8 Satz 2 einer verbindlichen Anweisung nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig Folge leistet.

(1c) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 291b Absatz 8 Satz 3 einer verbindlichen Anweisung nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig Folge leistet.

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder leichtfertig

1. a) als Arbeitgeber entgegen § 204 Abs. 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1, oder
- b) entgegen § 204 Abs. 1 Satz 3, auch in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1, oder § 205 Nr. 3 oder
- c) als für die Zahlstelle Verantwortlicher entgegen § 202 Absatz 1 Satz 1

eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,

2. entgegen § 206 Abs. 1 Satz 1 eine Auskunft oder eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder mitteilt oder

3. entgegen § 206 Abs. 1 Satz 2 die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt.

(3) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 1 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro, in den übrigen Fällen mit einer Geldbuße bis zu Zweitausendfünfhundert Euro geahndet werden.

(4) Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist in den Fällen der Absätze 1a bis 1c das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik.<sup>563</sup>

Artikel 4 Nr. 8 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Satz 1 Nr. 5 „und des Siebten“ nach „Vierten“ eingefügt.

Artikel 4 Nr. 8 lit. a litt. dd und ee desselben Gesetzes hat Nr. 6 in Satz 1 aufgehoben und Nr. 7 und 8 in Nr. 6 und 7 unnummeriert. Nr. 6 lautete:

„6. Verstöße gegen Bestimmungen des Siebten Buches, soweit sie im Zusammenhang mit Verstößen gegen die Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen zur Unfallversicherung stehen,“

Artikel 4 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Sie unterrichten die für die Verfolgung und Ahndung zuständigen Behörden sowie die Behörden nach § 63 des Ausländergesetzes.“

Artikel 4 Nr. 8 lit. c desselben Gesetzes hat in Satz 3 „erheblich“ durch „erforderlich“ ersetzt.

01.08.2002.—Artikel 4 des Gesetzes vom 23. Juli 2002 (BGBl. I S. 2787) hat in Satz 1 „Hauptzollämtern“ durch „Behörden der Zollverwaltung“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 4 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848) hat in Satz 1 und Satz 1 Nr. 3 jeweils „Bundesanstalt“ durch „Bundesagentur“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 10 Abs. 6 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 30. Juli 2004 (BGBl. I S. 1950) hat in den Sätzen 1 und 2 „§ 63 des Ausländergesetzes“ durch „§ 71 des Aufenthaltsgesetzes“ ersetzt.

Artikel 10 Abs. 6 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 1 Nr. 2 „die erforderliche Genehmigung nach § 284 Abs. 1 Satz 1 des Dritten Buches“ durch „den erforderlichen Aufenthaltstitel nach § 4 Abs. 3 des Aufenthaltsgesetzes, eine Aufenthaltsgestattung oder eine Duldung, die zur Ausübung der Beschäftigung berechtigen, oder eine Genehmigung nach § 284 Abs. 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 10 Abs. 6 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat in Satz 1 Nr. 7 „Ausländergesetz“ durch „Aufenthaltsgesetz“ ersetzt.

18.03.2005.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 14. März 2005 (BGBl. I S. 721) hat in Satz 1 und Satz 1 Nr. 1 jeweils „Gesetz zur Bekämpfung der Schwarzarbeit“ durch „Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz“ ersetzt und in Satz 1 Nr. 1 „Sozialgesetzbuch“ nach „Buches“ gestrichen.

### § 307a Strafvorschriften

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen § 171b Absatz 2 Satz 1 die Zahlungsunfähigkeit oder die Überschuldung nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig anzeigt.

(2) Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.<sup>564</sup>

### § 307b Strafvorschriften

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer

1. entgegen § 291a Absatz 4 Satz 1 oder Absatz 5a Satz 1 erster Halbsatz oder Satz 2 auf dort genannte Daten zugreift,
2. entgegen § 303e Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 Daten weitergibt oder
3. entgegen § 303e Absatz 5 Satz 4 dort genannte Daten verarbeitet.

(2) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen Anderen zu bereichern oder einen Anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe.

(3) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. Antragsberechtigt sind der Betroffene, der Bundesbeauftragte für den Datenschutz oder die zuständige Aufsichtsbehörde.<sup>565</sup>

01.01.1990.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 6. Oktober 1990 (BGBl. I S. 1822) hat in Abs. 1 „vorsätzlich oder leichtfertig“ nach „wer“ eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 2 „5 000 Deutsche Mark“ durch „Zweitausendfünfhundert Euro“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 180 lit. a und b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 und 2 in Abs. 2 und 3 unnummeriert und Abs. 1 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 180 lit. c desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 „in den Fällen des Absatzes 1 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro, in den übrigen Fällen“ nach „kann“ eingefügt.

04.06.2016.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254) hat in Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c „Absatz 1“ nach „§ 202“ eingefügt.

30.06.2017.—Artikel 4 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 2017 (BGBl. I S. 1885) hat Abs. 1a bis 1c eingefügt.

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

#### 564 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 181 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

01.01.2010.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Abs. 4 eingefügt.

#### UMNUMMERIERUNG

30.07.2010.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) hat § 307a in § 307b unnummeriert.

#### QUELLE

30.07.2010.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) hat die Vorschrift eingefügt.

#### 565 UMNUMMERIERUNG

30.07.2010.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) hat § 307a in § 307b unnummeriert.

#### ÄNDERUNGEN

30.07.2010.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Wer es als Mitglied des Vorstands einer Krankenkasse entgegen § 171b Abs. 2 Satz 1 unterlässt, der Aufsichtsbehörde die in § 55 Abs. 1 des Kreditwesengesetzes genannten Sachverhalte anzuzeigen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.“



## Zwölftes Kapitel Überleitungsregelungen aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands

§ 308<sup>566</sup>

### § 309 Versicherter Personenkreis

(1) Soweit Vorschriften dieses Buches

1. an die Bezugsgröße anknüpfen, gilt vom 1. Januar 2001 an die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet,
2. an die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung anknüpfen, gilt von dem nach Nummer 1 maßgeblichen Zeitpunkt an die Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 des Sechsten Buches auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.

(2) (weggefallen)

01.11.2012.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 12. Juli 2012 (BGBl. I S. 1504) hat in Abs. 1 „Abs. 4 Satz 1“ durch „Absatz 4 Satz 1 oder Absatz 5a Satz 1 erster Halbsatz oder Satz 2“ ersetzt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 41 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen § 291a Absatz 4 Satz 1 oder Absatz 5a Satz 1 erster Halbsatz oder Satz 2 auf dort genannte Daten zugreift.“

#### 566 QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Überschrift des Kapitels eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 165 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

01.01.1995.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) hat Satz 3 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Vom 1. Januar 1995 an gelten die Vorschriften dieses Kapitels mit Ausnahme des § 309 Abs. 5, § 310 Abs. 3 sowie des § 311 Abs. 2 im Land Berlin nicht.“

#### AUFHEBUNG

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 308 Inkrafttreten, Geltungsbereich

(1) Dieses Buch tritt nach Maßgabe der Vorschriften dieses Kapitels in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet am 1. Januar 1991 in Kraft, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist. Soweit in den nachfolgenden Vorschriften nichts Abweichendes bestimmt ist, kann in der Krankenversicherung in der Zeit bis zum 31. Dezember 1990 nach dem beim Wirksamwerden des Beitritts in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet geltenden Regeln verfahren werden.

(2) Die Vorschriften dieses Kapitels gelten für Versicherte, die einer Krankenkasse mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet angehören oder angehören würden, wenn sie nicht bei einer anderen sich über den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes erstreckenden Krankenkasse versichert wären, auch dann, wenn für sie Leistungen in dem Gebiet erbracht werden, in dem dieses Gesetzbuch schon vor dem Wirksamwerden des Beitritts gegolten hat.

(3) Die Vorschriften dieses Kapitels gelten für die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin nur insoweit, als sie ihre Zuständigkeit mit Inkrafttreten dieses Gesetzes auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet erstreckt. Sie gilt insoweit als Kasse mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet. Vom 1. Januar 1995 an gelten die Vorschriften dieses Kapitels mit Ausnahme des § 309 Abs. 5, § 310 Abs. 3, § 311 Abs. 2 und 4, § 312 Abs. 7a und 7b Satz 1 sowie des § 313 Abs. 6 im Land Berlin nicht; der in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Teil des Landes Berlin gilt im Rahmen des § 47 Abs. 5 und 6, § 312 Abs. 7a und 7b Satz 1 als zum Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 gehörig; für die Anwendung des § 61 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 4, § 62 Abs. 2 und 2a, § 226 Abs. 2, § 232 Abs. 1, § 234, § 235 Abs. 3 sowie des § 240 Abs. 4 ist § 18 Abs. 1 des Vierten Buches maßgeblich.“

(3) (weggefallen)

(4) (weggefallen)

(5) Zeiten der Versicherung, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 1990 in der Sozialversicherung oder in der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der Staatlichen ehemaligen Versicherung der Deutschen Demokratischen Republik oder in einem Sonderversorgungssystem (§ 1 Abs. 3 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes) zurückgelegt wurden, gelten als Zeiten einer Pflichtversicherung bei einer Krankenkasse im Sinne dieses Buches. Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 gilt Satz 1 vom 1. Januar 1991 an entsprechend für Personen, die ihren Wohnsitz und ihre Versicherung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand vom 2. Oktober 1990 hatten und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt waren, wenn sie nur wegen Überschreitung der in diesem Gebiet geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 nicht überschritten wurde.<sup>567</sup>

---

**567** QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

01.08.1991.—Artikel 6 Nr. 5 des Gesetzes vom 25. Juli 1991 (BGBl. I S. 1606) und Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) haben Abs. 3 bis 5 eingefügt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 166 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 3 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 166 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 166 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 „Versicherung“ durch „Pflichtversicherung“ nach „einer“ ersetzt.

01.04.1999.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 24. März 1999 (BGBl. I S. 388) hat Abs. 6 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 82 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Solange § 311 Abs. 1 Buchstabe c Anwendung findet, können Personen, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet nach § 10 versichert sind, abweichend von § 5 Abs. 7 auf Antrag nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 pflichtversichert werden. Der Antrag ist bei der nach § 181 zuständigen oder der nach § 184 Abs. 2 gewählten Krankenkasse zu stellen. Die Versicherungspflicht beginnt mit dem Tag, der dem Eingang des Antrags folgt, frühestens jedoch mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 eingetreten sind. Die zuständige Krankenkasse hat der Krankenkasse, bei der die Versicherung nach § 10 besteht, unverzüglich den Beginn der Mitgliedschaft anzuzeigen. Vom 1. Januar 1996 an gelten §§ 173 bis 177 entsprechend.“

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat Abs. 2, 4 und 6 aufgehoben. Abs. 2, 4 und 6 lauteten:

„(2) Wer bis zum 31. Dezember 1990 in der gesetzlichen Krankenversicherung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet pflichtversichert war und mit Ablauf des 31. Dezember 1990 aus der Versicherungspflicht ausscheidet, bleibt versichert, ohne daß es eines Antrags auf freiwillige Versicherung bedarf. Die Versicherung wird als freiwillige Versicherung bis zum Wirksamwerden einer Austrittserklärung weitergeführt.

(4) Personen, die bei der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der ehemaligen Staatlichen Versicherung der Deutschen Demokratischen Republik versichert waren und deren Versicherungsschutz am 1. Januar 1991 weiterbestand, können der Versicherung beitreten. Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieses Absatzes anzuzeigen. Die Mitgliedschaft beginnt am 1. Juni 1991, auf Antrag des Versicherten mit dem Tag des Beitritts. § 184 Abs. 1 gilt entsprechend. Wer der Versicherung nach Satz 1 beitrifft und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn der Mitgliedschaft an kündigen. Vom 1. Januar 1996 an gelten §§ 173 bis 175 entsprechend.

### § 310 Leistungen

(1) (weggefallen)

(2) (weggefallen)

(3) Die erforderlichen Untersuchungen gemäß § 30 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 7 gelten für den Zeitraum der Jahre 1989 bis 1991 als in Anspruch genommen.<sup>568</sup>

(6) Die für die Familienversicherung maßgebliche Einkommensgrenze nach § 10 Abs. 1 Nr. 5 beträgt mindestens 630 Deutsche Mark.“

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

„(1) Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 ist aus der für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet maßgebenden Beitragsbemessungsgrenze zu errechnen.“

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 gilt Satz 1 mit Wirkung vom 1. Januar 1991 an entsprechend für Personen, die ihren Wohnsitz und ihre Versicherung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 haben und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt sind, wenn sie nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 freiwillig versichert sind und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 nicht überschritten wird.“

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 30 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 1 Nr. 2 „Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten“ durch „allgemeinen Rentenversicherung“ ersetzt.

#### 568 QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 46 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Bei Inanspruchnahme von Leistungen nach § 31 ist bis zum 30. Juni 1991 keine Zuzahlung zu leisten. Bei Inanspruchnahme dieser Leistungen zwischen dem 1. Juli und dem 31. Dezember 1991 beträgt die Zuzahlung 1,50 Deutsche Mark je Mittel.“

Artikel 1 Nr. 46 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 11 Satz 2 eingefügt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 167 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Bei Inanspruchnahme von Leistungen nach § 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2, § 41 bis zum 30. Juni 1991 sind keine Zuzahlungen zu leisten. In der Zeit vom 1. Juli 1991 bis zum 30. Juni 1992 beträgt die Zuzahlung fünf Deutsche Mark je Kalendertag.“

Artikel 1 Nr. 167 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 30 Abs. 5 ist erst auf die Behandlungen anzuwenden, die nach dem 30. Juni 1992 beginnen; die erforderlichen Untersuchungen für den Zeitraum der Jahre 1989 bis 1991 gelten als in Anspruch genommen.“

Artikel 1 Nr. 167 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Bei Inanspruchnahme von Leistungen nach § 31 ist bis zum 30. Juni 1991 keine Zuzahlung zu leisten. Bei Inanspruchnahme dieser Leistungen zwischen dem 1. Juli 1991 und dem 30. Juni 1993 beträgt die Zuzahlung 1,50 Deutsche Mark je Mittel.“

Artikel 1 Nr. 167 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5, 6, 8 und 10 aufgehoben. Abs. 5, 6, 8 und 10 lauten:

„(5) Bei Inanspruchnahme von Leistungen nach § 32 ist bis zum 30. Juni 1991 keine Zuzahlung zu leisten. Bei Inanspruchnahme dieser Leistungen zwischen dem 1. Juli 1991 und dem 30. Juni 1992 beträgt die Zuzahlung fünf vom Hundert der Kosten.

(6) Zu den Kosten von orthopädischen Schuhen ist bis zum 30. Juni 1991 kein Eigenanteil zu zahlen. In der Zeit zwischen dem 1. Juli 1991 und dem 30. Juni 1992 beträgt der Eigenanteil 50 vom Hundert des Eigenanteils, der jeweils für diese Jahre von den Krankenkassen in dem Gebiet, in dem dieses Gesetzbuch Fünftes Buch schon vor dem Wirksamwerden des Beitritts gegolten hat, festgesetzt worden ist.

(8) Bei Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung nach § 39 ist bis zum 30. Juni 1991 keine und für die Zeit zwischen dem 1. Juli und dem 31. Dezember 1991 für längstens vierzehn Tage eine Zuzahlung von 2,50 Deutsche Mark je Kalendertag zu leisten. Vom 1. Januar 1992 bis zum 30. Juni 1992 beträgt die Zuzahlung fünf Deutsche Mark je Kalendertag für längstens vierzehn Tage.

(10) Fahrkosten nach § 60, die bis zum 30. Juni 1991 entstanden sind, übernimmt die Krankenkasse in vollem Umfang. Zwischen dem 1. Juli 1991 und dem 30. Juni 1992 entstandene Fahrkosten übernimmt die Krankenkasse in den in § 60 Abs. 2 Satz 1 genannten Fällen in Höhe des zehn Deutsche Mark je Fahrt übersteigenden Betrages.“

Artikel 1 Nr. 167 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 11 Satz 2 „1. Juli“ durch „1. Januar“ ersetzt.

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 16 des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Bei der Anwendung des § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 5 und des § 41 Abs. 3 sind kalendertäglich bis zum 31. Dezember 1993 8 Deutsche Mark und vom 1. Januar 1994 an 9 Deutsche Mark zu zahlen.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 57 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 1 „9 Deutsche Mark“ durch „14 Deutsche Mark“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 57 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 26 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Für die in Satz 1 genannten Zuzahlungsbeträge gilt § 62a entsprechend.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 83 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Bei der Anwendung des § 23 Abs. 6 und des § 40 Abs. 5 sind kalendertäglich 20 Deutsche Mark, bei der Anwendung des § 24 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 6 und des § 41 Abs. 3 sind kalendertäglich 14 Deutsche Mark zu zahlen.“

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat Abs. 1, 2, 4, 7, 9 und 11 aufgehoben. Abs. 1, 2, 4, 7, 9 und 11 lauteten:

„(1) Bei der Anwendung des § 39 Abs. 4 und des § 40 Abs. 5 und 6 sind kalendertäglich 14 Deutsche Mark zu zahlen.

(2) Soweit eine Behandlung nach § 29 bis zum 30. Juni 1991 durchgeführt wird, erstattet die Krankenkasse die vollen Kosten. Für eine Behandlung, die zwischen dem 1. Juli 1991 und dem 30. Juni 1992 durchgeführt wird, erstattet die Krankenkasse 90 vom Hundert, unter den Voraussetzungen des § 29 Abs. 1 Satz 2 für das zweite und jedes weitere Kind 95 vom Hundert der Kosten.

(4) Solange § 311 Abs. 1 Buchstabe c anzuwenden ist, sind für die Anwendung des § 23 Abs. 5 Satz 3 und 4 und des § 40 Abs. 3 Satz 3 höchstens die Ausgaben aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes je Mitglied im vorvergangenen Kalenderjahr, die entsprechend der Entwicklung der nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder dieser Krankenkassen im darauf folgenden Kalenderjahr je Mitglied erhöht werden, zugrunde zu legen; dieser Betrag wird um den Vomhundertsatz vermindert, um den sich die in § 18 Abs. 2 des Vierten Buches bestimmte Bezugsgröße (Ost) von der in § 18 Abs. 1 des Vierten Buches bestimmten Bezugsgröße unterscheidet.

(7) § 36 Abs. 2 gilt bis zum 31. Dezember 1993 mit der Maßgabe, daß die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen für die nach § 36 Abs. 1 bestimmten Hilfsmittel statt der Festsetzung von Festbeträgen Vertragspreise vereinbaren können; die Vertragspreise sind Höchstpreise.

(9) Das Sterbegeld nach § 59 beträgt beim Tod eines Mitglieds 70 vom Hundert der in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet geltenden Bezugsgröße, höchstens jedoch 2.100 Deutsche Mark, beim Tod eines nach § 10 Versicherten die Hälfte des Sterbegeldes für das Mitglied. Für Versicherte der knappschaftlichen Krankenversicherung erhöht sich der Vomhundertsatz um die Hälfte. Das Sterbegeld darf jedoch die nach § 59 geltenden Höchstbeträge nicht übersteigen.

(11) Bei der Anwendung der §§ 61 und 62 sind die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet geltende monatliche Bezugsgröße und Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde zu legen. Bei der Anwendung des § 61 im Beitrittsgebiet ist für die Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Abs. 3) an 1. Januar 1993 die monatliche Bezugsgröße zugrunde zu legen, die für das Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet gilt.“

### § 311 Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

(1) (weggefallen)

(2) Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung werden bei Anwendung des § 72 die im Beitrittsgebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag kraft Gesetzes zur ambulanten Versorgung zugelassen, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden. Die kirchlichen Fachambulanzen sind kraft Gesetzes bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden. Die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder teilen die Fachambulanzen, die die Voraussetzungen des Satzes 1 und 2 erfüllen, mit ihren Tätigkeitsfeldern und der Zahl der Ärzte den kassenärztlichen Vereinigungen und dem Bundesministerium für Gesundheit mit. Der Zulassungsausschuß kann die Zulassung nach Satz 1 und 2 widerrufen, wenn eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche ambulante Versorgung durch die Einrichtung nicht möglich ist. Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen haben die in den Einrichtungen nach Satz 1 und 2 beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach Satz 1 oder 2 bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 95 Abs. 2 Satz 3 erfüllt sind; dies gilt in einem Planungsbereich, in dem bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt ist nur dann, wenn sonst der zum 1. Oktober 1992 festgesetzte Bestand von Ärzten unterschritten würde. Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag sind der fachärztlichen Versorgung (§ 73) zuzuordnen. Die Sätze 6 und 7 erster Halbsatz gelten für die Anstellung von Ärzten über die am 1. Oktober 1992 vorhandenen Fachgebiete hinaus, sofern vor Antragstellung keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind. Eine Nachbesetzung ist auch möglich, wenn Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss hat den Antrag einer Einrichtung auf Verlegung ihres Sitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.

(3) (weggefallen)

(4) (weggefallen)

(5) § 83 gilt mit der Maßgabe, daß die Verbände der Krankenkassen mit den ermächtigten Einrichtungen oder ihren Verbänden im Einvernehmen mit den kassenärztlichen Vereinigungen besondere Verträge schließen können.

(6) (weggefallen)

(7) Bei Anwendung des § 95 gilt das Erfordernis des Absatzes 2 Satz 3 dieser Vorschrift nicht

- a) für Ärzte, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet die Facharztanerkennung besitzen,
- b) für Zahnärzte, die bereits zwei Jahre in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet zahnärztlich tätig sind.

(8) Die Absätze 5 und 7 gelten nicht in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teil des Landes Berlin.<sup>569</sup>

---

Artikel 1 Nr. 1 desselben Gesetzes hat Abs. 3 geändert. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Krankenkasse erstattet dem Versicherten 80 vom Hundert der Kosten der Versorgung mit Zahnersatz nach § 30, wenn die Behandlung in der Zeit vom 1. Januar 1991 bis zum 30. Juni 1992 beginnt. Die erforderlichen Untersuchungen gemäß § 30 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 7 gelten für den Zeitraum der Jahre 1989 bis 1991 als in Anspruch genommen. Solange die Verbände der Krankenkassen und die kassenzahnärztlichen Vereinigungen Verfahrensregelungen noch nicht vereinbart haben, wird die Forderung des Zahnarztes gegen den Versicherten erst fällig, wenn der Versicherte den Zuschuß nach Satz 1 von der Krankenkasse erhalten hat.“

569 QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.04.1991.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792) hat Buchstabe b in Abs. 1 aufgehoben. Buchstabe b lautete:

„b) Bis zu einer Regelung durch den gesamtdeutschen Gesetzgeber gilt:

- aa) Der Herstellerabgabepreis im Sinne der Arzneimittel-Preisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147) wird für apothekenpflichtige Arzneimittel, die an Verbraucher in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet abgegeben werden, im Jahre 1991 um einen Abschlag von 55 vom Hundert verringert. Die Abgabe der in Satz 1 genannten Arzneimittel an Abnehmer außerhalb des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebietes ist unzulässig.
- bb) Der pharmazeutische Unternehmer und der pharmazeutische Großhandel können von ihren Abnehmern Nachweise über die Verwendung der in Doppelbuchstabe aa) genannten Arzneimittel verlangen. Das Nähere regeln die Beteiligten oder ihre Verbände.
- cc) Die Höhe des Abschlags ist zum 1. Januar 1992 und zum 1. Januar 1993 durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung entsprechend dem Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet und in dem Gebiet, in dem das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch schon vor dem Beitritt gegolten hat, zu verringern.
- dd) Buchstabe b) tritt mit Ablauf des 31. Dezember 1993 außer Kraft. Doppelbuchstabe aa) gilt vom 1. Juli 1991 an nicht für Arzneimittel, die nach der Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301) nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen.“

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 168 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung werden bei Anwendung des § 72 die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien u.a.) kraft Gesetzes bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen. Der Zulassungsausschuß kann die Zulassung nach Satz 1 widerrufen, wenn eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche ambulante Versorgung durch die Einrichtung nicht möglich ist. Der Zulassungsausschuß entscheidet über eine Verlängerung der Zulassung nach Satz 1 im Benehmen mit der Landesbehörde, insbesondere unter Berücksichtigung des Anteils der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte.“

Artikel 1 Nr. 168 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „bis zum 31. Dezember 1995“ nach „gilt“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 168 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Buchstabe b in Abs. 4 aufgehoben. Buchstabe b lautete:

„b) Außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung können ermächtigte Ärzte und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt werden. Außerordentliche Mitglieder sind nicht stimmberechtigt.“

Artikel 1 Nr. 168 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Buchstabe c in Abs. 4 neu gefasst. Buchstabe c lautete:

„c) In den Organen der Kassenärztlichen Vereinigung sind die Kassenärzte und die Ärzte, die in den Einrichtungen nach Absatz 2 beschäftigt sind, je zur Hälfte vertreten. Die in Buchstabe a) Nr. 2 genannten Ärzte setzen sich zu 60 vom Hundert aus den ärztlichen Leitern dieser Einrichtungen zusammen. Die Leiter werden aus der Mitte der in der Einrichtung tätigen Fach- und Gebietsärzte jeweils für die Dauer von zwei Jahren in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt. Die Wahl wird vom Träger der Einrichtung bestätigt.“

Artikel 1 Nr. 168 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 8 aufgehoben. Abs. 8 lautete:

„(8) Bei Anwendung des § 96 gilt:

Die Zulassungsausschüsse in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bestehen bis zum 31. Dezember 1995 aus drei Vertretern der Krankenkassen und drei Vertretern der Ärzte. Die

Vertreter der Ärzte sind ein Kassenarzt, ein Arzt, der in einer Einrichtung nach Absatz 2 beschäftigt ist, sowie ein außerordentliches Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung.“

Artikel 1 Nr. 168 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 9 Satz 2 eingefügt.

01.01.1994.—Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792) hat Abs. 1 Buchstabe b eingefügt.

01.01.1996.—Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1987) hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 84 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 aufgehoben. Abs. 1 lautete:

„(1) § 71 ist mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

- a) Bei der Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ist zu berücksichtigen, daß für die Finanzierung der Ausgaben, die auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet entfallen, nur die Einnahmen aus der Durchführung der Versicherung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet verwendet werden dürfen.
- b) Bis zu einer Regelung durch den gesamtdeutschen Gesetzgeber gilt:
  - aa) Der Herstellerabgabepreis im Sinne der Arzneimittel-Preisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147) wird für apothekenpflichtige Arzneimittel, die an Verbraucher in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet abgegeben werden, im Jahre 1991 um einen Abschlag von 55 vom Hundert verringert. Die Abgabe der in Satz 1 genannten Arzneimittel an Abnehmer außerhalb des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebietes ist unzulässig.
  - bb) Der pharmazeutische Unternehmer und der pharmazeutische Großhandel können von ihren Abnehmern Nachweise über die Verwendung der in Doppelbuchstabe aa) genannten Arzneimittel verlangen. Das Nähere regeln die Beteiligten oder ihre Verbände.
  - cc) Die Höhe des Abschlags ist zum 1. Januar 1992 und zum 1. Januar 1993 durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung entsprechend dem Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet und in dem Gebiet, in dem das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch schon vor dem Beitritt gegolten hat, zu verringern.
  - dd) Buchstabe b) tritt mit Ablauf des 31. Dezember 1993 außer Kraft. Doppelbuchstabe aa) gilt vom 1. Juli 1991 an nicht für Arzneimittel, die nach der Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301) nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen.
- c) Die Vergütung für Leistungen, die in dem Gebiet, in dem das Gesetz schon vor dem Beitritt gegolten hat, erbracht werden, richtet sich bis zu dem Zeitpunkt, in dem sich die wirtschaftlichen Verhältnisse in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet an die wirtschaftlichen Verhältnisse im Gebiet, in dem das Gesetz schon vor dem Beitritt gegolten hat, angeglichen haben, nach den Vergütungsregelungen, die für vergleichbare in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet erbrachte Leistungen gelten. Der Leistungserbringer ist nicht verpflichtet, den Versicherten zu behandeln; er kann von dem Versicherten den Differenzbetrag zu der Vergütung, die er von einem Versicherten aus dem Gebiet, in dem das Gesetz schon vor dem Beitritt gegolten hat, erhalten hätte, verlangen. Die Sätze 1 und 2 finden keine Anwendung, wenn
  1. die Behandlung einer akuten Erkrankung unaufschiebbar ist;
  2. die Behandlung einer Krankheit in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet nicht möglich ist.“

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat Abs. 2a, 3, 6 und 9 bis 11 aufgehoben. Abs. 2a, 3, 6 und 9 bis 11 lauteten:

„(2a) Fachärzte an kirchlichen Fachambulanzen, welche gemäß § 311 Abs. 2 Satz 2 bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen sind, sind vom Zulassungsausschuß auf ihren Antrag unabhängig von bestehenden Zulassungsbeschränkungen und unabhängig von der Beschränkung in § 25 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen. Mit Zustimmung des Krankenhausträgers erfolgt die Zulassung auf Antrag für einen Vertragssitz in den Räumen der kirchlichen Fachambulanz. Für die Genehmigung von angestellten Ärzten im Rahmen einer beantragten Zulassung nach Satz 1 findet § 32b Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte keine Anwendung, soweit die angestellten Ärzte am 31. Dezember 1995 in der kirchlichen Fachambulanz tätig waren. Bei der Anwendung des § 95 Abs. 7 gilt das Erfordernis des Sat-

zes 3 Nr. 2 dieser Vorschrift nicht. Ein Zulassungsantrag nach Satz 1 ist spätestens bis zum 30. Juni 1996 beim Zulassungsausschuß zu stellen. Teilt der Träger einer kirchlichen Fachambulanz dem Zulassungsausschuß bis zum 31. Dezember 1995 mit, daß er zum 1. Juli 1996 die Umwandlung der kirchlichen Fachambulanz in eine Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft aus zugelassenen Vertragsärzten beabsichtigt, besteht die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 311 Abs. 2 Satz 2 bis zum 31. Dezember 1996 fort.

(3) Soweit dies zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung erforderlich ist, können die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam bis zum 31. Dezember 1995 eine Treuhandgesellschaft zur Übernahme der Trägerschaft von Einrichtungen nach Absatz 2 gründen, um deren Fortbestand zu ermöglichen. Das Nähere wird zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt.

(6) Bei Anwendung des § 85 gilt:

Die Gesamtvergütung an die Kassenärzte und die Einrichtungen nach Absatz 2 kann pauschaliert verteilt werden.

(9) § 98 Abs. 2 Nr. 12 findet bis zum 31. Dezember 1995 mit der Maßgabe Anwendung, daß die Vorschrift nicht für die Zulassung von Ärzten der Jahrgänge 1941 und früher gilt, wenn diese am 1. Januar 1990 ihren ständigen Wohnsitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet hatten. Für die Anstellung von Ärzten nach § 95 Abs. 9 gilt Satz 1 entsprechend.

(10) Bei der Anwendung des § 105 gilt zusätzlich:

Die Niederlassung in freier Praxis ist mit dem Ziel zu fördern, daß der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird. Der Anteil der in Absatz 2 genannten Einrichtungen ist entsprechend zu verringern. Diesem Ziel dient auch die Umwandlung der genannten Einrichtungen in Gemeinschaftseinrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung (Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften u.a.).

(11) Die §§ 124 und 126 gelten mit der Maßgabe, daß bis zum 31. Dezember 1993 die in Absatz 2 genannten Einrichtungen, die Heil- und Hilfsmittel erbringen, zugelassen sind, soweit sie wirtschaftlich leistungsfähig sind. Nach dem 31. Dezember 1993 richtet sich die Zulassung dieser Einrichtungen nach den §§ 124 und 126, soweit eine wirtschaftliche Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln durch private Leistungserbringer nicht sichergestellt werden kann.“

Artikel 1 Nr. 1 desselben Gesetzes hat Buchstabe d in Abs. 4 aufgehoben. Buchstabe d lautete:

„d) Bis kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts handlungsfähig sind, nehmen die nach demokratischen Regeln entstandenen, privatrechtlich organisierten, vorläufigen kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Aufsichtsbehörden der Länder die Aufgaben von kassenärztlichen Vereinigungen längstens bis zum 30. Juni 1991 wahr. Die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (West) erstreckt sich auf den Teil des Landes Berlin, in dem das Grundgesetz bisher nicht galt.“

Artikel 1 Nr. 3 desselben Gesetzes hat Abs. 8 eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. e der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 2 Satz 3 „Bundesminister“ durch „Bundesministerium“ ersetzt.

28.08.2002.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3352) hat Abs. 2 Satz 8 bis 10 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 182 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung werden bei Anwendung des § 72 die im Beitrittsgebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag kraft Gesetzes zur ambulanten Versorgung zugelassen, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden. Die kirchlichen Fachambulanzen sind kraft Gesetzes bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden. Die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder teilen die Fachambulanzen, die die Voraussetzungen des Satzes 1 und 2 erfüllen, mit ihren Tätigkeitsfeldern und der Zahl der Ärzte den kassenärztlichen Vereinigungen und dem Bundesministerium für Gesundheit mit. Der Zulassungsausschuß kann die Zulassung nach Satz 1 und 2 widerrufen, wenn eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche ambulante Versorgung durch die Einrichtung nicht möglich ist. Die Landesausschüsse der Ärzte und Kranken-



§ 311a<sup>570</sup>

kassen haben die in den Einrichtungen nach Satz 1 und 2 beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach Satz 1 oder 2 bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 95 Abs. 2 Satz 3 erfüllt sind; dies gilt in einem Planungsbereich, in dem bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt ist nur dann, wenn sonst der zum 1. Oktober 1992 festgesetzte Bestand von Ärzten unterschritten würde. Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag sind der fachärztlichen Versorgung (§ 73) zuzuordnen. Die Sätze 6 und 7 erster Halbsatz gelten für die Anstellung von Ärzten über die am 1. Oktober 1992 vorhandenen Fachgebiete hinaus, sofern vor Antragstellung keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind. Eine Nachbesetzung ist auch möglich, wenn Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss hat den Antrag einer Einrichtung auf Verlegung ihres Sitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.“

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 182 lit. b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Bei Anwendung des § 77 gilt:

a) Ordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung in dem beigetretenen Gebiet sind

1. die Kassenärzte,

2. die Fach- oder Gebietsärzte, die in den Einrichtungen nach Absatz 2 beschäftigt sind.

b) (weggefallen)

c) In den Organen der Kassenärztlichen Vereinigung sind die Ärzte, die in Einrichtungen nach Absatz 2 beschäftigt sind, im Verhältnis ihrer Zahl zu der der Vertragsärzte vertreten. Das zu Beginn der Wahlperiode bestehende Verhältnis nach Buchstabe c Satz 1 gilt für die gesamte Dauer.“

**570 QUELLE**

01.04.1991.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792) hat die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 169 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 „; ab 1. Januar 1993 beträgt der Abschlag 20 vom Hundert“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 169 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „ , ab 1. Januar 1993 22 vom Hundert,“ nach „24 vom Hundert“ und „ , ab 1. Januar 1993 23 vom Hundert“ am Ende eingefügt.

**AUFHEBUNG**

01.01.1994.—Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

**„§ 311a Rechnungsabschlüsse bei Arzneimitteln**

(1) Die Krankenkassen, die die Krankenversicherung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet durchführen, erhalten von den Apotheken in diesem Gebiet für ab 1. April 1991 zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel auf den für den Versicherten maßgeblichen, um den Abschlag von 5 vom Hundert (§ 130) verringerten Arzneimittelabgabepreis einen Rechnungsabschlag in Höhe von 22 vom Hundert; ab 1. Januar 1993 beträgt der Abschlag 20 vom Hundert.

(2) Für die gemäß Absatz 1 abgegebenen Arzneimittel erhalten die in Absatz 1 genannten Apotheken von dem pharmazeutischen Großhandel einen Rechnungsabschlag in Höhe von 24 vom Hundert, ab 1. Januar 1993 22 vom Hundert, und der pharmazeutische Großhandel von den pharmazeutischen Unternehmen einen Rechnungsabschlag in Höhe von 25 vom Hundert, ab 1. Januar 1993 23 vom Hundert.

(3) Die in Absatz 2 genannten Rechnungsabschlüsse dürfen für Arzneimittel, die nicht nach Absatz 1 abgegeben werden, weder geltend gemacht noch entgegengenommen werden. Der pharmazeutische Unternehmer und der pharmazeutische Großhandel können ihre Abnehmer binden, die von dem Rechnungsabschlag nach Absatz 1 erfaßten Arzneimittel nur zu Lasten der in Absatz 1 genannten Krankenkassen abzugeben, und von ihren Abnehmern Nachweise über die Abgabe der in Absatz 1 genannten Arzneimittel verlangen.

(4) Der Bundesminister für Gesundheit paßt die Höhe der in den Absätzen 1 und 2 genannten Rechnungsabschlüsse durch Rechtsverordnung an, damit erreicht wird, daß die pharmazeutischen Unternehmer, der pharmazeutische Großhandel und die Apotheken ein Defizit bei den Arzneimittelausgaben im Zeitraum vom 1. April 1991 bis 31. März 1992 bis zu einem Betrag von 500 Millionen Deutsche

§ 311b<sup>571</sup>

§ 312<sup>572</sup>

---

Mark, im Zeitraum 1. April 1992 bis 31. März 1993 bis zu einem Betrag von einer Milliarde Deutsche Mark und im Zeitraum 1. April 1993 bis 31. Dezember 1993 bis zu einem Betrag von 700 Millionen Deutsche Mark zu 100 vom Hundert und ein über diese Beträge hinausgehendes Defizit zu 50 vom Hundert tragen. Ein Defizit im Sinne des Satzes 1 liegt vor, soweit die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen, die die Krankenversicherung in dem in Absatz 1 genannten Gebiet durchführen, 15,6 vom Hundert ihrer Beitragseinnahmen überschreiten.“

**571 QUELLE**

01.04.1991.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792) hat die Vorschrift eingefügt.

**AUFHEBUNG**

01.01.1994.—Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

**„§ 311b Bußgeldvorschriften**

(1) Ordnungswidrig handelt, wer entgegen § 311a Abs. 3 Satz 1 die in § 311a Abs. 2 genannten Rechnungsabschlüsse geltend macht oder entgegennimmt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 10 000 Deutsche Mark geahndet werden.“

**572 QUELLE**

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

01.08.1991.—Artikel 6 Nr. 6 des Gesetzes vom 25. Juli 1991 (BGBl. I S. 1606) hat Abs. 7a und 7b eingefügt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 170 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 6 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 170 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 7a Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 170 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7b Satz 2 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 85 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 7a und 7b aufgehoben. Abs. 7a und 7b lauteten:

„(7a) Solange § 311 Abs. 1 Buchstabe c Anwendung findet, können versicherungspflichtig Beschäftigte, die ihren Wohnsitz im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 haben und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt sind, die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse wählen, bei der sie zuletzt vor Aufnahme der Beschäftigung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet versichert waren. Ist eine solche Krankenkasse nicht vorhanden, so kann die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse gewählt werden, die bei einer entsprechenden Beschäftigung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 zuständig wäre oder nach § 183 Abs. 1 gewählt werden könnte. § 183 Abs. 5 gilt entsprechend. Vom 1. Januar 1996 an gelten die §§ 173 bis 177 entsprechend.

(7b) Solange § 311 Abs. 1 Buchstabe c Anwendung findet, ist bei der Anwendung des § 257 Abs. 2 für Beschäftigte, die ihren Wohnsitz im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 haben und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt sind, die Krankenkasse heranzuziehen, die zuletzt vor Aufnahme einer Beschäftigung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet heranzuziehen war oder nach Absatz 7a Satz 2 heranzuziehen wäre. Vom 1. Januar 1996 an ist der nach § 257 Abs. 2a Satz 2 für das Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet zu errechnende durchschnittliche Höchstbeitrag anzuwenden.“

**AUFHEBUNG**

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

**„§ 312 Organisation der Krankenkassen**

§ 313<sup>573</sup>

(1) Die See-Krankenkasse (§ 165), die Bundesknappschaft (§ 167) sowie die Ersatzkassen (§ 168), deren örtliche Zuständigkeit das gesamte Gebiet umfaßt, in dem dieses Buch schon vor dem Wirksamwerden des Beitritts gegolten hat, erstrecken vom 1. Januar 1991 an ihre Zuständigkeit auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

(2) Bei Anwendung des § 143 gilt:

- a) Für die am 14. Oktober 1990 bestehenden Bezirke des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebietes wird zum 1. Januar 1991 je eine Ortskrankenkasse errichtet. Die Landesregierung kann durch Rechtsverordnung den örtlichen Zuständigkeitsbereich der Ortskrankenkassen abweichend von den Bezirksgrenzen bestimmen. Die Zuständigkeit der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin (West) erstreckt sich vom 1. Januar 1991 an auf den Teil des Landes Berlin, in dem dieses Buch bisher nicht galt.
- b) Die Aufsichtsbehörde erläßt eine vorläufige Satzung und stellt im Namen und für Rechnung der Krankenkasse den Geschäftsführer ein. Die Einstellung erfolgt zunächst befristet bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Durchführung der ersten Sozialversicherungswahlen.
- c) Mit Errichtung der Ortskrankenkassen gehen die die Krankenkassen betreffenden Aufgaben der Sozialversicherung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet auf die Ortskrankenkassen über, soweit nicht andere Krankenkassen zuständig sind. Hat der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung vor dem 1. Januar 1991 einem Versicherten eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung bewilligt, die erst nach diesem Zeitpunkt erbracht wird, hat die zuständige Krankenkasse die Kosten von dem Zeitpunkt an zu tragen, von dem an der Versicherte bei ihr versichert ist.

(3) Bei Errichtungen und Anschlußerrichtungen von Betriebskrankenkassen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet gelten § 147 Abs. 1 Nr. 3 und § 148 Abs. 1 Satz 3 nicht, wenn die nach § 148 Abs. 2 erforderliche Abstimmung bis zum 31. Dezember 1991 bei der Aufsichtsbehörde beantragt worden ist. Die Aufsichtsbehörde hat den Termin für die Abstimmung innerhalb eines halben Jahres nach der Antragstellung festzusetzen.

(4) Die in § 147 Abs. 2 vorgesehene Kostentragungspflicht des Arbeitgebers gilt nicht, solange der in § 241 Satz 2 festgelegte einheitliche Beitragssatz für die Mitglieder gilt, die einer Krankenkasse mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet angehören oder angehören würden, wenn sie nicht bei einer anderen sich über den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes erstreckenden Krankenkasse versichert wären.

(5) § 157 Abs. 2 Nr. 3 und § 158 Abs. 1 Satz 3 gelten nicht bei Errichtungen und Ausdehnungen von Innungskrankenkassen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet, wenn die nach § 158 Abs. 2 erforderliche Abstimmung bis zum 31. Dezember 1991 bei der Aufsichtsbehörde beantragt worden ist. Die Aufsichtsbehörde hat den Termin für die Abstimmung innerhalb eines halben Jahres nach der Antragstellung festzusetzen.

(6) Die Zuständigkeit der Bundesknappschaft sowie der See-Krankenkasse nach § 182 Abs. 1 ist auch für Rentner und Rentenantragsteller gegeben, die zuletzt bei der Bundesknappschaft oder der See-Krankenkasse versichert gewesen wären, wenn deren Zuständigkeit sich bereits vor dem 1. Januar 1991 auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet erstreckt hätte. Vom 1. Januar 1996 an gelten die §§ 173 bis 177 entsprechend.

(7) Für versicherungspflichtig Beschäftigte, die am 1. Januar 1991 in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, gilt § 183 Abs. 5 Satz 1 mit der Maßgabe, daß die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit dem 1. Januar 1991 beginnt, wenn bis zum 15. Januar 1991 das Wahlrecht ausgeübt und dies dem Arbeitgeber mitgeteilt wird.

(8) Bei Anwendung des § 202 haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge bis zum 30. Juni 1991 die Empfänger von Versorgungsbezügen zu ermitteln und den zuständigen Krankenkassen die Empfänger sowie die Höhe der Versorgungsbezüge mitzuteilen.“

**573** QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Vorschrift eingefügt.

## ÄNDERUNGEN

01.08.1991.—Artikel 6 Nr. 7 des Gesetzes vom 25. Juli 1991 (BGBl. I S. 1606) hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) Bei Anwendung des § 248 Abs. 2 werden Zeiten der Versicherung in der Sozialversicherung der Deutschen Demokratischen Republik Zeiten einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland gleichgestellt.“

Artikel 6 Nr. 8 desselben Gesetzes hat in Abs. 8 „Die §§ 247, 250“ durch „§ 250“ ersetzt.

01.01.1994.—Artikel 1 Nr. 171 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Buchstabe a in Abs. 10 neu gefasst. Buchstabe a lautete:

„a) Der Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 und die Finanzausgleiche bei überdurchschnittlichen Bedarfssätzen nach §§ 266 und 267 sind für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet getrennt durchzuführen. Bei der Anwendung der §§ 265 bis 267 dürfen nur Aufwendungen für Versicherte berücksichtigt werden, die einer Krankenkasse mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet angehören oder angehören würden, wenn sie nicht bei einer anderen sich über den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes erstreckenden Krankenkasse versichert wären.“

Artikel 1 Nr. 171 lit. b und c desselben Gesetzes hat Buchstabe b in Abs. 10 in Buchstabe c unnummeriert und Abs. 10 Buchstabe b eingefügt.

28.03.1998.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 24. März 1998 (BGBl. I S. 526) hat Abs. 1a eingefügt. Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 10 Buchstabe a neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265, für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen nach § 265a, der Risikostrukturausgleich nach § 266 und die Datenerhebung nach § 267 sind für das Beitrittsgebiet getrennt durchzuführen.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Buchstabe a Satz 2 „§§ 265 bis 267“ durch „§§ 266 und 267“ ersetzt.

01.04.1999.—Artikel 3 Nr. 7 des Gesetzes vom 24. März 1999 (BGBl. I S. 388) hat Abs. 6 aufgehoben. Abs. 6 lautete:

„(6) Bei Anwendung des § 249 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 3 tritt an die Stelle des Betrages von 610 Deutsche Mark ein Betrag, der in demselben Verhältnis zu einem Siebtel der in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet geltenden monatlichen Bezugsgröße steht, wie 610 Deutsche Mark zu einem Siebtel der in den übrigen Ländern geltenden monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, aufgerundet auf volle zehn Deutsche Mark. Diese Regelung tritt mit dem Wirksamwerden des Beitritts in Kraft.“

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat Abs. 1, 1a, 2 bis 4 und 7 bis 9 aufgehoben. Abs. 1, 1a, 2 bis 4 und 7 bis 9 lauteten:

(1) Bis zur Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet an das Niveau im übrigen Bundesgebiet haben Krankenkassen, die ihre Zuständigkeit auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet erstrecken, in Ergänzung der in § 220 vorgesehenen Regelungen in ihrem Haushalt die Einnahmen und Ausgaben für die Durchführung der Versicherung in diesem Gebiet getrennt auszuweisen. Dies gilt auch für den Rechnungsabschluß sowie für Geschäftsübersichten und Statistiken. Die Krankenkassen dürfen für die Finanzierung der Ausgaben, die auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet entfallen, nur die Einnahmen aus der Durchführung der Versicherung in diesem Gebiet verwenden; entsprechend ist ein besonderer Beitragssatz festzulegen. Der Beitragssatz beträgt bis zum 31. Dezember 1991 12,8 vom Hundert. Dieser Beitragssatz gilt auch für Krankenkassen mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.

(1a) Der Risikostrukturausgleich nach § 266 und die Datenerhebungen nach § 267 sind für das Beitrittsgebiet getrennt durchzuführen.

(2) Bei der Anwendung der beitragsrechtlichen Regelungen der § 223 Abs. 3, § 226 Abs. 2, § 232 Abs. 1, § 235 Abs. 3, § 240 Abs. 4 gelten die für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet festgesetzte Bezugsgröße und Beitragsbemessungsgrenze. Bei Anwendung des § 234 Abs. 1 gilt Satz 1 ab 1. Januar 1992.

(3) Abweichend von § 236 Abs. 1 gilt als beitragspflichtige Einnahme ein Dreißigstel des Betrages, der als monatlicher Bedarf nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz festgesetzt ist.

(4) Bei Anwendung des § 241 gilt bis zum 31. Dezember 1991 einheitlich ein allgemeiner Beitragssatz von 12,8 vom Hundert.

(7) Abweichend von § 250 Abs. 1 Nr. 1 und § 255 werden die Krankenversicherungsbeiträge für pflichtversicherte Rentner im Kalenderjahr 1991 von den Trägern der Rentenversicherung pauschal an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte für die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen abgeführt. Der Pauschalbeitrag beträgt 12,8 vom Hundert des Gesamtbeitrages der Renten.

(8) § 250 Abs. 1 Nr. 2 und § 256 treten zum 1. Januar 1992 in Kraft.

(9) Die §§ 260 bis 263 sind mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

- a) Die Krankenkassen können im Jahre 1991 Betriebsmitteldarlehen aufnehmen, wenn die Einnahmen nicht ausreichen, um die Ausgaben im Rahmen der Durchführung der Versicherung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet zu decken. Das Betriebsmitteldarlehen kann bis zur Höhe von sechs Monatsausgaben aufgenommen werden. Die Aufnahme höherer Darlehen bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörde.
- b) Die §§ 261 und 262 finden für Krankenkassen mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 1994 keine Anwendung. Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet erstreckt, haben bei der Bildung der Rücklagen nach den §§ 261 und 262 die Ausgaben im Zusammenhang mit der Durchführung der Versicherung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet außer Betracht zu lassen.“

Artikel 1 Nr. 1 desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 10 Buchstabe b aufgehoben. Satz 2 lautete: „Für versicherte Mitglieder in dem Teil des Landes Berlin, in dem das Grundgesetz bis zum Inkrafttreten des Einigungsvertrages nicht galt, gilt als beitragspflichtige Einnahmen nach § 266 Abs. 3 das einfache arithmetische Mittel zwischen den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der in diesem Teil des Landes Berlin versicherten Mitglieder und den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller im Land Berlin versicherten Mitglieder der Krankenkasse.“

Artikel 1 Nr. 86 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Buchstabe c in Abs. 10 aufgehoben. Buchstabe c lautete:

„c) Der Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner nach den §§ 268 bis 273 wird getrennt für die versicherungspflichtigen Rentner durchgeführt, die einer Krankenkasse mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet angehören oder angehören würden, wenn sie nicht bei einer anderen sich über den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes erstreckenden Krankenkasse versichert wären.“

#### AUFHEBUNG

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 210 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 313 Finanzierung

- (1) (weggefallen)
- (2) (weggefallen)
- (3) (weggefallen)
- (4) (weggefallen)
- (5) (weggefallen)
- (6) (weggefallen)
- (7) (weggefallen)
- (8) (weggefallen)
- (9) (weggefallen)

(10) Die §§ 265 bis 273 sind mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

- a) Der Risikostrukturausgleich nach § 266 und die Datenerhebungen nach § 267 sind für das Beitrittsgebiet getrennt durchzuführen. Bei der Anwendung der §§ 266 und 267 dürfen nur beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder und Aufwendungen für Versicherte berücksichtigt werden, die einer Krankenkasse mit Sitz in dem Beitrittsgebiet angehören oder angehören würden, wenn sie nicht bei einer anderen sich über den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes erstreckenden Krankenkasse versichert wären.
- b) Der Risikostrukturausgleich nach § 266 ist für Versicherte im Land Berlin abweichend von Buchstabe a nach den für das bisherige Bundesgebiet geltenden Regelungen durchzuführen.“

§ 313a<sup>574</sup>**574 QUELLE**

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 24. März 1998 (BGBl. I S. 526) hat die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat in Abs. 1 Satz 1 „für die Kalenderjahre 1999 bis 2001“ durch „ab 1999“ ersetzt.

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 4 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Solange die Darlehen nach § 222 Abs. 2 und 4 nicht zurückgezahlt sind und das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagensoll nicht aufgefüllt ist, dürfen die Veränderungen der Finanzkraft der Krankenkassen in dem in Absatz 1 Nr. 1 genannten Gebiet, die auf die Rechtsangleichung im Risikostrukturausgleich ab 1. Januar 1999 (Absatz 1) zurückzuführen sind, nicht den Vereinbarungen über Vergütungen oder Preise nach den Vorschriften des Vierten Kapitels und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen zugrunde gelegt werden.“

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat in Abs. 1 „1999“ durch „2001“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Nr. 3 bis 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

30.04.2002.—Artikel 1 Nr. 8a des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 3 „ , des Krankenhausentgeltgesetzes“ nach „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 211 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 „bis zum Ausgleichsjahr 2007“ nach „2001“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 211 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 bis 5 aufgehoben. Abs. 3 bis 5 lauteten:

„(3) Veränderungen der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen in dem in Absatz 1 Nr. 1 genannten Gebiet, die auf die Rechtsangleichung im Risikostrukturausgleich ab dem 1. Januar 2000 zurückzuführen sind (Absatz 1), dürfen nicht zu einer Veränderung der Vereinbarungen über Vergütungen oder Preise nach den Vorschriften des Vierten Kapitels, der §§ 63 und 64 und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen über die für dieses Gebiet maßgebliche Rate nach § 71 Abs. 2 hinaus führen. § 71 Abs. 2 Nr. 2 gilt.

(4) Soweit die Veränderungen der Finanzkraft der Krankenkassen in dem in Absatz 1 Nr. 1 genannten Gebiet auf die Rechtsangleichung im Risikostrukturausgleich ab 1. Januar 1999 (Absatz 1) zurückzuführen sind, dürfen diese im Jahre 1999 insgesamt nicht mehr als 1,2 Milliarden Deutsche Mark betragen.

(5) Im Jahr 2002 werden die Auswirkungen der Regelung in Absatz 1 auf die Höhe der Beitragssätze in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Gebiet und im übrigen Bundesgebiet überprüft. In der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 kann der Gewichtungsfaktor für die Jahre 2003 bis 2007 (Absatz 1 Nr. 7) mit Zustimmung des Bundesrates abweichend geregelt werden, wenn die Ausgleichsleistungen zu ungerechtfertigten Belastungsunterschieden der Beitragszahler in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Gebiet und im übrigen Bundesgebiet führen.“

01.01.2008.—Artikel 2 Nr. 31 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Krankenkassen, die ihre Zuständigkeit auf das in Absatz 1 Nr. 1 genannte Gebiet erstrecken, haben die Daten nach § 267 für die Versicherten in diesem Gebiet weiterhin getrennt zu erheben und den Rechnungsabschluß (§ 77 des Vierten Buches) sowie Geschäftsübersichten und Statistiken (§ 79 des Vierten Buches) für die Durchführung der Versicherung in diesem Gebiet weiterhin getrennt auszuweisen.“

**AUFHEBUNG**

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 83c des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

**„§ 313a Risikostrukturausgleich**

Der Risikostrukturausgleich (§ 266) wird ab 2001 bis zum Ausgleichsjahr 2007 abweichend von § 313 Abs. 10 Buchstabe a und von Artikel 35 Abs. 9 des Gesundheitsstrukturgesetzes mit folgender Maßgabe durchgeführt:

## Dreizehntes Kapitel Weitere Übergangsvorschriften<sup>575</sup>

### § 314 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Versicherungsverträge, die den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zum Gegenstand haben, werden auf Antrag der Versicherten auf Versicherungsverträge nach dem Basistarif gemäß § § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

(2) Zur Gewährleistung der in § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Begrenzung bleiben im Hinblick auf die ab 1. Januar 2009 weiterhin im Standardtarif Versicherten alle Versicherungsunternehmen, die die nach § 257 Abs. 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2c in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.<sup>576</sup>

- 
1. Die Verhältniswerte und die standardisierten Leistungsausgaben (§ 266 Abs. 2 Satz 3) sowie der Beitragsbedarf (§ 266 Abs. 2 Satz 2) sind für Versicherte in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Gebiet getrennt zu ermitteln und zugrunde zu legen.
  2. Für die Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes (§ 266 Abs. 3) sind die Beitragsbedarfssumme und die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zugrunde zu legen.
  3. Die Verhältniswerte und die standardisierten Leistungsausgaben (§ 266 Abs. 2 Satz 3) sowie der Beitragsbedarf (§ 266 Abs. 2 Satz 2) sind für die Versicherten im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand vom 2. Oktober 1990 einschließlich des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teils des Landes Berlin getrennt zu ermitteln und zu Grunde zu legen.
  4. Die Werte nach Nummer 3 sind zusätzlich für die Versicherten aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zu ermitteln.
  5. Für die Feststellung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen (§ 266 Abs. 2) der Krankenkassen in dem in Nummer 1 genannten Gebiet sind die nach Nummer 1 ermittelten standardisierten Leistungsausgaben um den Unterschiedsbetrag zwischen den Werten nach Nummer 4 und nach Nummer 1, gewichtet mit dem Faktor nach Nummer 7 zu erhöhen.
  6. Für die Feststellung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen (§ 266 Abs. 2) der Krankenkassen in dem in Nummer 3 genannten Gebiet sind die nach Nummer 3 ermittelten standardisierten Leistungsausgaben um den Unterschiedsbetrag zwischen den Werten nach Nummer 3 und nach Nummer 4, gewichtet mit dem Faktor nach Nummer 7 zu verringern.
  7. Der Gewichtungsfaktor beträgt im Jahr 2001 25 vom Hundert und erhöht sich bis zum Jahr 2007 jährlich um 12,5 Prozentpunkte.“

**575** QUELLE  
01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 212 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift des Kapitels eingefügt.

**576** QUELLE  
29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Vorschrift eingefügt.

#### AUFHEBUNG

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

### § 315 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch
5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,

können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründeten Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nr. 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.

(2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, § 26 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Zweiten Buches sowie § 32 Absatz 5 des Zwölften Buches gelten für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

(3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Abs. 2b sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Absatz 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.<sup>577</sup>

#### „§ 314 Bußgeldvorschriften

§ 306 Satz 1 Nr. 5 ist bis zum Inkrafttreten der §§ 28a bis 28r des Vierten Buches in folgender Fassung anzuwenden:

- „5. Verstöße gegen Bestimmungen über die Verpflichtung zur Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen.“

#### QUELLE

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 212 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 2 Abs. 21 Nr. 4 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) hat in Abs. 1 „§ 12 Abs. 1a“ durch „§ 152 Absatz 1“ ersetzt.

#### 577 QUELLE

01.07.2007.—Artikel 1 Nr. 213 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 2 Abs. 21 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) hat in Abs. 2 Satz 2 „§ 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung“ durch „§ 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ ersetzt.



### § 316 Übergangsregelung zur enteralen Ernährung

Versicherte haben bis zur Veröffentlichung der Zusammenstellung nach § 31 Abs. 5 Satz 2 im Bundesanzeiger Anspruch auf enterale Ernährung nach Maßgabe des Kapitels E der Arzneimittel-Richtlinien in der Fassung vom 25. August 2005 (BAnz. S. 13 241).<sup>578</sup>

### § 317 Psychotherapeuten

Abweichend von § 95 Abs. 10 werden Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn sie

1. eine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz und den Fachkundenachweis nach § 95c Satz 2 Nr. 3 haben,
2. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum teilgenommen haben und diese Tätigkeit vergleichbar mit der in der gesetzlichen Krankenversicherung war und
3. bis zum 30. Juni 2009 die Approbationsurkunde vorlegen und den Antrag auf Erteilung der Zulassung gestellt haben.

Der Zulassungsausschuss hat über die Zulassungsanträge bis zum 30. September 2009 zu entscheiden.<sup>579</sup>

### § 318 Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

Die Regelung des § 37 Abs. 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist nicht anzuwenden, wenn die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung abweichend von § 71 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches getrennt im Haushaltsplan ausweist sowie die Rechnungslegung und den Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchführt. Satz 1 gilt nur, wenn das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor der Bekanntmachung nach § 37 Abs. 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das folgende Ausgleichsjahr auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt im Haushaltsplan ausgewiesen sind. Entsprechend gilt Satz 1 für den Jahresausgleich nach § 41 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung nur, wenn das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor der Durchführung des Jahresausgleichs auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises fest-

---

Artikel 2 Abs. 21 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „§ 12 Abs. 1a“ durch „§ 152 Absatz 1“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 3 Abs. 1 des Gesetzes vom 26. Juli 2016 (BGBl. I S. 1824) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gilt für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.“

#### 578 QUELLE

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift eingefügt.

#### 579 QUELLE

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift eingefügt.

#### AUFHEBUNG

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 12 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat die Vorschrift aufgehoben.

stellt, dass sie die Rechnungslegung und den Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchgeführt hat.<sup>580</sup>

### **§ 319 Übergangsregelung zum Krankengeldwahltarif**

(1) Wahltarife, die Versicherte auf der Grundlage der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Fassung des § 53 Absatz 6 abgeschlossen haben, enden zu diesem Zeitpunkt.

(2) Versicherte, die am 31. Juli 2009 Leistungen aus einem Wahltarif nach § 53 Absatz 6 bezogen haben, haben Anspruch auf Leistungen nach Maßgabe ihres Wahltarifs bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat. Aufwendungen nach Satz 1 bleiben bei der Anwendung des § 53 Absatz 9 Satz 1 unberücksichtigt.

(3) Die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 kann bis zum 30. September 2009 mit Wirkung vom 1. August 2009 abgegeben werden. Wahltarife nach § 53 Absatz 6 können bis zum 30. September 2009 oder zu einem in der Satzung der Krankenkasse festgelegten späteren Zeitpunkt mit Wirkung vom 1. August 2009 neu abgeschlossen werden. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 können Versicherte nach Absatz 2 innerhalb von acht Wochen nach dem Ende des Leistungsbezugs rückwirkend zu dem Tag, der auf den letzten Tag des Leistungsbezugs folgt, die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 abgeben oder einen Wahltarif wählen.<sup>581</sup>

### **§ 320 Übergangsregelung zur befristeten Weiteranwendung aufgehobener Vorschriften**

§ 120 Absatz 6 und § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 in der Fassung des Artikels 15 Nummer 6a Buchstabe c und Nummer 13a Buchstabe b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) sind bis zum 1. Juli 2011 weiter anzuwenden.<sup>582</sup>

### **§ 321 Übergangsregelung für die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137g Absatz 1**

Die in § 28b Absatz 1, den §§ 28c, 28e sowie in den Anlagen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g Absatz 1 für Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen gelten jeweils weiter bis zum Inkrafttreten der für die jeweilige Krankheit vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137f Absatz 2 zu erlassenden Richtlinien. Dies gilt auch für die in den §§ 28d und 28f der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen, soweit sie auf die in Satz 1 genannten Anforderungen verweisen. Die in § 28f Absatz 1 Nummer 3 und Absatz 1a und § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Aufbewahrungsfristen gelten weiter bis zum Inkrafttreten der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 zu regelnden Anforderungen an die Aufbewahrungsfristen. Die in § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Evaluation gelten weiter bis zum Inkrafttreten der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 zu regelnden Anforderungen an die Evaluation.<sup>583</sup>

---

**580** QUELLE  
01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift eingefügt.

**581** QUELLE  
01.08.2009.—Artikel 15 Nr. 15 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat die Vorschrift eingefügt.

**582** QUELLE  
01.07.2010.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) hat die Vorschrift eingefügt.

**583** QUELLE

### § 322 Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sowie aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent sowie für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise weiter ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 8,2 Prozent Anwendung; von diesen gelten jeweils 0,9 Prozentpunkte als Zusatzbeitrag gemäß § 242.<sup>584</sup>

### § 323 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung

(1) Die Krankenkassen haben ihren Mitgliederbestand für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum 1. Januar 2019 nach Maßgabe der folgenden Absätze zu überprüfen und ihn bis zum 15. Juni 2019 zu bereinigen.

(2) Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften fortgesetzt wurden, sowie davon abgeleitete Familienversicherungen sind mit Wirkung ab dem Tag ihrer Begründung aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

(3) Für das Verfahren nach Absatz 4 und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt und den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen versichertenbezogen und je Berichtsjahr

1. die Versichertentage der Mitgliedschaften und der davon abgeleiteten Familienversicherungen, die nach Absatz 2 aufgehoben wurden, und
2. die Versichertentage der Mitgliedschaften und der davon abgeleiteten Familienversicherungen, die seit der letzten Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden und die die Kriterien des Absatzes 2 erfüllen.

Für die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen außerdem die Mitgliedschaften und die davon abgeleiteten Familienversicherungen je Berichtsjahr, die die Kriterien des Absatzes 2 insoweit erfüllen, als die Mitglieder keine Beiträge geleistet und die Mitglieder und ihre familienversicherten Angehörigen keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Die Datenmeldungen haben bis zum 15. Juni 2019 zu erfolgen. § 268 Absatz 3 Satz 3, 4, 7 und 9 gilt für die nach den Sätzen 1 und 2 zu meldenden Daten entsprechend. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, sofern dies für die Prüfung nach Absatz 5 erforderlich ist. Das Nähere zum Verfahren der Datenmeldung nach Satz 1 für das Verfahren nach Absatz 4 bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Das Nähere zum Verfahren der Datenmeldung nach den Sätzen 1 und 2 für die Prüfung nach Absatz 5 regelt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(4) Für Ausgleichsjahre, für die der korrigierte Jahresausgleich bereits durchgeführt oder die Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung durch die Krankenkassen bereits abgegeben wurde, ermittelt das Bundesversicherungsamt einen Bereinigungsbetrag und macht diesen durch Bescheid geltend. § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 der Risi-

---

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 84 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift eingefügt.

**584** QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 41 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat die Vorschrift eingefügt.

kostruktur-Ausgleichsverordnung gilt entsprechend. Die Einnahmen nach diesem Absatz fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung hinzugerechnet. Klagen bei Streitigkeiten nach diesem Absatz haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen überprüfen nach Abschluss der Bestandsbereinigung in einer Sonderprüfung, ob die Vorgaben nach den Absätzen 1 und 2 eingehalten worden sind, und teilen dem Bundesversicherungsamt und der Krankenkasse das Ergebnis ihrer Prüfung mit. Das Bundesversicherungsamt ermittelt auf Grundlage dieser Mitteilung einen Korrekturbetrag, der mit einem Aufschlag in Höhe von 25 Prozent zu versehen ist, und macht diesen durch Bescheid geltend. Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Die Prüfung ist spätestens bis zum 31. Dezember 2020 durchzuführen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Daten nach § 30 Absatz 2 Satz 6 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Berichtsjahr 2013 bis zum 31. Dezember 2020 aufzubewahren.<sup>585</sup>

§ 324<sup>586</sup>

### **§ 325 Übergangsregelung zur Neuregelung der Verjährungsfrist für die Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen**

Die Geltendmachung von Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen ist ausgeschlossen, soweit diese vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind und bis zum 9. November 2018 nicht gerichtlich geltend gemacht wurden.<sup>587</sup>

### **§ 326 Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie von dessen Stellvertreter**

(1) § 79 Absatz 6 Satz 4, § 91 Absatz 2 Satz 15, § 217b Absatz 2 Satz 8 und § 282 Absatz 2d Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung gelten auch für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. § 79 Absatz 6 Satz 5 bis 8, § 91 Absatz 2 Satz 16 bis 19, § 217b Absatz 2 Satz 9 bis 12, § 282 Absatz 2d Satz 7 bis 10 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung gelten nicht für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat. Die zur Zukunftssicherung vertraglich vereinbarten

---

#### **585 QUELLE**

01.01.2019.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat die Vorschrift eingefügt.

#### **586 QUELLE**

01.01.2019.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) und Artikel 7 Nr. 18 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) haben die Vorschrift eingefügt.

#### **AUFHEBUNG**

01.04.2020.—Artikel 7 Nr. 19 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

#### **„§ 324 Übergangsregelung für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit**

Für Personen, die als Soldatinnen und Soldaten auf Zeit seit dem 15. März 2012, aber vor dem 31. Dezember 2018 aus dem Dienst ausgeschieden sind und am 1. Januar 2019 das 55. Lebensjahr vollendet haben, gilt § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 entsprechend. Der Beitritt ist der Krankenkasse bis zum Ablauf des 31. März 2020 schriftlich anzuzeigen. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.“

#### **587 QUELLE**

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 20 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat die Vorschrift eingefügt.

nicht beitragsorientierten Zusagen, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat, dürfen auch bei Abschluss eines neuen Vertrages mit derselben Person in dem im vorhergehenden Vertrag vereinbarten Durchführungsweg und Umfang fortgeführt werden.

(2) Abweichend von § 79 Absatz 6 Satz 5, § 91 Absatz 2 Satz 16, § 217b Absatz 2 Satz 9 und § 282 Absatz 4 Satz 6 kann bis zum 31. Dezember 2027 keine höhere Vergütung vereinbart werden. Zu Beginn der darauf folgenden Amtszeiten kann bei der Erhöhung der Grundvergütung nur die Entwicklung des Verbraucherpreisindex ab dem 1. Januar 2028 berücksichtigt werden.<sup>588</sup>

### **§ 327 Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen**

(1) Für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung gelten die §§ 275 bis 283 in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung mit Ausnahme des § 275 Absatz 1c und 5, § 276 Absatz 2 und 4 und § 281 Absatz 2 bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekannt zu machenden Datum fort. Bis zu diesem Zeitpunkt nehmen die am 31. Dezember 2019 bestehenden Organe der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nach diesen Vorschriften die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahr. Die §§ 275 bis 283a in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung finden mit Ausnahme des § 275 Absatz 3b und 5, der §§ 275c, 275d, 276 Absatz 2 und 4 und des § 280 Absatz 3 bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekannt zu machenden Datum keine Anwendung. Bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekannt zu machenden Datum findet für die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach den §§ 275c und 275d die Regelung des § 281 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung entsprechende Anwendung.

(2) Für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gelten die §§ 275 bis 283 und 326 Absatz 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung mit Ausnahme des § 275 Absatz 5 bis zum 31. Dezember 2021 fort; nach diesen Vorschriften nehmen ihre am 31. Dezember 2019 bestehenden Organe ihre Aufgaben bis zu diesem Zeitpunkt wahr. Die §§ 275 bis 283a in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung sind für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit Ausnahme des § 275 Absatz 5, der §§ 275c und 281 Absatz 2 Satz 5 bis zum 31. Dezember 2021 nicht anwendbar. § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 und 4 in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung ist mit der Maßgabe anwendbar, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum 30. April 2020 und die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 bis zum 30. September 2020 erlässt. Diese Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(3) Endet die Amtszeit eines bestehenden Verwaltungsrates eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vor dem Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4, verlängert sie sich bis zu diesem Zeitpunkt. Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung werden mit Wirkung zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4 aufgelöst, der Verwaltungsrat des Medizinischen

---

#### **588 QUELLE**

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 103 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Vorschrift eingefügt.

#### **ÄNDERUNGEN**

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 29c lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1 „in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung“ nach „Satz 6“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29c lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung“ nach „bis 10“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29c lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Absatz 2d“ durch „Absatz 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 29c lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „oder im Zeitpunkt der darauf folgenden Erhöhung der Vergütung des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder seines Stellvertreters“ nach „Amtszeiten“ gestrichen.

Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird mit Wirkung zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4 aufgelöst.<sup>589</sup>

### **§ 328 Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund**

(1) Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat die Vertreter des Verwaltungsrates nach § 279 Absatz 5 bis zum 31. Dezember 2020 gemäß den Vorgaben des § 279 Absatz 3, 5 und 6 zu benennen; die Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der in § 279 Absatz 4 Satz 1 genannten Krankenkassenverbände und Krankenkassen haben bis zum 31. Dezember 2020 ihre Vertreter gemäß den Vorgaben des § 279 Absatz 3, 4 und 6 zu wählen. Der gemäß Satz 1 besetzte Verwaltungsrat hat bis zum 31. März 2021 die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 zu beschließen. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat über die Genehmigung der Satzung bis zum 30. Juni 2021 zu entscheiden und das Datum der Genehmigung öffentlich bekannt zu machen. Sie hat das Datum des Ablaufs des Monats, in dem die Genehmigung erteilt wurde, öffentlich bekannt zu machen. Die oder der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung lädt zur konstituierenden Sitzung ein und regelt das Nähere. In der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes sind die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen. Der jeweils amtierende Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und sein Stellvertreter gelten bis zum 31. Dezember 2021 als durch den neu konstituierten Verwaltungsrat gewählter Vorstand.

(2) Die Medizinischen Dienste, die als eingetragene Vereine organisiert sind, werden im Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4 als Körperschaften des öffentlichen Rechts neu konstituiert. Die jeweiligen eingetragenen Vereine erlöschen mit Wirkung zum Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4.

(3) Die Rechte und Pflichten einschließlich des Vermögens der Medizinischen Dienste nach Absatz 2 gehen im Zeitpunkt des nach Absatz 1 Satz 4 bekannt gemachten Datums auf die in den jeweiligen Bezirken als Körperschaften des öffentlichen Rechts errichteten Medizinischen Dienste über. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts treten in diesem Zeitpunkt in die Rechte und Pflichten der eingetragenen Vereine aus den Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen mit den bei ihnen beschäftigten Personen ein. Die Arbeitsbedingungen der einzelnen Arbeitnehmer und Auszubildenden dürfen bis zum 31. Dezember 2022 nicht verschlechtert werden. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts können bis zum 31. Dezember 2022 ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis nur aus einem in der Person oder im Verhalten des Arbeitnehmers oder Auszubildenden liegenden wichtigen Grund kündigen. Die bestehenden Tarifverträge gelten fort. Der bei dem jeweiligen Medizinischen Dienst bestehende Betriebsrat nimmt ab dem nach Absatz 1 Satz 4 bekannt gemachten Zeitpunkt übergangsweise die Aufgaben eines Personalrats nach dem jeweiligen Personalvertretungsrecht wahr. Im Rahmen seines Übergangsmandats hat der Betriebsrat insbesondere die Aufgabe, unverzüglich den Wahlvorstand zur Einleitung der Personalratswahl zu bestellen. Das Übergangsmandat des jeweiligen Betriebsrates endet, sobald ein Personalrat gewählt und das Wahlergebnis bekannt gegeben worden ist, spätestens jedoch zwölf Monate nach dem in Absatz 1 Satz 4 bestimmten Zeitpunkt. Die in dem nach Absatz 1 Satz 4 bekannt gemachten Zeitpunkt bestehenden Betriebsvereinbarungen gelten längstens für die Dauer von zwölf Monaten als Dienstvereinbarungen fort, soweit sie nicht durch eine andere Regelung ersetzt werden. Auf die bis zum nach Absatz 1 Satz 4 bekannt gemachten Datum förmlich eingeleiteten Beteiligungsverfahren finden bis zu deren Abschluss die Bestimmungen des Betriebsverfassungsgesetzes sinngemäß Anwendung. Gleiches gilt für Verfahren vor der Einigungsstelle und den Arbeitsgerichten. Die Sätze 2 bis 4 gelten für Ausbildungsverhältnisse entsprechend. Die Sätze 6 bis 8 gelten für die Jugend- und Auszubildendenvertretung entsprechend mit der Maßgabe, dass der das Übergangsmandat innehabende Betriebsrat un-

---

**589** QUELLE

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift eingefügt.

verzüglich einen Wahlvorstand und seine vorsitzende Person zur Wahl einer Jugend- und Auszubildendenvertretung zu bestimmen hat.

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

(5) Der Medizinische Dienst Bund tritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts an die Stelle des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste haben nach § 282 Absatz 2 die Vertreter des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund, die von den jeweils Wahlberechtigten nach § 282 Absatz 2 Satz 2 vorgeschlagen werden, bis zum 31. März 2021 zu wählen. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sammelt die Vorschläge für die Wahl nach Satz 2 in nach Vertretergruppen gemäß § 279 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 und nach Geschlecht getrennten Listen und versendet diese an die jeweiligen Vertretergruppen der Medizinischen Dienste. Jede Vertretergruppe eines Medizinischen Dienstes entsendet einen Vertreter, der die Stimmen jedes Mitglieds der Vertretergruppe entsprechend dessen Weisungen abgibt. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen lädt zur Wahl, leitet die Wahl und regelt das Nähere. Gewählt ist, wer die meisten Stimmen auf sich vereinigt; bei Stimmengleichheit entscheidet das Los. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen lädt zur konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund und leitet diese. In der konstituierenden Sitzung sind die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen. Absatz 1 Satz 2 bis 4 und 7 und die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist nach Absatz 1 Satz 7 am 30. Juni 2022 endet, die Frist nach Absatz 1 Satz 2 am 30. September 2021 endet, die Frist nach Absatz 1 Satz 3 am 31. Dezember 2021 endet und die Satzung vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen ist.<sup>590</sup>

### **§ 329 Übergangsregelung zur Tragung der Beiträge durch Dritte für Auszubildende in einer außerbetrieblichen Einrichtung**

§ 251 Absatz 4c in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung ist weiterhin anzuwenden, wenn die Berufsausbildung in einer außerbetrieblichen Einrichtung vor dem 1. Januar 2020 begonnen wurde.<sup>591</sup>

### **§ 330<sup>592</sup>**

---

**590** QUELLE  
01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift eingefügt.

**591** QUELLE  
01.01.2020.—Artikel 1b Nr. 2 des Gesetzes vom 4. März 2020 (BGBl. I S. 437) hat die Vorschrift eingefügt.

**592** QUELLE  
01.01.2024.—Artikel 32 Nr. 13 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat die Vorschrift eingefügt. Die Vorschrift wird lauten:

**„§ 327 Übergangsregelung aus Anlass des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts**

Für Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in

---

der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2019 (BGBl. I S. 793) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften des § 5 Absatz 1 Nummer 6, des § 49 Absatz 1 Nummer 3, des § 55 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie Satz 4, des § 62 Absatz 2 Satz 4 sowie Satz 5 Nummer 2, des § 192 Absatz 1 Nummer 3, des § 235 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 2 Satz 1, des § 242 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5, des § 251 Absatz 1 und des § 294a Absatz 1 Satz 1 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter.“