

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

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 krankensicherungsrechtlichen 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 Krankensicherungsrechts 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 Krankensicherungsrecht 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 Krankensicherungsrecht 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

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung	1
Erstes Kapitel. Allgemeine Vorschriften	1
§ 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
Zweites Kapitel. Versicherter Personenkreis	45
Erster Abschnitt. Versicherung kraft Gesetzes	45
§ 5 Versicherungspflicht	45
§ 6 Versicherungsfreiheit	85
§ 7 Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung	98
§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht	103
Zweiter Abschnitt. Versicherungsberechtigung	117
§ 9 Freiwillige Versicherung	117
Dritter Abschnitt. Versicherung der Familienangehörigen	128
§ 10 Familienversicherung	128
Drittes Kapitel. Leistungen der Krankenversicherung	150
Erster Abschnitt. Übersicht über die Leistungen	150
§ 11 Leistungsarten	150
Zweiter Abschnitt. Gemeinsame Vorschriften	164
§ 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
Zweiter Titel. Krankengeld		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
Dritter Titel. Leistungsbeschränkungen		638
§ 52	Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden	638
§ 52a	Leistungsausschluss	644
Sechster Abschnitt. Selbstbehalt, Beitragsrückzahlung		648
§ 53	Wahltarife	648
§ 54	(weggefallen)	656
Siebter Abschnitt. Zahnersatz		656
§ 55	Leistungsanspruch	656
§ 56	Festsetzung der Regelversorgungen	670
§ 57	Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern	672
§§ 58, 59	(weggefallen)	674
Achter Abschnitt. Fahrkosten		674
§ 60	Fahrkosten	674
Neunter Abschnitt. Zuzahlungen, Belastungsgrenze		680
§ 61	Zuzahlungen	680
§ 62	Belastungsgrenze	682
§ 62a	(weggefallen)	689
Zehnter Abschnitt. Weiterentwicklung der Versorgung		689
§ 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
Viertes Kapitel. Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern		746
Erster Abschnitt. Allgemeine Grundsätze		746
§ 69	Anwendungsbereich	746
§ 70	Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit	760
§ 71	Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel	761
Zweiter Abschnitt. Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten		766
Erster Titel. Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung		766
§ 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
Zweiter Titel. Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen		827
§ 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
Dritter Titel. Verträge auf Bundes- und Landesebene		874
§ 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
Vierter Titel. Zahntechnische Leistungen		974
§ 88	Bundesleistungsverzeichnis, Datenaustausch, Vergütungen	974
Fünfter Titel. Schiedswesen		976
§ 89	Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen	976
§ 89a	Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen	985
Sechster Titel. Landesausschüsse und Gemeinsamer Bundesausschuss		989
§ 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
Siebter Titel. Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung		
§ 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
Achter Titel. Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung.		
§ 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
Neunter Titel. Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung.		
§ 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
Dritter Abschnitt. Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen		
§ 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
Vierter Abschnitt. Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten	1258
§ 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
Fünfter Abschnitt. Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln	1360
§ 124 Zulassung.....	1360
§ 125 Verträge	1381
§ 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung.....	1401
§ 125b Bundesweit geltende Preise, Verordnungsermächtigung	1407
Sechster Abschnitt. Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln.....	1411
§ 126 Versorgung durch Vertragspartner	1411
§ 127 Verträge	1433
§ 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten.....	1459
Siebter Abschnitt. Beziehungen zu Apotheken und pharmazeutischen Unternehmern ...	1485
§ 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
Achter Abschnitt. Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern	1684
§ 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
Neunter Abschnitt. Sicherung der Qualität der Leistungserbringung	1883
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
Zehnter Abschnitt. Eigeneinrichtungen der Krankenkassen		2029
§ 140	Eigeneinrichtungen	2029
Elfter Abschnitt. Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern		2031
§ 140a	Besondere Versorgung	2031
§§ 140b–140d	(weggefallen)	2049
Zwölfter Abschnitt. Beziehungen zu Leistungserbringern europäischer Staaten		2050
§ 140e	Verträge mit Leistungserbringern europäischer Staaten	2050
Dreizehnter Abschnitt. Beteiligung von Patientinnen und Patienten, Beauftragte oder Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten		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
Fünftes Kapitel. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen		2060
§ 141	(weggefallen)	2060
§ 142	Sachverständigenrat	2060
Sechstes Kapitel. Organisation der Krankenkassen		2062
Erster Abschnitt. Errichtung, Vereinigung und Beendigung von Krankenkassen		2062
Erster Titel. Arten der Krankenkassen		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
Zweiter Titel. Satzung, Organe		2163
§ 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
Vierter Abschnitt. Meldungen		2191
§ 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
Siebtes Kapitel. Verbände der Krankenkassen		2212
§ 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
Achtes Kapitel. Finanzierung		2261
Erster Abschnitt. Beiträge		2261
Erster Titel. Aufbringung der Mittel.....		2261
§ 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
Zweiter Titel. Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder		2280
§ 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
Dritter Titel. Beitragssätze, Zusatzbeitrag		2312
§ 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
Vierter Titel. Tragung der Beiträge		2323
§ 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
Fünfter Titel. Zahlung der Beiträge		2334
§ 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
Zweiter Abschnitt. Beitragszuschüsse		2343
§ 257	Beitragszuschüsse für Beschäftigte	2343
§ 258	Beitragszuschüsse für andere Personen	2356
Dritter Abschnitt. Verwendung und Verwaltung der Mittel		2359
§ 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
Vierter Abschnitt. Finanzausgleiche und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.		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
Fünfter Abschnitt. Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände		2403
§ 274	Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung	2403
Neuntes Kapitel. Medizinischer Dienst		2406
Erster Abschnitt. Aufgaben		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
Zweiter Abschnitt. Organisation		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-See	2469

Zehntes Kapitel. Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz...	2471
Erster Abschnitt. Informationsgrundlagen	2471
Erster Titel. Grundsätze der Datenverwendung	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
Zweiter Titel. Informationsgrundlagen der Krankenkassen	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
Zweiter Abschnitt. Übermittlung und Aufbereitung von Leistungsdaten, Datentransparenz	2507
Erster Titel. Übermittlung von Leistungsdaten	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
Zweiter Titel. Datentransparenz	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
Dritter Abschnitt. Datenlöschung, Auskunftspflicht		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
Elftes Kapitel. Telematikinfrastruktur		2575
Erster Abschnitt. Anforderungen an die Telematikinfrastruktur		2575
§ 306	Telematikinfrastruktur	2575
§ 307	Datenschutzrechtliche Verantwortlichkeiten	2575
§§ 307a-b	(weggefallen)	2576
§ 308	Vorrang von technischen Schutzmaßnahmen	2576
§ 309	Protokollierung	2577
Zweiter Abschnitt. Gesellschaft für Telematik		2581
Erster Titel. Aufgaben, Verfassung und Finanzierung der Gesellschaft für Telematik		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
Zweiter Titel. Beirat der Gesellschaft für Telematik		2590
§ 317	Beirat der Gesellschaft für Telematik	2590
§ 318	Aufgaben des Beirats	2590
Dritter Titel. Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik		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
Dritter Abschnitt. Betrieb der Telematikinfrastruktur		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

Vierter Abschnitt. Überwachung von Funktionsfähigkeit und Sicherheit	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
Fünfter Abschnitt. Anwendungen der Telematikinfrastruktur	2603
Erster Titel. Allgemeine Vorschriften	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
Zweiter Titel. Elektronische Patientenakte	2611
§ 341 Elektronische Patientenakte	2611
Erster Untertitel. Angebot und Einrichtung der elektronischen Patientenakte	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
Zweiter Untertitel. Nutzung der elektronischen Patientenakte durch den Versicherten	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

Dritter Untertitel. Zugriff von Leistungserbringern auf Daten in der elektronischen Patientenakte	2665
§ 352 Verarbeitung von Daten in der elektronischen Patientenakte durch Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen	2665
§ 353 Erteilung der Einwilligung	2670
Vierter Untertitel. Festlegungen für technische Voraussetzungen und semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten.	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
Dritter Titel. Erklärungen des Versicherten zur Organ- und Gewebespende sowie Hinweise auf deren Vorhandensein und Aufbewahrungsort	2680
§ 356 Zugriff auf Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende	2680
Vierter Titel. Hinweis des Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen.	2683
§ 357 Zugriff auf Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen	2683
Fünfter Titel. Elektronischer Medikationsplan und elektronische Notfalldaten	2687
§ 358 Elektronische Notfalldaten, elektronische Patientenkurzakte und elektronischer Medikationsplan	2687
§ 359 Zugriff auf den elektronischen Medikationsplan, die elektronischen Notfalldaten und die elektronische Patientenkurzakte	2691
Sechster Titel. Übermittlung ärztlicher Verordnungen	2695
§ 360 Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen	2695
§ 361 Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastruktur	2699
Siebter Titel. Nutzung der Telematikinfrastruktur durch weitere Kostenträger	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
Achter Titel. Verfügbarkeit von Daten aus Anwendungen der Telematikinfrastruktur für Forschungszwecke	2703
§ 363 Verarbeitung von Daten der elektronischen Patientenakte zu Forschungszwecken	2703
Sechster Abschnitt. Telemedizinische Verfahren	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
Siebter Abschnitt. Anforderungen an Schnittstellen in informationstechnischen Systemen ..		2725
§ 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
Achter Abschnitt. Finanzierung und Kostenerstattung		2737
§ 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
Zwölftes Kapitel. Förderung von offenen Standards und Schnittstellen; Nationales Gesundheitsportal		2757
§ 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
Dreizehntes Kapitel. Straf- und Bußgeldvorschriften		2779
§ 396	Zusammenarbeit zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten	2779
§ 397	Bußgeldvorschriften	2780
§ 398	Strafvorschriften	2784
§ 399	Strafvorschriften	2785
Vierzehntes Kapitel. Überleitungsregelungen aus Anlass der Herstellung der Einheit Deutschlands		2786
§ 400	Versicherter Personenkreis	2786
§ 401	Leistungen	2790
§ 402	Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern	2790
Fünfzehntes Kapitel. Weitere Übergangsvorschriften		2792
§ 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
Stichwortverzeichnis		2821

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) ¹Die 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. ²Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. ³Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(1a) ¹Versicherte 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. ²Die Krankenkasse erteilt für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen. ³Mit der Kostenübernahmeerklärung wird die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung nach Satz 1 festgestellt.

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

(3) ¹Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. ²Den 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).¹ 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. Nikolausbeschluss² gesetzlich normiert,³ 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.⁴ Grundlage für die Ermittlung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse bilden die Methodik und die Kriterien der **evidenzbasierten Medizin**.⁵ Entsprechend finden sich auch in einzelnen Bestimmungen des SGB V begriffliche Hinweise auf die evidenzbasierte Medizin⁶ 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.⁷ 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.⁸ 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.⁹ 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,¹⁰ der jeweiligen Therapierichtung¹¹ oder von besonderen Therapierichtungen,¹² die nicht ausgeschlossen sind,¹³ gesprochen wird. Nach Ansicht des Bundessozialgerichts ist unter einer besonderen Therapierichtung

FS Steiner, 2009, 51 ff.; Francke/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.«¹⁴ Durch das umfassende weltanschauliche Konzept unterscheidet sich die besondere Therapierichtung von der einzelnen Behandlungsmethode,¹⁵ selbst wenn diese als unkonventionell erscheint¹⁶ und eine Außenseitermethode darstellt. »Besondere Therapierichtung« ist ggü. »Behandlungsmethode« der umfassendere und weitere Begriff; beide Begriffe sind nicht gleichzusetzen.¹⁷

- 10 Da **Homöopathie**, **Phytotherapie** und **Anthroposophie** vom Gesetzgeber ausdrücklich als besondere Therapierichtungen genannt werden,¹⁸ 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.¹⁹ Der Kreis der besonderen Therapierichtungen ist auch aufgrund der nicht abschließenden Aufzählung nicht auf die drei Richtungen beschränkt.²⁰ 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.²¹ Überlegt werden könnte, ob über die drei gesetzlich anerkannten hinaus etwa die traditionelle chinesische Medizin oder Ayurveda als besondere Therapierichtung angesehen werden könnten,²² 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.²³ 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.²⁴ Voraussetzung für eine besondere Therapierichtung ist vielmehr ein umfassendes Konzept, das eine von der Schulmedizin abweichende weltanschauliche Grundlegung verfolgt.²⁵ Allerdings ist schon der Begriff der Schulmedizin selbst in Inhalt und Umfang im Einzelnen umstritten²⁶ 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) ¹Soweit 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. ²Kommt 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. ³Sie haben dabei die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung und die Empfehlungen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. ⁴Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. ⁵Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.

(2) ¹Werden 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 begründet¹. 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 TSVG² auf § 127 Abs. 9 geändert worden. Die Änderung steht im Zusammenhang mit der Umstellung in § 127, die zeitgleich vorgenommen wurde³.

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.⁴ Mit der Änderung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011⁵ 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-Versorgungsstärkungsgesetz⁶ 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.⁷ Um **Fahrten** handelt es sich, wenn Versicherte den Weg mit entsprechenden Mitteln selbst bewältigen können, um **Transporte**, wenn sie dazu der medizinischen Betreuung bedürfen⁸. 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.⁹ 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.¹⁰

- 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).¹¹ 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. 22.01.2004¹²). 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 erfasste¹³, 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.¹⁴
- 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.¹⁵ 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.¹⁶ Der Rettungsdienst umfasst nur den Transport, nicht die Notfallbehandlung (zu dieser s. Rdn. 5).¹⁷

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).¹⁸ 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.¹⁹ 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,²⁰ (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«²¹). 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.²² 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.²³ 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.²⁴

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.²⁵ Diese wird dem Unternehmer für seine Person und für die Ausübung, von Notfallrettung oder Krankentransport erteilt und umfasst jeden einzelnen Krankenkraftwagen.²⁶ Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn die Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Betriebes gewährleistet sind, keine Tatsachen vorliegen, die die Unzuverlässigkeit des Antragstellers als Unternehmer²⁷ 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.²⁸ 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.²⁹ 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).³⁰
- 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.³¹ 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 Vergütungsanspruch³² 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.³³ Die danach eröffneten Vereinbarungen dürfen sich im Übrigen nicht im Widerspruch zu bestehenden landesrechtlichen Bestimmungen setzen.³⁴

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 Beitrittsklärung 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 Beitrittsklärung oder verschiedenen Beitrittsklärungen bestehen.³⁵

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.³⁶

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 wurde³⁷, 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.³⁸ 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 2³⁹). 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.⁴⁰

- 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.⁴¹ 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,⁴² findet im Gesetz keine ausreichende Stütze.⁴³
- 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).⁴⁴ 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.⁴⁵ 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.⁴⁶
- 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.⁴⁷

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) ¹Die elektronische Patientenakte ist eine versichertengeführte elektronische Akte, die den Versicherten von den Krankenkassen auf Antrag zur Verfügung gestellt wird. ²Die Nutzung ist für die Versicherten freiwillig. ³Mit 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) ¹Die 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. ²§ 307 Absatz 1 bis 3 bleibt unberührt. ³Unbeschadet 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) ¹Die 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. ²Wird 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. ³Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern. ⁴Die Kürzungsregelung nach Satz 2 findet im Fall, dass bereits eine Kürzung der Vergütung nach § 291b Absatz 5 erfolgt, keine Anwendung.

(7) ¹Die 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. ²Soweit 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. ³Die 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«¹ 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 Telematik² (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 PDSG³ zum 20.10.2020 Eingang in das SGB V gefunden. Durch das DVPMG⁴ sind die einstellbaren Daten nach Abs. 2 in Nr. 1 c), Nr. 4, Nr. 9, Nr. 11 und Nr. 13 erweitert bzw. angepasst worden,⁵ 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. 1.⁶

Die wesentlichen Entwicklungsschritte der Einführung der ePA bis zum PDSG können überblicksartig wie folgt zusammengefasst werden: Bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz m.W.v. 01.01.2004⁷ 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«⁸ 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. 11.05.2019⁹ 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.)¹⁰ 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/Tablet¹¹ – zuzugreifen (§ 291a Abs. 5 Satz 9 a.F.) sowie die Akte eigenständig zu befüllen (§ 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 a.F.).¹² 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.¹³ Der damit beschrittene Weg, die ePA als versichertengeführte Akte unabhängig von der elektronischen Gesundheitskarte¹⁴ 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 § 68¹⁵: 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«¹⁶ 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 Sinne¹⁷ – bestimmt.¹⁸ 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«¹⁹ 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, Konnektoren²⁰ – die jeweils an dezentraler Stelle – also in den Arztpraxen, Krankenhäusern – den Zugang zum zentralen Netz der Telematikinfrastruktur ermöglichen.²¹ 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)-Zugangsdienste²²; eine Liste der aktuell zugelassenen Zugangsdienste und der jeweiligen Hersteller findet sich auf der Homepage der gematik, gegenwärtig sind drei Hersteller zugelassen.²³ Das zentrale Netz selbst wird seit Juni 2019 durch die zum Bertelsmann-Konzern gehörende Arvato Systems GmbH betrieben.²⁴ Als drittes Element der Telematikinfrastruktur tritt schließlich nach § 306 Abs. 2 Nr. 3 die Anwendungsinfrastruktur hinzu, worunter das Gesetz die Dienste²⁵ für konkrete Anwendungen²⁶ – vereinfacht gesagt also für das, was Versicherte am Ende tatsächlich nutzen – versteht. Eine solche Anwendung ist beispielsweise die ePA. Die (technische) Schaffung der Telematikinfrastruktur²⁷ 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 sind²⁸. Der Betrieb des Netzes erfolgt hingegen, wie dargelegt, nicht durch die gematik selbst, sondern durch einen beauftragten privaten Anbieter. Die Zuteilung datenschutzrechtlicher Verantwortlichkeit regelt § 307.²⁹ Die verschiedenen von privaten Unternehmen der IT-Branche entwickelten Leistungen, die innerhalb der Telematikinfrastruktur angewandt werden, bedürfen ferner eines »gestattenden Rechtsakts«,³⁰ Vorgaben zu diesen durch die gematik mittels Verwaltungsakt³¹ 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.³² Vorgaben zu den Anwendungen der Telematikinfrastruktur enthält der fünfte Abschnitt des 11. Kapitels,³³ 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.³⁴ 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,³⁵ 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.³⁶ 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.³⁷ 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.³⁸

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 Einwilligung³⁹ und innerhalb der gesetzlichen Grenzen auch von den behandelnden Leistungserbringern⁴⁰ eingesehen und verwaltet werden können. Die ePA ist letztlich eine online-abrufbare Sammlung verschiedener Gesundheitsdaten⁴¹ mit besonderer Sicherung.⁴²

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

- Den Zugriff auf die in der ePA gespeicherten Daten im Sinne eines Einsichtsrechts⁴³
- Das Auslesen,⁴⁴ Übermitteln⁴⁵, Löschen⁴⁶ und – in Bezug auf einige wenige Daten – auch Verarbeiten,⁴⁷ also Ändern, von Daten in der ePA⁴⁸
- Die Möglichkeit der Erteilung von Zugriffsberechtigungen für Leistungserbringer⁴⁹
- Das Einstellen bzw. Einstellen lassen⁵⁰ der in § 341 Abs. 2 benannten Daten⁵¹

Hinzu tritt ein Recht auf Einsichtnahme in die Protokolldaten über Zugriffe auf die ePA.⁵² Wie genau diese Rechte ausgeübt werden können, ergibt sich aus den in § 342 Abs. 2 geregelten Umsetzungsstufen.⁵³ Von Beginn an ist die umfassende Nutzung der ePA über die Benutzeroberfläche eines mobilen Endgerätes (Smartphone/Tablet) vorgesehen.⁵⁴ Ab dem 01.01.2022 soll im nahezu gleichen Umfang eine Nutzung über stationäre Endgeräte (PC/Laptop) möglich sein.⁵⁵ Die ePA kann schließlich – allerdings in einem nur deutlich eingeschränkten Umfang – direkt bei den Leistungserbringern, also in Arztpraxis und Krankenhaus, verwaltet werden.⁵⁶ 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.⁵⁷ 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.⁵⁸ 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.⁵⁹ Die Vorschrift dient also nicht, wie man nach einer ersten Lektüre vermuten könnte, ausschließlich den Interessen der Versicherten, sondern ebenso denjenigen der Leistungserbringer⁶⁰ 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.⁶¹
- 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,⁶² wozu auch die Ausübung der bereits erörterten Versichertenrechte⁶³ gehört.⁶⁴ 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. 5.⁶⁵ Ferner haben die Krankenkassen die Versicherten nach § 343 Abs. 1 umfassend über die ePA zu informieren.⁶⁶ Hinsichtlich der Befüllung der ePA besteht ein Anspruch gegen die Krankenkassen auf Übermittlung der bei diesen gespeicherten Daten über beanspruchte Leistungen des Versicherten⁶⁷ in die ePA nach § 350 Abs. 1 ab dem 01.01.2022.⁶⁸ 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 Daten⁶⁹ sowie der Daten in digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a⁷⁰ 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.⁷¹ 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).