

v. Koppenfels-Spies · Wenner

# Kommentar zum Sozialgesetzbuch V

Herausgegeben von

**Prof. Dr. Katharina von Koppenfels-Spies**  
Universität Freiburg

**Prof. Dr. Ulrich Wenner**  
Vors. Richter am Bundessozialgericht, Kassel

4. Auflage

Luchterhand Verlag

Luchterhand Verlag 2022

Leseprobe

**ZITIERWEISE**

Rdn. 1 = Verweis auf eine Randnummer im gleichen Paragraphen

§ 1 Rdn. 1 = Verweis auf eine Randnummer in einem anderen Paragraphen.

**Zitiervorschlag:** v. Koppenfels-Spies/Wenner/*Bearbeiter*, SGB V, § ... Rn. ...

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN: 978-3-472-09715-0

[www.wolterskluwer.com](http://www.wolterskluwer.com)

Alle Rechte vorbehalten.

© 2022, Wolters-Kluwer-Straße 1, 50354 Hürth.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Verlag und Autor übernehmen keine Haftung für inhaltliche oder drucktechnische Fehler.

Umschlagkonzeption: Martina Busch, Grafikdesign, Homburg Kirrberg

Satz: NewGen Knowledge Works (P) Ltd., Chennai

Druck und Weiterverarbeitung: C. H. Beck

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem und chlorfreiem Papier.

Leseprobe

## Vorwort

Vier Jahre nach Erscheinen der 3. Auflage und pünktlich zum Beginn der 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages legen Herausgeber sowie Autorinnen und Autoren die Neuauflage des Kommentars vor. Die im Herbst 2021 ablaufende 19. Legislaturperiode wird als Corona-Zeit in die Geschichtsbücher eingehen, aber auch unabhängig von den krankenversicherungsrechtlichen Vorgaben im Zuge der Pandemie ist das SGB V nie zuvor umfassender und tiefgreifender geändert worden als in den vergangenen vier Jahren. Im Mittelpunkt standen Gesetze zur Erweiterung der Rechte und Versorgungschancen der Versicherten wie das TSVG vom 09.05.2019 und zuletzt das GVWG vom 11.07.2021. Quantitativ noch umfangreicher sind die Änderungen des Krankenversicherungsrechts im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Umsetzung neuer Vorgaben zum Datenschutz: Mehr als 100 Paragraphen sind gegenüber der Voraufflage neu in Kraft getreten.

Die Fülle der Neuregelungen und neuen Vorschriften stellen Herausgeber, Autorinnen und Autoren wie auch den Verlag vor große Herausforderungen. »Dicker« darf das Buch nicht werden, gleichzeitig halten wir den Anspruch aufrecht, praxisgerecht und wissenschaftlich fundiert alte wie neue Vorschriften zu erläutern. Die Herausgeber sind selbst unsicher, ob gerade die hochspeziellen Vorschriften über die Gematik, die technischen Komponenten für die Software bei den einzelnen Akteuren und den Datenschutz diejenigen, die primär verlässliche Orientierung im Krankenversicherungsrecht suchen, tatsächlich interessieren. Faktisch ist ein hochkomplexes und schwer zugängliches fachspezifisches IT- und Datenschutzrecht entstanden, das vor allem deshalb im SGB V normiert worden ist, damit die Gesetzgebungskompetenz des Art. 74 Nr. 12 GG vom Bund genutzt werden kann. Die Interessenlage des Bundesgesetzgebers ist aber nicht stets mit der Interessenlage der Nutzer eines Kommentars zum Krankenversicherungsrecht identisch. Wir sind deshalb für die weitere Gestaltung des Kommentars sehr an der Einschätzung der Nutzerinnen und Nutzer in dieser Frage interessiert.

Im Kreis der Autorinnen und Autoren hat es einige Veränderungen gegeben. Horst Marburger ist verstorben, bevor er die Kommentierungen abschließen konnte. Seinen Part im Beitragsrecht hat kurzfristig zunächst der Herausgeber übernommen. Mathias Ulmer hat viele Kommentierungen abgegeben, die Frau Richterin am Bayerischen LSG Dr. Claudia Matthäus und Herr Dr. Sören Deister (Akademischer Rat a.Z., Universität Hamburg) übernommen haben. Für die datenschutzrechtlichen Vorschriften konnte Frau Maureen Wobbe gewonnen werden, die mit dieser Thematik beim vdek wie auch in ihrer derzeitigen Position bei der DAK befasst war und ist.

Freiburg/Kassel, im Oktober 2021

Katharina von Koppenfels-Spies  
Ulrich Wenner

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	V
Inhaltsverzeichnis .....	VII
Bearbeiterverzeichnis .....	XXIX
Abkürzungsverzeichnis .....	XXXI
Literaturverzeichnis .....	XLV
<b>Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung .....</b>	<b>1</b>
<b>Erstes Kapitel. Allgemeine Vorschriften .....</b>	<b>1</b>
§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung .....	1
§ 2 Leistungen .....	10
§ 2a Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen .....	22
§ 2b Geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten .....	24
§ 3 Solidarische Finanzierung .....	25
§ 4 Krankenkassen .....	27
§ 4a Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung .....	35
§ 4b Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren .....	44
<b>Zweites Kapitel. Versicherter Personenkreis .....</b>	<b>45</b>
<b>Erster Abschnitt. Versicherung kraft Gesetzes .....</b>	<b>45</b>
§ 5 Versicherungspflicht .....	45
§ 6 Versicherungsfreiheit .....	85
§ 7 Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung .....	98
§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht .....	103
<b>Zweiter Abschnitt. Versicherungsberechtigung .....</b>	<b>117</b>
§ 9 Freiwillige Versicherung .....	117
<b>Dritter Abschnitt. Versicherung der Familienangehörigen .....</b>	<b>128</b>
§ 10 Familienversicherung .....	128
<b>Drittes Kapitel. Leistungen der Krankenversicherung .....</b>	<b>150</b>
<b>Erster Abschnitt. Übersicht über die Leistungen .....</b>	<b>150</b>
§ 11 Leistungsarten .....	150
<b>Zweiter Abschnitt. Gemeinsame Vorschriften .....</b>	<b>164</b>
§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot .....	164
§ 13 Kostenerstattung .....	176
§ 14 Teilkostenerstattung .....	205
§ 15 Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte .....	208
§ 16 Ruhen des Anspruchs .....	217
§ 17 Leistungen bei Beschäftigung im Ausland .....	228

§ 18 Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum . . . . . 234

§ 19 Erlöschen des Leistungsanspruchs . . . . . 240

**Dritter Abschnitt. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft . . . . . 248**

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung . . . . . 248

§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten . . . . . 253

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung . . . . . 256

§ 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. . . . . 259

§ 20d Nationale Präventionsstrategie. . . . . 261

§ 20e Nationale Präventionskonferenz . . . . . 263

§ 20f Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie. . . . . 264

§ 20g Modellvorhaben. . . . . 265

§ 20h Förderung der Selbsthilfe. . . . . 266

§ 20i Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung . . . . . 269

§ 20j Präexpositionsprophylaxe. . . . . 278

§ 20k Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz. . . . . 280

§ 21 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) . . . . . 281

§ 22 Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) . . . . . 283

§ 22a Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. . . . . 284

§ 23 Medizinischen Vorsorgeleistungen. . . . . 286

§ 24 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter . . . . . 290

§ 24a Empfängnisverhütung . . . . . 292

§ 24b Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation. . . . . 294

§ 24c Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft . . . . . 297

§ 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. . . . . 298

§ 24e Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. . . . . 301

§ 24f Entbindung . . . . . 302

§ 24g Häusliche Pflege. . . . . 303

§ 24h Haushaltshilfe . . . . . 304

§ 24i Mutterschaftsgeld. . . . . 305

**Vierter Abschnitt. Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten . . . . . 311**

§ 25 Gesundheitsuntersuchungen . . . . . 311

§ 25a Organisierte Früherkennungsprogramme . . . . . 316

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche. . . . . 320

**Fünfter Abschnitt. Leistungen bei Krankheit. . . . . 323**

**Erster Titel. Krankenbehandlung. . . . . 323**

§ 27 Krankenbehandlung . . . . . 323

§ 27a Künstliche Befruchtung. . . . . 342

§ 27b	Zweitmeinung	351
§ 28	Ärztliche und zahnärztliche Behandlung	356
§ 29	Kieferorthopädische Behandlung	366
§§ 30, 30a	(weggefallen)	374
§ 31	Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung	374
§ 31a	Medikationsplan	392
§ 31b	Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel	396
§ 31c	Beleihung mit der Aufgabe der Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel; Rechts- und Fachaufsicht über die Beliehene	398
§ 32	Heilmittel	399
§ 33	Hilfsmittel	404
§ 33a	Digitale Gesundheitsanwendungen	414
§ 34	Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	418
§ 34a	(weggefallen)	425
§ 35	Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel	425
§ 35a	Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung	433
§ 35b	Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln	446
§ 35c	Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln	449
§ 36	Festbeträge für Hilfsmittel	451
§ 37	Häusliche Krankenpflege	454
§ 37a	Soziotherapie	467
§ 37b	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	470
§ 37c	Außerklinische Intensivpflege	474
§ 38	Haushaltshilfe	485
§ 39	Krankenhausbehandlung	490
§ 39a	Stationäre und ambulante Hospizleistungen	533
§ 39b	Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen	545
§ 39c	Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	548
§ 39d	Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch einen Netzwerkkoordinator	550
§ 39e	Übergangspflege im Krankenhaus	554
§ 40	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	557
§ 41	Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	575
§ 42	Belastungserprobung und Arbeitstherapie	578
§ 43	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	579
§ 43a	Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen	583
§ 43b	Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen	585
§ 43c	Zahlungsweg	587
<b>Zweiter Titel. Krankengeld</b>		590
§ 44	Krankengeld	590
§ 44a	Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen	596
§ 44b	Krankengeld für eine bei stationärer Behandlung mitaufgenommene Begleitperson aus dem engsten persönlichen Umfeld	598

§ 45	Krankengeld bei Erkrankung des Kindes . . . . .	600
§ 46	Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld . . . . .	604
§ 47	Höhe und Berechnung des Krankengeldes . . . . .	610
§ 47a	Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen . . . . .	615
§ 47b	Höhe und Berechnung des Krankengeldes bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld . . . . .	616
§ 48	Dauer des Krankengeldes . . . . .	619
§ 49	Ruhen des Krankengeldes . . . . .	622
§ 50	Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes . . . . .	629
§ 51	Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe . . . . .	635
<b>Dritter Titel. Leistungsbeschränkungen . . . . .</b>		<b>638</b>
§ 52	Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden . . . . .	638
§ 52a	Leistungsausschluss . . . . .	644
<b>Sechster Abschnitt. Selbstbehalt, Beitragsrückzahlung . . . . .</b>		<b>648</b>
§ 53	Wahltarife . . . . .	648
§ 54	(weggefallen) . . . . .	656
<b>Siebter Abschnitt. Zahnersatz . . . . .</b>		<b>656</b>
§ 55	Leistungsanspruch . . . . .	656
§ 56	Festsetzung der Regelversorgungen . . . . .	670
§ 57	Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern . . . . .	672
§§ 58, 59	(weggefallen) . . . . .	674
<b>Achter Abschnitt. Fahrkosten . . . . .</b>		<b>674</b>
§ 60	Fahrkosten . . . . .	674
<b>Neunter Abschnitt. Zuzahlungen, Belastungsgrenze . . . . .</b>		<b>680</b>
§ 61	Zuzahlungen . . . . .	680
§ 62	Belastungsgrenze . . . . .	682
§ 62a	(weggefallen) . . . . .	689
<b>Zehnter Abschnitt. Weiterentwicklung der Versorgung . . . . .</b>		<b>689</b>
§ 63	Grundsätze . . . . .	689
§ 64	Vereinbarungen mit Leistungserbringern . . . . .	694
§ 64a	Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung . . . . .	697
§ 64b	Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen . . . . .	699
§ 64c	Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN . . . . .	701
§ 64d	Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten . . . . .	703
§ 64e	Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen, Verordnungsermächtigung . . . . .	705
§ 65	Auswertung der Modellvorhaben . . . . .	712
§ 65a	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten . . . . .	712
§ 65b	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung . . . . .	716

§ 65c	Klinische Krebsregister . . . . .	718
§ 65d	Förderung besonderer Therapieeinrichtungen . . . . .	725
§ 65e	Ambulante Krebsberatungsstellen . . . . .	728
§ 65f	Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Spender von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut . . . . .	731
§ 66	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern . . . . .	733
§ 67	Elektronische Kommunikation . . . . .	735
§ 68	Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte (weggefallen) . . . . .	737
§ 68a	Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen . . . . .	738
§ 68b	Förderung von Versorgungsinnovationen . . . . .	743
§ 68c	Förderung digitaler Innovationen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen . . . . .	745
<b>Viertes Kapitel. Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern . . . . .</b>		<b>746</b>
<b>Erster Abschnitt. Allgemeine Grundsätze . . . . .</b>		<b>746</b>
§ 69	Anwendungsbereich . . . . .	746
§ 70	Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit . . . . .	760
§ 71	Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel . . . . .	761
<b>Zweiter Abschnitt. Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten . . . . .</b>		<b>766</b>
<b>Erster Titel. Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung . . . . .</b>		<b>766</b>
§ 72	Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung . . . . .	766
§ 72a	Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen . . . . .	768
§ 73	Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung . . . . .	771
§ 73a	(weggefallen) . . . . .	783
§ 73b	Hausarztzentrierte Versorgung . . . . .	783
§ 73c	Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz . . . . .	796
§ 73d	(weggefallen) . . . . .	797
§ 74	Stufenweise Wiedereingliederung . . . . .	797
§ 75	Inhalt und Umfang der Sicherstellung . . . . .	799
§ 75a	Förderung der Weiterbildung . . . . .	813
§ 75b	Richtlinie zur IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung . . . . .	819
§ 75c	IT-Sicherheit in Krankenhäusern . . . . .	821
§ 76	Freie Arztwahl . . . . .	823
<b>Zweiter Titel. Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen . . . . .</b>		<b>827</b>
§ 77	Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen . . . . .	827
§ 77a	Dienstleistungsgesellschaften . . . . .	832
§ 77b	Besondere Regelungen zu Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen . . . . .	834
§ 78	Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken . . . . .	836
§ 78a	Aufsichtsmittel in besonderen Fällen bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen . . . . .	839
§ 78b	Entsante Person für besondere Angelegenheiten bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen . . . . .	841
§ 78c	Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit . . . . .	844
§ 79	Organe . . . . .	845

§ 79a	Verhinderung von Organen, Bestellung eines Beauftragten .....	855
§ 79b	Beratender Fachausschuss für Psychotherapie .....	859
§ 79c	Beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung; weitere beratende Fachausschüsse .....	860
§ 80	Wahl und Abberufung .....	862
§ 81	Satzung .....	868
§ 81a	Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen .....	871
<b>Dritter Titel. Verträge auf Bundes- und Landesebene .....</b>		<b>874</b>
§ 82	Grundsätze .....	874
§ 83	Gesamtverträge .....	879
§ 84	Arznei- und Heilmittelvereinbarung .....	882
§ 85	Gesamtvergütung .....	890
§ 85a	Sonderregelungen für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Pandemie .....	908
§§ 85b, 85c, 85d	(weggefallen) .....	910
§ 86	Verwendung von Verordnungen und Empfehlungen in elektronischer Form .....	911
§ 86a	Verwendung von Überweisungen in elektronischer Form .....	913
§ 87	Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte .....	913
§ 87a	Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten .....	941
§ 87b	Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung) .....	955
§ 87c	Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen .....	969
§ 87d	(weggefallen) .....	973
§ 87e	Zahlungsanspruch bei Mehrkosten .....	973
<b>Vierter Titel. Zahntechnische Leistungen .....</b>		<b>974</b>
§ 88	Bundesleistungsverzeichnis, Datenaustausch, Vergütungen .....	974
<b>Fünfter Titel. Schiedswesen .....</b>		<b>976</b>
§ 89	Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen .....	976
§ 89a	Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen .....	985
<b>Sechster Titel. Landesausschüsse und Gemeinsamer Bundesausschuss .....</b>		<b>989</b>
§ 90	Landesausschüsse .....	989
§ 90a	Gemeinsames Landesgremium .....	995
§ 91	Gemeinsamer Bundesausschuss .....	997
§ 91a	Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen .....	1008
§ 91b	Verordnungsermächtigung zur Regelung der Verfahrensgrundsätze der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus .....	1011
§ 92	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses .....	1012
§ 92a	Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss .....	1033
§ 92b	Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss .....	1037

§ 93	Übersicht über ausgeschlossene Arzneimittel . . . . .	1041
§ 94	Wirksamwerden der Richtlinien . . . . .	1042
<b>Siebter Titel. Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung . . . . .</b>		1044
§ 95	Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung . . . . .	1044
§ 95a	Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte . . . . .	1082
§ 95b	Kollektiver Verzicht auf die Zulassung. . . . .	1085
§ 95c	Voraussetzung für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister . . . . .	1088
§ 95d	Pflicht zur fachlichen Fortbildung. . . . .	1091
§ 95e	Berufshaftpflichtversicherung . . . . .	1097
§ 96	Zulassungsausschüsse. . . . .	1101
§ 97	Berufungsausschüsse . . . . .	1105
§ 98	Zulassungsverordnungen . . . . .	1109
<b>Achter Titel. Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung. . . . .</b>		1115
§ 99	Bedarfsplan . . . . .	1115
§ 100	Unterversorgung . . . . .	1118
§ 101	Überversorgung . . . . .	1121
§ 102	(weggefallen) . . . . .	1136
§ 103	Zulassungsbeschränkungen . . . . .	1136
§ 104	Verfahren bei Zulassungsbeschränkungen . . . . .	1152
§ 105	Förderung der vertragsärztlichen Versorgung . . . . .	1153
<b>Neunter Titel. Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung. . . . .</b>		1159
§ 106	Wirtschaftlichkeitsprüfung . . . . .	1159
§ 106a	Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen . . . . .	1175
§ 106b	Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen . . . . .	1178
§ 106c	Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen . . . . .	1186
§ 106d	Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung . . . . .	1190
<b>Dritter Abschnitt. Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen . . . . .</b>		1198
§ 107	Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. . . . .	1198
§ 108	Zugelassene Krankenhäuser . . . . .	1203
§ 108a	Krankenhausgesellschaften. . . . .	1205
§ 109	Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern . . . . .	1207
§ 110	Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern . . . . .	1216
§ 110a	Qualitätsverträge . . . . .	1221
§ 111	Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Verordnungsermächtigung. . . . .	1225
§ 111a	Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen . . . . .	1232
§ 111b	Landesschiedsstelle für Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen, Verordnungsermächtigung. . . . .	1234
§ 111c	Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen, Verordnungsermächtigung. . . . .	1237
§ 111d	Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgrund von	

Einnahmeausfällen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2, Verordnungsermächtigung .....	1242
§ 112 Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung.....	1247
§ 113 Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung.....	1252
§ 114 Landesschiedsstelle.....	1255
<b>Vierter Abschnitt. Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten .....</b>	<b>1258</b>
§ 115 Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten .....	1258
§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus.....	1264
§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus.....	1269
§ 115c Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung.....	1278
§ 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung.....	1281
§ 116 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte.....	1285
§ 116a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung .....	1291
§ 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung.....	1294
§ 117 Hochschulambulanzen.....	1306
§ 118 Psychiatrische Institutsambulanzen .....	1315
§ 118a Geriatrie Institutsambulanzen .....	1320
§ 119 Sozialpädiatrische Zentren.....	1323
§ 119a Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe.....	1327
§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen .....	1330
§ 119c Medizinische Behandlungszentren.....	1335
§ 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen.....	1337
§ 121 Belegärztliche Leistungen.....	1347
§ 121a Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen .....	1353
§ 122 Behandlung in Praxiskliniken .....	1358
§ 123 (weggefallen) .....	1359
<b>Fünfter Abschnitt. Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln .....</b>	<b>1360</b>
§ 124 Zulassung.....	1360
§ 125 Verträge .....	1381
§ 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung.....	1401
§ 125b Bundesweit geltende Preise, Verordnungsermächtigung .....	1407
<b>Sechster Abschnitt. Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln.....</b>	<b>1411</b>
§ 126 Versorgung durch Vertragspartner .....	1411
§ 127 Verträge .....	1433
§ 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten.....	1459
<b>Siebter Abschnitt. Beziehungen zu Apotheken und pharmazeutischen Unternehmern ...</b>	<b>1485</b>
§ 129 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung .....	1485
§ 129a Krankenhausapotheken .....	1533
§ 130 Rabatt.....	1541
§ 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer .....	1548
§ 130b Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungsermächtigung.....	1600

§ 130c Verträge von Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmern . . . . .	1646
§ 130d Preise für Arzneimittel zur Therapie von Gerinnungsstörungen bei Hämophilie . . . . .	1657
§ 131 Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmern . . . . .	1663
§ 131a Ersatzansprüche der Krankenkassen . . . . .	1676
<b>Achter Abschnitt. Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern . . . . .</b>	<b>1684</b>
§ 132 Versorgung mit Haushaltshilfe . . . . .	1684
§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege . . . . .	1700
§ 132b Versorgung mit Soziotherapie . . . . .	1731
§ 132c Versorgung mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen . . . . .	1741
§ 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung . . . . .	1745
§ 132e Versorgung mit Schutzimpfungen . . . . .	1758
§ 132f Versorgung durch Betriebsärzte . . . . .	1773
§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase . . . . .	1781
§ 132h Versorgungsverträge mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen . . . . .	1793
§ 132i Versorgungsverträge mit Hämophiliezentren . . . . .	1797
§ 132j Regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken . . . . .	1801
§ 132k Vertrauliche Spurensicherung . . . . .	1807
§ 132l Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung . . . . .	1813
§ 132m Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus . . . . .	1827
§ 133 Versorgung mit Krankentransportleistungen . . . . .	1830
§ 134 Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge; Verordnungsermächtigung . . . . .	1847
§ 134a Versorgung mit Hebammenhilfe . . . . .	1857
<b>Neunter Abschnitt. Sicherung der Qualität der Leistungserbringung . . . . .</b>	<b>1883</b>
Vorbemerkungen zu den §§ 135 ff. . . . .	1883
§ 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden . . . . .	1886
§ 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung . . . . .	1905
§ 135b Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen . . . . .	1907
§ 135c Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft . . . . .	1909
§ 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung . . . . .	1911
§ 136a Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen . . . . .	1914
§ 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus . . . . .	1920
§ 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung . . . . .	1930
§ 136d Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss . . . . .	1935
§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses . . . . .	1937
§ 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen . . . . .	1941
§ 137b Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a . . . . .	1950
§ 137c Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus . . . . .	1951
§ 137d Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation . . . . .	1959
§ 137e Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden . . . . .	1962

§ 137f	Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten	1971
§ 137g	Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme	1973
§ 137h	Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse	1980
§ 137i	Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung	1988
§ 137j	Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung	1995
§ 137k	Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus	1999
§ 138	Neue Heilmittel	2001
§ 139	Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln	2004
§ 139a	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	2012
§ 139b	Aufgabendurchführung	2012
§ 139c	Finanzierung	2013
§ 139d	Erprobung von Leistungen und Maßnahmen zur Krankenbehandlung	2020
§ 139e	Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung	2021
<b>Zehnter Abschnitt. Eigeneinrichtungen der Krankenkassen</b>		2029
§ 140	Eigeneinrichtungen	2029
<b>Elfter Abschnitt. Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern</b>		2031
§ 140a	Besondere Versorgung	2031
§§ 140b–140d	(weggefallen)	2049
<b>Zwölfter Abschnitt. Beziehungen zu Leistungserbringern europäischer Staaten</b>		2050
§ 140e	Verträge mit Leistungserbringern europäischer Staaten	2050
<b>Dreizehnter Abschnitt. Beteiligung von Patientinnen und Patienten, Beauftragte oder Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten</b>		2052
§ 140f	Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten	2052
§ 140g	Verordnungsermächtigung	2057
§ 140h	Amt, Aufgabe und Befugnisse der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten	2058
<b>Fünftes Kapitel. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen</b>		2060
§ 141	(weggefallen)	2060
§ 142	Sachverständigenrat	2060
<b>Sechstes Kapitel. Organisation der Krankenkassen</b>		2062
<b>Erster Abschnitt. Errichtung, Vereinigung und Beendigung von Krankenkassen</b>		2062
<b>Erster Titel. Arten der Krankenkassen</b>		2062
§ 143	Ortskrankenkassen	2062
§ 144	Betriebskrankenkassen	2063
§ 145	Innungskrankenkassen	2064
§ 146	Landwirtschaftliche Krankenkasse	2065
§ 146a	(weggefallen)	2065
§ 147	Deutsche Rentenversicherung, Knappschaft-Bahn-See	2065
§ 148	Ersatzkassen	2066

**Zweiter Titel. Besondere Vorschriften zur Errichtung, zur Ausdehnung und zur Auflösung von Betriebskrankenkassen sowie zum Ausscheiden von Betrieben aus Betriebskrankenkassen** ..... 2067

§ 149 Errichtung von Betriebskrankenkassen ..... 2067

§ 150 Verfahren bei Errichtung ..... 2069

§ 151 Ausdehnung auf weitere Betriebe ..... 2070

§ 152 Ausscheiden von Betrieben ..... 2071

§ 153 Auflösung ..... 2072

§ 154 Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen ..... 2073

**Dritter Titel. Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen** ..... 2073

§ 155 Freiwillige Vereinigung ..... 2073

§ 156 Vereinigung auf Antrag ..... 2075

§ 157 Verfahren bei Vereinigung auf Antrag ..... 2077

§ 158 Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von Krankenkassen ..... 2078

§ 159 Schließung ..... 2079

§ 160 Insolvenz von Krankenkassen ..... 2081

§ 161 Aufhebung der Haftung nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung ..... 2083

§ 162 Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden ..... 2083

§ 163 Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen ..... 2084

§ 164 Vorübergehende finanzielle Hilfen ..... 2086

**Vierter Titel. Folgen der Auflösung, der Schließung und der Insolvenz** ..... 2088

§ 165 Abwicklung der Geschäfte ..... 2088

§ 166 Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung ..... 2089

§ 167 Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen ..... 2090

§ 168 Personal ..... 2092

§ 168a (weggefallen) ..... 2094

§ 169 Haftung im Insolvenzfall ..... 2094

§ 170 Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen, Verordnungsermächtigung ..... 2096

§§ 171–172a (weggefallen) ..... 2097

**Zweiter Abschnitt. Wahlrechte der Mitglieder** ..... 2098

§ 173 Allgemeine Wahlrechte ..... 2098

§ 174 Besondere Wahlrechte ..... 2105

§ 175 Ausübung des Wahlrechts ..... 2108

§ 176 Bestandschutzregelung für Solidargemeinschaften ..... 2126

§§ 177–185 (weggefallen) ..... 2128

**Dritter Abschnitt. Mitgliedschaft und Verfassung** ..... 2128

**Erster Titel. Mitgliedschaft** ..... 2128

§ 186 Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger ..... 2128

§ 187 Beginn der Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse ..... 2138

§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft ..... 2139

§ 189	Mitgliedschaft von Rentenantragstellern . . . . .	2147
§ 190	Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger . . . . .	2149
§ 191	Ende der freiwilligen Mitgliedschaft . . . . .	2155
§ 192	Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger . . . . .	2156
§ 193	Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Wehrdienst oder Zivildienst . . . . .	2160
<b>Zweiter Titel. Satzung, Organe . . . . .</b>		<b>2163</b>
§ 194	Satzung der Krankenkassen . . . . .	2163
§ 194a	Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bei den Krankenkassen . . . . .	2168
§ 194b	Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl . . . . .	2171
§ 194c	Verordnungsermächtigung . . . . .	2174
§ 194d	Evaluierung . . . . .	2176
§ 195	Genehmigung der Satzung . . . . .	2178
§ 196	Einsichtnahme in die Satzung . . . . .	2179
§ 197	Verwaltungsrat . . . . .	2181
§ 197a	Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen . . . . .	2184
§ 197b	Aufgabenerledigung durch Dritte . . . . .	2189
<b>Vierter Abschnitt. Meldungen . . . . .</b>		<b>2191</b>
§ 198	Meldepflicht des Arbeitgebers für versicherungspflichtige Beschäftigte . . . . .	2191
§ 199	Meldepflichten bei unständiger Beschäftigung . . . . .	2192
§ 199a	Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten . . . . .	2194
§ 200	Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen . . . . .	2197
§ 201	Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug . . . . .	2199
§ 202	Meldepflichten bei Versorgungsbezügen . . . . .	2202
§ 203	Meldepflichten bei Leistung von Mutterschaftsgeld, Elterngeld oder Erziehungsgeld . . . . .	2204
§ 203a	Meldepflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld . . . . .	2206
§ 204	Meldepflichten bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst . . . . .	2207
§ 205	Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger . . . . .	2208
§ 206	Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten . . . . .	2210
<b>Siebtes Kapitel. Verbände der Krankenkassen . . . . .</b>		<b>2212</b>
§ 207	Bildung und Vereinigung von Landesverbänden . . . . .	2212
§ 208	Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken . . . . .	2214
§ 209	Verwaltungsrat der Landesverbände . . . . .	2214
§ 209a	Vorstand bei den Landesverbänden . . . . .	2215
§ 210	Satzung der Landesverbände . . . . .	2216
§ 211	Aufgaben der Landesverbände . . . . .	2217
§ 211a	Entscheidungen auf Landesebene . . . . .	2219
§ 212	Bundesverbände, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Verbände der Ersatzkassen . . . . .	2219
§ 213	Rechtsnachfolge, Vermögensübergang, Arbeitsverhältnisse . . . . .	2222
§ 214	Aufgaben . . . . .	2224
§§ 215–217	(weggefallen) . . . . .	2225
§ 217a	Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen . . . . .	2225
§ 217b	Organe . . . . .	2226
§ 217c	Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung . . . . .	2231

§ 217d	Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken .....	2234
§ 217e	Satzung.....	2236
§ 217f	Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen .....	2239
§ 217g	Aufsichtsmittel in besonderen Fällen bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen... ..	2244
§ 217h	Entsante Person für besondere Angelegenheiten bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen .....	2246
§ 217i	Verhinderung von Organen, Bestellung eines Beauftragten .....	2248
§ 217j	Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit.....	2250
§ 218	Regionale Kassenverbände.....	2251
§ 219	Besondere Regelungen zu Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.....	2251
§ 219a	Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland.....	2253
§ 219b	Datenaustausch im automatisierten Verfahren zwischen den Trägern der sozialen Sicherheit und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland .....	2257
§ 219c	(weggefallen) .....	2258
§ 219d	Nationale Kontaktstellen .....	2258
<b>Achtes Kapitel. Finanzierung .....</b>		<b>2261</b>
<b>Erster Abschnitt. Beiträge .....</b>		<b>2261</b>
<b>Erster Titel. Aufbringung der Mittel.....</b>		<b>2261</b>
§ 220	Grundsatz.....	2261
§ 221	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen .....	2271
§ 221a	Ergänzende Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds in den Jahren 2021 und 2022, Verordnungsermächtigung.....	2274
§ 221b	(weggefallen) .....	2276
§ 222	(weggefallen) .....	2276
§ 223	Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze .....	2276
§ 224	Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Elterngeld .....	2277
§ 225	Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller .....	2279
<b>Zweiter Titel. Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder .....</b>		<b>2280</b>
§ 226	Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter .....	2280
§ 227	Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung und bisher nicht Versicherter .....	2284
§ 228	Rente als beitragspflichtige Einnahmen.....	2285
§ 229	Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen .....	2286
§ 230	Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtig Beschäftigter .....	2289
§ 231	Erstattung von Beiträgen .....	2289
§ 232	Beitragspflichtige Einnahmen unständig Beschäftigter .....	2291
§ 232a	Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld .....	2293
§ 232b	Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld.....	2295
§ 233	Beitragspflichtige Einnahmen der Seeleute .....	2296
§ 234	Beitragspflichtige Einnahmen der Künstler und Publizisten .....	2297
§ 235	Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen .....	2298
§ 236	Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten .....	2301

§ 237	Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner .....	2302
§ 238	Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtiger Rentner .....	2303
§ 238a	Rangfolge der Einnahmearten freiwillig versicherter Rentner .....	2303
§ 239	Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern .....	2304
§ 240	Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder .....	2305
<b>Dritter Titel. Beitragssätze, Zusatzbeitrag .....</b>		<b>2312</b>
§ 241	Allgemeiner Beitragssatz .....	2312
§ 241a	(weggefallen) .....	2312
§ 242	Zusatzbeitrag .....	2312
§ 242a	Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz .....	2315
§ 242b	(weggefallen) .....	2316
§ 243	Ermäßigter Beitragssatz .....	2316
§ 244	Ermäßigter Beitrag für Wehrdienstleistende und Zivildienstleistende .....	2317
§ 245	Beitragssatz für Studenten und Praktikanten .....	2318
§ 246	Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II .....	2319
§ 247	Beitragssatz aus der Rente .....	2320
§ 248	Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen .....	2321
<b>Vierter Titel. Tragung der Beiträge .....</b>		<b>2323</b>
§ 249	Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung .....	2323
§ 249a	Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug .....	2325
§ 249b	Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung .....	2326
§ 249c	Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld .....	2328
§ 250	Tragung der Beiträge durch das Mitglied .....	2329
§ 251	Tragung der Beiträge durch Dritte .....	2331
<b>Fünfter Titel. Zahlung der Beiträge .....</b>		<b>2334</b>
§ 252	Beitragszahlung .....	2334
§ 253	Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt .....	2336
§ 254	Beitragszahlung der Studenten .....	2336
§ 255	Beitragszahlung aus der Rente .....	2337
§ 256	Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen .....	2339
§ 256a	Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen .....	2341
<b>Zweiter Abschnitt. Beitragszuschüsse .....</b>		<b>2343</b>
§ 257	Beitragszuschüsse für Beschäftigte .....	2343
§ 258	Beitragszuschüsse für andere Personen .....	2356
<b>Dritter Abschnitt. Verwendung und Verwaltung der Mittel .....</b>		<b>2359</b>
§ 259	Mittel der Krankenkasse .....	2359
§ 260	Betriebsmittel .....	2359
§ 261	Rücklage .....	2361
§ 262	Gesamtrücklage .....	2363
§ 263	Verwaltungsvermögen .....	2364
§ 263a	Anlagen in Investmentvermögen zur Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen .....	2365

§ 264	Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung .....	2366
<b>Vierter Abschnitt. Finanzausgleiche und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. ....</b>		2372
§ 265	Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle. ....	2372
§§ 265a, b	(weggefallen) .....	2372
§ 266	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung. ....	2372
§ 267	Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs .....	2381
§ 268	Risikopool .....	2383
§ 269	Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte .....	2385
§ 270	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben .....	2387
§ 270a	Einkommensausgleich .....	2389
§ 271	Gesundheitsfonds. ....	2391
§ 271a	Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds .....	2397
§ 272	Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 .....	2399
§ 272a	Sonderregelung für den Gesundheitsfonds im Jahr 2022 .....	2400
§ 273	Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich. ....	2400
<b>Fünfter Abschnitt. Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände .....</b>		2403
§ 274	Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung .....	2403
<b>Neuntes Kapitel. Medizinischer Dienst .....</b>		2406
<b>Erster Abschnitt. Aufgaben .....</b>		2406
§ 275	Begutachtung und Beratung .....	2406
§ 275a	Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst .....	2418
§ 275b	Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung .....	2422
§ 275c	Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst .....	2428
§ 275d	Prüfung von Strukturmerkmalen .....	2439
§ 276	Zusammenarbeit .....	2443
§ 277	Mitteilungspflichten .....	2450
<b>Zweiter Abschnitt. Organisation .....</b>		2453
§ 278	Medizinischer Dienst .....	2453
§ 279	Verwaltungsrat und Vorstand .....	2455
§ 280	Finanzierung, Haushalt, Aufsicht .....	2459
§ 281	Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht. ....	2462
§ 282	Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand. ....	2464
§ 283	Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund .....	2466
§ 283a	Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-Sec. ....	2469

<b>Zehntes Kapitel. Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz...</b>	2471
<b>Erster Abschnitt. Informationsgrundlagen</b>	2471
<b>Erster Titel. Grundsätze der Datenverwendung</b>	2471
§ 284 Sozialdaten bei den Krankenkassen	2471
§ 285 Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen	2475
§ 286 Datenübersicht	2479
§ 287 Forschungsvorhaben	2479
§ 287a Federführende Datenschutzaufsicht in der Versorgungs- und Gesundheitsforschung	2481
<b>Zweiter Titel. Informationsgrundlagen der Krankenkassen</b>	2482
§ 288 Versichertenverzeichnis	2482
§ 289 Nachweispflicht bei Familienversicherung	2483
§ 290 Krankenversichertennummer	2484
§ 291 Elektronische Gesundheitskarte	2486
§ 291a Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis und Mittel zur Abrechnung	2491
§ 291b Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis	2494
§ 291c Einzug, Sperrung oder weitere Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte nach Krankenkassenwechsel; Austausch der elektronischen Gesundheitskarte	2497
§§ 291d–h (weggefallen)	2498
§ 292 Angaben über Leistungsvoraussetzungen	2498
§ 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	2498
§ 293a Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung und über eine besondere Versorgung	2505
<b>Zweiter Abschnitt. Übermittlung und Aufbereitung von Leistungsdaten, Datentransparenz</b>	2507
<b>Erster Titel. Übermittlung von Leistungsdaten</b>	2507
§ 294 Pflichten der Leistungserbringer	2507
§ 294a Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden	2508
§ 295 Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen	2514
§ 295a Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b, § 132e, § 132f und § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen	2522
§ 296 Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen	2524
§ 297 Weitere Regelungen zur Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen	2527
§ 298 Übermittlung versichertenbezogener Daten	2528
§ 299 Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung	2529
§ 300 Abrechnung der Apotheken und weiterer Stellen	2538
§ 301 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen	2541
§ 301a Abrechnung der Hebammen und der von ihnen geleiteten Einrichtungen	2548
§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	2549
§ 303 Ergänzende Regelungen	2553
<b>Zweiter Titel. Datentransparenz</b>	2555
§ 303a Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz; Verordnungsermächtigung	2555
§ 303b Datenzusammenführung und -übermittlung	2557
§ 303c Vertrauensstelle	2559

§ 303d	Forschungsdatenzentrum . . . . .	2560
§ 303e	Datenverarbeitung . . . . .	2561
§ 303f	Gebührenregelung; Verordnungsermächtigung . . . . .	2565
<b>Dritter Abschnitt. Datenlöschung, Auskunftspflicht . . . . .</b>		2566
§ 304	Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse . . . . .	2566
§ 305	Auskünfte an Versicherte . . . . .	2568
§ 305a	Beratung der Vertragsärzte . . . . .	2572
§ 305b	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse . . . . .	2574
<b>Elftes Kapitel. Telematikinfrastruktur . . . . .</b>		2575
<b>Erster Abschnitt. Anforderungen an die Telematikinfrastruktur . . . . .</b>		2575
§ 306	Telematikinfrastruktur . . . . .	2575
§ 307	Datenschutzrechtliche Verantwortlichkeiten . . . . .	2575
§§ 307a-b	(weggefallen) . . . . .	2576
§ 308	Vorrang von technischen Schutzmaßnahmen . . . . .	2576
§ 309	Protokollierung . . . . .	2577
<b>Zweiter Abschnitt. Gesellschaft für Telematik . . . . .</b>		2581
<b>Erster Titel. Aufgaben, Verfassung und Finanzierung der Gesellschaft für Telematik . . . . .</b>		2581
§ 310	Gesellschaft für Telematik . . . . .	2581
§ 311	Aufgaben der Gesellschaft für Telematik . . . . .	2582
§§ 311a, 311b	(weggefallen) . . . . .	2583
§ 312	Aufträge an die Gesellschaft für Telematik . . . . .	2583
§ 313	Elektronischer Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur . . . . .	2585
§ 314	Informationspflichten der Gesellschaft für Telematik . . . . .	2586
§ 315	Verbindlichkeit der Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik . . . . .	2587
§ 316	Finanzierung der Gesellschaft für Telematik; Verordnungsermächtigung . . . . .	2587
<b>Zweiter Titel. Beirat der Gesellschaft für Telematik . . . . .</b>		2590
§ 317	Beirat der Gesellschaft für Telematik . . . . .	2590
§ 318	Aufgaben des Beirats . . . . .	2590
<b>Dritter Titel. Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik . . . . .</b>		2592
§ 319	Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik . . . . .	2592
§ 320	Zusammensetzung der Schlichtungsstelle; Finanzierung . . . . .	2592
§ 321	Beschlussfassung der Schlichtungsstelle . . . . .	2592
§ 322	Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Schlichtungsstelle . . . . .	2592
<b>Dritter Abschnitt. Betrieb der Telematikinfrastruktur . . . . .</b>		2594
§ 323	Betriebsleistungen . . . . .	2594
§ 324	Zulassung von Anbietern von Betriebsleistungen . . . . .	2594
§ 325	Zulassung von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur . . . . .	2594
§ 326	Verbot der Nutzung der Telematikinfrastruktur ohne Zulassung oder Bestätigung . . . . .	2595
§ 327	Weitere Anwendungen der Telematikinfrastruktur; Bestätigungsverfahren . . . . .	2595
§ 328	Gebühren und Auslagen; Verordnungsermächtigung . . . . .	2596

<b>Vierter Abschnitt. Überwachung von Funktionsfähigkeit und Sicherheit</b> .....	2599
§ 329 Maßnahmen zur Abwehr von Gefahren für die Funktionsfähigkeit und Sicherheit der Telematikinfrastruktur .....	2599
§ 330 Vermeidung von Störungen der informationstechnischen Systeme, Komponenten und Prozesse der Telematikinfrastruktur .....	2599
§ 331 Maßnahmen zur Überwachung des Betriebs zur Gewährleistung der Sicherheit, Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur .....	2600
§ 332 Anforderungen an die Wartung von Diensten .....	2600
§ 333 Überprüfung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik .....	2601
<b>Fünfter Abschnitt. Anwendungen der Telematikinfrastruktur</b> .....	2603
<b>Erster Titel. Allgemeine Vorschriften</b> .....	2603
§ 334 Anwendungen der Telematikinfrastruktur .....	2603
§ 335 Diskriminierungsverbot .....	2603
§ 336 Zugriffsrechte der Versicherten .....	2603
§ 337 Recht der Versicherten auf Verarbeitung von Daten sowie auf Erteilung von Zugriffsberechtigungen auf Daten .....	2604
§ 338 Komponenten zur Wahrnehmung der Versichertenrechte .....	2605
§ 339 Voraussetzungen für den Zugriff von Leistungserbringern und anderen zugriffsberechtigten Personen .....	2605
§ 340 Ausgabe von elektronischen Heilberufs- und Berufsausweisen sowie von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen .....	2606
<b>Zweiter Titel. Elektronische Patientenakte</b> .....	2611
§ 341 Elektronische Patientenakte .....	2611
<b>Erster Untertitel. Angebot und Einrichtung der elektronischen Patientenakte</b> .....	2624
§ 342 Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte .....	2624
§ 343 Informationspflichten der Krankenkassen .....	2641
§ 344 Einwilligung der Versicherten und Zulässigkeit der Datenverarbeitung durch die Krankenkassen und Anbieter der elektronischen Patientenakte .....	2644
§ 345 Angebot und Nutzung zusätzlicher Inhalte und Anwendungen .....	2646
<b>Zweiter Untertitel. Nutzung der elektronischen Patientenakte durch den Versicherten</b> .....	2648
§ 346 Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte .....	2648
§ 347 Anspruch der Versicherten auf Übertragung von Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte durch Leistungserbringer .....	2653
§ 348 Anspruch der Versicherten auf Übertragung von Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte durch Krankenhäuser .....	2655
§ 349 Anspruch der Versicherten auf Übertragung von Daten aus Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 und von elektronischen Arztbriefen in die elektronische Patientenakte .....	2658
§ 350 Anspruch der Versicherten auf Übertragung von bei der Krankenkasse gespeicherten Daten in die elektronische Patientenakte .....	2660
§ 351 Übertragung von Daten aus der elektronischen Gesundheitsakte und aus Anwendungen nach § 33a in die elektronische Patientenakte .....	2662

<b>Dritter Untertitel. Zugriff von Leistungserbringern auf Daten in der elektronischen Patientenakte</b> .....	2665
§ 352 Verarbeitung von Daten in der elektronischen Patientenakte durch Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen .....	2665
§ 353 Erteilung der Einwilligung .....	2670
<b>Vierter Untertitel. Festlegungen für technische Voraussetzungen und semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten.</b> .....	2673
§ 354 Festlegungen der Gesellschaft für Telematik für die elektronische Patientenakte .....	2673
§ 355 Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der elektronischen Patientenakte, des elektronischen Medikationsplans, der elektronischen Notfalldaten und der elektronischen Patientenkurzakte .....	2677
<b>Dritter Titel. Erklärungen des Versicherten zur Organ- und Gewebespende sowie Hinweise auf deren Vorhandensein und Aufbewahrungsort.</b> .....	2680
§ 356 Zugriff auf Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende .....	2680
<b>Vierter Titel. Hinweis des Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen.</b> .....	2683
§ 357 Zugriff auf Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen .....	2683
<b>Fünfter Titel. Elektronischer Medikationsplan und elektronische Notfalldaten</b> .....	2687
§ 358 Elektronische Notfalldaten, elektronische Patientenkurzakte und elektronischer Medikationsplan .....	2687
§ 359 Zugriff auf den elektronischen Medikationsplan, die elektronischen Notfalldaten und die elektronische Patientenkurzakte .....	2691
<b>Sechster Titel. Übermittlung ärztlicher Verordnungen</b> .....	2695
§ 360 Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen .....	2695
§ 361 Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastruktur .....	2699
<b>Siebter Titel. Nutzung der Telematikinfrastruktur durch weitere Kostenträger</b> .....	2701
§ 362 Nutzung von elektronischen Gesundheitskarten oder digitalen Identitäten für Versicherte von Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, für Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei oder für Soldaten der Bundeswehr .....	2701
§ 362a Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte bei Krankenbehandlung der Sozialen Entschädigung nach dem Vierzehnten Buch .....	2703
<b>Achter Titel. Verfügbarkeit von Daten aus Anwendungen der Telematikinfrastruktur für Forschungszwecke</b> .....	2703
§ 363 Verarbeitung von Daten der elektronischen Patientenakte zu Forschungszwecken .....	2703
<b>Sechster Abschnitt. Telemedizinische Verfahren</b> .....	2709
§ 364 Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen .....	2709

§ 365	Vereinbarung über technische Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung .....	2710
§ 366	Vereinbarung über technische Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragszahnärztlichen Versorgung .....	2713
§ 367	Vereinbarung über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien .....	2715
§ 367a	Vereinbarung über technische Verfahren bei telemedizinischem Monitoring .....	2716
§ 368	Vereinbarung über ein Authentifizierungsverfahren im Rahmen der Videosprechstunde .....	2718
§ 369	Prüfung der Vereinbarungen durch das Bundesministerium für Gesundheit .....	2719
§ 370	Entscheidung der Schlichtungsstelle .....	2720
§ 370a	Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Vermittlung telemedizinischer Angebote durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Verordnungsermächtigung .....	2721
<b>Siebter Abschnitt. Anforderungen an Schnittstellen in informationstechnischen Systemen ..</b>		<b>2725</b>
§ 371	Integration offener und standardisierter Schnittstellen in informationstechnische Systeme ..	2725
§ 372	Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen für informationstechnische Systeme in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung .....	2727
§ 373	Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen für informationstechnische Systeme in Krankenhäusern und in der pflegerischen Versorgung; Gebühren und Auslagen; Verordnungsermächtigung .....	2730
§ 374	Abstimmung zur Festlegung sektorenübergreifender einheitlicher Vorgaben .....	2733
§ 374a	Integration offener und standardisierter Schnittstellen in Hilfsmittel und Implantaten .....	2733
§ 375	Verordnungsermächtigung .....	2735
<b>Achter Abschnitt. Finanzierung und Kostenerstattung .....</b>		<b>2737</b>
§ 376	Finanzierungsvereinbarung .....	2737
§ 377	Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten ..	2738
§ 378	Finanzierung der den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten .....	2740
§ 379	Finanzierung der den Apotheken entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten .....	2743
§ 380	Finanzierung der den Hebammen, Physiotherapeuten und anderen Heilmittelerbringern, Hilfsmittelerbringern, zahntechnischen Laboren, Erbringern von Soziotherapie nach § 37a sowie weiteren Leistungserbringern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten .....	2744
§ 381	Finanzierung der den Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten .....	2749
§ 382	Erstattung der dem Öffentlichen Gesundheitsdienst entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten .....	2751
§ 383	Erstattung der Kosten für die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung .....	2752
<b>Zwölftes Kapitel. Förderung von offenen Standards und Schnittstellen; Nationales Gesundheitsportal .....</b>		<b>2757</b>
§ 384	Begriffsbestimmungen .....	2757
§ 385	Interoperabilitätsverzeichnis .....	2758
§ 386	Beratung durch Experten .....	2760
§ 387	Aufnahme von Standards, Profilen und Leitfäden der Gesellschaft für Telematik .....	2763
§ 388	Aufnahme von Standards, Profilen und Leitfäden für informationstechnische Systeme im Gesundheitswesen .....	2765

§ 389	Empfehlungen von Standards, Profilen und Leitfäden von informationstechnischen Systemen im Gesundheitswesen als Referenz . . . . .	2767
§ 390	Beachtung der Festlegungen und Empfehlungen bei Finanzierung aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung . . . . .	2768
§ 391	Beteiligung der Fachöffentlichkeit . . . . .	2769
§ 392	Informationsportal . . . . .	2771
§ 393	Geschäfts- und Verfahrensordnung für das Interoperabilitätsverzeichnis . . . . .	2772
§ 394	Bericht über das Interoperabilitätsverzeichnis . . . . .	2773
§ 394a	Verordnungsermächtigung . . . . .	2774
§ 395	Nationales Gesundheitsportal . . . . .	2776
<b>Dreizehntes Kapitel. Straf- und Bußgeldvorschriften . . . . .</b>		<b>2779</b>
§ 396	Zusammenarbeit zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten . . . . .	2779
§ 397	Bußgeldvorschriften . . . . .	2780
§ 398	Strafvorschriften . . . . .	2784
§ 399	Strafvorschriften . . . . .	2785
<b>Vierzehntes Kapitel. Überleitungsregelungen aus Anlass der Herstellung der Einheit Deutschlands . . . . .</b>		<b>2786</b>
§ 400	Versicherter Personenkreis . . . . .	2786
§ 401	Leistungen . . . . .	2790
§ 402	Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern . . . . .	2790
<b>Fünfzehntes Kapitel. Weitere Übergangsvorschriften . . . . .</b>		<b>2792</b>
§ 403	Beitragszuschüsse für Beschäftigte . . . . .	2792
§ 404	Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz . . . . .	2795
§ 405	Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung . . . . .	2803
§ 406	Übergangsregelung zum Krankengeldwahltarif . . . . .	2804
§ 407	Übergangsregelung für die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137g Abs. 1 . . . . .	2804
§ 408	Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung . . . . .	2805
§ 409	Übergangsregelung zur Neuregelung der Verjährungsfrist für die Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen . . . . .	2808
§ 410	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 . . . . .	2810
§ 411	Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen . . . . .	2811
§ 412	Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund . . . . .	2813
§ 413	Übergangsregelung zur Tragung der Beiträge durch Dritte für Auszubildende in einer außerbetrieblichen Einrichtung . . . . .	2816
§ 414	Übergangsregelung für am 01.04.2020 bereits geschlossene Krankenkassen . . . . .	2816
§ 415	Übergangsregelung zur Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen, Verordnungsermächtigung . . . . .	2817
§ 416	Übergangsregelung zur Versicherungspflicht bei praxisintegrierter Ausbildung . . . . .	2818
§ 417	(weggefallen) . . . . .	2819
<b>Stichwortverzeichnis . . . . .</b>		<b>2821</b>

## Bearbeiterverzeichnis

### Herausgeberin/Herausgeber:

**Prof. Dr. Katharina von Koppenfels-Spies**  
Universität Freiburg

**Prof. Dr. Ulrich Wenner**  
Vors. Richter am Bundessozialgericht, Kassel

### Autorinnen und Autoren:

**Doris Armbruster**  
Richterin am Landessozialgericht  
Berlin-Brandenburg

**Prof. Dr. Peter Axer**  
Universität Heidelberg

**Dr. Stefan Bäune**  
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht,  
Essen

**Barbara Berner**  
Rechtsanwältin und Syndikusrechtsanwältin der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

**Dr. Eckhard Bloch**  
Rechtsanwalt, Hamburg

**Dr. Sören Deister,**  
Akademischer Rat a.Z., Universität Hamburg

**Prof. Dr. Corinna Grünh**  
Hochschule Bremen

**Dr. Judith Ihle**  
Rechtsanwältin, Berlin

**Katrin Just**  
Richterin am Bundessozialgericht, Kassel

**Dr. Anne Barbara Lungstras**  
Richterin am Sozialgericht Berlin, z.Z.  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Bundes-  
verfassungsgericht

**Horst Marburger † (bis 3. Aufl.)**  
Sozialrechtlicher Fachautor, Geislingen

**Dr. Claudia Matthäus**  
Richterin am Bayerischen Landessozialgericht,  
z.Z. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am  
Bundessozialgericht, Kassel

**Dr. Thomas Motz**  
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht,  
Lübeck

**Prof. Dr. Andreas Musil †**  
Universität Potsdam

**Dr. Christiane Padé (bis 2. Aufl.)**  
Richterin am Landessozialgericht Baden-  
Württemberg

**Dr. Ingo Pflugmacher**  
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Verwaltungsrecht,  
Fachanwalt für Medizinrecht, Bonn

**Prof. Dr. Oliver Ricken**  
Universität Bielefeld

**Dr. Thomas Rompf**  
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Justiziar,  
Berlin

**Wolfgang Seifert**  
Vors. Richter am Landessozialgericht Berlin-Bran-  
denburg

**Prof. Dr. Mathias Ulmer**  
Richter am Landessozialgericht Sachsen-Anhalt

**Prof. Dr. Ulrich Wenner**  
Vors. Richter am Bundessozialgericht, Kassel

**Dr. Britta Wiegand**  
Richterin am Landessozialgericht Rheinland-Pfalz

**Maureen Wobbe**  
Verantwortliche und Datenschutzbeauftragte der  
DAK-Gesundheit, Hamburg

§ 2 Leistungen

(1) <sup>1</sup>Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. <sup>2</sup>Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. <sup>3</sup>Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(1a) <sup>1</sup>Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. <sup>2</sup>Die Krankenkasse erteilt für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen. <sup>3</sup>Mit der Kostenübernahmeerklärung wird die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung nach Satz 1 festgestellt.

(2) <sup>1</sup>Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. <sup>2</sup>Die Leistungen werden auf Antrag durch ein Persönliches Budget erbracht; § 29 des Neunten Buches gilt entsprechend. <sup>3</sup>Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

(3) <sup>1</sup>Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. <sup>2</sup>Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Übersicht	Rdn.	Rdn.
I. Inhalt.....	1	3. Anspruch nach Abs. 1a vor dem Hintergrund des sog. Nikolausbeschlusses und des Beschl. des BVerfG v. 10.11.2015... 18
II. Entstehungsgeschichte. ....	2	
III. Erläuterungen. ....	3	4. Das Sachleistungsprinzip als Leistungsmaxime..... 26
1. Wirtschaftlichkeit, Qualität und Eigenverantwortung.....	3	a) Sach- und Dienstleistungen: das Sachleistungsprinzip..... 26
a) Wirtschaftlichkeit. ....	3	b) Leistungs- und Leistungserbringungsrecht. .... 28
b) Qualität und Wirksamkeit. ....	4	c) Sachleistungs- und Kostenerstat- tungsprinzip..... 29
c) Eigenverantwortung.....	7	5. Persönliches Budget. .... 32
2. Die besonderen Therapierichtungen. ...	9	6. Leistungserbringervielfalt. .... 33
a) Der Begriff der besonderen Thera- pierichtungen.....	9	
b) Anforderungen an die Leistungen der besonderen Therapierichtungen. .	13	
c) Anspruch im Fall des Systemversa- gens oder eines Seltenheitsfalls. ....	16	

1 I. **Inhalt.** § 2 normiert mit Vorgaben für die Leistungserbringung (Abs. 1, 4), mit dem Leistungsanspruch infolge der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung v. 06.12.2005 (BVerfGE 115, 25 ff.), dem sog. Nikolausbeschluss (Abs. 1a), mit dem Sachleistungsprinzip (Abs. 2) und mit der Beachtung der Leistungserbringervielfalt (Abs. 3) **Grundprinzipien des Leistungsrechts** und bezieht ausdrücklich Formen alternativer Medizin als besondere Therapierichtungen in den Leistungskatalog ein (Abs. 1 Satz 2). Die Vorschrift reicht von ihrer Funktion und Bedeutung her weit über einen bloßen »Einweisungscharakter« hinaus, wie es allgemein in der Gesetzesbegründung zum Gesundheitsreformgesetz v. 20.12.1988 (BT-Drucks. 11/2237, S. 157) zur Einfügung des ersten Kap. im SGB V, in dem sich auch § 2 findet, heißt (s. dazu bereits § 1 Rdn. 2). Selbst wenn die Regelungsinhalte der Vorschrift erst in weiteren Bestimmungen des SGB V konkretisiert und dort auch erst grds. Ansprüche auf konkrete Leistungen geschaffen werden, gibt der Gesetzgeber mit § 2 verbindlich für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung die **Modalitäten**

der **Leistungserbringung** vor, indem er allgemein die Anforderungen an die Leistungserbringung festlegt, das Sachleistungsprinzip als Grundprinzip der Leistungserbringung konstituiert und zur Berücksichtigung unterschiedlicher Leistungsanbieter verpflichtet. Zwar können die nachfolgenden Vorschriften des SGB V als *lex specialis* davon Abweichendes regeln oder die allgemeinen Vorgaben weiter präzisieren, doch bleibt die verbindliche Grundentscheidung in § 2. Dies gilt gerade auch im Hinblick auf die Einbeziehung der besonderen Therapierichtungen.

**II. Entstehungsgeschichte.** Die am 01.01.1989 in Kraft getretene, später gerade in Bezug auf Abs. 2 geänderte Vorschrift beruht auf dem Gesundheitsreformgesetz v. 20.12.1988, durch das das bis dahin in der Reichsversicherungsordnung (RVO) geregelte Recht der gesetzlichen Krankenversicherung als SGB V in das Sozialgesetzbuch aufgenommen wurde. Zwar fehlte in der RVO eine vergleichbare zusammenfassende Vorschrift, doch waren das Wirtschaftlichkeitsgebot oder das Sachleistungsprinzip schon Thema der RVO und dort in einzelnen Bestimmungen angesprochen. Die explizite Einbeziehung der besonderen Therapierichtungen beruhte auf einem Beschluss des Gesundheitsausschusses im Gesetzgebungsverfahren zum Gesundheitsreformgesetz (BT-Drucks. 11/3320, S. 2). Durch die Einbeziehung sollte klargestellt werden, dass die Ausrichtung der Gesundheitsleistungen am allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse die Leistungen der besonderen Therapierichtungen nicht ausschließt (BT-Drucks. 11/3480, S. 49).<sup>1</sup> Spätere Änderungen in Abs. 2 standen in Zusammenhang mit der Einfügung des SGB IX im Jahr 2001 (Satz 1) und betrafen die Einfügung des persönlichen Budgets durch das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das SGB v. 27.12.2003 mit Wirkung zum 01.07.2004, sodass der bisherige Satz 2 zu Satz 3 wurde. Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz v. 22.12.2011 wurde der letztlich verfassungsrechtliche Leistungsanspruch aufgrund der Rechtsprechung des BVerfG im sog. Nikolausbeschluss<sup>2</sup> gesetzlich normiert,<sup>3</sup> allerdings machte das BVerfG in seiner Entscheidung v. 10.11.2015 (Beschl. v. 10.11.2015 – 1 BvR 2056/12, BVerfGE 140, 229 ff., Rn. 18), deutlich, dass es von Verfassungs wegen nicht geboten sei, die Grundätze des Beschlusses v. 06.12.2005 auf Erkrankungen zu erstrecken, die wertungsmäßig mit lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen vergleichbar sind. Abs. 2 Satz 2 wurde durch das Bundesteilhabegesetz v. 23.12.2016 neu gefasst, um den schon seit 2008 bestehenden Rechtsanspruch im Wege der Rechtsbereinigung gesetzlich zu verankern (BT-Drucks. 18/9522, S. 321).

**III. Erläuterungen. 1. Wirtschaftlichkeit, Qualität und Eigenverantwortung. a) Wirtschaftlichkeit.** Sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen nach § 2 Abs. 1 Satz 1 dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen, das in § 12 näher präzisiert wird. Die Leistungen müssen danach »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich« sein und dürfen »das Maß des Notwendigen nicht überschreiten« (vgl. dazu die Kommentierung zu § 12). Das Wirtschaftlichkeitsgebot wird zudem in weiteren Bestimmungen, etwa in § 70 für die Ausgestaltung des Leistungserbringungsrechts, nochmals normiert, womit zugleich seine zentrale und grundlegende Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung unterstrichen wird. Der Gesetzgeber bindet in § 2 Abs. 4 zudem ausdrücklich die Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherten an das Wirtschaftlichkeitsgebot, was den Schluss zulässt, dass es für alle Akteure in der gesetzlichen Krankenversicherung, daher ebenso für die Zusammenschlüsse der Krankenkassen auf Landes- und Bundesebene oder die Verbände der Leistungserbringer, Geltung beansprucht. Das **Wirtschaftlichkeitsgebot** erstreckt sich sowohl auf die Leistungsbeschaffung im konkreten Einzelfall als auch auf die abstrakte und allgemeine Ausgestaltung der Leistungserbringung in Form untergesetzlicher Normen durch Normenverträge oder Richtlinien.

**b) Qualität und Wirksamkeit.** Neben, aber auch in Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots, stellt der Gesetzgeber die Erfordernisse der Qualität und Wirksamkeit. Nach § 2 Abs. 1 Satz 3 haben Qualität

1 Dort heißt es weiter: »Der besonderen Wirkungsweise der Mittel und Methoden der Naturheilkunde und der Vielfalt der therapeutischen Ansätze ist dabei unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Qualitätssicherung Rechnung zu tragen; allerdings wird den besonderen Therapierichtungen auch keine Sonderstellung eingeräumt.«

2 BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25 ff.; vgl. zur Fortführung dieser Rechtsprechung: BVerfG, Beschl. v. 10.11.2015 – 1 BvR 2056/12, BVerfGE 140, 229 ff.; BVerfG, Beschl. v. 11.04.2017 – 1 BvR 452/17, NJW 2017, 2096 ff.

3 Vgl. dazu BT-Drucks. 17/6906, S. 52 f.; BT-Drucks. 17/8005, S. 103.

und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.<sup>4</sup> Grundlage für die Ermittlung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse bilden die Methodik und die Kriterien der **evidenzbasierten Medizin**.<sup>5</sup> Entsprechend finden sich auch in einzelnen Bestimmungen des SGB V begriffliche Hinweise auf die evidenzbasierte Medizin<sup>6</sup> als Maßstab der Bewertung und es heißt dann auch im 1. Kap., § 5 Abs. 2 VerfO des GBA schlicht: »Der GBA ermittelt den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin.«

- 5 Das Qualitätsgebot bewirkt, dass der Versicherte keinen Anspruch auf in ihrer Qualität unsichere und in ihrer Wirksamkeit zweifelhafte Leistungen hat, die auch aus der Perspektive des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden könnten, denn mangelhafte Leistungen sind auch unwirtschaftlich. Andererseits darf der Versicherte nicht etwa auf eine kostengünstigere und wirtschaftlichere Leistung verwiesen werden, sobald eine wirksamere und qualitativ bessere Methode zur Behandlung zur Verfügung steht. Wirtschaftlichkeit im Sinne einer rein ökonomischen Betrachtung und Beurteilung stellt nicht den alleinigen und ausschließlichen Maßstab für die Versorgung des Versicherten dar. Das Qualitätsgebot besitzt **allgemeine Bedeutung** für das gesamte Krankenversicherungsrecht und wirkt auf die Auslegung der einzelnen Vorschriften im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht ein, was insb. Fragen aufwirft im Hinblick auf den Potentialbegriff (Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative) in § 137c Abs. 3 und hinsichtlich der Qualitätsanforderungen an die Erbringung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus allgemein (s. dazu die Kommentierung bei § 137c). Ein Abweichen vom Qualitätsgebot »nach unten« bedarf jedenfalls zumindest einer gesetzlichen Regelung und das Abweichen muss sich rechtfertigen lassen. In einem Pflichtversicherungssystem lassen sich Versicherungs- und Beitragspflicht verfassungsrechtlich nur rechtfertigen, wenn den Pflichten im Versicherungsfall nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ angemessene, qualitätsgesicherte Leistungen gegenüberstehen.
- 6 Die Frage, wer Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit beurteilt und darüber entscheidet, ob die jeweilige Untersuchungs- und Behandlungsmethode oder das konkrete Arzneimittel zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann, wird in § 2 nicht beantwortet. Der Gesetzgeber weist vielmehr für die jeweiligen Leistungsbereiche, im Einzelnen durchaus inhaltlich unterschiedlich ausgestaltet, die entsprechenden Kompetenzen verschiedenen Personen und Institutionen zu. Dabei finden sich die entscheidenden Regelungen oftmals weniger im Kontext des Leistungsrechts der §§ 11 ff. als im **Leistungserbringungsrecht** der §§ 69 ff. Leistungsbeschränkungen sind etwa durch Gesetz, durch Rechtsverordnung und insb. durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses möglich, dem bei der Beurteilung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Wirksamkeit besonders weitreichende Kompetenzen zukommen, wie etwa die Regelungen in § 92 oder zu den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den §§ 135 ff. zeigen (vgl. die dortigen Kommentierungen). Seit der sog. Nikolausentscheidung des BVerfG vom 06.12.2005 ist zudem anerkannt, dass ein gesetzlich Krankenversicherter, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, nicht von der Leistung einer von ihm gewählten ärztlichen Behandlungsmethode ausgeschlossen werden kann, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.<sup>7</sup> Über das Vorliegen

4 Zu den Anforderungen des Qualitätsgebots nach § 2 Abs. 1 Satz 3 vgl. etwa BSG, Urt. v. 20.04.2010 – B 1/3 KR 22/08 R, SozR 4–1500 § 109 SGG Nr. 3 Rn. 29 ff.; BSG, Urt. v. 17.12.2013 – B 1 KR 70/12 R, SozR 4–2500 § 2 Nr. 4, Rn. 15, 20 ff.; zur Problematik der Qualitätsbestimmung in Anknüpfung an den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse grundlegend *Roters*, Wissensgenerierung und -verwertung nach § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V, SGB 2015, 413 ff.; s.a. allgemein: *Buchner/Ladeur* (Hrsg.), Wissensgenerierung und -verarbeitung im Gesundheitswesen, 2016; *Hase*, Sozialrecht und die Integration gesellschaftlichen Wissens, in: Masuch u.a. (Hrsg.), Denkschrift 60 Jahre BSG, Bd. 1, 2014, 423 ff.

5 Zur evidenzbasierten Medizin m.w.N.: *Raspe*, Von der Erfahrung zur Evidenz, GesR 2012, S. 584 ff.; *ders.*, Evidence-base Medicine (EbM) und klinische Praxisleitlinien in Deutschland, in: FS Hart 2020, 443 ff.; *Roters*, Wissensgenerierung und -verwertung nach § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V, SGB 2015, 413 ff.; *ders.*, Wie viel Evidenzbasierung braucht die Qualitätssicherung?, GesR 2012, S. 604 ff.; *Windeler/Lauterberg*, Arzneimittelbewertung gemäß AMNOG-Beitrag der evidenzbasierten Medizin zu einer wissenschaftsorientierten Normbildung und Anwendung in Medizin und Gesundheitsrecht, in: FS Hart, 2020, 691 ff.

6 Etwa: § 35 Abs. 1b Satz 4, § 35a Abs. 1 Satz 8 Nr. 2, § 139a Abs. 4 Satz 1.

7 BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25 ff.; zu dieser Entscheidung vgl. etwa BSG, Vergleich v. 27.03.2006 – B 1 KR 14/06 R, Breithaupt 2007, 366 ff.; *Axer*, Kontinuität durch Konsequenz in der Sozialversicherung, FS Isensee, 2007, 965 (972 ff.); *Becker*, Das Recht auf Gesundheitsleistungen,

der nunmehr seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz auch gesetzlich normierten Voraussetzungen dieses Anspruchs entscheiden letztlich die Gerichte. Im Beschl. v. 10.11.2015 (1 BvR 2056/12, BVerfGE 140, 229, Rn. 20) betont das BVerfG außerdem die Bedeutung der Bewertungsverfahren. Danach sind Verfahren zur Bewertung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens sowie der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden grundsätzlich zulässig, bedürfen aber der gesetzlichen Ausgestaltung.

c) **Eigenverantwortung.** Von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind nicht nur unwirtschaftliche und qualitativ unzureichende sowie unwirksame Leistungen, sondern ebenfalls solche, die der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Welche Leistungen dies sind, wird in § 2 Abs. 1 Satz 1 nicht näher aufgeschlüsselt. Die Vorschrift verweist vielmehr auf Entscheidungen des Gesetzgebers an anderer Stelle im SGB V. Doch macht ihre Normierung im ersten Kap. des SGB V schon deutlich, dass Regelungen, die bestimmte Leistungen der Eigenverantwortung der Versicherten zuordnen, mit den Grundprinzipien einer als **Solidargemeinschaft** organisierten gesetzlichen Krankenversicherung vereinbar sind und nicht notwendig und von vornherein einen Fremdkörper darstellen, der schon per se einen höheren Rechtfertigungszwang als Ausnahme auslöst. **Leistungsausschlüsse, Zuzahlungen oder Selbstbehalte** als mögliche Instrumente, die Eigenverantwortung sichtbar machen, verstoßen nicht schon dem Grunde nach gegen eine solidarisch konzipierte Krankenversicherung. Daraus folgt allerdings kein Freibrief für den Gesetzgeber, entsprechende Instrumente unbegrenzt einzusetzen und die Eigenverantwortlichkeit in einer Weise zu überdehnen, dass die Krankenversicherung ihre Funktion zur solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos nicht mehr erfüllen kann. Bei der Bestimmung dessen, was der Eigenverantwortung des Versicherten unterliegt und in welchem Umfang sich diese äußert, unterliegt der Gesetzgeber verfassungsrechtlichen Bindungen; so hat er etwa das Sozialstaatsprinzip, den Gleichheitssatz und den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten. Das BVerfG (Beschl. v. 11.04.2017 – 1 BvR 452/17, NJW 2017, S. 2096, Rn. 23) weist zu Recht allgemein darauf hin, dass das **Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip** in einem auf Zwangsmitgliedschaft und Beitragspflicht beruhenden Versicherungssystem, bei dem der Einzelne typischerweise keinen unmittelbaren Einfluss auf die Höhe seines Beitrags und auf Art und Ausmaß der aus seinem Versicherungsverhältnis zu beanspruchenden Leistung hat, den beitragspflichtigen Versicherten vor einer Ungleichmäßigkeit von Beitrag und Leistung schützt.<sup>8</sup> Zwar ergebe sich daraus grundsätzlich kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf bestimmte Leistungen zur Krankenbehandlung, gesetzliche oder auf Gesetz beruhende Leistungsausschlüsse und Leistungsbegrenzungen seien aber daraufhin zu prüfen, ob sie im Rahmen von Art. 2 Abs. 1 GG gerechtfertigt seien.<sup>9</sup> Der Rekurs auf die Eigenverantwortung in § 2 Abs. 1 Satz 1 reicht über die Betonung der Mitverantwortlichkeit des Versicherten für seine Gesundheit in § 1 Satz 3 hinaus. Eigenverantwortlichkeit in § 2 ist nicht nur auf eine gesundheitsbewusste Lebensweise bezogen, sondern kann auch in finanziellen Erwägungen gründen und mit diesen gerechtfertigt werden, etwa im Hinblick auf den Ausschluss preiswerter, nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel, die regelmäßig nur bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet und oftmals vom Versicherten im Wege der Selbstmedikation besorgt werden.

2. Die besonderen Therapierichtungen. a) **Der Begriff der besonderen Therapierichtungen.** Der Anspruch auf Krankenbehandlung umfasst ausdrücklich auch Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen, wobei an anderer Stelle im SGB V von therapeutischer Vielfalt,<sup>10</sup> der jeweiligen Therapierichtung<sup>11</sup> oder von besonderen Therapierichtungen,<sup>12</sup> die nicht ausgeschlossen sind,<sup>13</sup> gesprochen wird. Nach Ansicht des Bundessozialgerichts ist unter einer besonderen Therapierichtung

FS Steiner, 2009, 51 ff.; Franke/Hart, Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Heilversuche, MedR 2006, 131 ff.; Heinig, Hüter der Wohltaten?, NVwZ 2006, 771 ff.; Huster, JZ 2006, 466 ff.; Kingreen, Verfassungsrechtliche Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses im Gesundheitsrecht, NJW 2006, 877 ff.; s. dazu auch Rdn. 18 ff.

8 S. allgemein dazu auch Axer, Kontinuität und Konsequenz in der Sozialversicherung, FS Isensee, 2007, 965 ff.

9 BVerfG, Beschl. v. 11.04.2017 – 1 BvR 452/17, NJW 2017, 2096, Rn. 23.

10 § 34 Abs. 1 Satz 3 – Zu dieser Vorschrift vgl. BSG, Urt. v. 11.05.2011 – B 6 KA 25/10 R, SozR 4 – 2500 § 2 SGB V Nr. 12; s.a. BSG, Urt. v. 22.10.2014 – B 6 KA 34/13 R; Dettling, Der Ausschluss von Arzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2017.

11 § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1.

12 §§ 2 Abs. 1 Satz 2, 34 Abs. 3 Satz 2, 35 Abs. 2 Satz 1, 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1.

13 §§ 2 Abs. 1 Satz 2, 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1.

»das umfassende, zur Behandlung verschiedenster Erkrankungen bestimmte therapeutische Konzept zu verstehen, das auf der Grundlage eines von der naturwissenschaftlich geprägten »Schulmedizin« sich abgrenzenden, weltanschaulichen Denkansatzes größere Teile der Ärzteschaft und weite Bevölkerungskreise für sich eingenommen hat.«<sup>14</sup> Durch das umfassende weltanschauliche Konzept unterscheidet sich die besondere Therapierichtung von der einzelnen Behandlungsmethode,<sup>15</sup> selbst wenn diese als unkonventionell erscheint<sup>16</sup> und eine Außenseitermethode darstellt. »Besondere Therapierichtung« ist ggü. »Behandlungsmethode« der umfassendere und weitere Begriff; beide Begriffe sind nicht gleichzusetzen.<sup>17</sup>

- 10 Da **Homöopathie**, **Phytotherapie** und **Anthroposophie** vom Gesetzgeber ausdrücklich als besondere Therapierichtungen genannt werden,<sup>18</sup> kann insoweit von gesetzlich anerkannten besonderen Therapierichtungen gesprochen werden. Selbst wenn, etwa aus medizinischer Sicht, über das jeweilige dahinter stehende therapeutische Konzept gestritten werden kann, ist dies aus krankensicherungsrechtlicher Sicht für die grundsätzliche Einbeziehung in den Leistungskatalog so lange unerheblich, als der Gesetzgeber an der ausdrücklichen Erwähnung und damit verbundenen Anerkennung festhält.<sup>19</sup> Der Kreis der besonderen Therapierichtungen ist auch aufgrund der nicht abschließenden Aufzählung nicht auf die drei Richtungen beschränkt.<sup>20</sup> Die Einbeziehung weiterer Richtungen alternativer Medizin in den Leistungskatalog als besondere Therapierichtung ist daher zulässig, sofern es sich um einen von der naturwissenschaftlich geprägten Medizin abweichenden umfassenden Denkansatz handelt, der von großen Teilen der Ärzteschaft akzeptiert wird und in weiten Bevölkerungskreisen auf Resonanz stößt. Akzeptanz und Resonanz als Voraussetzungen sollen insoweit verhindern, dass obskure therapeutische Gesamtkonzepte auf Kosten der Krankenkassen geleistet werden müssen.<sup>21</sup> Überlegt werden könnte, ob über die drei gesetzlich anerkannten hinaus etwa die traditionelle chinesische Medizin oder Ayurveda als besondere Therapierichtung angesehen werden könnten,<sup>22</sup> sofern sie eine den drei genannten Therapierichtungen entsprechende Akzeptanz und Resonanz gefunden haben.
- 11 Der Begriff der besonderen Therapierichtung orientiert sich primär am Grund der jeweiligen Behandlung, weniger am Gegenstand.<sup>23</sup> Nicht zu den besonderen Therapierichtungen zählen vornehmlich auf bestimmte Krankheiten bezogene medizinische Behandlungsformen, die sich zwar von der klassischen Therapie für die jeweilige Krankheit unterscheiden, allerdings nicht für sich in Anspruch nehmen, im Gegensatz zu wesentlichen Grundlagen der **Schulmedizin** zu stehen.<sup>24</sup> Voraussetzung für eine besondere Therapierichtung ist vielmehr ein umfassendes Konzept, das eine von der Schulmedizin abweichende weltanschauliche Grundlegung verfolgt.<sup>25</sup> Allerdings ist schon der Begriff der Schulmedizin selbst in Inhalt und Umfang im Einzelnen umstritten<sup>26</sup> und letztlich nicht konturenscharf, sodass fließende Übergänge zu den besonderen Therapierichtungen, gerade zur Homöopathie, und Berührungspunkte bestehen können.

14 BSG, Urt. v. 22.03.2005 – B 1 A 1/03 R, SozR 4–2400 § 89 SGB IV Nr. 3 Rn. 27.

15 Zum Begriff der Behandlungsmethode i.S.d. SGB V vgl. etwa: BSG, Urt. v. 11.05.2017 – B 3 KR 1/16 R, Rn. 31 ff.; BSG, Urt. v. 11.05.2017 – B 3 KR 6/16 R, Rn. 31 ff.; BSG, Urt. v. 11.05.2017 – B 3 KR 17/16 R, Rn. 31 ff.; s.a. *Axer/Wiegand*, Methoden in der vertragsärztlichen Versorgung, KrV 2016, 85 ff.

16 BSG, Urt. v. 22.03.2005 – B 1 A 1/03 R, SozR 4–2400 § 89 SGB IV Nr. 3 Rn. 46. – Zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für unkonventionelle Behandlungs- und Untersuchungsmethoden: *Hauck*, Die Außenseitermethoden – eine Herausforderung für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), FS 50 Jahre saarländische Sozialgerichtsbarkeit, 2009, 49 ff.

17 Vgl. BSG, Urt. v. 16.09.1997 – 1 RK 28/95, SozR 3–2500 § 135 SGB V Nr. 4.

18 § 34 Abs. 3 Satz 2; zur Homöopathie: *Zuck*, Homöopathie und Verfassungsrecht, 2004, 19 ff.; zur Anthroposophie: *Zuck*, Das Recht der anthroposophischen Medizin, 2. Aufl. 2012, 116 ff.; allgemein zur Alternativmedizin *K. Schumacher*, Alternativmedizin, 2017.

19 Vgl. *Zuck*, Recht der anthroposophischen Medizin, 2. Aufl. 2012, 117.

20 S.a. BSG, Urt. v. 22.03.2005 – B 1 A 1/03 R, SozR 4–2400 § 89 SGB IV Nr. 3 Rn. 46.

21 *Zuck*, Recht der anthroposophischen Medizin, 2. Aufl. 2012, 67 f.

22 Offen lassend: *Zuck*, Recht der anthroposophischen Medizin, 2. Aufl. 2012, 117.

23 *Zuck*, Recht der anthroposophischen Medizin, 2. Aufl. 2012, 66.

24 BSG, Urt. v. 04.04.2006 – B 1 KR 12/05 R, SozR 4–2500, § 27 SGB V Nr. 8 Rn. 18.

25 *Zuck*, Recht der anthroposophischen Medizin, 2. Aufl. 2012, 67.

26 Unter Schulmedizin kann die »Zusammenfassung der in langer Tradition (natur-)wissenschaftlich entwickelten, in der ärztlichen Ausbildung an den Universitäten gelehnten und (entsprechend) in der Praxis angewandten Methoden zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten« verstanden werden; vgl. *Hauck/Noftz/Noftz*, § 2 SGB V Rn. 45, Stand 2021. – Zum Begriff Schulmedizin s.a. *Schumacher*, Alternativmedizin, 2017, 9 ff.; *Zuck*, Recht der anthroposophischen Medizin, 2. Aufl. 2012, 68.

§ 133 Versorgung mit Krankentransportleistungen

(1) <sup>1</sup>Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Beachtung des § 71 Abs. 1 bis 3 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. <sup>2</sup>Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Vergütungen vor, ist auch bei dieser Festlegung § 71 Abs. 1 bis 3 zu beachten. <sup>3</sup>Sie haben dabei die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung und die Empfehlungen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. <sup>5</sup>Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.

(2) <sup>1</sup>Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, können die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken, wenn

1. vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde,
2. bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt sind, oder
3. die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist.

(3) Absatz 1 gilt auch für Leistungen des Rettungsdienstes und andere Krankentransporte im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes.

(4) § 127 Absatz 9 gilt entsprechend.

Übersicht	Rdn.	Rdn.
I. Inhalt.....	1	cc) Pflicht zur preisgünstigen Versorgung..... 24
II. Entstehungsgeschichte.....	4	dd) Vergütungsniveau und Untergrenzen..... 26
III. Erläuterungen.....	5	ee) Wettbewerbs- und Vergaberecht..... 29
1. Verträge über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte.....	5	ff) Landesrechtliche Entgeltbestimmung..... 41
a) Fahrtkosten nach § 60.....	5	g) Folgen des Vertragsschlusses..... 42
b) Rettungsdienstleistungen und Krankentransporte.....	8	2. Fehlender Vertragsschluss..... 49
c) Fehlende landes- oder kommunalrechtliche Vergütungsbestimmungen.....	12	3. Vergütungen nach Festbeträgen..... 54
d) Vertragspartner.....	16	4. Vergütungsvereinbarungen für Rettungsdienste und Krankentransporte nach dem PBefG..... 58
e) Vertragsinhalt.....	18	5. Rahmenempfehlungen zur Abrechnung..... 61
f) Vertragsschluss.....	20	6. Rechtsschutz..... 63
aa) Vertragsschluss.....	20	
bb) Preise als Höchstpreise.....	23	

1 **I. Inhalt.** § 133 ist die leistungserbringerrechtliche Parallelvorschrift zu § 60, der für die Versicherten u.a. einen Leistungsanspruch auf Übernahme von Fahrtkosten begründet<sup>1</sup>. Seit Einführung des § 194 RVO (Reisekosten) haben Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Fahrtkosten, welche im Zusammenhang mit seitens der GKV in Anspruch genommenen Leistungen anfallen. § 133 betrifft dabei nur einen Teilbereich des Anspruchs der Versicherten aus § 60. Er hat nur den Rettungsdienst und Krankentransporte bzw. -fahrten als Sachleistung für Versicherte zum Gegenstand (zum Begriff s. Rdn. 8 ff.), nicht dagegen die Kostenerstattungsansprüche bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder eines Privatwagens. Diese werden in § 60 Abs. 3 Nr. 1 und 4 geregelt.

2 § 133 regelt die für die Erfüllung des Sachleistungsanspruchs notwendigen Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern für bestimmte Transportleistungen des § 60 (Kranken- und

1 Zur Struktur und Anspruchsvoraussetzungen für die Versicherten: vgl. Kommentierung zu § 60; jurisPK-SGB V/Waßer, § 60 Rn. 36 ff.

Rettungsfahrten). Er beauftragt die Krankenkassen zu Vereinbarungen über das für die Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte notwendige Entgelt, also die Vergütung (dazu gehört auch deren Abrechnung). Für die Vergütung gilt dies allerdings nur, wenn das Entgelt nicht schon durch Landes- oder Kommunalrecht festgelegt ist (Abs. 1 Satz 1, »soweit«). Für die Preisgestaltung enthält Abs. 1 (Sätze 3–5) Vorgaben. Kommt eine Vereinbarung über das Entgelt nicht zustande, kann das Landesrecht der Rettungsdienste für diesen Fall ein Entgelt festsetzen (Abs. 1 Satz 2). Für die Vergütung und Abrechnung können weitere Einzelheiten vereinbart werden.

Sind für die Leistungen des Rettungsdienstes durch landes- oder kommunalrechtliche Bestimmungen oder auf deren Grundlage Entgelte festgelegt, können die Krankenkassen unter weiteren Voraussetzungen ihre Leistungspflicht auf Festbeträge beschränken (Abs. 2). Nach Abs. 3 können die Krankenkassen auch für Rettungsfahrten und Krankentransporte nach dem Personenbeförderungsgesetz (PBefG), dagegen nicht nach den Rettungsdienstgesetzen der Länder, Verträge über das Entgelt schließen. Nach der Verweisung in Abs. 4 auf § 127 Abs. 9 ist dem SpiBuKK und der entsprechenden Spitzenorganisation der Leistungserbringer aufgetragen, Rahmenempfehlungen zur vereinfachten (einheitlichen) Abrechnung zu vereinbaren. Seit Änderung des § 127 Abs. 6 (a.F.) zum 11.04.2017 galt hierfür eine Frist bis zum 31.12.2017 und ist (über die Verweisung für die Rahmenempfehlungen) eine Schiedsregelung vorgesehen. Der frühere Verweis auf § 127 Abs. 6 ist mit Wirkung ab dem 11.05.2019 durch das TSVG<sup>2</sup> auf § 127 Abs. 9 geändert worden. Die Änderung steht im Zusammenhang mit der Umstellung in § 127, die zeitgleich vorgenommen wurde<sup>3</sup>.

**II. Entstehungsgeschichte.** § 133 wurde mit dem Gesundheitsreform-Gesetz – GRG vom 20.12.1988 zum 01.01.1989 in das SGB V eingefügt. Er hat keine Vorgängervorschrift in der RVO. Seit seinem Inkrafttreten hat er zahlreiche Änderungen erfahren.<sup>4</sup> Mit der Änderung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011<sup>5</sup> wurde mit Wirkung zum 01.01.2012 Abs. 4 mit dem Verweis auf § 127 Abs. 6 (heute Abs. 9) angefügt. Im Rahmen der Änderung des SGB V durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz<sup>6</sup> hat der BR vorgeschlagen, in Abs. 3 eine Schiedsregelung für die Verträge nach Abs. 1 einzufügen. Der Vorschlag wurde (bislang) nicht aufgegriffen. Für die Empfehlungen nach § 133 Abs. 4 ist durch die Änderung des § 127 Abs. 9, auf den er verweist, ab dem 11.04.2017 eine Schiedsregelung (Abs. 9 Satz 2–4) installiert.

**III. Erläuterungen.** 1. **Verträge über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte.** a) **Fahrtkosten nach § 60.** Fahrtkosten als Aufwendungen, um zum Ort der Leistungserbringung zu gelangen, sind als Kosten der allgemeinen Lebensführung grundsätzlich vom Versicherten selbst zu tragen. Davon abweichend übernimmt nach § 60 Abs. 1 die Krankenkasse nach den Abs. 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind, als grundsätzlich akzessorische Nebenleistung zum Hauptanspruch.<sup>7</sup> Um **Fahrten** handelt es sich, wenn Versicherte den Weg mit entsprechenden Mitteln selbst bewältigen können, um **Transporte**, wenn sie dazu der medizinischen Betreuung bedürfen<sup>8</sup>. Eine Fahrt eines/einer Versicherten oder ein Transport zu einer Behandlung liegt jeweils nicht vor, wenn nur Körperbestandteile zu einer medizinisch notwendigen Behandlung transportiert werden.<sup>9</sup> Anspruch auf Fahrtkosten nach § 60 kann auch im Zusammenhang mit einer Verlegung von einem Krankenhaus in ein anderes bestehen, die

2 Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 06.05.2019, BGBl. I, S. 646.

3 BT-Drucks. 19/8351, S. 205 f. (Zu Nummer 74 b).

4 Vgl. die Übersicht bei: jurisPK-SGB V/Schneider, § 133 Rn. 1.

5 BGBl. I, S. 2983.

6 Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) v. 06.02.2015, BR-Drucks. 641/14 (Beschluss), S. 85 (zu Art. 1 Nr. 60c); in ihrer Gegenäußerung hat die BReg eine Prüfung des Vorschlags zugesagt, BT-Drucks. 18/4095, S. 217 (Nr. 64).

7 Becker/Kingreen/Kingreen, § 60 SGB V Rn. 1 und 6.

8 Becker/Kingreen/Kingreen, § 60 SGB V Rn. 1 m.w.N.

9 Hessisches LSG, Urt. v. 08.11.2018 – L 1 KR 240/18 Rn. 38, es handelte sich der Sache nach um Aufwendungen für den Transport von Eigenblut (Teil der Krankenhausbehandlungskosten i.S. von § 2 KHentgG).

Verordnungsberechtigung der Krankenhausärzte kann sich auch aus den nach § 112 abzuschließenden Landesverträgen ergeben.<sup>10</sup>

- 6 Zu dem Anspruch auf Fahrtkosten rechnet § 60 auf der einen Seite die in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 4 genannten privilegierten Fälle einer Beförderung, dazu gehört auch der Transport in Notfällen mit dem Rettungsdienst (§ 60 Abs. 2 Nr. 2).<sup>11</sup> Auf der anderen Seite stehen die (nicht privilegierten) Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung, die nur in besonderen Ausnahmefällen übernommen werden (Abs. 1 Satz 3). Für diese Fahrten zur ambulanten Behandlung ist zusätzliche Voraussetzung eines Anspruchs die vorherige Genehmigung der Fahrt durch die Krankenkasse, es sei denn, es liegt einer der Ausnahmefälle vor, die der G-BA in seinen Krankentransport-RL benennt (§ 60 Abs. 1 Satz 3 und Satz 4 SGB V i.V.m. den auf § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 beruhenden Krankentransport-RL v. 22.01.2004<sup>12</sup>). Die Entscheidung des BSG vom 12.09.2012, wonach der allgemeine Genehmigungsvorbehalt für Fahrten zur ambulanten Behandlungen in § 60 Abs. 1 Satz 3 (in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung) nur für die vom G-BA in seinen Krankentransport-RL selbst definierten Ausnahmefälle für Fahrten mit Taxi oder Mietwagen, nicht dagegen die (privilegierten) Fälle des § 60 Abs. 2 Satz 1 erfasste<sup>13</sup>, nahm der Gesetzgeber des GKV-VSG zum Anlass, in Abs. 1 Satz 3 den Genehmigungsvorbehalt zu streichen und einen neuen Satz 4 anzufügen. Mit diesem sollte klargestellt werden, dass Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung oder Krankentransporte (Abs. 2 Nr. 3) stets der vorherigen Genehmigung bedürfen.<sup>14</sup>
- 7 Fahrtkosten werden entweder als Aufwendersatz in Form von Geldleistungen gewährt so für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder für ein privat benutztes Kfz nach § 60 Abs. 3 Nr. 1 und 4) oder als Sachleistung (§ 60 Abs. 3 Nr. 2 und 3). § 60 begründet insoweit teilweise einen Sachleistungsanspruch des Versicherten.<sup>15</sup> Zur Sicherstellung dieses Sachleistungsanspruchs schließen die Kassen nach § 69 Verträge mit Leistungserbringern, im Fall des § 60 auf der Grundlage des § 133 als Komplementär-Norm des Leistungserbringerrechts.
- 8 **b) Rettungsdienstleistungen und Krankentransporte.** § 133 regelt in Ergänzung zu § 60 speziell die Organisation der Sach-Leistungen der Rettungsdienste und anderer Krankentransporte (damit im Anwendungsbereich von § 60 Abs. 3 Nr. 2 und Nr. 3). Mit dem Begriff des Rettungsdienstes knüpft § 133 an eine landesrechtliche Ausgestaltung an, eine eigene Definition enthält das SGB V dazu nicht. Nach der grundgesetzlichen Zuständigkeitsverteilung nach Art. 70 GG gehört der Rettungsdienst bzw. das Rettungswesen zur Zuständigkeit der Länder, da dem Bund dafür keine Zuständigkeit eingeräumt wurde.
- 9 Basierend auf den landesrechtlichen Bestimmungen ist Rettungsdienst die Beförderung von Notfallpatienten, insb. nach Unfällen.<sup>16</sup> Der Rettungsdienst umfasst nur den Transport, nicht die Notfallbehandlung (zu dieser s. Rdn. 5).<sup>17</sup>

10 SG Reutlingen, Urt. v. 08.01.2020 – S 1 KR 3340/18, dazu jurisPK-SGB V/Schneider, § 133 Rn. 36.

11 Während die notärztliche Behandlung i.R.d. Rettungsdienstes nach langjähriger Rspr. als Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung angesehen wurde, vgl. BSG, Urt. v. 27.10.1987 – 6 RKA 60/86, SozR 2200 § 368d Nr. 6, S. 12 ff.; BVerwG, Urt. v. 23.06.1995 – 8 C 14.93, BVerwGE 99, 10 (14); zuletzt BSG, Urt. v. 13.09.2011 – B 1 KR 4/11 R, SozR 4–1750 § 68 Nr. 1, stellt § 75 (derzeit in Abs. 1b Satz 1, 2. Halbs) bereits seit der Änderung durch das 2. GKV-NOG zum 01.07.1997 (als Abs. 1 Satz 2) klar, dass sie nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist, es sei denn das Landesrecht bestimmt es so, zum Hintergrund vgl. KassKomm/Rademacher, § 75 SGB V Rn. 35/36.

12 BAnz Nr. 18, 1342, v. 28.01.2004, letzte Änderung am 17.09.2020, BAnz AT 30.09.2020 B2, in Kraft getreten am 01.10.2020.

13 BSG, Urt. v. 12.09.2012 – B 3 KR 17/11 R, Rn. 26 ff.: »Zu den Katalogfällen des Abs. 2 trifft das Gesetz selbst bereits eine abschließende und detaillierte Regelung derjenigen Fahrten, für die die Krankenkasse die entstehenden Kosten stets übernimmt.... Dagegen stellt Abs. 1 Satz 3 eine über die Katalogfälle des Abs. 2 Satz 1 hinausgehende Öffnungsklausel für solche Fälle dar, die vom Gesetz selbst grundsätzlich von der Kostenübernahme ausgeschlossen werden und lediglich im Wege einer vom G-BA in Form von Richtlinien vorzunehmenden Konkretisierung (in besonderen Ausnahmefällen) entgegen dem Regelfall zu einem ›Kostenübernahmeanspruch‹ des Versicherten führen sollen.«

14 BT-Drucks. 18/4095, S. 23 (zu § 60 SGB V).

15 BSG, Urt. v. 03.11.1999 – B 3 KR 4/99 R, BSGE 85, 110 (114 f.).

16 jurisPK-SGB V/Schneider, § 133 Rn. 9; nach Becker/Kingreen/Kingreen, § 133 SGB V Rn. 6 sind Rettungsdienste alle Einrichtungen und Unternehmen, die kraft Landesrechts mit der Erbringung von Rettungsdienstleistungen betraut sind.

17 Zu ärztlichen Behandlung vgl. BSG, Urt. v. 13.12.2011 – B 1 KR 9/11 R.

Auch der Begriff des Krankentransports ist im SGB V nicht legal definiert. Die obige landesrechtliche Kompetenz gilt auch, soweit zum Rettungsdienst der sog. qualifizierte Krankentransport mit der Benutzung von Krankenkraftwagen gehört. Allein dieser qualifizierte Transport ist mit dem Begriff der »anderen Krankentransporte« in § 133 Abs. 1 Satz 1 (und Abs. 3) gemeint. Für den qualifizierten Krankentransport kann insoweit auf die landesrechtlichen Rettungsdienstgesetze abgestellt werden. Danach gelten alle Fahrten, welche besondere Einrichtungen zum Transport von Kranken erfordern, als Krankentransporte (qualifizierter Krankentransport).<sup>18</sup> Sie grenzen sich ab von anderen/einfachen/nicht-qualifizierten Krankentransporten, die keine besondere Einrichtung (im Fahrzeug) aufweisen (zu diesen Rdn. 11). Die in § 133 Abs. 1 Satz 1 verwendete Formulierung »andere Krankentransporte« meint die qualifizierten Krankentransporte i.S.d. Landesrechts, legt dagegen nach dem Wortlaut missverständlich nahe, dass der Rettungsdienst nur als Unterfall eines Oberbegriffs des Krankentransportes aufgefasst wird.

Der daneben noch bestehende sog. einfache Krankentransport (Rdn. 10) ist nicht in den landesrechtlichen Rettungsdienstgesetzen geregelt, sondern wird vom PBefG erfasst. Er wird von § 133 Abs. 3 erfasst.<sup>19</sup> Er rechnet zur entgeltlichen oder geschäftsmäßigen Beförderung von Personen mit Kraftfahrzeugen (§ 1 Abs. 1 Satz 1 PBefG). Zum einfachen Krankentransport gehört auch die sog. Krankenfahrt, die nicht den qualifizierten Krankentransporten unterfällt, weil zwar kranke Personen befördert werden, die aber weder einer fachgerechten Betreuung und Hilfeleistung noch eines besonders ausgestatteten Rettungsmittels bedürfen. Ein Unterfall der Krankenfahrt liegt vor, wenn Personen liegend fahren müssen. Ihre Beförderung richtet sich ebenfalls nach dem PBefG, sie bedürfen insoweit im Vergleich zum einfachen Krankentransport (lediglich) einer besonderen Transportform,<sup>20</sup> (vgl. Rdn. 58).

**c) Fehlende landes- oder kommunalrechtliche Vergütungsbestimmungen.** Voraussetzung einer Abschlusskompetenz für Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und den Leistungserbringern von Rettungsdiensten und qualifizierten Krankentransporten nach § 133 Abs. 1 ist, dass die Entgelte nicht bereits durch landes- oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt sind, diese genießen Vorrang (§ 133 Abs. 1 Satz 1 »soweit«<sup>21</sup>). Entgeltbestimmungen können in landesrechtliche Rettungsgesetzen selbst enthalten sein oder in kommunalrechtlichen Bestimmungen (z.B. auch aufgrund von Satzungsrecht).

Einige landesrechtliche Gesetze enthalten Gebührentatbestände für die Rettungs- und Krankenfahrten eines öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes und für Private, soweit diese als Beliehene tätig werden.<sup>22</sup> Sie enthalten aber keine Gebührentatbestände für die Tätigkeit privater Organisationen, obwohl die Rettungsgesetze den bodengebundenen Rettungsdienst als öffentliche Aufgabe neben den Kommunen und Kreisen, der Feuerwehr, auch gemeinnützigen Hilfsorganisationen und schließlich privaten Unternehmern eröffnen. In diesem Bereich der Tätigkeit von Privaten und (nicht beliehenen) gemeinnützigen Hilfsorganisationen können daher Vergütungsvereinbarungen nach § 133 abgeschlossen werden.

Andere Länder enthalten – unabhängig von der erbringenden Einrichtung – Entgelte für Rettungsdienstleistungen entweder landesgesetzlich gar nicht oder nur subsidiär.<sup>23</sup> Auch mit diesen Einrichtungen können somit die Kassen Verträge nach § 133 schließen; öffentlich-rechtliche Rettungsdienste sind mögliche Vertragspartner somit nur in dem Fall, dass der öffentlich-rechtliche Träger von der Möglichkeit, Gebühren einseitig hoheitlich festzulegen keinen Gebrauch gemacht hat.<sup>24</sup>

Für einfache, nicht qualifizierte Krankenfahrten finden die Rettungsgesetze keine Anwendung (sondern das PBefG, dazu Rdn. 11), sie enthalten also auch keine Gebührentatbestände, so dass für diese ein Vertragsabschluss nach § 133 (Abs. 3) bundesweit ohne Einschränkungen möglich ist (dazu s. Rdn. 58 ff.).

18 BSG, Urt. v. 16.04.1998 – B 3 KR 14/96 R, SozR 3–2500 § 60 Nr. 2; Hauck/Noftz/Luthe, § 133 SGB V Rn. 4; jurisPK-SGB V/Schneider, § 133 Rn. 8/9.

19 Das Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Berlin (Rettungsdienstgesetz – RDG) v. 08.07.1993), zuletzt geändert Artikel 19 des Gesetzes vom 12.10.2020, GVBl., S. 807, nimmt diese Leistung als »Patientenfahrten« ausdrücklich von seinem Anwendungsbereich aus (§ 1 Abs. 2 Nr. 4).

20 Dazu LSG Thüringen, Urt. v. 30.04.2013 – L 6 KR 1067/10, Rn. 19 ff., zum Begriff der Krankenfahrten in Gestalt der Liegendfahrten.

21 Der Gesetzgebungskompetenz der Länder für die Rettungsdienste wird auch im Hinblick auf die Finanzierung Rechnung getragen, Hauck/Noftz/Luthe, § 133 SGB V Rn. 14.

22 Vgl. die Übersicht bei Becker/Kingreen/Kingreen, § 133 SGB V Rn. 10.

23 Vgl. die Übersicht bei Becker/Kingreen/Kingreen, § 133 SGB V Rn. 10.

24 So im Fall von BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KR 25/07 R, SozR 4–2500 Nr. 3, Rn. 31 f.; jurisPK-SGB V/Schneider, § 133 Rn. 13 f.

- 16 d) **Vertragspartner.** Auf der Seite der Krankenkassen können neben einzelnen Krankenkassen auch Landesverbände stehen (vgl. den Wortlaut). Die mit »Einrichtungen und Unternehmer« umschriebenen Leistungserbringer auf der anderen Seite werden nicht näher bezeichnet. Das Gesetz knüpft in Satz 1 – auch insoweit mit dem Verweis auf die landesrechtlichen Bestimmungen – an die überkommenen Leistungserbringer in diesem Bereich an. Zu den »Einrichtungen« werden die Hilfsorganisationen (wie Arbeiter-Samariter-Bund, DRK) gerechnet, »Unternehmer« bezeichnet dagegen nach den Rettungsdienstgesetzen in Abgrenzung zu öffentlichen Rettungsdiensten private Unternehmer, also z.B. lokal oder regional tätige privatwirtschaftlich organisierte Unternehmen.
- 17 § 133 Abs. 1 fordert, dass die Leistungserbringer geeignet sind. Was das Gesetz unter Eignung versteht, bestimmt es weder in § 133 selbst noch enthält es Ermächtigungen für untergesetzliche oder vertragliche Regelungen über die näheren Bestimmungen der Eignung. Diese Enthaltsamkeit ist im Fall des § 133 kein Zufall; bereits nach den Rettungsgesetzen der Länder bedarf ein Rettungs- oder Krankentransportunternehmer für die Tätigkeit entweder einer Beauftragung oder Zulassung bzw. der Genehmigung.<sup>25</sup> Diese wird dem Unternehmer für seine Person und für die Ausübung, von Notfallrettung oder Krankentransport erteilt und umfasst jeden einzelnen Krankenkraftwagen.<sup>26</sup> Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn die Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes gewährleistet sind, keine Tatsachen vorliegen, die die Unzuverlässigkeit des Antragstellers als Unternehmer<sup>27</sup> oder der für die Führung der Geschäfte bestellten Person dargun, der Unternehmer selbst oder die für die Führung der Geschäfte bestellte Person fachlich geeignet ist. Die danach notwendige fachliche Eignung und (persönliche) Zuverlässigkeit wird durch Ablegung einer Prüfung oder durch eine angemessene Tätigkeit in einem Unternehmen nachgewiesen, welches die beantragte Art der Tätigkeit ausübt. Die Genehmigungsverfahren nach den Rettungsdienstgesetzen der Länder beziehen sich in fachlicher Hinsicht damit gerade auch auf Fragen der Lebens- und Gesundheitserhaltung, der präklinischen Versorgung, der sachgerechten medizinischen Betreuung und der Hilfeleistung. Für § 133 und seinem Begriff der Geeignetheit hat die auf landesrechtlichen Bestimmungen beruhende Genehmigung oder Zulassung/Beauftragung daher auch ohne ausdrückliche gesetzliche Anordnung Tatbestandswirkung. Die Krankenkassen sind daran für die Beurteilung der Geeignetheit des Bewerbers gebunden und gehindert, sie erneut zu prüfen oder weitere (spezifisch krankenversicherungsspezifische) Kriterien aufzustellen bzw. zusätzliche Nachweise zu fordern.<sup>28</sup> Eine solche eigene Prüfungscompetenz folgt auch nicht aus Abs. 1 Satz 3 (Berücksichtigung der Sicherstellung einer flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung). Das gilt unabhängig davon, ob es sich um ein Unternehmen des privaten oder öffentlichen Rechts handelt.<sup>29</sup> Hess weist zu Recht darauf hin, dass in der Folge die KK u.U. auch mit aus ihrer Sicht unwirtschaftlichen Einrichtungen Vergütungsvereinbarungen schließen müssen (dazu auch Rdn. 21).<sup>30</sup>
- 18 e) **Vertragsinhalt.** Verträge nach § 133 Abs. 1 sollen die Vergütung der Leistungserbringer regeln, dazu enthält Abs. 1 auch Vorgaben (Sätze 3–5). Vertragliche Vereinbarungen haben den Vorrang der Krankentransport-Richtlinien zu beachten.<sup>31</sup> Andere für die Leistungserbringung notwendige Fragen können die Verträge regeln. Obwohl der Wortlaut ausdrücklich nur »die Vergütung der Leistungen« erwähnt, können auch Fragen zur Abrechnung oder Genehmigungspflichten für die Leistungen oder weitere Erbringungsmodalitäten für einen Vergütungsanspruch<sup>32</sup> festgelegt werden. Einen umfassenden Auftrag, die Art

25 Vgl. bspw. § 3 Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Berlin (Rettungsdienstgesetz – RDG) vom 08.07.1993, zuletzt geändert am 20.09.2016; zum Anspruch eines privaten Krankentransportdienstes auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über seinen Antrag auf Übertragung von Aufgaben der Notfallrettung VG Berlin, Urt. v. 25.10.2011 – 21 K 83.10.

26 Vgl. bspw. § 10 Abs. 1 und 2 Rettungsdienstgesetz – RDG für das Land Berlin; Genehmigungsbehörde für den Rettungsdienst mit Krankenkraftwagen ist die für Genehmigungen nach dem Personenbeförderungsgesetz zuständige Behörde.

27 Zur Unzuverlässigkeit nach § 13 Rettungsdienstgesetz für das Land Berlin (RDG), OVG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 22.12.2014 – OVG 1 S 106.14.

28 BSG, Urt. v. 29.11.1995 – 3 RK 32/94, BSGE 77, 119 (123).

29 JurisPK-SGB V/Schneider, § 133 Rn. 23; BSG, Urt. v. 29.11.1995 – 3 RK 32/94, ablehnend zu einem Auswahlermessen BSGE 77, 119 (123 f.) auch unter dem Aspekt einer Bedarfsprüfung: Die Sicherstellung einer flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung sei nicht Aufgabe der GKV.

30 KassKomm/Hess, § 133 SGB V Rn. 4 a.E.

31 BSG, Urt. v. 13.12.2011 – B 1 KR 9/11 R, Rn. 22, SozR 4–2500 § 133 Nr. 6.

32 Dazu kann auch gehören, den Vergütungsanspruch davon abhängig zu machen, dass zwischen der vertragsärztlichen Verordnung und der Leistungserbringung eine Höchstfrist nicht überschritten wird, die Leistung also zeitnah zur Verordnung erfolgt, dazu LSG Hamburg, Urt. v. 23.01.2014 – L 1 KR 49/12.

und Weise der Leistungserbringung für die GKV in Konkretisierung und Ergänzung gesetzlicher Vorgaben vertraglich zu regeln oder sogar die Zulassung zur Leistungserbringung zu steuern, wie das im übrigen Leistungserbringungsrecht die Regel ist, enthält § 133 Abs. 1 dagegen bewusst nicht. Unzulässig sind demgemäß Bestimmungen, welche Einzelheiten zur Versorgung beinhalten oder weitere Anforderungen an die fachliche und persönliche Zuverlässigkeit der Leistungserbringer aufstellen (dazu bereits oben) oder Inhalt und (Mindest- oder Höchst-) Umfang, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung betreffen.<sup>33</sup> Die danach eröffneten Vereinbarungen dürfen sich im Übrigen nicht im Widerspruch zu bestehenden landesrechtlichen Bestimmungen setzen.<sup>34</sup>

Als Vertrag des öffentlichen Rechts bedarf der Vertrag der Schriftform (§ 56 SGB X). Treten Leistungserbringer oder Kassen dem Vertrag bei, müssen auch sie die Schriftform für die Beitrittserklärung wahren, dabei muss für die Erstreckung des Vertrags durch den Beitritt keine Urkundeneinheit (i.S.d. § 126 Abs. 2 Satz 1 BGB) zwischen dem Rahmenvertrag und der Beitrittserklärung oder verschiedenen Beitrittserklärungen bestehen.<sup>35</sup>

f) **Vertragsschluss.** aa) **Vertragsschluss.** Nach Abs. 1 haben die Kassen Verträge mit geeigneten Leistungserbringern zu schließen, ein Ermessen, mit wem Verträge zu schließen sind, eröffnet der Wortlaut nicht. Die Krankenkassen sind verpflichtet, mit allen geeigneten und leistungsbereiten Unternehmen Verträge über die Vergütung von Rettungs- und Krankentransportleistungen zu schließen und ihnen die Teilnahme an der Versorgung Versicherter zu ermöglichen.<sup>36</sup>

Eine Berechtigung zur Bedarfsprüfung für die Krankenkassen ergibt sich weder aus dem gesetzlichen Auftrag in Abs. 1 Satz 3 noch aus demjenigen in Satz 5. Sind nach Abs. 1 Satz 3 die Kassen (ohne sie konkret zu nennen) verpflichtet, die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung zu berücksichtigen, meint dies nicht, dass die Kassen bei der Auswahl der Leistungserbringer, mit denen Vergütungsvereinbarungen zu schließen sind, ein Ermessen oder einen gesetzlichen Auftrag zur Bedarfsprüfung eingeräumt erhalten haben. Die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung ist eine (allgemeine) öffentliche Aufgabe (der Daseinsvorsorge), welche als Aufgabe der Länder bereits von diesen mit der entsprechenden Ausgestaltung der Rettungsdienstgesetze wahrgenommen wurde<sup>37</sup>, dagegen keine besondere Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem in Satz 3 erwähnten Auftrag an die Kassen, für die Sicherstellung zu sorgen, werden vielmehr gerade diese verpflichtet, für eine ausreichende Anzahl, d.h. Mindestanzahl von Leistungserbringern, für ihre Versicherten zu sorgen.<sup>38</sup> Nichts anderes folgt aus Abs. 1 Satz 5. Die dort normierte gesetzliche Pflicht für die Kassen, sich bei den Preisvereinbarungen an möglichst preisünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten, berechtigt nur zum individuellen Preisvergleich, ggf. zwischen zwei konkurrierenden Anbietern, dagegen nicht zu globaler Wirtschaftlichkeitsprüfung. Eine Bedarfsprüfung lässt sich schließlich nicht aus dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ableiten (§§ 12 Abs. 1, 70 Abs. 1 Satz 2<sup>39</sup>). Mangels einer speziellen gesetzlichen Ermächtigung oder Bedarfsplanung, wie das z.B. in § 132d Abs. 1 vorgesehen ist, erlaubt § 133 keinen Eingriff in die grundgesetzlich geschützte und im Fall der Zulassung nach den

33 BSG, Urt. v. 29.11.1995 – 3 RK 32/94, BSGE 77, 119 (124 f.) mit dem Hinweis auf die Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zweck mit einem Vorrang der Landesgesetze über die Rettungsdienste für die Ausgestaltung der Versorgung; Hauck/Nofz/Luthe, § 133 SGB V Rn. 17; eine etwas weitergehende Bedeutung der Verträge formuliert BSG, Urt. v. 13.12.2011 – B 1 KR 9/11 R, SozR 4–2500 § 133 Nr. 6, Rn. 15 ff., 17: Beitritt zu einem abgeschlossenen Rahmenvertrag der eine unmittelbare öffentlich-rechtliche Leistungs- und Vergütungsberechtigung des Leistungserbringers begründet. Für eine weitere Befugnis der Vertragspartner dagegen jurisPK-SGB VI/Schneider, § 133 Rn. 27 auch Regelung zur vorzeitigen Auflösung, Vertragsverletzungen; noch enger dagegen: Becker/Kingreen/Kingreen, § 133 SGB V Rn. 15: Vertragskompetenz allein auf Vergütung beschränkt., dagegen nicht auf Vereinbarungen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erstrecken.

34 BSG, Urt. v. 13.12.2011 – B 1 KR 9/11 R.

35 Näher dazu: BSG, Urt. v. 13.12.2011 – B 1 KR 9/11 R, SozR 4–2500 § 133 Nr. 6, Rn. 14 ff., zitiert nach juris.

36 BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KR 25/07 R, SozR 4–2500 § 133 Nr. 3, Rn. 34.

37 BSG, Urt. v. 29.11.1995 – 3 RK 32/94, BSGE 77, 119 (125); die Genehmigung für einen Unternehmer oder eine Einrichtung ist nach den Rettungsdienstgesetzen zu versagen, wenn das funktionsfähige Rettungswesen beeinträchtigt werden könnte; dabei ist u.U. flächendeckende Vorhaltung und Auslastung im Rettungsdienst zu ermitteln, vgl. stellvertretend § 13 Abs. 3 Nr. 2 Rettungsdienstgesetz – RDG für das Land Berlin.

38 BSG, Urt. v. 29.11.1995 – 3 RK 32/94, BSGE 77, 119 (125).

39 LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 17.10.2019 – L 5 KR 113/16, Rn. 122 ff.

Rettungsdienstgesetzen sogar noch mittels behördlicher Erlaubnis konkretisierte Betätigungsfreiheit der Leistungserbringer.<sup>40</sup>

- 22 Verhandlungsfreiraum für die Krankenkassen besteht nach dieser Konzeption allein hinsichtlich der Höhe der auszuhandelnden Vergütung. Für diese trifft § 133 keine näheren Regelungen, außer den allgemein gehaltenen Vorgaben in Abs. 1, u.a. auf § 71 Abs. 1 bis 3 sowie in § 133 Abs. 1 Satz 4 und 5. Aus § 71 folgt für die Kassen die Pflicht, den Grundsatz der Beitragsstabilität zu beachten, das meint insb. die in § 71 Abs. 3 festgesetzten Veränderungsrate.<sup>41</sup> Einen Dispens erteilt § 133 für den Grundsatz der Beitragsstabilität im Unterschied zu einigen anderen gesetzlichen Grundlagen für die Vergütung von Leistungserbringern nicht (vgl. anders z.B. § 132a Abs. 4 Satz 7 Halbs. 2). Die Auffassung des OVG Schleswig-Holstein, wonach der Bundesgesetzgeber dem Landesrecht nicht nur im Hinblick auf die Modalitäten des Zustandekommens der Entgelte für Leistungen des Rettungsdienstes, sondern auch und vor allem im Hinblick auf eine Festlegung der Höhe den Vorrang einräumt, überzeugt nicht. Dass der Bundesgesetzgeber insoweit seine eigenen Regelungen in § 133 zur Höhe der Entgelte zurücktreten lässt, als der Landesgesetzgeber Vorgaben zur Preisbestimmung in § 133 machen kann,<sup>42</sup> findet im Gesetz keine ausreichende Stütze.<sup>43</sup>
- 23 **bb) Preise als Höchstpreise.** Mit der Anordnung, dass die vereinbarten Preise Höchstpreise sind (Abs. 1 Satz 4), schafft der Gesetzgeber für die KK Spielraum, in Verträgen mit Leistungserbringern von z.B. rahmenvertraglich oder mit Dritten bereits vereinbarten Preisen abweichen zu dürfen und so für sie günstigere Verträge zu schließen (z.B. durch regionale Vereinbarungen). Die Regelung entspricht § 125 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 in der bis zum 10.05.2019 geltenden Fassung (vgl. nunmehr: § 125b i.V.m. § 125 Abs. 2).<sup>44</sup> Sie berechtigt dagegen nicht dazu, dass die Kassen bereits bestehende vertragliche Preisvereinbarungen zu Leistungserbringern durch niedrigere Preisvereinbarungen, die sie (in anderen Verträgen) mit Dritten abgeschlossen haben, ablösen. Die anderen Verträge stellen keine Änderung der Geschäftsgrundlage dar. Die Regelung berechtigt die KK auch nicht dazu, sich einseitig von bestehenden (rahmen-)vertraglichen Vergütungsverpflichtungen z.B. mit dem Argument zu lösen, Dritte würden preisgünstiger anbieten oder bestehende vertragliche Vergütungsverpflichtungen einseitig einem Vorbehalt von günstigeren Vertragsangeboten Dritter zu unterstellen.<sup>45</sup> Treten veränderte Marktbedingungen während der Laufzeit eines Vertrages auf, die die vereinbarten Preise oder Leistungsbedingungen als nicht mehr preisgünstig erscheinen lassen, sind die KK darauf verwiesen, die Möglichkeiten einer Kündigung des Vertrages zu prüfen. Ist eine solche vertraglich vereinbart, unterliegt ihre Ausübung aber den Grenzen des § 242 BGB bzw. einer Rechtsmissbrauchskontrolle.<sup>46</sup>
- 24 **cc) Pflicht zur preisgünstigen Versorgung.** Die gesetzliche Vorgabe nach Abs. 1 Satz 5, wonach sich die Vereinbarungen an möglichst preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten auszurichten haben, begründet eine Optimierungspflicht zugunsten eines preisgünstigen bestehenden Angebotes, verpflichtet die KK somit dazu, sich einen Marktüberblick zu verschaffen. Sie lässt Raum, neben dem niedrigen Preis auch weitere Faktoren in den Preisverhandlungen zu berücksichtigen, wie z.B. eine wohnortnahe Versorgung Versicherter in bestimmten Gebieten mit schlechter Verkehrsanbindung und dadurch bedingten längeren Fahrzeiten. Dies kann im Rahmen einer Mischkalkulation den Ansatz höherer Entgelte rechtfertigen.<sup>47</sup>

40 BSG, Urt. v. 29.11.1995 – 3 RK 32/94, BSGE 77, 119 (125 ff.); jurisPK-SGB V/Schneider, § 133 Rn. 25; Hauck/Noftz/Luthe, § 133 SGB V Rn. 18.

41 Hauck/Noftz/Luthe, § 133 SGB V Rn. 20 mit dem Hinweis, dass § 71 dann nicht gilt, wenn landes- oder kommunalrechtliche Bestimmungen Entgeltregelungen beinhalten, die den Abschluss einer abweichenden Vergütungsvereinbarung gem. § 133 Abs. 1 Satz 1 sperren.

42 OVG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 12.12.2018 – 4 LA 135/17, Rn. 23, juris; so wohl auch das BVerwG, wenn es ausführt, dass »§ 133 Abs. 1 Satz 3 SGB V der Sache nach unter Landesvorbehalt steht«, BVerwG, Beschl. v. 21.05.1996 – 3 N 1/94, Rn. 26, juris; diese Auslegung findet bereits im Wortlaut, aber auch systematisch keine ausreichende Stütze. Das gilt auch bei Berücksichtigung von Abs. 2, der die Krankenkassen berechtigt, ihre Leistungspflicht den Versicherern gegenüber auf Festbeträge zu begrenzen. Abs. 2 geht von dem Fall aus, dass keine Verträge nach Abs. 1 geschlossen werden.

43 JurisPK-SGB V/Schneider, § 133 Rn. 26.

44 Becker/Kingreen/Kingreen, § 133 SGB V Rn. 18; Hauck/Noftz/Luthe, § 133 SGB V Rn. 24.

45 Näher dazu: BSG, Urt. v. 13.12.2011 – B 1 KR 9/11 R, SozR 4–2500 § 133 Nr. 6, Rn. 14 ff., 33.

46 Hessisches LSG, Beschl. v. 27.03.2014 – L 8 KR 27/13 B ER, Rn. 33 f.

47 Hessisches LSG, Beschl. v. 27.03.2014 – L 8 KR 27/13 B ER, Rn. 35.

## Zweiter Titel. Elektronische Patientenakte

## § 341 Elektronische Patientenakte

(1) <sup>1</sup>Die elektronische Patientenakte ist eine versichertengeführte elektronische Akte, die den Versicherten von den Krankenkassen auf Antrag zur Verfügung gestellt wird. <sup>2</sup>Die Nutzung ist für die Versicherten freiwillig. <sup>3</sup>Mit ihr sollen den Versicherten auf Verlangen Informationen, insbesondere zu Befunden, Diagnosen, durchgeführten und geplanten Therapiemaßnahmen sowie zu Behandlungsberichten, für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Nutzung für Zwecke der Gesundheitsversorgung, insbesondere zur gezielten Unterstützung von Anamnese und Befunderhebung, barrierefrei elektronisch bereitgestellt werden.

(2) Es besteht die Möglichkeit zur Einstellung folgender Daten in die elektronische Patientenakte:

1. medizinische Informationen über den Versicherten für eine einrichtungsübergreifende, fachübergreifende und sektorenübergreifende Nutzung, insbesondere
  - a) Daten zu Befunden, Diagnosen, durchgeführten und geplanten Therapiemaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen, Behandlungsberichten und sonstige untersuchungs- und behandlungsbezogene medizinische Informationen,
  - b) Daten des elektronischen Medikationsplans nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4,
  - c) Daten der elektronischen Notfalldaten nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 und 7,
  - d) Daten in elektronischen Briefen zwischen den an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen (elektronische Arztbriefe),
2. Daten zum Nachweis der regelmäßigen Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 55 Absatz 1 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 (elektronisches Zahn-Bonusheft),
3. Daten gemäß der nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 und Absatz 4 in Verbindung mit § 26 beschlossenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (elektronisches Untersuchungsheft für Kinder),
4. Daten gemäß der nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 in Verbindung mit den §§ 24c bis 24f beschlossenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (elektronischer Mutterpass) sowie Daten, die sich aus der Versorgung der Versicherten mit Hebammenhilfe ergeben,
5. Daten der Impfdokumentation nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes (elektronische Impfdokumentation),
6. Gesundheitsdaten, die durch den Versicherten zur Verfügung gestellt werden,
7. Daten des Versicherten aus einer von den Krankenkassen nach § 68 finanzierten elektronischen Akte des Versicherten,
8. bei den Krankenkassen gespeicherte Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen des Versicherten,
9. Daten des Versicherten aus digitalen Gesundheitsanwendungen des Versicherten nach § 33a,
10. Daten zur pflegerischen Versorgung des Versicherten nach den §§ 24g, 37, 37b, 37c, 39a und 39c und der Haus- oder Heimpflege nach § 44 des Siebten Buches und nach dem Elften Buch,
11. Verordnungsdaten und Dispensierinformationen elektronischer Verordnungen nach § 360,
12. die nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 ausgestellte Bescheinigung über eine Arbeitsunfähigkeit und
13. sonstige von den Leistungserbringern für den Versicherten bereitgestellte Daten, insbesondere Daten, die sich aus der Teilnahme des Versicherten an strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f ergeben.

(3) Die für die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Dienste werden auf Antrag des jeweiligen Anbieters der Komponenten und Dienste nach § 325 von der Gesellschaft für Telematik zugelassen.

(4) <sup>1</sup>Die Krankenkassen, die ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen, sind gemäß § 307 Absatz 4 die für die Verarbeitung der Daten zum Zweck der Nutzung der elektronischen Patientenakte Verantwortlichen nach Artikel 4 Nummer 7 der Verordnung (EU) 2016/679. <sup>2</sup>§ 307 Absatz 1 bis 3 bleibt unberührt. <sup>3</sup>Unbeschadet ihrer Verantwortlichkeit nach Satz 1 können die

Krankenkassen mit der Zurverfügungstellung von elektronischen Patientenakten für ihre Versicherten Anbieter von elektronischen Patientenakten als Auftragsverarbeiter beauftragen.

(5) Die Telematikinfrastruktur darf nur für solche nach § 325 zugelassenen elektronischen Patientenakten verwendet werden, die von einer Krankenkasse, von Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder von den sonstigen Einrichtungen gemäß § 362 Absatz 1 angeboten werden.

(6) <sup>1</sup>Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer haben gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass sie über die für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Dienste verfügen. <sup>2</sup>Wird der Nachweis nicht bis zum 30. Juni 2021 erbracht, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent zu kürzen; die Vergütung ist so lange zu kürzen, bis der Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht ist. <sup>3</sup>Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern. <sup>4</sup>Die Kürzungsregelung nach Satz 2 findet im Fall, dass bereits eine Kürzung der Vergütung nach § 291b Absatz 5 erfolgt, keine Anwendung.

(7) <sup>1</sup>Die Krankenhäuser haben sich bis zum 1. Januar 2021 mit den für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Diensten auszustatten und sich an die Telematikinfrastruktur nach § 306 anzuschließen. <sup>2</sup>Soweit Krankenhäuser ihrer Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach Satz 1 nicht nachkommen, sind § 5 Absatz 3e Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 5 Absatz 5 der Bundespflegesatzverordnung anzuwenden. <sup>3</sup>Die Kürzungsregelung nach Satz 2 findet im Fall, dass bereits eine Kürzung der Vergütung nach § 291b Absatz 5 erfolgt, keine Anwendung.

Übersicht	Rdn.		Rdn.
I. Inhalt.....	1	f) Ausbau in Stufenplan .....	14
II. Entstehungsgeschichte. ....	2	2. Einstellbare Daten (Abs. 2) .....	15
III. Erläuterungen.....	3	3. Zulassung der Komponenten und Dienste (Abs. 3) .....	18
1. Grundlagen der elektronischen Patientenakte .....	3	4. Datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit (Abs. 4) .....	19
a) Regelungssystem .....	3	5. Beschränkung der Nutzung der Telematikinfrastruktur (Abs. 5) .....	22
b) Begriff und Nutzungsrechte der Versicherten .....	5	6. Pflicht der Leistungserbringer zur Anbindung an die ePA (Abs. 6, Abs. 7) .....	23
c) Ziele .....	7	7. Vereinbarkeit der ePA-Vorschriften mit der DSGVO .....	25
d) Ansprüche der Versicherten gegen Krankenkassen und Leistungserbringer im Überblick. ....	8		
e) Freiwilligkeit und System der Zugriffsberechtigung .....	10		

1 **I. Inhalt.** § 341 ist die Grundnorm zur elektronischen Patientenakte (ePA), die wiederum ein »Kernelement«<sup>1</sup> der Anwendungen der im Elften Kapitel des SGB V geregelten Telematikinfrastruktur ist. Abs. 1 enthält Vorgaben zu Zweck und Charakteristika der ePA als freiwilliger, versichertengeführter Akte. Abs. 2 führt im Einzelnen auf, welche Daten in die Akte eingestellt werden können. Abs. 3 betrifft die Zulassung der für den Betrieb der ePA notwendigen Komponenten und Dienste durch die Gesellschaft für Telematik<sup>2</sup> (gematik), Abs. 4 regelt die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit und Abs. 5 beschränkt die Berechtigung zur Verwendung der Telematikinfrastruktur auf zugelassene elektronische Patientenakten. Abs. 6 und 7 betreffen die Verpflichtung der Leistungserbringer, die für einen Zugriff auf die ePA notwendigen Komponenten und Dienste einzurichten und sehen Vergütungskürzungen bei Nichterfüllen dieser Pflicht vor.

2 **II. Entstehungsgeschichte.** § 341 hat mit dem PDSG<sup>3</sup> zum 20.10.2020 Eingang in das SGB V gefunden. Durch das DVPMG<sup>4</sup> sind die einstellbaren Daten nach Abs. 2 in Nr. 1 c), Nr. 4, Nr. 9, Nr. 11 und Nr. 13 erweitert bzw. angepasst worden,<sup>5</sup> im Übrigen blieb die Norm unverändert. Bis zum PDSG fanden sich

1 So BT-Drucks. 19/18793, S. 3.

2 Zur gematik siehe § 310.

3 Gesetz v. 14.10.2020, BGBl. I, S. 2115.

4 Gesetz v. 03.06.2021, BGBl. I, S. 1309.

5 Vgl. BT-Drucks. 19/27652, S. 124 f. sowie den Ausschussbericht BT-Drucks. 19/29384, S. 199.

Vorgaben zur ePA, die § 341 zum Teil übernommen hat, in § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4, Abs. 5c, 291 Abs. 2c und § 305 Abs. 1.<sup>6</sup>

Die wesentlichen Entwicklungsschritte der Einführung der ePA bis zum PDSG können überblicksartig wie folgt zusammengefasst werden: Bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz m.W.v. 01.01.2004<sup>7</sup> ist die ePA als eine Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 a.F. aufgenommen und dort legaldefiniert worden. Mit dem »E-Health Gesetz«<sup>8</sup> wurde die Gesellschaft für Telematik (gematik), m.W.v. 28.12.2015 in § 291a Abs. 5c zur Schaffung der technischen Voraussetzungen für die Einführung der ePA bis zum 31.12.2018 verpflichtet. Mit dem TSVG m.W.v. 11.05.2019<sup>9</sup> wurde sodann erstens eine Verpflichtung der Krankenkassen, den Versicherten spätestens ab dem 01.01.2021 eine ePA zur Verfügung zu stellen (§ 291a Abs. 5c Satz 4 a.F.)<sup>10</sup> geschaffen und zweitens die Möglichkeit für die Versicherten ins Gesetz aufgenommen, auf die ePA auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte und unabhängig von Leistungserbringern – nach der gesetzgeberischen Vorstellung mittels Smartphone/Tablet<sup>11</sup> – zuzugreifen (§ 291a Abs. 5 Satz 9 a.F.) sowie die Akte eigenständig zu befüllen (§ 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 a.F.).<sup>12</sup> Letzteres, also eine von Versicherten selbst befüllbare Akte, war vor dem TSVG mit dem elektronischen Patientenfach nach § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 a.F. als eigener Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte gesondert geregelt; durch das TSVG sind Patientenfach und Patientenakte zusammengeführt worden.<sup>13</sup> Der damit beschrittene Weg, die ePA als versichertengeführte Akte unabhängig von der elektronischen Gesundheitskarte<sup>14</sup> auszugestalten, ist mit dem PDSG fortgesetzt und ausgebaut worden; die ePA soll zukünftig in dieser Form zur zentralen Anwendung in der Telematikinfrastruktur werden. Abzugrenzen ist die ePA ferner von der elektronischen Gesundheitsakte nach § 68<sup>15</sup>: Danach bestand die Möglichkeit für Krankenkassen, ihren Versicherten eine elektronische Akte als Satzungsleistung freiwillig zur Verfügung zu stellen; der wesentliche Unterschied besteht also darin, dass die Kassen hinsichtlich der ePA rechtlich zur Bereitstellung verpflichtet sind. Die Daten aus den Gesundheitsakten nach § 68 können nach Abs. 2 Nr. 7 i.V.m. §§ 342 Abs. 2 Nr. 2 a), 351 Abs. 1 auf Antrag des Versicherten in die ePA übertragen werden.

**III. Erläuterungen. 1. Grundlagen der elektronischen Patientenakte. a) Regulationssystem.** Die Vorschriften zur ePA finden sich im zweiten Titel des fünften Abschnitts des 11. Kapitels des SGB V (§§ 341 bis 355). Das 11. Kapitel regelt die Telematikinfrastruktur insgesamt. Diese wird in § 306 Abs. 1 Satz 2 als »interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur, die der Vernetzung von Leistungserbringern, Kostenträgern, Versicherten und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens sowie der Rehabilitation und der Pflege dient« bestimmt. Vereinfacht gesagt geht es also um die für eine digitale Kommunikation zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens eingerichtete Infrastruktur; sie wird in den Gesetzesmaterialien als »Datenautobahn des Gesundheitswesens«<sup>16</sup> angepriesen und im Ersten Abschnitt des 11. Kapitels (§§ 306 bis 309) insbesondere in § 306 Abs. 2, Abs. 4, in ihren einzelnen Bestandteilen näher – wenngleich nicht immer brauchbar in einem juristischen Sinne<sup>17</sup> – bestimmt.<sup>18</sup> Wichtig, auch für das Verständnis der ePA, ist die in § 306 Abs. 2 niedergeschriebene Unterscheidung zwischen dezentraler Infrastruktur und zentraler Infrastruktur. Die dezentrale Infrastruktur besteht aus »Komponenten«<sup>19</sup> zur Authentifizierung – beispielsweise der elektronischen Gesundheitskarte, den Heilberufsausweisen

6 Vgl. dazu KassKomm/Herbst, § 341 SGB V Rn. 3.

7 Gesetz v. 14.11.2003, BGBl. I, S. 2190.

8 Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze v. 21.12.2015, BGBl. I, S. 2408.

9 Gesetz v. 06.05.2019, BGBl. I, S. 646.

10 Dazu BT-Drucks. 19/6337, S. 140.

11 BT-Drucks. 19/6337, S. 65, 139.

12 Dazu BT-Drucks. 19/6337, S. 138 f.

13 Dazu BT-Drucks. 19/6337, S. 138 f.

14 Vgl. dazu auch jurisPK-SGB V/Buchholtz, § 341 Rn. 3 f.

15 Vgl. § 351 Rdn. 3 ff.

16 BT-Drucks. 19/18793, S. 1.

17 Kritisch zu den Definitionen § 309 Rdn. 5.

18 Dazu § 309 Rdn. 4.

19 Zu den Komponenten zählen Computerprogramme (Software) und Geräte (Hardware); definiert in § 306 Abs. 4 Satz 3; dazu *Dochow*, MedR 2020, 979 (982).

usw. – sowie solchen zur sicheren Übermittlung von Daten in die zentrale Struktur – z.B. Kartenleseterminals, Konnektoren<sup>20</sup> – die jeweils an dezentraler Stelle – also in den Arztpraxen, Krankenhäusern – den Zugang zum zentralen Netz der Telematikinfrastruktur ermöglichen.<sup>21</sup> Die zentrale Infrastruktur besteht wiederum aus eben diesem gesicherten Netz (§ 306 Abs. 2 Nr. 2 a) sowie aus sicheren Zugangsdiensten als Schnittstellen zur dezentralen Infrastruktur (§ 306 Abs. 2 Nr. 2 b). Sichere Zugangsdienste sind VPN (Virtuelles privates Netzwerk)-Zugangsdienste<sup>22</sup>; eine Liste der aktuell zugelassenen Zugangsdienste und der jeweiligen Hersteller findet sich auf der Homepage der gematik, gegenwärtig sind drei Hersteller zugelassen.<sup>23</sup> Das zentrale Netz selbst wird seit Juni 2019 durch die zum Bertelsmann-Konzern gehörende Arvato Systems GmbH betrieben.<sup>24</sup> Als drittes Element der Telematikinfrastruktur tritt schließlich nach § 306 Abs. 2 Nr. 3 die Anwendungsinfrastruktur hinzu, worunter das Gesetz die Dienste<sup>25</sup> für konkrete Anwendungen<sup>26</sup> – vereinfacht gesagt also für das, was Versicherte am Ende tatsächlich nutzen – versteht. Eine solche Anwendung ist beispielsweise die ePA. Die (technische) Schaffung der Telematikinfrastruktur<sup>27</sup> obliegt der im zweiten Abschnitt des 11. Kapitels (§§ 310 bis 322) geregelten gematik, deren Gesellschafter die BRD und die Spitzenorganisationen auf Bundesebene nach § 306 Abs. 1 sind<sup>28</sup>. Der Betrieb des Netzes erfolgt hingegen, wie dargelegt, nicht durch die gematik selbst, sondern durch einen beauftragten privaten Anbieter. Die Zuteilung datenschutzrechtlicher Verantwortlichkeit regelt § 307.<sup>29</sup> Die verschiedenen von privaten Unternehmen der IT-Branche entwickelten Leistungen, die innerhalb der Telematikinfrastruktur angewandt werden, bedürfen ferner eines »gestattenden Rechtsakts«,<sup>30</sup> Vorgaben zu diesen durch die gematik mittels Verwaltungsakt<sup>31</sup> erfolgenden Zulassungen regelt der dritte Abschnitt des 11. Kapitels (§§ 323 bis 328), wobei für die ePA § 325, auf den § 341 Abs. 3 und 5 verweisen, von Bedeutung ist.

- 4 Nach der Vorstellung des Gesetzgebers kommt der ePA innerhalb der digitalen medizinischen Anwendungen maßgebliche Bedeutung zu: Sie soll deren »Kernelement« werden.<sup>32</sup> Vorgaben zu den Anwendungen der Telematikinfrastruktur enthält der fünfte Abschnitt des 11. Kapitels,<sup>33</sup> dessen erste Norm, § 334, die Anwendungen in Abs. 1 Satz 2 im Einzelnen auflistet. Neben der ePA zählen beispielsweise die elektronischen Notfalldaten oder der elektronische Medikationsplan zu den in § 341 genannten Anwendungen.<sup>34</sup> Der erste Titel des fünften Abschnitts (§§ 334 bis 340) enthält im Sinne eines Allgemeinen Teils »vor die Klammer gezogene« Vorgaben zu allen Anwendungen, also auch für die im folgenden zweiten Titel geregelte ePA. Wesentlich ist die Differenzierung zwischen freiwilligen und obligatorischen Anwendungen,<sup>35</sup> wobei die ePA nach den eindeutigen Vorgaben von § 341 zu den freiwilligen Anwendungen gehört. Zentral sind im Übrigen die Vorgaben zu Versichertenrechten in §§ 336, 337 sowie zur Erteilung von Zugriffsberechtigungen in § 339. Hier sind bereits grundlegende Vorgaben zur Nutzung der ePA (und anderer Anwendungen) festgehalten, die teilweise in den spezifischen ePA-Vorschriften schlicht wiederholt oder in Bezug genommen werden.<sup>36</sup> Für Verständnis und Anwendung der spezifischen Vorschriften zur ePA in §§ 341 ff. sind damit zusammengefasst vor allem die allgemeinen Vorgaben zur IT in §§ 306 ff., die Vorgaben zur Zulassung von Komponenten und Diensten in § 325 sowie der allgemeine Teil zu Anwendungen

20 Der Konnektor verschlüsselt und koordiniert die Kommunikation mit der zentralen Infrastruktur, vgl. gematik, Glossar der Telematikinfrastruktur, Stichwort »Konnektor«, S. 22, <http://www.gematik.de/glossar> (15.10.2021).

21 Vgl. dazu BT-Drucks. 19/18793, S. 99; BeckOK-SozR/Scholz, § 306 SGB V Rn. 5.

22 BeckOK-SozR/Scholz, § 307 SGB V Rn. 5.

23 <https://fachportal.gematik.de/hersteller-anbieter/komponenten-dienste/vpn-zugangsdienst> (15.10.2021).

24 § 307 Abs. 3, näher dazu § 309 Rdn. 7 sowie BeckOK-SozR/Scholz, § 307 SGB V Rn. 7.

25 Der Begriff der Dienste wird in § 306 Abs. 4 Satz 2 definiert.

26 Der Begriff der Anwendungen wird in § 306 Abs. 4 Satz 1 definiert.

27 §§ 306 Abs. 1 Satz 1, 311.

28 § 310 Abs. 1. Seit dem 04.04.2020 ist auch der PKV-Verband mit 2,45 % beteiligt. Dies findet sich noch nicht im Text von § 310.

29 Dazu § 309 Rdn. 6 ff. sowie unten Rdn. 16 ff.

30 § 328 Rdn. 3.

31 § 309 Rdn. 4.

32 BT-Drucks. 19/18793, S. 3.

33 Dazu § 340 Rdn. 3 f.

34 § 334 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4, 5.

35 Dazu *Dochow*, MedR 2020, 979 (987) sowie § 340 Rdn. 3.

36 So zum Beispiel durch den Verweis auf die Rechte nach §§ 336, 337 in § 342 Abs. 2 Nr. 1 b) oder die inhaltsgleichen Regelungen in § 339 Abs. 1 Satz 2 und § 353 Abs. 1 Satz 2.

in §§ 334 ff. von Bedeutung. Die spezifischen ePA Vorschriften im zweiten Titel des fünften Abschnitts sind wiederum in einen ersten Untertitel zu Angebot und Einrichtung (§§ 342 bis 345), einen zweiten zur Nutzung durch die Versicherten (§§ 346 bis 351), einen dritten zum Zugriff von Leistungserbringern (§§ 352 bis 353) sowie einen abschließenden vierten mit Festlegungen zu technischen Voraussetzungen und der Interoperabilität von Daten (§§ 354 bis 355) gegliedert. Hilfreich für ein Verständnis der zahlreichen technischen Begrifflichkeiten und Abkürzungen ist ein von der gematik auf ihrer Internetseite zur Verfügung gestelltes Glossar.<sup>37</sup> Die gematik ist ferner nach § 314 zur Veröffentlichung von Informationen zur Funktionsweise der Telematikinfrastruktur und der ePA verpflichtet; auch diese hilfreichen Informationen finden sich auf ihrer Homepage.<sup>38</sup>

**b) Begriff und Nutzungsrechte der Versicherten.** Abs. 1 bestimmt die ePA in Satz 1 als versichertengeführte elektronische Akte, deren Nutzung nach Satz 2 freiwillig ist. Sie ermöglicht es den jeweiligen Versicherten persönliche Gesundheits- und Krankheitsdaten gebündelt digital zu sammeln, die von ihnen selbst sowie – nach entsprechender Einwilligung<sup>39</sup> und innerhalb der gesetzlichen Grenzen auch von den behandelnden Leistungserbringern<sup>40</sup> eingesehen und verwaltet werden können. Die ePA ist letztlich eine online-abrufbare Sammlung verschiedener Gesundheitsdaten<sup>41</sup> mit besonderer Sicherung.<sup>42</sup>

Konkret umfassen die überwiegend in §§ 336, 337 geregelten Nutzungsrechte der Versicherten:

- Den Zugriff auf die in der ePA gespeicherten Daten im Sinne eines Einsichtsrechts<sup>43</sup>
- Das Auslesen,<sup>44</sup> Übermitteln<sup>45</sup>, Löschen<sup>46</sup> und – in Bezug auf einige wenige Daten – auch Verarbeiten,<sup>47</sup> also Ändern, von Daten in der ePA<sup>48</sup>
- Die Möglichkeit der Erteilung von Zugriffsberechtigungen für Leistungserbringer<sup>49</sup>
- Das Einstellen bzw. Einstellen lassen<sup>50</sup> der in § 341 Abs. 2 benannten Daten<sup>51</sup>

Hinzu tritt ein Recht auf Einsichtnahme in die Protokolldaten über Zugriffe auf die ePA.<sup>52</sup> Wie genau diese Rechte ausgeübt werden können, ergibt sich aus den in § 342 Abs. 2 geregelten Umsetzungsstufen.<sup>53</sup> Von Beginn an ist die umfassende Nutzung der ePA über die Benutzeroberfläche eines mobilen Endgerätes (Smartphone/Tablet) vorgesehen.<sup>54</sup> Ab dem 01.01.2022 soll im nahezu gleichen Umfang eine Nutzung über stationäre Endgeräte (PC/Laptop) möglich sein.<sup>55</sup> Die ePA kann schließlich – allerdings in einem nur deutlich eingeschränkten Umfang – direkt bei den Leistungserbringern, also in Arztpraxis und Krankenhaus, verwaltet werden.<sup>56</sup> Insbesondere können Versicherte, die die ePA nicht über eine Benutzeroberfläche

37 [Http://www.gematik.de/glossar](http://www.gematik.de/glossar) (15.10.2021).

38 [Http://www.gematik.de/rechtliche-hinweise/](http://www.gematik.de/rechtliche-hinweise/) (15.10.2021).

39 Dazu sogleich unter Rdn. 9 f.

40 Zu den Zugriffsberechtigungen durch Leistungserbringer § 352 Rdn. 3 ff.

41 Vgl. zum Begriff Rdn. 13.

42 Nähere Ausführungen auch zur technischen Umsetzung sind unter <http://www.gematik.de/anwendungen/e-patientenakte> abrufbar (17.02.2022).

43 § 336 Abs. 2, zur Auslegung des Versichertenzugriffs als »Einsichtnahme« *Dochow*, MedR 2020, 979 (991) und *Dochow*, MedR 2021, 13 (19).

44 § 337 Abs. 1 Satz 1.

45 § 337 Abs. 1 Satz 1.

46 § 337 Abs. 2.

47 § 337 Abs. 1 Satz 1; konkret zu den Verarbeitungsmöglichkeiten § 342 Rdn. 9.

48 Vgl. zu diesen Versichertenrechten § 342 Rdn. 9.

49 §§ 337 Abs. 3, 339, 352, 353, dazu sogleich Rdn. 10.

50 Es besteht ein Anspruch auf Befüllung der ePA gegen die Leistungserbringer, dazu unten Rdn. 8 sowie § 346 Rdn. 4, 9 f.

51 Ein Recht zum selbständigen Einstellen von Daten wird in §§ 336, 337 nicht explizit normiert; es ergibt sich wohl nur mittelbar über § 341 Abs. 2 Nr. 6. Beim Anspruch auf Einstellen von Daten gegen Leistungserbringer lässt sich darüber streiten, ob dies ein »Nutzungsrecht« ist. Im Sinne eines zusammenfassenden Überblicks über die Nutzungsmöglichkeiten ist es hier mit aufgeführt.

52 § 309, dazu § 342 Rdn. 11.

53 § 342 Rdn. 8 ff.

54 § 342 Rdn. 6.

55 § 342 Abs. 7, ausführlich in § 342 Rdn. 6.

56 Dazu § 342 Rdn. 19.

verwalten, die Daten in der ePA entgegen § 336 technisch nicht einsehen.<sup>57</sup> Ferner ist die gesamte ePA auf Verlangen des Versicherten anlass- und voraussetzungslos nach § 344 Abs. 3 zu löschen.

- 7 c) **Ziele.** Abs. 1 Satz 3 bestimmt als Ziel der ePA die barrierefreie elektronische Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Informationen an den Versicherten, die für Zwecke der Gesundheitsversorgung, insbesondere zur gezielten Unterstützung von Anamnese und Befunderhebung, genutzt werden. Wie in den Gesetzesmaterialien konkretisierend ausgeführt wird, geht es dabei einerseits um eine bestmögliche Information der behandelnden Leistungserbringer im Bedarfsfall – und damit eine effizientere und effektivere Behandlung, beispielsweise durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen mittels umfassender Information über das bisherige Behandlungsgeschehen – andererseits aber auch um eine umfassendere Information der Versicherten selbst.<sup>58</sup> Dies deckt sich mit der in § 334 Abs. 1 Satz 1 für alle Anwendungen der Telematikinfrastruktur – also auch die ePA – vorgegebenen Zielsetzung einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Versorgung.<sup>59</sup> Die Vorschrift dient also nicht, wie man nach einer ersten Lektüre vermuten könnte, ausschließlich den Interessen der Versicherten, sondern ebenso denjenigen der Leistungserbringer<sup>60</sup> und dem übergeordneten Ziel einer Effektivierung der Versorgung insgesamt. Im Idealfall können durch die ePA die für Behandlungen benötigten Informationen »zu einer lebenslangen Krankengeschichte« zusammengeführt und bei Bedarf rasch zur Verfügung gestellt werden.<sup>61</sup>
- 8 d) **Ansprüche der Versicherten gegen Krankenkassen und Leistungserbringer im Überblick.** §§ 341 ff. enthält ein ausdifferenziertes System von Ansprüchen der Versicherten gegen ihre Krankenkassen sowie gegen die Leistungserbringer hinsichtlich der Zurverfügungstellung und Befüllung der ePA. Im Verhältnis zu den Krankenkassen sind folgende Ansprüche wesentlich: Zunächst haben Versicherte nach Abs. 1 Satz 1 Halbs. 2 i.V.m. § 342 Abs. 1 ab dem 01.01.2021 einen Anspruch auf Zurverfügungstellung einer ePA, die jeweils den in § 342 Abs. 2 im Einzelnen genannten Anforderungen zu den dort ebenfalls genannten Zeitpunkten (sogenannte Umsetzungsstufen) genügen muss,<sup>62</sup> wozu auch die Ausübung der bereits erörterten Versichertenrechte<sup>63</sup> gehört.<sup>64</sup> Die Krankenkassen haben also eine Pflicht gegenüber den Versicherten, eine voll funktionsfähige ePA zur Verfügung zu stellen, die ihnen die Ausübung sämtlicher gesetzlich vorgegebener Nutzungsrechte ermöglicht. Die Folgen einer Verletzung dieser Pflicht regelt § 342 Abs. 5.<sup>65</sup> Ferner haben die Krankenkassen die Versicherten nach § 343 Abs. 1 umfassend über die ePA zu informieren.<sup>66</sup> Hinsichtlich der Befüllung der ePA besteht ein Anspruch gegen die Krankenkassen auf Übermittlung der bei diesen gespeicherten Daten über beanspruchte Leistungen des Versicherten<sup>67</sup> in die ePA nach § 350 Abs. 1 ab dem 01.01.2022.<sup>68</sup> Darüber hinaus bestehen ab dem 01.01.2022 bzw. 01.01.2023 Ansprüche gegen die Krankenkassen auf Übermittlung der in einer nach § 68 finanzierten elektronischen Gesundheitsakte gespeicherten Daten<sup>69</sup> sowie der Daten in digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a<sup>70</sup> in die ePA. Im Verhältnis von Krankenkassen und Versicherten ist darüber hinaus wesentlich, dass Krankenkassen keinen Zugriff auf die in der ePA gespeicherten Daten haben und die Versicherten ihnen auch keine Zugriffsberechtigung erteilen können.<sup>71</sup> Dies ergibt sich zum Teil explizit aus § 344 Abs. 2 Satz 2 und im Übrigen daraus, dass die Krankenkassen in § 352 nicht benannt werden; es wird ferner auch durch § 343 Abs. 1 Nr. 6 bestätigt. Allerdings können die Versicherten den Krankenkassen nach § 345 Daten aus der ePA zum Zweck der Nutzung zusätzlicher von den Kassen angebotener Anwendungen zur Verfügung stellen.

57 Dazu § 342 Rdn. 9.

58 BT-Drucks. 19/18793, S. 112.

59 Vgl. § 340 Rdn. 3.

60 Dazu KassKomm/*Herbst*, § 341 SGB V Rn. 6.

61 *Dochow*, MedR 2021, 13.

62 Dazu § 342 Rdn. 8 ff.

63 Rdn. 6; vgl. auch § 342 Rdn. 9 f.

64 § 342 Abs. 2 Nr. 1 b).

65 Dazu § 342 Rdn. 31 ff.

66 Dazu § 343 Rdn. 3 ff.

67 § 341 Abs. 2 Nr. 8.

68 § 350 Rdn. 4.

69 § 351 Abs. 1, dazu § 351 Rdn. 5.

70 § 351 Abs. 2, dazu § 351 Rdn. 7.

71 Vgl. KassKomm/*Herbst*, § 352 SGB V Rn. 15; *Kircher*, GuP 2021, 1 (6).