

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung –¹

Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477)

Erstes Kapitel Allgemeine Vorschriften

§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitsbewussten Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und unter Berücksichtigung von geschlechts-, alters- und behinderungsspezifischen Besonderheiten auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.²

§ 2 Leistungen

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

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

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

(3) Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.

1 ERLÄUTERUNG

Das Gesetz ist am 01.01.1989 in Kraft getreten, soweit nichts anderes vermerkt ist.

2 ÄNDERUNGEN

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Satz 2 eingefügt.

10.06.2021.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1444) hat Satz 4 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“

(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.³

§ 2a Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen

Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.⁴

§ 2b Geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten

Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechts- und altersspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.⁵

§ 3 Solidarische Finanzierung

Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge finanziert. Dazu entrichten die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.

§ 4 Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

(2) Die Krankenversicherung ist in folgende Kassenarten gegliedert:

Allgemeine Ortskrankenkassen,

Betriebskrankenkassen,

Innungskrankenkassen,

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der Krankenversicherung der Landwirte,

die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See),

Ersatzkassen.

3 ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 2 Satz 1 „oder das Neunte“ nach „dieses“ eingefügt und „vorsieht“ durch „vorsehen“ ersetzt.

01.07.2004.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

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

01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Leistungen können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden; § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches finden Anwendung.“

4 QUELLE

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

5 QUELLE

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

10.06.2021.—Artikel 3 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1444) hat in der Überschrift „Geschlechtsspezifische“ durch „Geschlechts- und altersspezifische“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat „geschlechtsspezifischen“ durch „geschlechts- und altersspezifischen“ ersetzt.

(3) Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeiten die Krankenkassen und ihre Verbände sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen.

(4) Die Krankenkassen haben bei der Durchführung ihrer Aufgaben und in ihren Verwaltungsangelegenheiten sparsam und wirtschaftlich zu verfahren und dabei ihre Ausgaben so auszurichten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten.

(5) Im Jahr 2023 dürfen sich die sächlichen Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse nicht um mehr als 3 Prozent gegenüber dem Vorjahr erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für sächliche Verwaltungsausgaben, die wegen der Durchführung der Sozialversicherungswahlen einschließlich der Teilnahme am Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen und der Kostenumlage für dieses Modellprojekt nach § 194a Absatz 3 entstehen, sowie für Aufwendungen für Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e.⁶

6 ÄNDERUNGEN

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 4 „und dabei ihre Ausgaben so auszurichten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten“ am Ende eingefügt.

01.01.2003.—Artikel 1 des Gesetzes vom 12. Juni 2003 (BGBl. I S. 844) hat Abs. 4 Satz 2 und 3 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 4 Satz 4 bis 9 eingefügt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 2 „Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung-Knappschaft-Bahn-See)“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686) hat in Abs. 4 Satz 8 „oder im Jahr 2005 darauf beruhen, dass vom 1. Januar 2006 an die Aufgaben nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz wahrzunehmen sind“ am Ende eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 „knappschaftlichen“ nach „der“ gestrichen.

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat in Abs. 2 „die See-Krankenkasse,“ nach „Innungskrankenkassen,“ gestrichen.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 1 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 Satz 1 „dass Beitragssatzerhöhungen“ durch „dass Beitragserhöhungen“ ersetzt und „ohne Beitragssatzerhöhungen“ nach „Wirtschaftlichkeitsreserven“ gestrichen.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat die Sätze 2 bis 9 in Abs. 4 durch die Sätze 2 bis 6 ersetzt. Die Sätze 2 bis 9 lauteten: „Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse dürfen sich im Jahr 2003 gegenüber dem Jahr 2002 nicht erhöhen; Veränderungen der jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten im Jahr 2003 können berücksichtigt werden. Satz 2 gilt nicht, soweit Mehrausgaben aufgrund der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen und sie nicht im Rahmen der vorgegebenen Höhe der Verwaltungsausgaben ausgeglichen werden können. In den Jahren 2004 bis 2007 dürfen die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkassen je Versicherten im Vergleich zum Vorjahr die sich bei Anwendung der für das gesamte Bundesgebiet geltenden Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 ergebenden Ausgaben nicht überschreiten. Gliedern Krankenkassen Aufgaben aus, deren Kosten bei Durchführung durch die Krankenkassen den Verwaltungsausgaben zuzurechnen wären, sind auch diese Kosten Verwaltungsausgaben nach Satz 4. Liegen in den Jahren 2003, 2004, 2005 oder 2006 die Verwaltungsausgaben je Versicherten einer Krankenkasse um mehr als jeweils 10 vom Hundert über den entsprechenden durchschnittlichen Verwaltungsausgaben je Versicherten aller Krankenkassen, so ist eine Erhöhung der Verwaltungsausgaben je Versicherten im Folgejahr ausgeschlossen. Verliert eine Krankenkasse in dem Zeitraum nach Satz 4 während eines Kalenderjahres jeweils mehr als 1 vom Hundert ihres jahresdurchschnittlichen Versichertenbestandes im Vergleich zum Vorjahr, so kann sie die

§ 4a Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

(1) Der Wettbewerb der Krankenkassen dient dem Ziel, das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungen zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Dieser Wett-

durch diesen Versichertenverlust erforderliche, 1 vom Hundert übersteigende Anpassung ihrer Verwaltungsausgaben nach Satz 4 im Folgejahr vornehmen. Die Sätze 4 bis 7 gelten nicht, soweit Erhöhungen der Verwaltungsausgaben auf der Übertragung von Personalkosten des Arbeitgebers auf die Krankenkasse beruhen oder im Jahr 2005 darauf beruhen, dass vom 1. Januar 2006 an die Aufgaben nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz wahrzunehmen sind. In dem nach Satz 4 genannten Zeitraum dürfen die jährlichen Ausgaben der Verbände der Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahr die sich bei Anwendung der für das gesamte Bundesgebiet geltenden Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 ergebenden Ausgaben nicht überschreiten.“

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 und 6 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 1a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 2 in Abs. 6 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „§ 291a Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend.“

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 1 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat in Abs. 2 „Landwirtschaftliche Krankenkassen“ durch „Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der Krankenversicherung der Landwirte“ ersetzt.

30.06.2013.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1738) hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 6 aufgehoben. Abs. 6 lautete:

„(6) Bei Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2011 nicht an mindestens 10 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten nach § 291a ausgegeben haben, reduzieren sich abweichend von Absatz 4 Satz 2 die Verwaltungsausgaben im Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2010 um 2 Prozent. Bei Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2012 nicht an mindestens 70 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten nach § 291a ausgegeben haben, dürfen sich die Verwaltungsausgaben im Jahr 2013 gegenüber dem Jahr 2012 nicht erhöhen. Absatz 4 Satz 4 Nummer 1 und Satz 5 sowie § 291a Absatz 7 Satz 7 gelten entsprechend. Für die Bestimmung des Versichertenanteils ist die Zahl der Versicherten am 1. Juli 2011 maßgeblich.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat Satz 2 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Krankenkassen können die Unterlassung unzulässiger Werbemaßnahmen von anderen Krankenkassen verlangen; § 12 Absatz 1 bis 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb gilt entsprechend.“

Artikel 5 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 6 in Abs. 4 aufgehoben. Die Sätze 2 bis 6 lauteten: „Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 gegenüber dem Jahr 2010 nicht erhöhen. Zu den Verwaltungsausgaben zählen auch die Kosten der Krankenkasse für die Durchführung ihrer Verwaltungsaufgaben durch Dritte. Abweichend von Satz 2 sind

1. Veränderungen der für die Zuweisung nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c maßgeblichen Bestimmungsgrößen sowie
2. Erhöhungen der Verwaltungsausgaben, die auf der Durchführung der Sozialversicherungswahlen beruhen, es sei denn, dass das Wahlverfahren nach § 46 Absatz 2 des Vierten Buches durchgeführt wird,

zu berücksichtigen. In Fällen unabweisbaren personellen Mehrbedarfs durch gesetzlich neu zugewiesene Aufgaben kann die Aufsichtsbehörde eine Ausnahme von Satz 2 zulassen, soweit die Krankenkasse nachweist, dass der Mehrbedarf nicht durch Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gedeckt werden kann. Die Sätze 2 und 3, Satz 4 Nummer 2 und Satz 5 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.“

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

„(5) In den Verwaltungsvorschriften nach § 78 Satz 1 und § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben, die der Werbung neuer Mitglieder dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden.“

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 5 eingefügt.

bewerb muss unter Berücksichtigung der Finanzierung der Krankenkassen durch Beiträge und des sozialen Auftrags der Krankenkassen angemessen sein. Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar oder mittelbar fördern, sind unzulässig.

(2) Unlautere geschäftliche Handlungen der Krankenkassen sind unzulässig.

(3) Krankenkassen sind berechtigt, um Mitglieder und für ihre Leistungen zu werben. Bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen muss die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Die Werbung hat in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln im Hinblick auf

1. Inhalt und Art der Werbung,
2. Höchstgrenzen für Werbeausgaben einschließlich der Aufwandsentschädigungen für externe Dienstleister, die zu Werbezwecken beauftragt werden,
3. die Trennung der Werbung von der Erfüllung gesetzlicher Informationspflichten,
4. die Beauftragung und Vergütung von Mitarbeitern, Arbeitsgemeinschaften, Beteiligungsgesellschaften und Dritten zu Werbezwecken,
5. die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge nach § 194 Absatz 1a.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesamt für Soziale Sicherung übertragen.

(5) Beauftragen Krankenkassen Arbeitsgemeinschaften, Beteiligungsgesellschaften oder Dritte zu Zwecken des Wettbewerbs und insbesondere der Werbung, haben sie sicherzustellen, dass die Beauftragten die für entsprechende Maßnahmen der Krankenkassen geltenden Vorschriften einschließlich der Vorgaben der Absätze 1 bis 3 sowie der Rechtsverordnung nach Absatz 4 einhalten.

(6) In den Verwaltungsvorschriften nach § 78 Satz 1 des Vierten Buches und § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben, die der Werbung neuer Mitglieder dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden.

(7) Krankenkassen können von anderen Krankenkassen die Beseitigung und Unterlassung unzulässiger Maßnahmen verlangen, die geeignet sind, ihre Interessen im Wettbewerb zu beeinträchtigen. Die zur Geltendmachung des Anspruchs berechnete Krankenkasse soll die Schuldnerin vor der Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens abmahnen und ihr Gelegenheit geben, den Streit durch Abgabe einer mit einer angemessenen Vertragsstrafe bewehrten Unterlassungsverpflichtung beizulegen. Soweit die Abmahnung berechnigt ist, kann die Abmahnende von der Abgemahnten Ersatz der erforderlichen Aufwendungen verlangen. Zur Sicherung der Ansprüche nach Satz 1 können einstweilige Anordnungen auch ohne die Darlegung und Glaubhaftmachung der in § 86b Absatz 2 Satz 1 und 2 des Sozialgerichtsgesetzes bezeichneten Voraussetzungen erlassen werden. Ist auf Grund von Satz 1 Klage auf Unterlassung erhoben worden, so kann das Gericht der obsiegenden Partei die Befugnis zusprechen, das Urteil auf Kosten der unterliegenden Partei öffentlich bekannt zu machen, wenn sie ein berechtigtes Interesse dartut. Art und Umfang der Bekanntmachung werden im Urteil bestimmt. Die Befugnis erlischt, wenn von ihr nicht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Rechtskraft Gebrauch gemacht worden ist. Der Ausspruch nach Satz 5 ist nicht vorläufig vollstreckbar.⁷

7 QUELLE

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

ÄNDERUNGEN

28.03.2020.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) hat „§§ 266, 267 und 269“ durch „§§ 266, 267, 269 und 287a“ ersetzt.

UMNUMMERIERUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat § 4a in § 4b umnummeriert.

§ 4b Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren

Abweichungen von den Regelungen des Verwaltungsverfahrens gemäß den §§ 266, 267, 269 und 287a durch Landesrecht sind ausgeschlossen.⁸

Zweites Kapitel Versicherter Personenkreis

Erster Abschnitt Versicherung kraft Gesetzes

§ 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die

8 UMNUMMERIERUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat § 4a in § 4b umnummeriert.

- Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
 11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,
 - 11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,
 - 11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch
 - a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder
 - b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war,
 erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,
 12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,
 13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte. Auf die nach Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches) eine Zeit von drei Jahren angerechnet. Eine Anrechnung erfolgt nicht für

1. ein Adoptivkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat, oder
2. ein Stiefkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen wurde.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

(4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer im Ausland seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(4a) Die folgenden Personen stehen Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 1 gleich:

1. Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden,
2. Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dualen Studiengängen und
3. Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Ausbildungen mit Abschnitten des schulischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung, für die ein Ausbildungsvertrag und Anspruch auf Ausbildungsvergütung besteht (praxisintegrierte Ausbildungen).

Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist. Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.

(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer zuletzt vor dem Bezug von Bürgergeld privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit. Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. Personen nach Satz 1, die am 31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10 erfüllt haben, sind ab dem 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.

(6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 bis 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entspre-

chend. Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung genannten Personen abgeleitet worden ist, geht die Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 vor.

(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches, dem Teil 2 des Neunten Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(9) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages. Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) (weggefallen)

(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein An-

spruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.⁹

9 ÄNDERUNGEN

01.08.1991.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 25. Juli 1991 (BGBl. I S. 1606) hat Nr. 12 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 12 lautete:

„12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17 Abs. 1 des Fremdrentengesetzes genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in den Geltungsbereich dieses Gesetzbooks verlegt haben.“

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat in Abs. 1 Nr. 6 „sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung“ nach „Rehabilitation“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Nr. 9 „Geltungsbereich dieses Gesetzbooks“ durch „Inland“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 12 „den Geltungsbereich dieses Gesetzbooks“ durch „das Inland“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbooks“ durch „im Ausland“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 vor.“

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) und Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) haben Nr. 11 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 11 lautete:

„11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren.“

01.01.1997.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254) hat in Abs. 1 Nr. 11 „(§ 891a der Reichsversicherungsordnung)“ durch „(§ 143 des Siebten Buches)“ ersetzt.

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat Nr. 2 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz nach dessen näherer Bestimmung.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Nr. 10 „ohne Arbeitsentgelt“ nach „Tätigkeit“ eingefügt.

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

Artikel 1 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 10 eingefügt.

ENTSCHEIDUNG DES BUNDESVERFASSUNGSGERICHTS

§ 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 ist mit Artikel 3 Abs. 1 des Grundgesetzes unvereinbar, soweit Personen, die nach dem 31. Dezember 1993 einen Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt haben, nur dann in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert sind, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums auf Grund einer Pflichtversicherung versichert waren. (Beschluß v. 15. März 2000 – 1 BvL 16/96 u. a. – BGBl. I S. 1300)

ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 13. Juni 2001 (BGBl. I S. 1027) hat Abs. 1 Nr. 11a eingefügt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Nr. 6 „berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation“ durch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Berufsfindung“ durch „Abklärungen der beruflichen Eignung“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 7 „Behinderte, die in nach dem Schwerbehindertengesetz“ durch „behinderte Menschen, die in“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 8 „Behinderte“ durch „behinderte Menschen“ ersetzt.

01.08.2001.—Artikel 3 § 52 Nr. 1 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 7 Satz 1 „ , der Lebenspartner oder“ nach „Ehegatte“ eingefügt.

- 01.01.2002.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3443) hat in Abs. 1 Nr. 2 „oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches)“ nach „(§ 144 des Dritten Buches)“ eingefügt.
 Artikel 3 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4a Satz 1 eingefügt.
- 29.03.2002.—Artikel 1 Nr. 01 des Gesetzes vom 23. März 2002 (BGBl. I S. 1169) hat Abs. 8 Satz 2 und 3 eingefügt.
- 01.05.2002.—Artikel 47b Nr. 1 des Gesetzes vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1467) hat in Abs. 1 Nr. 7 „für Behinderte“ durch „für behinderte Menschen“ ersetzt.
- 01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat in Abs. 1 Nr. 2 „, Arbeitslosenhilfe“ nach „Arbeitslosengeld“ gestrichen.
 Artikel 5 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Nr. 2a eingefügt.
- 01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Nr. 11 „auf Grund einer Pflichtversicherung Mitglied oder auf Grund einer Pflichtversicherung nach § 10 versichert waren; als Zeiten der Pflichtversicherung gelten auch Zeiten, in denen wegen des Bezugs von Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus (§ 38 Nr. 2 des Sechsten Buches) oder des Bezugs von Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse (§ 143 des Siebten Buches) eine freiwillige Versicherung bestanden hat“ durch „Mitglied oder nach § 10 versichert waren“ ersetzt.
 Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 12 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Nr. 13 eingefügt.
- 14.09.2007.—Artikel 28 Abs. 4 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Nr. 7 „nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten“ durch „Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches“ ersetzt.
- 01.01.2008.—Artikel 9 Abs. 21 des Gesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631) hat Abs. 9 aufgehoben und Abs. 10 in Abs. 9 unnummeriert. Abs. 9 lautete:
 „(9) Wer versicherungspflichtig wird und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Dies gilt auch, wenn eine Versicherung nach § 10 eintritt.“
 Artikel 9 Abs. 21 Nr. 2 desselben Gesetzes hat den neuen Abs. 9 Satz 7 eingefügt.
- 01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 2 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 5a eingefügt.
 01.04.2009.—Artikel 1 Nr. 2 lit. c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 8a eingefügt.
 Artikel 1 Nr. 2 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 11 eingefügt.
- 01.01.2011.—Artikel 12 Abs. 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 24. März 2011 (BGBl. I S. 453) hat in Abs. 1 Nr. 2a „§ 23 Abs. 3“ durch „§ 24 Absatz 3“ ersetzt.
- 01.01.2012.—Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057) hat Abs. 4a Satz 2 eingefügt.
- 01.04.2012.—Artikel 8 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) hat in Abs. 1 Nr. 2 „§ 144“ durch „§ 159“ und „§ 143 Abs. 2“ durch „§ 157 Absatz 2“ ersetzt.
- 25.07.2014.—Artikel 1 Nr. 1 lit. b des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 5a Satz 1 „unmittelbar“ durch „zuletzt“ ersetzt.
- 01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a litt. bb des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Nr. 11a den Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- 23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 5 Satz 2 eingefügt.
- 01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Nr. 2a „soweit sie nicht familienversichert sind,“ nach „beziehen,“ gestrichen.
 Artikel 1 Nr. 0 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat Abs. 5a Satz 3 und 4 eingefügt.
- 01.01.2017.—Artikel 1a Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat Abs. 1 Nr. 11b eingefügt.
 Artikel 1a Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „oder 12“ durch „bis 12“ ersetzt und „oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus“ am Ende eingefügt.
 Artikel 1a Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „oder 12“ durch „bis 12“ ersetzt.
- 01.08.2017.—Artikel 1 Nr. 0a lit. a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 1 Nr. 2 „oder Unterhaltsgeld“ nach „Arbeitslosengeld“ gestrichen und „ab Beginn des zweiten Monats bis zur

§ 6 Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,
- 1a. nicht-deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz haben,
2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,
3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats“ durch „wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder“ ersetzt.

01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 1 Nr. 7 „§ 143“ durch „§ 226“ ersetzt und „oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches“ nach „Heimarbeit“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 3 „Abs. 1 Nr. 6“ durch „Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 6 Nr. 2 lit. b des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 8a Satz 2 „ , Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften“ durch „und Siebten Kapitel des Zwölften Buches, dem Teil 2 des Neunten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Nr. 9 „bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters,“ nach „besteht,“, „nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder“ vor „oder nach“ und „oder eine längere Fachstudienzeit“ nach „Altersgrenze“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 10 „längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres,“ nach „verrichten,“ eingefügt.

01.07.2020.—Artikel 5 Nr. 1a des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 4a durch Satz 1 ersetzt. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. Teilnehmer an dualen Studiengängen stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 1 gleich.“

01.01.2023.—Artikel 12 Abs. 9 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch“ durch „Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches“ ersetzt.

Artikel 12 Abs. 9 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5a Satz 1 „Arbeitslosengeld II“ durch „Bürgergeld“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 32 Nr. 2 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Nr. 6 „die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,“ durch „so wie gehören zu dem Personenkreis des § 151 des Vierzehnten Buches“ ersetzt.

01.01.2025.—Artikel 38 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 1 Nr. 6 „zu dem Personenkreis des § 151 des Vierzehnten Buches“ durch „zum Personenkreis nach § 151 des Vierzehnten Buches oder zum Personenkreis nach § 81 Absatz 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes,“ ersetzt.

4. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
5. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
6. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,
8. Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind.

(2) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtige Hinterbliebene der in Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, wenn sie ihren Rentenanspruch nur aus der Versicherung dieser Personen ableiten und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben.

(3) Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

(4) Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. Dies gilt nicht, wenn das Entgelt die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. Rückwirkende Erhöhungen des Entgelts werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.

(5) (weggefallen)

(6) Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nr. 1 beträgt im Jahr 2003 45 900 Euro. Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch fest.

(7) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in

einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41 400 Euro. Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.¹⁰

10 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat in Abs. 1 Nr. 1 „nach § 1385 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch „in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten“ ersetzt.

01.07.2000.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 3a eingefügt.

01.08.2001.—Artikel 3 § 52 Nr. 2 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 3a Satz 3 „steht die Ehe“ durch „stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft“ ersetzt.

01.01.2003.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637) hat in Abs. 1 Satz 1 „75 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (Jahresarbeitsentgeltgrenze)“ durch „die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 und 7“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „den nach Absatz 1 Nr. 1 festgesetzten Betrag“ durch „die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 bis 8 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 4 Nr. 01 des Gesetzes vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848) hat Abs. 1 Nr. 1a eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat Abs. 3a Satz 4 eingefügt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 2 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 5 „der Bundesknappschaft“ durch „der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ und „die Bundesknappschaft“ durch „die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung“ ersetzt.

12.12.2006.—Artikel 4 des Gesetzes vom 2. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2742) hat in Abs. 6 Satz 2 „Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vergangenen Kalenderjahr zur entsprechenden Bruttolohn- und -gehaltssumme im vorvergangenen Kalenderjahr steht“ durch „Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen“ ersetzt.

02.02.2007.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Nr. 1 „und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat“ nach „übersteigt“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Bei rückwirkender Erhöhung des Entgelts endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 4 bis 6 eingefügt.

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

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 3 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3a Satz 4 „und für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See kann die Versicherungspflicht auf Beschäftigte erstrecken, deren Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 6 übersteigt, wenn die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung für die Versicherung zuständig ist.“

28.12.2007.—Artikel 2 Nr. 01 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Nr. 1 „dies gilt nicht für Seeleute;“ nach „hat;“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 4 Satz 6 „oder Pflegezeit“ nach „Elternzeit“ eingefügt und „Nr. 1a, 2“ durch Nr. 1a, 2, 2a“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 2 Nr. 01 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3a Satz 4 „Bezieher von Arbeitslosengeld II und für“ nach „für“ gestrichen.

§ 7 Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung

(1) Wer eine geringfügige Beschäftigung nach §§ 8, 8a des Vierten Buches ausübt, ist in dieser Beschäftigung versicherungsfrei; dies gilt nicht für eine Beschäftigung

1. im Rahmen betrieblicher Berufsbildung,
2. nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz,
3. nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz.

§ 8 Abs. 2 des Vierten Buches ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß eine Zusammenrechnung mit einer nicht geringfügigen Beschäftigung nur erfolgt, wenn diese Versicherungspflicht begründet.

(2) Personen, die am 30. September 2022 in einer mehr als geringfügigen Beschäftigung versicherungspflichtig waren, welche die Merkmale einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches in der ab dem 1. Oktober 2022 geltenden Fassung erfüllt, bleiben in dieser Beschäftigung längstens bis zum 31. Dezember 2023 versicherungspflichtig, sofern sie nicht die Voraussetzungen für eine Versiche-

Artikel 1 Nr. 0 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat in Abs. 3 Satz 1 „oder 5 bis 12“ durch „oder Nr. 5 bis 13“ ersetzt.

31.12.2010.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 1 Nr. 1 „und in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren überstiegen hat“ nach „übersteigt“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des dritten Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird.“

Artikel 1 Nr. 2 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 4 bis 6 in Abs. 4 aufgehoben. Die Sätze 4 bis 6 lauteten: „Ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in einem von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren liegt vor, wenn das tatsächlich im Kalenderjahr erzielte regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat. Für Zeiten, in denen bei fortbestehendem Beschäftigungsverhältnis kein Arbeitsentgelt erzielt worden ist, insbesondere bei Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung sowie bei Bezug von Entgeltersatzleistungen, ist ein regelmäßiges Arbeitsentgelt in der Höhe anzusetzen, in der es ohne die Unterbrechung erzielt worden wäre. Für Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit, für Zeiten, in denen als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst nach dem Entwicklungshelfergesetz geleistet worden ist, sowie im Falle des Wehr- oder Zivildienstes ist ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze anzunehmen, wenn spätestens innerhalb eines Jahres nach diesen Zeiträumen eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen wird; dies gilt auch für Zeiten einer Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a, 2, 2a oder 3.“

Artikel 1 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 9 aufgehoben. Abs. 9 lautete:

„(9) Arbeiter und Angestellte, die nicht die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1 erfüllen und die am 2. Februar 2007 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren oder die vor diesem Tag die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse gekündigt hatten, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, bleiben versicherungsfrei, solange sie keinen anderen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen. Satz 1 gilt auch für Arbeiter und Angestellte, die am 2. Februar 2007 nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a, 2 oder 3 von der Versicherungspflicht befreit waren. Arbeiter und Angestellte, die freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind, und nicht die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1 erfüllen, gelten bis zum 31. März 2007 als freiwillige Mitglieder.“

29.06.2011.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat in Abs. 1 Nr. 1a „abweichend von Nummer 1“ am Anfang gestrichen und „im Geltungsbereich dieses Gesetzsbuchs“ durch „in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 8 aufgehoben. Abs. 8 lautete:

„(8) Der Ausgangswert für die Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2004 beträgt für die in Absatz 6 genannten Arbeiter und Angestellten 45 594,05 Euro und für die in Absatz 7 genannten Arbeiter und Angestellten 41 034,64 Euro.“

rung nach § 10 erfüllen und solange ihr Arbeitsentgelt 450 Euro monatlich übersteigt. Sie werden auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht nach Satz 1 befreit. § 8 Absatz 2 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Zeitpunkts des Beginns der Versicherungspflicht der 1. Oktober 2022 tritt.¹¹

§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht

- (1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird
1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 Satz 2 oder Abs. 7,
 - 1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,
 2. durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder nach § 1 Abs. 6 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes während der Elternzeit; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Elternzeit,
 - 2a. durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während der Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer einer Freistellung oder die Dauer der Familienpflegezeit,

11 ÄNDERUNGEN

01.09.1993.—Artikel 3 Abs. 12 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2118) hat in Nr. 2 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Nr. 3 eingefügt.

01.04.1999.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 24. März 1999 (BGBl. I S. 388) hat Satz 2 eingefügt.

01.04.2003.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621) hat in Satz 1 „§ 8“ durch „§§ 8, 8a“ ersetzt.

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

01.06.2008.—Artikel 2 Abs. 11 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 16. Mai 2008 (BGBl. I S. 842) hat Nr. 2 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres,“

Artikel 2 Abs. 1 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 3 in Abs. 1 Satz 1 aufgehoben. Nr. 3 lautete:

„3. nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres.“

03.05.2011.—Artikel 9 Nr. 1 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2474) hat Abs. 3 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Personen, die am 31. Dezember 2012 in einer mehr als geringfügigen Beschäftigung versicherungspflichtig waren, die die Merkmale einer geringfügigen Beschäftigung in der ab dem 1. Januar 2013 geltenden Fassung der §§ 8 oder 8a des Vierten Buches erfüllt, bleiben in dieser Beschäftigung längstens bis zum 31. Dezember 2014 versicherungspflichtig, sofern sie nicht die Voraussetzungen für eine Versicherung nach § 10 erfüllen und solange das Arbeitsentgelt 400,00 Euro monatlich übersteigt. Sie werden auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht nach Satz 1 befreit. § 8 Absatz 2 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Zeitpunkts des Beginns der Versicherungspflicht der 1. Januar 2013 tritt.“

01.10.2022.—Artikel 8 Nr. 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Personen, die am 31. März 2003 nur in einer Beschäftigung versicherungspflichtig waren, die die Merkmale einer geringfügigen Beschäftigung nach den §§ 8, 8a des Vierten Buches erfüllt, und die nach dem 31. März 2003 nicht die Voraussetzungen für eine Versicherung nach § 10 erfüllen, bleiben in dieser Beschäftigung versicherungspflichtig. Sie werden auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit. § 8 Abs. 2 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Zeitpunkts des Beginns der Versicherungspflicht der 1. April 2003 tritt. Die Befreiung ist auf die jeweilige Beschäftigung beschränkt.“

3. weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird; dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluß an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das die Voraussetzungen des vorstehenden Halbsatzes erfüllt, sowie für Beschäftigte, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeitgesetzes ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des ersten Teilsatzes aufnehmen, das bei Vollbeschäftigung zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 führen würde; Voraussetzung ist ferner, daß der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist; Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit oder Familienpflegezeit und Nachpflegephase werden angerechnet,
4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6, 11 bis 12),
5. durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10),
6. durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,
7. durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8).

Das Recht auf Befreiung setzt nicht voraus, dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird.

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(3) Personen, die am 31. Dezember 2014 von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 2a befreit waren, bleiben auch für die Dauer der Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung befreit. Bei Anwendung des Absatzes 1 Nummer 3 steht der Freistellung nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes die Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung gleich.¹²

12 ÄNDERUNGEN

01.04.1998.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2970) hat Abs. 1 Nr. 1a eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Nr. 1a „ , wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen“ am Ende eingefügt.

02.01.2001.—Artikel 19 Nr. 1 des Gesetzes vom 30. November 2000 (BGBl. I S. 1638) hat in Abs. 1 Nr. 2 „während des Erziehungsurlaubs“ durch „während der Elternzeit“ und „Zeit des Erziehungsurlaubs“ durch „Elternzeit“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Nr. 4 „berufsfördernden Maßnahme“ durch „Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 7 „Behinderte“ durch „behinderte Menschen“ ersetzt.

01.01.2003.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637) hat Nr. 1 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze,“.

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat in Abs. 1 Nr. 1a „ , Arbeitslosenhilfe oder“ nach „Arbeitslosengeld“ gestrichen und „oder Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a)“ nach „(§ 5 Abs. 1 Nr. 2)“ eingefügt.

Zweiter Abschnitt Versicherungsberechtigung

§ 9 Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,

01.01.2007.—Artikel 2 Abs. 19 Nr. 1 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748) hat in Abs. 1 Nr. 2 „oder nach § 1 Abs. 6 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes“ nach „Bundeserziehungsgeldgesetzes“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 2 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 1 Nr. 2a eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Nr. 1a „Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) oder Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a)“ durch „oder Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2)“ ersetzt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 2a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 1 Nr. 3 „ , sowie für Beschäftigte, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des ersten Teilsatzes aufnehmen, das bei Vollbeschäftigung zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 führen würde“ nach „erfüllt“ eingefügt und das Komma am Ende durch „ ; Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit werden angerechnet,“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 1b lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Nr. 2a „oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes“ nach „Pflegezeitgesetzes“ und „oder die Dauer der Familienpflegezeit und der Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1b lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 3 jeweils „oder Familienpflegezeit und Nachpflegephase“ nach „Pflegezeit“ eingefügt.

01.08.2013.—Artikel 1 Nr. 0 des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 5 Nr. 1 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) hat Nr. 2a in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 2a lautete:

„2a. durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während der Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer der Pflegezeit oder die Dauer der Familienpflegezeit und der Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes,“.

Artikel 5 Nr. 1 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 3 jeweils „Pflegezeit oder Familienpflegezeit und Nachpflegephase“ durch „einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeitgesetzes“ ersetzt.

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

01.01.2017.—Artikel 1a Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat in Abs. 1 Nr. 4 „oder 12“ durch „bis 12“ ersetzt.

15.12.2018.—Artikel 1 Nr. 0 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. (weggefallen)
7. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,
8. Personen, die ab dem 31. Dezember 2018 als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind.

Für die Berechnung der Vorversicherungszeiten nach Satz 1 Nr. 1 gelten 360 Tage eines Bezugs von Leistungen, die nach § 339 des Dritten Buches berechnet werden, als zwölf Monate.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,
3. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,
4. im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 151 des Neunten Buches,
5. im Falle des Absatzes 1 Nummer 5 nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung der Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation,
6. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 8 nach dem Ausscheiden aus dem Dienst als Soldatin oder Soldat auf Zeit.

(3) Kann zum Zeitpunkt des Beitritts zur gesetzlichen Krankenversicherung nach Absatz 1 Nr. 7 eine Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes nicht vorgelegt werden, reicht als vorläufiger Nachweis der vom Bundesverwaltungsamt im Verteilungsverfahren nach § 8 Abs. 1 des Bundesvertriebenengesetzes ausgestellte Registrierschein und die Bestätigung der für die Ausstellung einer Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes zuständigen Behörde, dass die Ausstellung dieser Bescheinigung beantragt wurde.¹³

13 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Nr. 5 „außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs“ durch „im Ausland“ und „den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs“ durch „das Inland“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 5 „den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs“ durch „das Inland“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Nr. 1 „zwölf“ durch „vierundzwanzig“ und „sechs“ durch „zwölf“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Nr. 2 „ , wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 3 „; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt“ am Ende eingefügt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Nr. 4 „Schwerbehinderte“ durch „schwerbehinderte Menschen“ und „§ 1 des Schwerbehindertengesetzes“ durch „Neunten Buches“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 4 „§ 4 des Schwerbehindertengesetzes“ durch „§ 68 des Neunten Buches“ ersetzt.

01.08.2001.—Artikel 3 § 52 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 1 Nr. 4 „oder ihr Ehegatte“ durch „, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner“ ersetzt.

29.03.2002.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. März 2002 (BGBl. I S. 1169) hat in Abs. 1 Nr. 5 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Nr. 6 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 3a lit. a des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 und 8 eingefügt.

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

31.12.2005.—Artikel 2a des Gesetzes vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3676) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde,“ nach „§ 189“ eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Nr. 3 in Abs. 1 Satz 1 aufgehoben. Nr. 3 lautete:

„3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,“.

Artikel 1 Nr. 5 desselben Gesetzes hat Nr. 3 in Abs. 2 aufgehoben. Nr. 3 lautete:

„3. im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,“.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 eingefügt.

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

29.06.2011.—Artikel 4 Nr. 2a lit. a des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat Nr. 5 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 5 lautete:

„5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,“.

Artikel 4 Nr. 2a lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 5 in Abs. 2 neu gefasst. Nr. 5 lautete:

„5. im Falle des Absatzes 1 Nr. 5 nach Rückkehr in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 1c des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt und Nr. 8 in Abs. 1 Satz 1 aufgehoben. Nr. 8 lautete:

„8. innerhalb von sechs Monaten ab dem 1. Januar 2005 Personen, die in der Vergangenheit laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz bezogen haben und davor zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren.“

01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 2 Nr. 4 „§ 68“ durch „§ 151“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 2 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 das Komma nach „anzuzeigen“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 1 lit. b litt. bb und cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 5 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Nr. 6 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Nr. 6 in Abs. 1 Satz 1 aufgehoben. Nr. 6 lautete:

„6. innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 gelten-

Dritter Abschnitt Versicherung der Familienangehörigen

§ 10 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die

den Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren.“.

01.01.2023.—Artikel 12 Abs. 9 Nr. 2 des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 7 jeweils „Arbeitslosengeld II“ durch „Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches“ ersetzt.

01.03.2024.—Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. I Nr. 217) hat Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 eingefügt. Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 wird lauten:

„6. innerhalb von drei Monaten nach Aufenthaltnahme im Inland Ausländer mit einer Aufenthaltserlaubnis nach § 18d Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes,“.

Dauer von höchstens zwölf Monaten; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie als Menschen mit Behinderungen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält oder in seinen Haushalt aufgenommen hat, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.¹⁴

14 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Nr. 1 „Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs“ durch „Inland“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 6 eingefügt.

01.09.1993.—Artikel 3 Abs. 12 Nr. 2 des Gesetzes vom 17. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2118) hat in Abs. 2 Nr. 3 „oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres“ nach „Jahres“ eingefügt.

01.01.1995.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.07.1998.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2998) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil“ nach „Zahlbetrag“ eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

02.01.2001.—Artikel 19 Nr. 2 des Gesetzes vom 30. November 2000 (BGBl. I S. 1638) hat in Abs. 1 Satz 3 „des Erziehungsurlaubs“ durch „der Elternzeit“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 2 Nr. 4 „wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung“ durch „als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches)“ ersetzt.

01.08.2001.—Artikel 3 § 52 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , der Lebenspartner“ nach „Ehegatte“ eingefügt.

Artikel 3 § 52 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „und Lebenspartner“ nach „Ehegatten“ eingefügt.

Artikel 3 § 52 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „oder Lebenspartner“ nach „Ehegatte“ eingefügt.

Artikel 3 § 52 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 3 eingefügt.

- 01.04.2003.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro“ am Ende eingefügt.
- 01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 4 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „Nr. 1“ durch „Nr. 1, 2, 3“ ersetzt.
- 30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 01 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie die Kinder von familienversicherten Kindern“ nach „Mitgliedern“ eingefügt.
- 01.06.2008.—Artikel 2 Abs. 11 lit. b des Gesetzes vom 16. Mai 2008 (BGBl. I S. 842) hat in Abs. 2 Nr. 3 „oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres“ durch „oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes“ ersetzt.
- 01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 2 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke.“
- 16.12.2008.—Artikel 4 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2403) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.
- 03.05.2011.—Artikel 9 Nr. 2 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) hat in Abs. 2 Nr. 3 „oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz“ nach „Jugendfreiwilligendienstgesetz“ eingefügt.
- 01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 1d des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 2 Nr. 3 „; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten“ am Ende eingefügt.
- 01.01.2013.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2474) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „400 Euro“ durch „450 Euro“ ersetzt.
- 21.02.2013.—Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Februar 2013 (BGBl. I S. 250) hat in Abs. 1 Satz 3 „2013“ durch „2015“ ersetzt.
- 13.04.2013.—Artikel 2 Abs. 13 des Gesetzes vom 8. April 2013 (BGBl. I S. 730) hat in Abs. 2 Nr. 3 „Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes“ durch „§ 58b des Soldatengesetzes“ ersetzt.
- 23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 1a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 3 „2015“ durch „2018“ ersetzt.
- 01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „Nr. 1, 2, 3“ durch „Nr. 1, 2, 2a, 3“ ersetzt.
- 01.01.2017.—Artikel 1a Nr. 3 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „oder 12“ durch „bis 12“ ersetzt.
- 01.01.2018.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) hat in Abs. 1 Satz 4 „Abs. 2 und § 6 Abs. 1“ nach „§ 3“ gestrichen.
- 01.01.2019.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat Satz 3 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2018 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut.“
- 11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre;“ nach „überschreitet;“ eingefügt.
- Artikel 1 Nr. 6 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 3 „ab dem 1. Juli 2011“ nach „gilt“ gestrichen.
- Artikel 1 Nr. 6 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 4 „behinderte Menschen“ durch „Menschen mit Behinderungen“ und „nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert“ durch „innerhalb der Altersgren-

Drittes Kapitel Leistungen der Krankenversicherung

Erster Abschnitt Übersicht über die Leistungen

§ 11 Leistungsarten

(1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
5. des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches.

(2) Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.

(3) Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten oder bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. Ist bei stationärer Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in die stationäre Einrichtung jedoch nicht möglich, kann die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art und Dauer der Leistungen für eine Unterbringung nach Satz 2 nach pflichtgemäßem

zen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „oder in seinen Haushalt aufgenommen hat“ nach „unterhält“ eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Nr. 3 „; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro“ am Ende gestrichen.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Nr. 3 „oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz“ nach „Jugendfreiwilligendienstgesetzes“ gestrichen.

01.10.2022.—Artikel 8 Nr. 2 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „; für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig“ am Ende eingefügt.

Ermessen; die Kosten dieser Leistungen dürfen nicht höher sein als die für eine Mitaufnahme der Begleitperson in die stationäre Einrichtung nach Satz 1 anfallenden Kosten.

(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach § 140a nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

(5) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Dies gilt auch in Fällen des § 12a des Siebten Buches.

(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32), mit Hilfsmitteln (§ 33) und mit digitalen Gesundheitsanwendungen (§ 33a), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.¹⁵

15 ERLÄUTERUNG

Abs. 4 ist erst am 01.01.1991 in Kraft getreten.

ÄNDERUNGEN

01.04.1995.—Artikel 4 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 das Komma durch einen Punkt ersetzt und Nr. 5 in Abs. 1 Satz 1 aufgehoben. Nr. 5 lautete:

„5. bei Schwerpflegebedürftigkeit (§§ 53 bis 57).“

Artikel 4 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.“

01.10.1995.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050) hat Nr. 2 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. zur Verhütung von Krankheiten (§§ 21 bis 24).“

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat Nr. 1 in Abs. 1 Satz 1 aufgehoben. Nr. 1 lautete:

„1. zur Förderung der Gesundheit (§ 20).“

Artikel 2 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „§§ 21“ durch „§§ 20“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „und von deren Verschlimmerung“ nach „Krankheiten“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch“ durch „Versicherte haben auch Anspruch auf“ ersetzt.

Zweiter Abschnitt Gemeinsame Vorschriften

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltenden Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewußt oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Versicherte haben auch Anspruch auf medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.“

Artikel 5 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Ferner besteht Anspruch auf Sterbegeld (§§ 58 und 59).“

01.07.2004.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 4 in Abs. 5 unnummeriert und Abs. 4 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 3 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 4 Satz 4 eingefügt.

05.08.2009.—Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495) hat in Abs. 3 „oder bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen“ am Ende eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 4 Satz 1 „; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 6 „nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen“ nach „von Verträgen“ gestrichen.

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

01.08.2012.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat Abs. 5 Satz 2 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 1 Nr. 1 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d),“ nach „(§§ 23, 40),“ eingefügt.

28.12.2012.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 3 „oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2“ nach „§ 108“ eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 4 Satz 6 „den §§ 140a bis 140d“ durch „§ 140a“ ersetzt.

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat in Abs. 1 Nr. 3 „Erfassung von gesundheitlichen Risiken und“ nach „zur“ eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 13 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 3 „§ 66 Absatz 4 Satz 2“ durch „§ 63b Absatz 6 Satz 1“ ersetzt.

01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 4 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 1 Nr. 5 „§ 17 Abs. 2 bis 4“ durch „§ 29“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 0 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 1a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 6 Satz 1 „und Hilfsmitteln (§ 33)“ durch „ , mit Hilfsmitteln (§ 33) und mit digitalen Gesundheitsanwendungen (§ 33a)“ ersetzt.

zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.¹⁶

§ 13 Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 6 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 5 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 18 des Neunten Buches erstattet. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen, die durch einen Psychotherapeuten erbracht werden, sind erstattungsfähig, sofern dieser die Voraussetzungen des § 95c erfüllt.

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c

16 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.1996.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat der Geschäftsführer hiervon gewußt oder hätte er hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Geschäftsführers den Vorstand zu veranlassen, den Geschäftsführer auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Vorstand das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.“

durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

(4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.¹⁷

17 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a und b des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 in Abs. 3 unnummeriert und Abs. 2 eingefügt.

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

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Freiwillige Mitglieder sowie ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen können für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen.“

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Nimmt in den Fällen des Absatzes 2 der Versicherte einen Arzt oder Zahnarzt in Anspruch, der nach § 95b Abs. 1 den Verzicht auf seine Zulassung als Vertragsarzt erklärt hat, gilt § 95b Abs. 3.“
01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen wählen, die sie von den im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Die Satzung kann dabei auch bestimmen, daß die Versicherten an ihre Wahl der Kostenerstattung für einen in der Satzung festgelegten Zeitraum gebunden sind.“

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 „oder das Neunte“ nach „dieses“ eingefügt.

Artikel 5 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 2 durch die Sätze 1 bis 5 ersetzt. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Freiwillige Mitglieder sowie ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen können für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Es dürfen nur die im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. aa desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 9 „und eine bestimmte Mindestzeit festzulegen, für deren Dauer die Versicherten an die Wahl der Kostenerstattung gebunden sind“ durch „sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 10 eingefügt.

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

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 01 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat Satz 1 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.“

Artikel 1 Nr. 01 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden.“

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Sie sind von ihrer Krankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ambulanten Behandlung ist möglich.“

Artikel 1 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 und 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 13 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat in Abs. 2 Satz 11 „;“ im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind keine Abschläge für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen, jedoch sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden“ am Ende eingefügt.

02.01.2011.—Artikel 1 Nr. 3a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel ge-

§ 14 Teilkostenerstattung

(1) Die Satzung kann für Angestellte und Versorgungsempfänger der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung nach § 351 der Reichsversicherungsordnung gilt, und für Beamte, die in einer Betriebskrankenkasse oder in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind, bestimmen, daß an die Stelle der nach diesem Buch vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf

nannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zahlungen in Abzug zu bringen; im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind keine Abschläge für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen, jedoch sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2009 einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in dieser Vorschrift bewirkten Rechtsänderungen vor.“

29.06.2011.—Artikel 4 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat in Abs. 4 Satz 1 „anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist,“ durch „einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist,“ durch die Wörter „einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz“ ersetzt.

26.02.2013.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) hat Abs. 3a eingefügt.

01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 3 Satz 2 „§ 15“ durch „§ 18“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 9 in Abs. 3a neu gefasst. Satz 9 lautete: „Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neuntes Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 3a Satz 4 „gemäß § 87 Absatz 1c“ nach „Gutachterverfahren“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ durch „in Höhe von höchstens 5 Prozent“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 2a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 3a Satz 1 „der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst)“ nach „Dienstes“ gestrichen.

01.07.2020.—Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat in Abs. 3a Satz 5 „oder elektronisch“ nach „schriftlich“ und „;“ für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend“ am Ende eingefügt.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Satz 11 „Satz 5“ durch „Satz 6“ und „und 4“ durch „und 5“ ersetzt.

Teilkostenerstattung tritt. Sie hat die Höhe des Erstattungsanspruchs in Vomhundertsätzen festzulegen und das Nähere über die Durchführung des Erstattungsverfahrens zu regeln.

(2) Die in Absatz 1 genannten Versicherten können sich jeweils im voraus für die Dauer von zwei Jahren für die Teilkostenerstattung nach Absatz 1 entscheiden. Die Entscheidung wirkt auch für ihre nach § 10 versicherten Angehörigen.¹⁸

§ 15 Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

(1) Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.

(2) Versicherte, die ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, haben dem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten vor Beginn der Behandlung ihre elektronische Gesundheitskarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen auszuhändigen. Ab dem 1. Januar 2024 kann der Versicherte den Nachweis nach Satz 1 auch durch eine digitale Identität nach § 291 Absatz 7 erbringen.

(3) Für die Inanspruchnahme anderer Leistungen stellt die Krankenkasse den Versicherten Berechtigungsscheine aus, soweit es zweckmäßig ist. Der Berechtigungsschein ist vor der Inanspruchnahme der Leistung dem Leistungserbringer auszuhändigen.

(4) In den Berechtigungsscheinen sind die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 9 und 11, bei befristeter Gültigkeit das Datum des Fristablaufs, aufzunehmen. Weitere Angaben dürfen nicht aufgenommen werden.

(5) In dringenden Fällen kann die elektronische Gesundheitskarte oder der Berechtigungsschein nachgereicht werden.

(6) Jeder Versicherte erhält die elektronische Gesundheitskarte bei der erstmaligen Ausgabe und bei Beginn der Versicherung bei einer Krankenkasse sowie bei jeder weiteren, nicht vom Versicherten verschuldeten erneuten Ausgabe gebührenfrei. Die Krankenkassen haben einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken. Muß die Karte auf Grund von vom Versicherten verschuldeten Gründen neu ausgestellt werden, kann eine Gebühr von 5 Euro erhoben werden; diese Gebühr ist auch von den nach § 10 Versicherten zu zahlen. Satz 3 gilt entsprechend, wenn die Karte aus vom Versicherten verschuldeten Gründen nicht ausgestellt werden kann und von der Krankenkasse eine zur Überbrückung von Übergangszeiten befristete Ersatzbescheinigung zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen ausgestellt wird. Die wiederholte Ausstellung einer Bescheinigung nach Satz 4 kommt nur in Betracht, wenn der Versicherte bei der Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte mitwirkt; hierauf ist der Versicherte bei der erstmaligen Ausstellung einer Ersatzbescheinigung hinzuweisen. Die Krankenkasse kann die Aushändigung der elektronischen Gesundheitskarte vom Vorliegen der Meldung nach § 10 Abs. 6 abhängig machen.¹⁹

18 ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 1 „und Versorgungsempfänger“ nach „Angestellte“ eingefügt.

19 ÄNDERUNGEN

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

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 6 Satz 2 „10 Deutsche Mark“ durch „5 Euro“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 „(§ 291)“ durch „zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen (§ 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 10)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

§ 16 Ruhen des Anspruchs

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange Versicherte

1. sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist,
2. Dienst auf Grund einer gesetzlichen Dienstpflicht oder Dienstleistungen und Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten,
- 2a. in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes stehen,
3. nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten,
4. sich in Untersuchungshaft befinden, nach § 126a der Strafprozeßordnung einstweilen untergebracht sind oder gegen sie eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird, soweit die Versicherten als Gefangene Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz haben oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhalten.

Satz 1 gilt nicht für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld.

(2) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit Versicherte gleichartige Leistungen von einem Träger der Unfallversicherung im Ausland erhalten.

(3) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit durch das Seearbeitsgesetz für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist. Er ruht insbesondere, solange sich das Besatzungsmitglied an Bord des Schiffes oder auf der Reise befindet, es sei denn, das Besatzungsmitglied hat nach § 100 Absatz 1 des Seearbeitsgesetzes die Leistungen der Krankenkasse gewählt oder der

„(4) In die Krankenversichertenkarte oder den Kranken- oder Berechtigungsschein sind neben der Bezeichnung der Krankenkasse Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer und Status des Versicherten sowie der Tag des Beginns des Versicherungsschutzes, bei befristeter Gültigkeit das Datum des Fristablaufs, aufzunehmen. Weitere Angaben dürfen nicht aufgenommen werden.“

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 6 Satz 2 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 4 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist“ am Ende eingefügt.

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

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

„(2) Versicherte, die ärztliche oder zahnärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, haben dem Arzt (Zahnarzt) vor Beginn der Behandlung ihre Krankenversichertenkarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen (§ 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 10) oder, soweit sie noch nicht eingeführt ist, einen Krankenschein auszuhändigen.“

Artikel 1 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „Krankenversichertenkarte oder der Krankenoder“ durch „elektronische Gesundheitskarte oder der“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „Krankenversichertenkarte“ durch „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „zu vertretenden Umständen“ durch „verschuldeten Gründen“ und „wird eine Gebühr von 5 Euro erhoben“ durch „kann eine Gebühr von 5 Euro erhoben werden“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 4 und 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. d litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 6 „Krankenversichertenkarte“ durch „elektronischen Gesundheitskarte“ ersetzt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 4 Satz 1 „§ 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9“ durch „§ 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 9 und 11“ ersetzt.

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

Reeder hat das Besatzungsmitglied nach § 100 Absatz 2 des Seearbeitsgesetzes an die Krankenkasse verwiesen.

(3a) Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Satz 1 gilt nicht für den Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und für den Anspruch auf Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder werden.

(3b) Sind Versicherte mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat die Krankenkasse sie schriftlich darauf hinzuweisen, dass sie im Fall der Hilfebedürftigkeit die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen können.

(4) Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht, solange sich Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse im Ausland aufhalten.²⁰

20 ÄNDERUNGEN

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2606) hat Abs. 3a eingefügt.

30.06.1990.—Artikel 25 § 1 Abs. 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1990 (BGBl. II S. 518) hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) Absatz 1 gilt nicht bei Krankheit, wenn der Versicherungsfall auf den Transitstrecken von und nach dem Land Berlin eingetreten ist.“

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Nr. 1 „außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs“ durch „im Ausland“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs“ durch „im Ausland“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs“ durch „im Ausland“ ersetzt.

29.07.1995.—Artikel 18 Nr. 1 des Gesetzes vom 24. Juli 1995 (BGBl. I S. 962) hat in Abs. 1 Nr. 2 „oder Dienstleistungen und Übungen nach den §§ 51a und 54 Abs. 5 des Soldatengesetzes“ nach „Dienstpflicht“ eingefügt.

24.12.2000.—Artikel 14 des Gesetzes vom 19. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1815) hat in Abs. 1 Nr. 2 „§§ 51a und 54 Abs. 5“ durch „§§ 51a, 54 Abs. 5 oder § 58a“ ersetzt.

30.04.2005.—Artikel 20 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. April 2005 (BGBl. I S. 1106) hat in Abs. 1 Nr. 2 „§§ 51, 54 Abs. 5 oder § 58a“ durch „dem Vierten Abschnitt“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 9a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 3a Satz 2 eingefügt.

18.12.2007.—§ 22 Abs. 7 Nr. 1 des Gesetzes vom 12. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2861) hat Abs. 1 Nr. 2a eingefügt.

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 01 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 3a Satz 2 „für Versicherte“ durch „für Mitglieder nach den Vorschriften“ ersetzt und „Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und“ nach „sind“ eingefügt.

Artikel 15 Nr. 01 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a Satz 3 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.08.2013.—Artikel 4 Abs. 3 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 20. April 2013 (BGBl. I S. 868) hat in Abs. 3 Satz 1 „Seemannsgesetz“ durch „Seearbeitsgesetz“ ersetzt.

§ 17 Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

(1) Mitglieder, die im Ausland beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken oder bei denen Leistungen bei Schwangerschaft oder Mutterschaft erforderlich sind, erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber. Satz 1 gilt entsprechend für

1. die nach § 10 versicherten Familienangehörigen und
2. Familienangehörige in Elternzeit, wenn sie wegen § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht familienversichert sind,

soweit die Familienangehörigen das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen.

(2) Die Krankenkasse des Versicherten hat dem Arbeitgeber die ihm nach Absatz 1 entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu erstatten, in der sie ihr im Inland entstanden wären.

(3) Die zuständige Krankenkasse hat dem Reeder die Aufwendungen zu erstatten, die ihm nach § 104 Absatz 2 des Seearbeitsgesetzes entstanden sind.²¹

Artikel 4 Abs. 3 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Er ruht insbesondere, solange sich der Seemann an Bord des Schiffes oder auf der Reise befindet, es sei denn, er hat nach § 44 Abs. 1 des Seemannsgesetzes die Leistungen der Krankenkasse gewählt oder der Reeder hat ihn nach § 44 Abs. 2 des Seemannsgesetzes an die Krankenkasse verwiesen.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 3a Satz 2 „oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 3a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a Satz 4 eingefügt.

15.12.2018.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat Abs. 3b eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat Satz 2 in Abs. 3a durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind.“

21 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Leistungen bei Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs“.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs“ durch „im Ausland“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs“ durch „Inland“ ersetzt.

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 1 Satz 1 „und nach den Vorschriften des Zweiten Abschnitts des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung“ nach „Kapitel“ eingefügt.

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat in Abs. 3 „See-Krankenkasse“ durch „zuständige Krankenkasse“ ersetzt.

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 1 „oder bei denen Leistungen bei Schwangerschaft oder Mutterschaft erforderlich sind“ nach „erkranken“ eingefügt und „und nach den Vorschriften des Zweiten Abschnitts des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung“ nach „Kapitel“ gestrichen.

01.08.2013.—Artikel 4 Abs. 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. April 2013 (BGBl. I S. 868) hat in Abs. 3 „§ 48 Abs. 2 des Seemannsgesetzes“ durch „§ 104 Absatz 2 des Seearbeitsgesetzes“ ersetzt.

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

(1) Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesem Fall nicht.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 kann die Krankenkasse auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen.

(3) Ist während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Behandlung unverzüglich erforderlich, die auch im Inland möglich wäre, hat die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung insoweit zu übernehmen, als Versicherte sich hierfür wegen einer Vorerkrankung oder ihres Lebensalters nachweislich nicht versichern können und die Krankenkasse dies vor Beginn des Auslandsaufenthalts festgestellt hat. Die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären, und nur für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen werden. Eine Kostenübernahme ist nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben. Die Sätze 1 und 3 gelten entsprechend für Auslandsaufenthalte, die aus schulischen oder Studiengründen erforderlich sind; die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe übernommen werden, in der sie im Inland entstanden wären.²²

§ 19 Erlöschen des Leistungsanspruchs

(1) Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Gesetz nichts Abweichendes bestimmt ist.

(1a) Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die von dieser Krankenkasse getroffenen Leistungsentscheidungen mit Wirkung für die aufnehmende Krankenkasse fort. Hiervon ausgenommen sind Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen. Beim Abschluss von Wahlтарifen, die ein Mitglied zum Zeitpunkt der Schließung in vergleichbarer Form bei der bisherigen Krankenkasse abgeschlossen hatte, dürfen von der aufnehmenden Krankenkasse

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Satz 1 gilt entsprechend für die nach § 10 versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „des Versicherten“ nach „Krankenkasse“ eingefügt.

22 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbooks“.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbooks“ durch „im Ausland“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 3 eingefügt.

12.08.1998.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 6. August 1998 (BGBl. I S. 2005) hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in der Überschrift und in Abs. 1 Satz 1 „im Ausland“ durch „außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Auslandsaufenthalts“ durch „Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum“ ersetzt.

keine Wartezeiten geltend gemacht werden. Die Vorschriften des Zehnten Buches, insbesondere zur Rücknahme von Leistungsentscheidungen, bleiben hiervon unberührt.

(2) Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Eine Versicherung nach § 10 hat Vorrang vor dem Leistungsanspruch nach Satz 1.

(3) Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erhalten die nach § 10 versicherten Angehörigen Leistungen längstens für einen Monat nach dem Tode des Mitglieds.²³

Dritter Abschnitt

Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft²⁴

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständigen sowie des Sachverständigen der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.

(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,

23 ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

01.05.2011.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 1a eingefügt.

24 ÄNDERUNGEN

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat in der Überschrift des Abschnitts „zur Förderung der Gesundheit und“ nach „Leistungen“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Leistungen zur Verhütung von Krankheiten“.

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in der Überschrift des Abschnitts „sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft“ am Ende eingefügt.

2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
7. gesund älter werden und
8. Alkoholkonsum reduzieren.

Bei der Berücksichtigung des in Satz 1 Nummer 1 genannten Ziels werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 2, 3 und 8 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27. April 2015 (BAnz. AT 19.05.2015 B3) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

(4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,
2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und
3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

(5) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung. Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten verarbeiten. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen. Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b auf. Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b wenden die Krankenkassen für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches erbracht werden, für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20a, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a zur Verfügung. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 bis 3 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Unbeschadet der Verpflichtung nach Absatz 1 müssen die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach

den §§ 20a bis 20c im Jahr 2020 nicht den in den Sätzen 1 bis 3 genannten Beträgen entsprechen. Im Jahr 2019 nicht ausgegebene Mittel für Leistungen nach § 20a hat die Krankenkasse nicht im Jahr 2020 für zusätzliche Leistungen nach § 20a zur Verfügung zu stellen.²⁵

25 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

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

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 20 Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung

(1) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können. Sie sollen den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken.

(2) Die Krankenkassen können bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken. Sie arbeiten mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(3) Die Krankenkasse kann in der Satzung Ermessensleistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten vorsehen. Sie kann in der Satzung Art und Umfang dieser Leistungen bestimmen und dabei auch Leistungen in Form von Zuschüssen vorsehen. Leistungen, die im Dritten bis Neunten Abschnitt dieses Kapitels aufgeführt sind, dürfen nach Satz 1 und 2 nicht erweitert werden. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts dürfen nicht vorgesehen werden.

(3a) Die Krankenkassen können Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse fördern.

(4) Die Krankenkassen sollen bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und mit auf diesem Gebiet bereits tätigen und erfahrenen Ärzten sowie mit den dafür zuständigen Stellen, insbesondere den Gesundheitsämtern und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eng zusammenarbeiten. Über die gemeinsame und einheitliche Durchführung von Maßnahmen können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den zuständigen Stellen schließen.

(5) Aufgaben anderer Stellen bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung bleiben unberührt.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 20 Krankheitsverhütung

(1) Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(2) Die Krankenkasse kann in der Satzung Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen aus Anlaß eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts vorsehen.

(3) Die Krankenkasse kann Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, durch Zuschüsse fördern. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu beteiligen.“

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 3 „fünf Deutschen Mark“ durch „2,56 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „einer Deutschen Mark“ durch „0,51 Euro“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 11 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.“

Artikel 1 Nr. 11 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 und 4 aufgehoben. Abs. 3 und 4 lauteten:

„(3) Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,56 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

(4) Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe; eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse ist möglich. Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,51 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.“

Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 14. Juni 2007 (BGBl. I S. 1066) hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.2008.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 14. Juni 2007 (BGBl. I S. 1066) hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe; eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse ist möglich. Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,51 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 3 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt“ ersetzt.

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

(2) Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen.

„§ 20 Prävention und Selbsthilfe

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.“

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Abs. 5 Satz 1 eingefügt.
01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 1 lit. a und b des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 6 durch die Sätze 1 bis 3 ersetzt. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach den §§ 20a und 20b auf.“

Artikel 7 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 5 „und 2“ durch „bis 3“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 5 Satz 3 „oder elektronischer“ jeweils nach „schriftlicher“ eingefügt und „erheben, verarbeiten und nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 5 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.“

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 6 Satz 6 und 7 eingefügt.

10.06.2021.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1444) hat in Abs. 1 Satz 2 „und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen“ am Ende eingefügt.

(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 bilden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in jedem Land gemeinsam bei einem der jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen oder dem Verband der Ersatzkassen Arbeitsgemeinschaften. Die Arbeitsgemeinschaften unterstützen mit ihren Leistungen die Umsetzung der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene nach § 20f Absatz 1. Sie berücksichtigen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben Stellungnahmen der weiteren an den Rahmenvereinbarungen auf Landesebene nach § 20f Absatz 1 Beteiligten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren das Nähere über die Aufgaben der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft, deren Arbeitsweise und die Verwendung der ihnen nach Absatz 7 Satz 4 zugewiesenen Mittel. Die Arbeitsgemeinschaften sind befugt, zur Erfüllung ihrer Aufgaben Verwaltungsakte zu erlassen. Widerspruchsbescheide erlässt die bei Errichtung der Arbeitsgemeinschaft zu bildende Widerspruchsstelle. Die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaften erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach den Absätzen 4 und 5 erforderlichen Auskünfte.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützt die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 3 insbesondere durch

1. die Empfehlung von gemeinsamen und kassenartenübergreifenden Handlungsfeldern und Schwerpunktsetzungen für die Leistungen der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 und der Aufgaben nach den Nummern 2 und 3,
2. die Förderung von Maßnahmen zur Unterstützung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen mit bundesweiter Bedeutung,
3. die Entwicklung, Erprobung und wissenschaftliche Evaluation gesundheitsförderlicher Konzepte,
4. die Erstellung eines Arbeitsprogramms des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach den Nummern 1 bis 3 unter Berücksichtigung einer Stellungnahme der Nationalen Präventionskonferenz jeweils bis zum 30. November eines Jahres für das Folgejahr.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann Dritte mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Satz 1 Nummer 2 und 3 beauftragen. § 197b gilt entsprechend.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. Oktober eines Jahres schriftlich über die Wahrnehmung der Aufgaben der Krankenkassen und der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 sowie über die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 1 im vorangegangenen Jahr. Der Bericht hat auch Angaben zur Höhe der Ausgaben und zu deren Verwendung für die Leistungen der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 und der Leistungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2, zur Art und Zahl der erreichten Lebenswelten, zur inhaltlichen Ausrichtung der Leistungen sowie zu den erreichten Zielgruppen und den Kooperationspartnern zu enthalten.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragt einen unabhängigen Dritten mit der wissenschaftlichen Auswertung und Begleitung der Wahrnehmung der Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 sowie der Wahrnehmung der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 1 und von deren jeweiligen Auswirkungen auf die Gesundheit der Versicherten. Über das Ergebnis dieser Evaluation berichtet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit alle vier Jahre, erstmals zum 1. Juli 2027.

(7) Die Krankenkassen wenden für die Wahrnehmung der Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 und der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach Absatz 4 ab dem 1. Januar 2024 mindestens einen Betrag in Höhe von 0,53 Euro aus dem Betrag auf, den sie nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, und stellen diesen Betrag dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Der Betrag ist entsprechend § 20 Absatz 6 Satz 5 jährlich anzupassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis jeweils zum 1. Oktober eines Jahres die zur Durchführung seiner Aufgaben nach Absatz 4 im Folgejahr notwendigen Ausgaben einschließlich der sächlichen

und personellen Aufwendungen fest, die aus dem Betrag nach Satz 1 finanziert werden. Den nach Abzug dieser Ausgaben verbleibenden Teil der nach Satz 1 zur Verfügung gestellten Mittel verteilt er nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Arbeitsgemeinschaften für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 3. Werden die nach Satz 1 in einem Kalenderjahr zur Verfügung gestellten Mittel vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder von einer Arbeitsgemeinschaft nicht verausgabt, so sind sie im Folgejahr zusätzlich für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 3 oder Absatz 4 zu verwenden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Feststellung der Ausgaben und Aufwendungen nach Satz 3, den Schlüssel zur Verteilung der Mittel nach Satz 4 und die Verwaltung der Mittel.

(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen tritt in die Rechte und Pflichten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein, die sich aus den nach § 20a Absatz 3 Satz 1 in der bis zum 15. Mai 2023 geltenden Fassung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Bundesrepublik Deutschland begründeten Zuwendungsverhältnissen ergeben.²⁶

26 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

UMNUMMERIERUNG

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat § 20a in § 20b umnummeriert.

QUELLE

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Abs. 3 Satz 4 bis 6 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 2 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 3 Satz 6 „Satz 3“ durch „Satz 5“ ersetzt.

01.03.2020.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) hat in Abs. 1 Satz 2 „im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ nach „fördern“ eingefügt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 3 Satz 8 eingefügt.

16.05.2023.—Artikel 1 Nr. 0 des Gesetzes vom 11. Mai 2023 (BGBl. I Nr. 123) hat Abs. 3 und 4 durch Abs. 3 bis 8 ersetzt. Abs. 3 und 4 lauteten:

„(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Auftrag die nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie die in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f jeweils getroffenen Festlegungen zugrunde. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung in Höhe von mindestens 0,45 Euro aus dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 4 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von § 20 Absatz 6 Satz 5 jährlich anzupassen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt sicher, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt wird und dokumentiert dies nach Maßgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Abweichend von Satz 4 erhält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2020 keine pauschale Vergütung für die Ausführung des Auftrages nach Satz 1.“

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Für im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Absatz 5 Satz 1 entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

(3) Die Krankenkassen bieten Unternehmen, insbesondere Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches, unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1, die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen und der für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände durch Kooperationsvereinbarungen. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

(4) Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser verteilt die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen nach Absatz 3 Satz 4 abgeschlossen haben. Die Mittel dienen der Umsetzung der Förderung überbetrieblicher Netzwerke nach

(4) Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. November 2015. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Aufbringung der erforderlichen Mittel durch die Krankenkassen. § 89 Absatz 3 bis 5 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“

Absatz 3 Satz 2 und der Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4. Die Sätze 1 bis 3 sind bezogen auf Ausgaben einer Krankenkasse für Leistungen nach Absatz 1 im Jahr 2020 nicht anzuwenden.²⁷

§ 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

(1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landes-

27 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

UMNUMMERIERUNG

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat § 20b in § 20c umnummeriert.

Artikel 1 Nr. 6 desselben Gesetzes hat § 20a in § 20b umnummeriert.

ÄNDERUNGEN

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden“ nach „Unfallversicherungsträger“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368, ber. S. 1781) hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „§ 20 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 2 Nr. 3 lit. b des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Abs. 3 und 4 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 3 Satz 1 „ , insbesondere Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches,“ nach „Unternehmen“ eingefügt.

Artikel 7 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ nach „Unternehmensorganisationen“ eingefügt.

Artikel 7 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „und der für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ nach „Unternehmensorganisationen“ eingefügt.

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

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 3a lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 3 Satz 2 „ , die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ vor „und die“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „der Förderung überbetrieblicher Netzwerke nach Absatz 3 Satz 2 und“ nach „Umsetzung“ eingefügt.

behörden zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.²⁸

§ 20d Nationale Präventionsstrategie

(1) Die Krankenkassen entwickeln im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e.

(2) Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere

1. die Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Absatz 3,
2. die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) nach Absatz 4.

(3) Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen vereinbaren die Träger nach Absatz 1 bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten. Die Träger nach Absatz 1 vereinbaren auch gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt. Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat und den Ländern vereinbart. Das Bundesministerium für Gesundheit beteiligt weitere Bundesministerien, soweit die Rahmenempfehlungen ihre Zuständigkeit betreffen. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit, die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt.

28 QUELLE

01.01.2008.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1 jeweils „Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt“ ersetzt.

UMNUMMERIERUNG

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat § 20c in § 20h umnummeriert.

Artikel 1 Nr. 7 desselben Gesetzes hat § 20b in § 20c umnummeriert.

ÄNDERUNGEN

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Insbesondere unterrichten sie diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben.“

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden“ nach „Unfallversicherung“ eingefügt.

(4) Die Nationale Präventionskonferenz erstellt den Präventionsbericht alle vier Jahre, erstmals zum 1. Juli 2019, und leitet ihn dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung bei. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zu den Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20 bis 20g und zu den Ausgaben für die Leistungen der Träger nach Absatz 1 und im Fall des § 20e Absatz 1 Satz 3 bis 5 auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, den Zugangswegen, den erreichten Personen, der Erreichung der gemeinsamen Ziele und der Zielgruppen, den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen sowie zu möglichen Schlussfolgerungen. Der Bericht enthält auch Empfehlungen für die weitere Entwicklung des in § 20 Absatz 6 Satz 1 bestimmten Ausgabenrichtwerts für Leistungen der Krankenkassen nach den §§ 20 bis 20c und der in § 20 Absatz 6 Satz 2 bestimmten Mindestwerte für Leistungen der Krankenkassen nach den §§ 20a und 20b. Die Leistungsträger nach Satz 3 erteilen der Nationalen Präventionskonferenz die für die Erstellung des Präventionsberichts erforderlichen Auskünfte. Das Robert Koch-Institut liefert für den Präventionsbericht die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen. Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht zur Verfügung stellen.²⁹

§ 20e Nationale Präventionskonferenz

(1) Die Aufgabe der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 mit je zwei Sitzen wahrgenommen. Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 setzen die Präventionsstrategie in engem Zusammenwirken um. Im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an Programmen und Projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 erhält der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e. V. ebenfalls einen Sitz. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich mindestens nach dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2

29 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 2 „Verbände der Ersatzkassen des Landes“ durch „Ersatzkassen“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 3a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 6 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 6 lautete: „Die erste Entscheidung soll bis zum 30. Juni 2007 getroffen werden.“

09.12.2014.—Artikel 5 des Gesetzes vom 2. Dezember 2014 (BGBl. I S. 1922) hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

UMNUMMERIERUNG

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat § 20d in § 20i umnummeriert.

QUELLE

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 3 Satz 1 „erstmalig zum 31. Dezember 2015“ am Ende gestrichen.

Artikel 7 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

27.06.2020.—Artikel 311 Nr. 1 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) hat in Abs. 3 Satz 4 „, für Bau und Heimat“ nach „Innern“ eingefügt.

und 3 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20a aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl der in der privaten Krankenversicherung Vollversicherten. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich nach dem Betrag, den die Pflegekassen nach § 5 Absatz 2 des Elften Buches für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl ihrer Versicherten. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme. Darüber hinaus entsenden die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit, die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer so wie das Präventionsforum jeweils einen Vertreter in die Nationale Präventionskonferenz, die mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen. Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung; darin werden insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt. Die Geschäftsordnung muss einstimmig angenommen werden. Die Geschäftsstelle, die die Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz bei der Wahrnehmung ihrer Aufgabe nach Satz 1 unterstützt, wird bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesiedelt.

(2) Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz nach Absatz 1 zusammen. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums und erstattet dieser die notwendigen Aufwendungen. Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums einschließlich der für die Durchführung notwendigen Kosten werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt.³⁰

§ 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

(1) Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3, nach den §§ 20a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen, für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungsgesetzen.

(2) Die an den Rahmenvereinbarungen Beteiligten nach Absatz 1 treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 und der regionalen Erfordernisse insbesondere über

1. gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,
2. die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,
3. die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,
4. Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem Zehnten Buch,
5. die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe sowie über deren Information über Leistungen der Krankenkassen nach § 20a Absatz 1 Satz 2 und
6. die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.

An der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden und die kommunalen Spitzenverbände auf

30 QUELLE

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat die Vorschrift eingefügt.

Landesebene beteiligt. Sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften wird § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches nicht angewendet.³¹

§ 20g Modellvorhaben

(1) Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände können zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1, Modellvorhaben durchführen. Anhand der Modellvorhaben soll die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert werden. Die Modellvorhaben können auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen. Die Aufwendungen der Krankenkassen für Modellvorhaben sind auf die Mittel nach § 20 Absatz 6 Satz 2 anzurechnen.

(2) Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf fünf Jahre zu befristen und nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten.³²

§ 20h Förderung der Selbsthilfe

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 4. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Selbsthilfekontaktstellen müssen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein.

(2) Die Krankenkassen und ihre Verbände berücksichtigen im Rahmen der Förderung nach Absatz 1 Satz 1 auch solche digitalen Anwendungen, die den Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Vertretungen der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Förderung kann als Pauschal- und Projektförderung erfolgen.

(4) Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 1,05 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen. Mindestens 70 vom Hundert der in Satz 1 bestimmten Mittel sind für die kassenartenübergreifende Pauschalförderung aufzubringen. Über die Vergabe der Fördermittel aus

31 QUELLE

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.03.2020.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 „sowie über deren Information über Leistungen der Krankenkassen nach § 20a Absatz 1 Satz 2“ nach „Jugendhilfe“ eingefügt.

32 QUELLE

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat die Vorschrift eingefügt.

der Pauschalförderung beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Absatz 3 Satz 1 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Pauschalförderung zur Verfügung zu stellen.³³

§ 20i Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes, dies gilt unabhängig davon, ob sich auch entsprechende Ansprüche gegen andere Kostenträger haben. Satz 1 gilt für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos durch einen Auslandsaufenthalt indiziert sind, nur dann, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich oder durch eine Ausbildung bedingt ist oder wenn zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit; die Leistungen können auch Schutzimpfungen mit zugelassenen Arzneimitteln für Indikationen und Indikationsbereiche umfassen, für die die Arzneimittel nicht von der zuständigen Bundesoberbehörde oder der Europäischen Kommission zugelassen sind. Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sind besonders zu begründen. Zu Änderungen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. Kommt eine Entscheidung nicht fristgemäß zustande, dürfen insoweit die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen nach Satz 2 erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe vorsehen.

33 UMNUMMERIERUNG

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat § 20c in § 20h unnummeriert.

ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat in Abs. 3 Satz 1 „2006“ durch „2016“ und „0,55 Euro“ durch „1,05 Euro“ ersetzt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 1a lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 1 Satz 1 „Absatzes 3“ durch „Absatzes 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1a lit. b bis d desselben Gesetzes hat Abs. 2 und 3 in Abs. 3 und 4 unnummeriert und Abs. 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1a lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 1 „und Absatz 2“ nach „Satz 1“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1a lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 4 „Absatz 2“ durch „Absatz 3“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 8a lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 3 Satz 3 „durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung“ durch „als Pauschal- und Projektförderung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8a lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „50 vom Hundert“ durch „70 vom Hundert“ und „kassenartübergreifende Gemeinschaftsförderung“ durch „die kassenartübergreifende Pauschalförderung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8a lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 und 5 jeweils „Gemeinschaftsförderung“ durch „Pauschalförderung“ ersetzt.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nach Anhörung der Ständigen Impfkommission und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass Versicherte Anspruch auf weitere bestimmte Schutzimpfungen oder auf bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe haben. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, bis zum 7. April 2023 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass

1. Versicherte Anspruch auf
 - a) bestimmte Schutzimpfungen oder auf bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe haben, im Fall einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 insbesondere dann, wenn sie aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustandes ein signifikant erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben, wenn sie solche Personen behandeln, betreuen oder pflegen oder wenn sie zur Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen, Kritischer Infrastrukturen oder zentraler Bereiche der Daseinsvorsorge eine Schlüsselstellung besitzen,
 - b) bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit einem bestimmten Krankheitserreger oder auf das Vorhandensein von Antikörpern gegen diesen Krankheitserreger haben,
 - c) bestimmte Schutzmasken haben, wenn sie zu einer in der Rechtsverordnung festzulegenden Risikogruppe mit einem signifikant erhöhten Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gehören,
2. Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, Anspruch auf Leistungen nach Nummer 1 haben.

Der Anspruch nach Satz 2 kann auf bestimmte Teilleistungen beschränkt werden; er umfasst auch die Ausstellung einer Impf- und Testdokumentation sowie von COVID-19-Zertifikaten nach den §§ 22 und 22a des Infektionsschutzgesetzes. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 ein Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 festgelegt wird, kann zugleich im Fall beschränkter Verfügbarkeit von Impfstoffen eine Priorisierung der Anspruchsberechtigten nach Personengruppen festgelegt werden; die in § 20 Absatz 2a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes genannten Impfziele sind dabei zu berücksichtigen. Als Priorisierungskriterien kommen insbesondere das Alter der Anspruchsberechtigten, ihr Gesundheitszustand, ihr behinderungs-, tätigkeits- oder aufenthaltsbedingtes SARS-CoV-2-Expositionsrisiko sowie ihre Systemrelevanz in zentralen staatlichen Funktionen, Kritischen Infrastrukturen oder zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge in Betracht. Ein Anspruch nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b besteht nicht, wenn die betroffene Person bereits einen Anspruch auf die in Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b genannten Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für diese Leistungen hätte. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c ein Anspruch auf Schutzmasken festgelegt wird, ist das Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen herzustellen und kann eine Zuzahlung durch den berechtigten Personenkreis vorgesehen werden. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 ein Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auch für Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, festgelegt wird, beteiligen sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen anteilig in Höhe von 7 Prozent an den Kosten, soweit diese nicht von Bund oder Ländern getragen werden. Die Rechtsverordnung nach Satz 2 ist nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu erlassen. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 ein Anspruch auf Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe festgelegt wird, ist vor ihrem Erlass auch die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut anzuhören. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 ein Anspruch auf Schutzmasken festgelegt wird, ist vor ihrem Erlass auch der Deutsche Apothekerverband anzuhören. Sofern die Rechtsverordnung nach Satz 2 Regelungen für Personen enthält, die privat krankenversichert

sind, ist vor Erlass der Rechtsverordnung auch der Verband der Privaten Krankenversicherung anzuhören. In der Rechtsverordnung nach Satz 2 kann auch das Nähere geregelt werden

1. zu den Voraussetzungen, zur Art und zum Umfang der Leistungen nach Satz 2 Nummer 1,
2. zu den zur Erbringung der in Satz 2 genannten Leistungen berechtigten Leistungserbringern, einschließlich der für die Leistungserbringung eingerichteten Testzentren und Impfzentren, zur Vergütung und Abrechnung der Leistungen und Kosten sowie zum Zahlungsverfahren,
3. zur Organisation der Versorgung einschließlich der Mitwirkungspflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei der Versorgung mit den in Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a genannten Leistungen,
4. zur vollständigen oder anteiligen Finanzierung der Leistungen und Kosten aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds,
5. zur anteiligen Kostentragung durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen nach Satz 8, insbesondere zum Verfahren und zu den Zahlungsmodalitäten, und
6. zur Erfassung und Übermittlung von anonymisierten Daten insbesondere an das Robert Koch-Institut über die aufgrund der Rechtsverordnung durchgeführten Maßnahmen.

Im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2021 werden aufgrund von Rechtsverordnungen nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und b, auch in Verbindung mit Nummer 2, sowie Satz 13 Nummer 4 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlte Beträge aus Bundesmitteln erstattet, soweit die Erstattung nicht bereits gemäß § 12a des Haushaltsgesetzes 2021 erfolgt. Soweit Leistungen nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden, sind diese aus Bundesmitteln zu erstatten; in den Rechtsverordnungen nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und b, auch in Verbindung mit Nummer 2, kann eine Erstattung aus Bundesmitteln für weitere Leistungen nach Satz 2 geregelt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates ausschließlich zur Abwicklung einer aufgrund des Satzes 2 erlassenen Rechtsverordnung zu bestimmen, dass Regelungen dieser Rechtsverordnung, die die Abrechnung und die Prüfung bereits erbrachter Leistungen, die Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sowie die Erstattung dieser Zahlungen aus Bundesmitteln betreffen, bis zum 31. Dezember 2024 fortgelten. Soweit und solange eine aufgrund des Satzes 1 oder des Satzes 2 erlassene Rechtsverordnung in Kraft ist, hat der Gemeinsame Bundesausschuss, soweit die Ständige Impfkommission Empfehlungen für Schutzimpfungen abgegeben hat, auf die ein Anspruch nach der jeweiligen Rechtsverordnung besteht, in Abweichung von Absatz 1 Satz 5 Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang von diesen Schutzimpfungen nach Absatz 1 Satz 3 für die Zeit nach dem Außerkrafttreten der jeweiligen Rechtsverordnung in Richtlinien nach § 92 zu bestimmen; die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen dürfen nach Außerkrafttreten der Rechtsverordnung so lange erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt.

(4) Soweit Versicherte Anspruch auf Leistungen für Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 3 haben, schließt dieser Anspruch die Bereitstellung einer Impfdokumentation nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes ein. Die Krankenkassen können die Versicherten in geeigneter Form über fällige Schutzimpfungen und über andere Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3, auf die sie einen Anspruch auf Leistungen haben, versichertenbezogen informieren.

(5) Die von den privaten Krankenversicherungsunternehmen in dem Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2021 nach Absatz 3 Satz 8 und 13 Nummer 5 getragenen Kosten werden aus Bundesmitteln an den Verband der Privaten Krankenversicherung erstattet. Der Verband der Privaten Krankenversicherung teilt dem Bundesministerium für Gesundheit die nach Satz 1 zu erstattenden Beträge bis zum 30. November 2021 für den Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 30. November 2021 und bis zum 31. März 2022 für den Zeitraum vom 1. Dezember 2021 bis zum 31. Dezember 2021 mit. Die Beträge nach Satz 2 sind binnen der in Satz 2 genannten Fristen durch den Verband der Privaten Krankenversicherung durch Vorlage der von den Ländern an den Verband der Privaten Krankenversicherung gestellten Rechnungen und der Zahlungsbelege über die vom Verband der Privaten Krankenversicherung an die Länder geleisteten Zahlungen nachzuwei-

sen. Das Bundesministerium für Gesundheit erstattet dem Verband der Privaten Krankenversicherung nach dem Zugang der Mitteilung nach Satz 2 und der Vorlage der Nachweise nach Satz 3 die mitgeteilten Beträge. Der Verband der Privaten Krankenversicherung erstattet die vom Bundesministerium für Gesundheit erstatteten Beträge an die privaten Krankenversicherungsunternehmen.³⁴

34 UMNUMMERIERUNG

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat § 20d in § 20i umnummeriert.

ÄNDERUNGEN

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Satz 5 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Bei der erstmaligen Entscheidung nach Satz 3 muss der Gemeinsame Bundesausschuss zu allen zu diesem Zeitpunkt geltenden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission einen Beschluss fassen.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 6 „nach den Sätzen 5 bis 7 nicht termin- oder“ durch „nicht“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Bis zum Vorliegen einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 5 gelten die bisherigen Satzungsregelungen zu Schutzimpfungen fort.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Abs. 1 Satz 7 eingefügt.

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 1a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Ausgenommen sind Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind, es sei denn, dass zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 8b lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Primäre Prävention durch Schutzimpfungen“.

Artikel 1 Nr. 8b lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „ , dies gilt unabhängig davon, ob sich auch entsprechende Ansprüche gegen andere Kostenträger haben“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8b lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „bedingt oder im Rahmen der Ausbildung vorgeschrieben“ durch „oder durch eine Ausbildung bedingt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8b lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 „drei“ durch „zwei“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8b lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 7 „Impfausweisvordruckes“ durch „Impfausweises nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8b lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ nach „Schutzimpfungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8b lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Krankenkassen haben außerdem im Zusammenwirken mit den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, unbeschadet der Aufgaben anderer, gemeinsam und einheitlich Schutzimpfungen ihrer Versicherten zu fördern und sich durch Erstattung der Sachkosten an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Dies gilt entsprechend für die Erstattung der Kosten für den Impfstoff für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Versicherteneigenschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Durchführung der Schutzimpfung noch nicht festgestellt ist und die nicht privat krankenversichert sind. Zur Durchführung der Maßnahmen und zur Erstattung der Sachkosten schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den in den Ländern dafür zuständigen Stellen. Dabei sollen vereinfachte Möglichkeiten für die Abrechnung der zu erstattenden Sachkosten vorgesehen werden.“

16.08.2019.—Artikel 12 Nr. 0 lit. a des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) hat in der Überschrift „ , Verordnungsermächtigung“ am Ende eingefügt.

Artikel 12 Nr. 0 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Ein Anspruch nach Absatz 1 Satz 1 besteht auch unter den Voraussetzungen einer Rechtsverordnung nach § 20 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes.“

01.03.2020.—Artikel 2 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) hat Satz 7 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 7 lautete: „Der Anspruch nach Satz 1 schließt die Bereitstellung des erforderlichen Impfausweises nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes ein.“

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

14.05.2020.—Artikel 4 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, Verordnungsermächtigung“.

Artikel 4 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nach Anhörung der Ständigen Impfkommission und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass die Kosten für bestimmte Schutzimpfungen oder für bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe von den Trägern der Krankenversicherung nach dem dritten Abschnitt des dritten Kapitels getragen werden, sofern die Person bei dem jeweiligen Träger der Krankenversicherung versichert ist. Sofern das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung nach Satz 1 festgelegt hat, dass die Kosten für bestimmte Schutzimpfungen oder für bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe von den Trägern der Krankenversicherung getragen werden, haben die Versicherten einen Anspruch auf Leistungen für diese Schutzimpfungen oder für diese anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe. In der Rechtsverordnung können auch Regelungen zur Erfassung und Übermittlung von anonymisierten Daten über die auf Grund der Rechtsverordnung durchgeführten Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe getroffen werden.“

Artikel 4 Nr. 4 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „Schutzimpfungen“ durch „Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 3“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 4 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „ , für“ durch „und über andere Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3, auf“ ersetzt.

19.11.2020.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) hat die Sätze 2 bis 5 in Abs. 3 durch die Sätze 2 bis 14 ersetzt. Die Sätze 2 bis 5 lauteten: „Das Bundesministerium für Gesundheit wird, sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, ermächtigt, nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass

1. Versicherte Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 oder auf das Vorhandensein von Antikörpern gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben, auf die kein Anspruch nach § 27 besteht, und
2. Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, Anspruch auf Leistungen nach Nummer 1 haben.

In der Rechtsverordnung nach Satz 2 ist auch das Nähere zu den zur Erbringung der Leistungen nach Satz 2 berechtigten Leistungserbringern, zur Vergütung und zur Abrechnung der Leistungen sowie zum Zahlungsverfahren zu regeln. In den Rechtsverordnungen nach den Sätzen 1 und 2 können auch Regelungen zur Erfassung und Übermittlung von anonymisierten Daten insbesondere an das Robert Koch-Institut über die auf Grund der Rechtsverordnungen durchgeführten Maßnahmen getroffen werden. Die Aufwendungen für Leistungen nach Satz 2 werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt.“

31.03.2021.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) hat in Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 Buchstabe a „in zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen“ durch „zur Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen, Kritischer Infrastrukturen oder zentraler Bereiche der Daseinsvorsorge“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 1 lit. b bis e desselben Gesetzes hat die Sätze 4 bis 14 in Abs. 3 durch die Sätze 4 bis 16 ersetzt. Die Sätze 4 bis 14 lauteten: „Der Anspruch nach Satz 2 kann auf bestimmte Teilleistungen beschränkt werden. Ein Anspruch nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b besteht nicht, wenn die betroffene Person bereits einen Anspruch auf die in Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b genannten Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für diese Leistungen hätte. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c ein Anspruch auf Schutzmasken festgelegt wird, ist das Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen herzustellen und kann eine Zuzahlung durch den berechtigten Personenkreis vorgesehen werden. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 ein Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auch für Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, festgelegt wird, beteiligen sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen anteilig in Höhe von 7 Prozent an den Kosten, soweit diese nicht

von Bund oder Ländern getragen werden. Die Rechtsverordnung nach Satz 2 ist nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu erlassen. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 ein Anspruch auf Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe festgelegt wird, ist vor ihrem Erlass auch die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut anzuhören. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 ein Anspruch auf Schutzmasken festgelegt wird, ist vor ihrem Erlass auch der Deutsche Apothekerverband anzuhören. Sofern die Rechtsverordnung nach Satz 2 Regelungen für Personen enthält, die privat krankenversichert sind, ist vor Erlass der Rechtsverordnung auch der Verband der Privaten Krankenversicherung anzuhören. In der Rechtsverordnung nach Satz 2 kann auch das Nähere geregelt werden

1. zu den Voraussetzungen, zur Art und zum Umfang der Leistungen nach Satz 2 Nummer 1,
2. zu den zur Erbringung der in Satz 2 genannten Leistungen berechtigten Leistungserbringern, einschließlich der für die Leistungserbringung eingerichteten Testzentren und Impfzentren, zur Vergütung und Abrechnung der Leistungen und Kosten sowie zum Zahlungsverfahren,
3. zur Organisation der Versorgung einschließlich der Mitwirkungspflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei der Versorgung mit den in Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a genannten Leistungen,
4. zur vollständigen oder anteiligen Finanzierung der Leistungen und Kosten aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds,
5. zur anteiligen Kostentragung durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen nach Satz 6, insbesondere zum Verfahren und zu den Zahlungsmodalitäten, und
6. zur Erfassung und Übermittlung von anonymisierten Daten insbesondere an das Robert Koch-Institut über die aufgrund der Rechtsverordnung durchgeführten Maßnahmen.

Soweit Leistungen nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden, sind diese aus Bundesmitteln zu erstatten; eine Erstattung für weitere aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanzierte Leistungen nach Satz 2 bleibt unberührt. Eine aufgrund des Satzes 2 erlassene Rechtsverordnung tritt mit der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes außer Kraft, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31. März 2021. Soweit und solange eine aufgrund des Satzes 1 erlassene Rechtsverordnung oder des Satzes 2 erlassene Rechtsverordnung in Kraft ist, hat der Gemeinsame Bundesausschuss Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang von Schutzimpfungen auf die ein Anspruch nach der jeweiligen Rechtsverordnung besteht, nach Absatz 1 Satz 3 für die Zeit nach dem Außerkrafttreten der jeweiligen Rechtsverordnung zu bestimmen; Absatz 1 Satz 5 gilt nicht.“

01.06.2021.—Artikel 2a Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2021 (BGBl. I S. 1174) hat in Abs. 3 Satz 3 „; er umfasst auch die Ausstellung einer Impf- und Testdokumentation sowie von COVID-19-Zertifikaten nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes“ am Ende eingefügt.

Artikel 2a Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 14 und 15 in Abs. 3 durch die Sätze 14 bis 17 ersetzt. Die Sätze 14 und 15 lauteten: „Soweit Leistungen nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden, sind diese aus Bundesmitteln zu erstatten; eine Erstattung für weitere aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanzierte Leistungen nach Satz 2 bleibt unberührt. Eine aufgrund des Satzes 2 erlassene Rechtsverordnung tritt mit der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes außer Kraft.“

Artikel 2a Nr. 2 desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

17.09.2022.—Artikel 2 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) hat in Abs. 1 Satz 3 „; die Leistungen können auch Schutzimpfungen mit zugelassenen Arzneimitteln für Indikationen und Indikationsbereiche umfassen, für die die Arzneimittel nicht von der zuständigen Bundesoberbehörde oder der Europäischen Kommission zugelassen sind“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „ , sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, ermächtigt,“ durch „ermächtigt, bis zum 7. April 2023 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „§ 22“ durch „den §§ 22 und 22a“ ersetzt.

§ 20j Präexpositionsprophylaxe

(1) Versicherte mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf

1. ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie
2. Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

(2) Das Nähere zum Kreis der Anspruchsberechtigten und zu den Voraussetzungen für die Ausführung der Leistungen vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. Juli 2019 mit Wirkung zum 1. September 2019 als Bestandteil der Bundesmantelverträge.

(3) Auf Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 2 hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und spätestens innerhalb eines Monats nach Abschluss dieser Vereinbarung anzupassen.

(4) Versicherte nach Absatz 1 haben nach Beratung Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der Präexpositionsprophylaxe auf das Infektionsgeschehen im Bereich sexuell übertragbarer Krankheiten bis Ende 2020 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards.³⁵

§ 20k Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren durch die Versicherten vor. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Die Krankenkasse legt dabei die Festlegungen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach Absatz 2 zugrunde.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt unter Einbeziehung unabhängigen, ärztlichen, psychologischen, pflegerischen, informationstechnologischen und sozialwissenschaftlichen Sachverständigen das Nähere zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach Absatz 1.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2021, wie und in welchem Umfang seine Mitglieder den Versicherten Leistungen nach Absatz 1 gewähren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die erstatteten Leistungen sowie Art und Umfang der Übermittlung.³⁶

§ 21 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

Artikel 2 Nr. 1 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat die Sätze 16 und 17 in Abs. 3 durch Satz 16 ersetzt. Die Sätze 16 und 17 lauteten: „Eine aufgrund des Satzes 2 erlassene Rechtsverordnung tritt spätestens ein Jahr nach der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes außer Kraft. Bis zu ihrem Außerkrafttreten kann eine Verordnung nach Satz 2 auch nach Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite geändert werden.“

35 QUELLE

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Vorschrift eingefügt.

36 QUELLE

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

(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

(2) Zur Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den zuständigen Stellen nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen insbesondere über Inhalt, Finanzierung, nicht versichertenbezogene Dokumentation und Kontrolle zu beschließen.

(3) Kommt eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 nicht zustande, werden Inhalt, Finanzierung, nicht versichertenbezogene Dokumentation und Kontrolle unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt.³⁷

§ 22 Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

(1) Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen.

(2) Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die

37 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Diese Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken.“

Artikel 1 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „nicht versichertenbezogene“ nach „Finanzierung,“ eingefügt.

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

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 4 „Diese“ durch „Die“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 13 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „der Spitzenverbände“ durch „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 3b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 3 „bis zum 30. Juni 1993“ nach „Satz 1 nicht“ gestrichen.

Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.

(3) Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Fissurenversiegelung der Molaren.

(4) (weggefallen)

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der individualprophylaktischen Leistungen in Richtlinien nach § 92.³⁸

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

(1) Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind, haben Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 einbezogen werden.

(2) Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92.³⁹

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

38 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 „zwölfte“ durch „sechste“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 1 „zwanzigste“ durch „achtzehnte“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 1 lautete: „Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der Untersuchungen.“

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

Artikel 1 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Das Nähere bestimmt der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92.“

Artikel 1 Nr. 2 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4 und 5 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen. Die individualprophylaktischen Leistungen umfassen Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Dabei sind Maßnahmen zu bevorzugen, die Versicherte selbst durchführen können.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 5 „Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

39 QUELLE

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „einer Pflegestufe“ durch „einem Pflegegrad“ ersetzt und „oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind“ nach „erhalten“ gestrichen.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 1 „Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten“ durch „in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind“ ersetzt.

(1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, einen Zuschuß von bis zu 16 Euro täglich vorsehen. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss nach Satz 2 auf bis zu 25 Euro erhöht werden.

(3) In den Fällen der Absätze 1 und 2 sind die §§ 31 bis 34 anzuwenden.

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch.

(5) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter entsprechender Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. Leistungen nach Absatz 4 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach Absatz 2 können nicht vor Ablauf von drei, Leistungen nach Absatz 4 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

(6) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) Medizinisch notwendige stationäre Vorsorgemaßnahmen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht werden.⁴⁰

40 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 5 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 Deutsche Mark je Kalendertag an die Einrichtung. Die Zuzahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.“

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat in Abs. 5 Satz 1 „vier“ durch „drei“ ersetzt und „ , es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „drei“ durch „vier“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „§ 39 Abs. 4“ durch „§ 40 Abs. 5“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Nr. 2 „oder“ durch ein Komma ersetzt, Nr. 3 in Abs. 1 in Nr. 4 unnummeriert und Abs. 1 Nr. 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Maßnahmen in Form einer ambulanten Vorsorgekur“ durch „ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „der Kur“ durch „die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. c Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Die Leistungen nach Absatz 2 und 4 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. Sie können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. Die jährlichen Ausgaben der Krankenkasse je Mitglied für Leistungen nach Absatz 4 zusammen mit denen nach § 40 Abs. 2 dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes je Mitglied verändern. Für das Kalenderjahr 1993 sind die in Satz 3 genannten Ausgaben der Krankenkasse im Kalenderjahr 1991 zugrunde zu legen, die entsprechend der Entwicklung der nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes im Kalenderjahr 1992 je Mitglied erhöht werden.“

Artikel 1 Nr. 11 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 7 bis 9 eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 2 Satz 2 „15 Deutsche Mark“ durch „8 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „30 Deutsche Mark“ durch „16 Euro“ ersetzt.

01.08.2002.—Artikel 1 lit. a des Gesetzes vom 26. Juli 2002 (BGBl. I S. 2873) hat in Abs. 2 Satz 2 „8 Euro“ durch „13 Euro“ und in Abs. 2 Satz 3 „16 Euro“ durch „21 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „den Absätzen 2 und 4“ durch „Absatz 4“ ersetzt.

Artikel 1 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 4 „den Absätzen 2 und 4“ durch „Absatz 2 können nicht vor Ablauf von drei, Leistungen nach Absatz 4“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 6 Satz 1 „§ 40 Abs. 5“ durch „§ 61 Satz 2“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 9 aufgehoben. Abs. 9 lautete:

„(9) Die Krankenkasse kann in der Satzung Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen aus Anlass eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts vorsehen.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 14 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 5 Satz 3 „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ und „haben“ durch „hat“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 5 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 8 aufgehoben. Abs. 8 lautete:

„(8) Die jährlichen Ausgaben der Krankenkasse je Mitglied für Leistungen nach Absatz 4 zusammen mit denen nach § 40 Abs. 2 dürfen sich für das jeweils folgende Kalenderjahr höchstens um die nach § 71 Abs. 3 und 2 Satz 2 maßgebliche Veränderungsrate verändern; § 71 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend. Der Veränderung für das Kalenderjahr 2000 sind die in Satz 1 genannten jährlichen Ausgaben der Krankenkasse im Kalenderjahr 1999 zu Grunde zu legen. Überschreitungen des in Satz 1 genannten Ausgabenrahmens vermindern die für das auf die Überschreitung folgende Kalenderjahr nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Ausgaben entsprechend.“

§ 24 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

(1) Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Vorsorgeleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. § 23 Abs. 4 Satz 1 gilt nicht; § 23 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) § 23 Abs. 5 gilt entsprechend.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.⁴¹

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 4 Satz 1 „; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger“ am Ende eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 4a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 5 Satz 1 „unter entsprechender Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches“ nach „Einzelfalls“ eingefügt.

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat in Abs. 2 Satz 1 „oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden“ nach „nicht aus“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „13 Euro“ durch „16 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „21 Euro“ durch „25 Euro“ ersetzt.

01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 5 Satz 1 „§ 9“ durch „§ 8“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Satz 1 „kann“ durch „erbringt“ ersetzt und „erbringen“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen“ durch „erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 6 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 4 Satz 1 „pflegende Angehörige“ durch „Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „pflegender Angehöriger“ durch „von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5a eingefügt. Abs. 5a wird lauten:

„(5a) Gilt nach § 42a Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach Absatz 4 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, so leitet die Krankenkasse den Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.“

01.07.2025.—Artikel 6a Nr. 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 5a jeweils „§ 42a“ durch „§ 42b“ ersetzt.

41 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) § 23 Abs. 5 und 6 gilt entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

§ 24a Empfängnisverhütung

(1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Zur ärztlichen Beratung gehören auch die erforderliche Untersuchung und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln.

(2) Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln; § 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 1 gilt entsprechend für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden; § 129 Absatz 5a gilt entsprechend.⁴²

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Für Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, in Anspruch nehmen, gilt § 23 Abs. 6 entsprechend.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautet: „Vorsorgekuren für Mütter“.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „Maßnahmen in Form einer Vorsorgekur“ durch „Vorsorgeleistungen“ ersetzt und „; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „Kur“ durch „Leistungen nach Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Satz 1 und 2“ nach „Abs. 5“ gestrichen.

01.08.2002.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 26. Juli 2002 (BGBl. I S. 2874) hat in der Überschrift „und Väter“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Satzung der Krankenkasse kann vorsehen, daß die Kosten der Leistungen nach Satz 1 übernommen werden oder dazu ein Zuschuß gezahlt wird.“

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

Artikel 1 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „; deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden,“ nach „Absatz 1“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 1 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

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

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 3 Satz 1 „§ 39 Abs. 4“ durch „§ 61 Satz 2“ ersetzt.

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

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Krankenkasse kann unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Muttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erbringen; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden.“

Artikel 1 Nr. 15 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2005 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit den durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen wiedergegeben werden.“

01.01.2024.—Artikel 6 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2 „Abs. 5“ durch „Absatz 5 und 5a“ ersetzt.

42 QUELLE

05.08.1992.—Artikel 2 des Gesetzes vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2 „; § 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

§ 24b Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt. Der Anspruch auf Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch besteht nur, wenn dieser in einer Einrichtung im Sinne des § 13 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vorgenommen wird.

(2) Es werden ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation oder für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch, ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln sowie Krankenhauspflege gewährt. Anspruch auf Krankengeld besteht, wenn Versicherte wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder wegen eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft durch einen Arzt arbeitsunfähig werden, es sei denn, es besteht ein Anspruch nach § 44 Abs. 1.

(3) Im Fall eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft haben Versicherte Anspruch auf die ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, die ärztliche Behandlung mit Ausnahme der Vornahme des Abbruchs und der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf, die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie auf Krankenhausbehandlung, falls und soweit die Maßnahmen dazu dienen,

1. die Gesundheit des Ungeborenen zu schützen, falls es nicht zum Abbruch kommt,
2. die Gesundheit der Kinder aus weiteren Schwangerschaften zu schützen oder
3. die Gesundheit der Mutter zu schützen, insbesondere zu erwartenden Komplikationen aus dem Abbruch der Schwangerschaft vorzubeugen oder eingetretene Komplikationen zu beseitigen.

(4) Die nach Absatz 3 vom Anspruch auf Leistungen ausgenommene ärztliche Vornahme des Abbruchs umfaßt

1. die Anästhesie,
2. den operativen Eingriff oder die Gabe einer den Schwangerschaftsabbruch herbeiführenden Medikation,
3. die vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter,
4. die Injektion von Medikamenten,
5. die Gabe eines wehenauslösenden Medikamentes,
6. die Assistenz durch einen anderen Arzt,
7. die körperlichen Untersuchungen im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und der Überwachung im direkten Anschluß an die Operation.

Mit diesen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang stehende Sachkosten, insbesondere für Narkosemittel, Verbandmittel, Abdecktücher, Desinfektionsmittel fallen ebenfalls nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen. Bei vollstationärer Vornahme des Abbruchs übernimmt die Krankenkasse nicht die mittleren Kosten der Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird. Das DRG-Institut ermittelt die Kosten nach Satz 3 gesondert und veröffentlicht das Ergebnis jährlich in Zusammenhang mit dem Entgeltsystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.⁴³

01.03.2015.—Artikel 2 Nr. 0 lit. a des Gesetzes vom 15. April 2015 (BGBl. I S. 583) hat in Abs. 2 „verschreibungspflichtigen“ nach „mit“ eingefügt und „ , soweit sie ärztlich verordnet werden“ nach „Mitteln“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 0 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

29.03.2019.—Artikel 3 des Gesetzes vom 22. März 2019 (BGBl. I S. 350) hat in Abs. 2 Satz 1 „20. Lebensjahr“ durch „22. Lebensjahr“ ersetzt.

§ 24c Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen

1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
3. Entbindung,
4. häusliche Pflege,
5. Haushaltshilfe,
6. Mutterschaftsgeld.

Anspruch auf Leistungen nach Satz 1 hat bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen jede Person, die schwanger ist, ein Kind geboren hat oder stillt.⁴⁴

§ 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge; ein Anspruch auf Hebammenhilfe im Hinblick auf die Wochenbettbetreuung besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung. Sofern das Kind nach der Entbindung nicht von der Versicherten versorgt werden kann, hat das versicherte Kind Anspruch auf die Leistungen der Hebammenhilfe, die sich auf dieses beziehen. Die ärztliche Betreuung umfasst auch die Beratung der Schwangeren zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind einschließlich des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko sowie die Einschätzung oder Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies. Die ärztliche Beratung der Versicherten umfasst bei Bedarf auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind.⁴⁵

05.08.1992.—Artikel 2 des Gesetzes vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.10.1995.—Artikel 4 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050) hat in Abs. 1 Satz 2 „einem Krankenhaus oder einer sonstigen hierfür vorgesehenen Einrichtung im Sinne des Artikels 3 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts“ durch „einer Einrichtung im Sinne des § 13 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes“ ersetzt.

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

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Nr. 2 in Abs. 4 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. den operativen Eingriff,“.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „nicht rechtswidrigen“ vor „Sterilisation“ durch „durch Krankheit erforderlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „nicht rechtswidrige“ vor „Sterilisation“ durch „durch Krankheit erforderliche“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „nicht rechtswidrigen“ vor „Sterilisation“ durch „durch Krankheit erforderlichen“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 3c lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 4 Satz 3 „den allgemeinen Pflegesatz“ durch „die mittleren Kosten der Leistungen nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

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

44 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

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

45 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

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

Die Versicherte hat während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung Anspruch auf Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Die für die Leistungen nach den §§ 31 bis 33 geltenden Vorschriften gelten entsprechend; bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung finden § 31 Absatz 3, § 32 Absatz 2, § 33 Absatz 8 und § 127 Absatz 4 keine Anwendung.⁴⁶

§ 24f Entbindung

Die Versicherte hat Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung. Die Versicherte kann ambulant in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden. Wird die Versicherte zur stationären Entbindung in einem Krankenhaus oder in einer anderen stationären Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 39 Absatz 2 gilt entsprechend.⁴⁷

§ 24g Häusliche Pflege

Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist. § 37 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.⁴⁸

§ 24h Haushaltshilfe

Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. § 38 Absatz 4 gilt entsprechend.⁴⁹

§ 24i Mutterschaftsgeld

(1) Weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, erhalten Mutterschaftsgeld. Mutterschaftsgeld erhalten auch Frauen, deren Arbeitsverhältnis unmittelbar vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes endet, wenn sie am letzten Tag des Arbeitsverhältnisses Mitglied einer Krankenkasse waren.

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat in Satz 1 „; ein Anspruch auf Hebammenhilfe im Hinblick auf die Wochenbettbetreuung besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 4 eingefügt.

46 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

47 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

48 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

49 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

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

(2) Für Mitglieder, die bei Beginn der Schutzfrist vor der Entbindung nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes in einem Arbeitsverhältnis stehen oder in Heimarbeit beschäftigt sind oder deren Arbeitsverhältnis nach Maßgabe von § 17 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes gekündigt worden ist, wird als Mutterschaftsgeld das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Es beträgt höchstens 13 Euro für den Kalendertag. Für die Ermittlung des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelts gilt § 21 des Mutterschutzgesetzes entsprechend. Übersteigt das durchschnittliche Arbeitsentgelt 13 Euro kalendertäglich, wird der übersteigende Betrag vom Arbeitgeber oder von der für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes zuständigen Stelle nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Für Frauen nach Absatz 1 Satz 2 sowie für andere Mitglieder wird das Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt.

(3) Das Mutterschaftsgeld wird für die letzten sechs Wochen vor dem voraussichtlichen Tag der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen nach der Entbindung gezahlt. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten sowie in Fällen, in denen vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches ärztlich festgestellt und ein Antrag nach § 3 Absatz 2 Satz 4 des Mutterschutzgesetzes gestellt wird, verlängert sich der Zeitraum der Zahlung des Mutterschaftsgeldes nach Satz 1 auf die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung. Wird bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen der Zeitraum von sechs Wochen vor dem voraussichtlichen Tag der Entbindung verkürzt, so verlängert sich die Bezugsdauer um den Zeitraum, der vor der Entbindung nicht in Anspruch genommen werden konnte. Für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend, in dem der voraussichtliche Tag der Entbindung angegeben ist. Bei Entbindungen nach dem voraussichtlichen Tag der Entbindung verlängert sich die Bezugsdauer bis zum Tag der Entbindung entsprechend. Für Mitglieder, deren Arbeitsverhältnis während der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes beginnt, wird das Mutterschaftsgeld von Beginn des Arbeitsverhältnisses an gezahlt.

(4) Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder Urlaubsabgeltung erhält. Dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt.⁵⁰

50 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

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

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „oder Arbeitseinkommen“ durch „, Arbeitseinkommen oder Urlaubsabgeltung“ ersetzt.

30.05.2017.—Artikel 7 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) hat in Abs. 3 Satz 1 „sowie in Fällen, in denen vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt und eine Verlängerung der Schutzfrist nach § 6 Absatz 1 Satz 1 des Mutterschutzgesetzes von der Mutter beantragt wird,“ nach „Frühgeburten“ eingefügt.

01.08.2017.—Artikel 1 Nr. 0b des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Mutterschaftsgeld erhalten auch Frauen,

1. deren Arbeitsverhältnis unmittelbar vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes endet, wenn sie am letzten Tag des Arbeitsverhältnisses Mitglied einer Krankenkasse waren, oder
2. die zu Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht erfüllen, weil ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld nach den §§ 157 oder 159 des Dritten Buches ruht.“

Vierter Abschnitt
Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von
Krankheiten⁵¹

§ 25 Gesundheitsuntersuchungen

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener

01.01.2018.—Artikel 5 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) hat in Abs. 1 Satz 1 „Absatz 2 und § 6 Absatz 1“ nach „§ 3“ gestrichen.

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

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

„(2) Für Mitglieder, die bei Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes in einem Arbeitsverhältnis stehen oder in Heimarbeit beschäftigt sind oder deren Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach § 6 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes nach Maßgabe von § 9 Absatz 3 des Mutterschutzgesetzes aufgelöst worden ist, wird als Mutterschaftsgeld das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Es beträgt höchstens 13 Euro für den Kalendertag. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) sowie Tage, an denen infolge von Kurzarbeit, Arbeitsausfällen oder unverschuldeten Arbeitsversäumnissen kein oder ein vermindertes Arbeitsentgelt erzielt wurde, bleiben außer Betracht. Ist danach eine Berechnung nicht möglich, ist das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt einer gleichartig Beschäftigten zugrunde zu legen. Für Mitglieder, deren Arbeitsverhältnis während der Mutterschutzfristen vor oder nach der Geburt beginnt, wird das Mutterschaftsgeld von Beginn des Arbeitsverhältnisses an gezahlt. Übersteigt das Arbeitsentgelt 13 Euro kalendertäglich, wird der übersteigende Betrag vom Arbeitgeber oder von der für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes zuständigen Stelle nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Für andere Mitglieder wird das Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt.“

Artikel 5 Nr. 2 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Das Mutterschaftsgeld wird für die letzten sechs Wochen vor dem mutmaßlichen Tag der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen, bei Mehrlings- und Frühgeburten sowie in Fällen, in denen vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt und eine Verlängerung der Schutzfrist nach § 6 Absatz 1 Satz 1 des Mutterschutzgesetzes von der Mutter beantragt wird, für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung gezahlt.“

Artikel 5 Nr. 2 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 3 „mutmaßlichen“ durch „voraussichtlichen“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 4 „mutmaßliche“ durch „voraussichtliche“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. c litt. ee desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 5 „Bei Geburten“ durch „Bei Entbindungen“ und „mutmaßlichen“ durch „voraussichtlichen“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. c litt. ff desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 6 eingefügt.

51 ÄNDERUNGEN

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten“.

Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund e. V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen oder auf sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.

(2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass

1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln.

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend.

(4) Die Untersuchungen nach Absatz 1 und 2 sollen, soweit berufsrechtlich zulässig, zusammen angeboten werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen sowie die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 3. Ferner bestimmt er für die Untersuchungen die Zielgruppen, Altersgrenzen und die Häufigkeit der Untersuchungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2. Im Übrigen beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum 31. Juli 2018 in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten. Die Frist nach Satz 5 verlängert sich in dem Fall einer Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre.

(4a) Legt das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit in einer Rechtsverordnung nach § 84 Absatz 2 des Strahlenschutzgesetzes die Zulässigkeit einer Früherkennungsuntersuchung fest, für die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 beschlossen hat, prüft der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von 18 Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung, ob die Früherkennungsuntersuchung nach Absatz 1 oder Absatz 2 zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen ist und regelt gegebenenfalls das Nähere nach Absatz 3 Satz 2 und 3. Gelangt der Gemeinsame Bundesausschuss zu der Feststellung, dass der Nutzen der neuen Früherkennungsuntersuchung noch nicht hinreichend belegt ist, so hat er in der Regel eine Richtlinie nach § 137e zu beschließen.

(5) In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ferner zu regeln, dass die Durchführung von Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 von einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig ist, wenn es zur Sicherung der Qualität der Untersuchungen geboten ist, dass Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken oder die teilnehmenden Ärzte eine Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder besondere technische Einrichtungen vorgehalten werden oder dass besonders qualifiziertes nichtärztliches Personal mitwirkt. Ist es erforderlich, dass die teilnehmenden Ärzte eine hohe Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder dass bei der Leistungserbringung Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken, legen die Richtlinien außerdem Kriterien für die Bemessung des Versorgungsbedarfs fest, so dass eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung gewährleistet ist. Die Auswahl der Ärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt

auf der Grundlage der Bewertung ihrer Qualifikation und der geeigneten räumlichen Zuordnung ihres Praxissitzes für die Versorgung im Rahmen eines in den Richtlinien geregelten Ausschreibungsverfahrens. Die Genehmigung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen kann befristet und mit für das Versorgungsziel notwendigen Auflagen erteilt werden.⁵²

§ 25a Organisierte Früherkennungsprogramme

(1) Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß § 25 Absatz 2, für die von der Europäischen Kommission veröffentlichte Europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen vorliegen, sollen als organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme angeboten werden. Diese Programme umfassen insbesondere

1. die regelmäßige Einladung der Versicherten in Textform zur Früherkennungsuntersuchung nach Satz 1,
2. die mit der Einladung erfolgende umfassende und verständliche Information der Versicherten über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung, über die nach Absatz 4 vorgesehene Verarbeitung der personenbezogenen Daten, die zum Schutz dieser Daten getroffenen Maßnahmen, den Verantwortliche und bestehende Widerspruchsrechte,
3. die inhaltliche Bestimmung der Zielgruppen, der Untersuchungsmethoden, der Abstände zwischen den Untersuchungen, der Altersgrenzen, des Vorgehens zur Abklärung auffälliger Befunde und der Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie

52 ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 4 Satz 2 „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt. Artikel 1 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

09.04.2013.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Versicherte haben höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an, Männer frühestens vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an.“

Artikel 1 Nr. 1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Inhalt,“ nach „über“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 4 durch die Sätze 3 und 4 ersetzt. Satz 3 lautete: „Er kann für geeignete Gruppen von Versicherten eine von Absatz 1 und 2 abweichende Altersgrenze und Häufigkeit der Untersuchungen bestimmen.“

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.“

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Voraussetzung für die Untersuchungen nach den Absätzen 1 und 2 ist, daß

1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
2. das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfaßbar ist,
3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.“

Artikel 1 Nr. 14 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „Untersuchungen nach Absatz 2“ durch „die Untersuchungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Für Untersuchungen nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss für geeignete Gruppen von Versicherten eine abweichende Altersgrenze und Häufigkeit der Untersuchung festlegen.“

Artikel 1 Nr. 14 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 5 und 6 eingefügt.

31.12.2018.—Artikel 3 Nr. 30 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966) hat Abs. 4a eingefügt.

27.06.2020.—Artikel 311 Nr. 2 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) hat in Abs. 4a Satz 1 „, Bau und Reaktorsicherheit“ durch „und nukleare Sicherheit“ ersetzt.

4. die systematische Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität der Krebsfrüherkennungsprogramme unter besonderer Berücksichtigung der Teilnahmeraten, des Auftretens von Intervallkarzinomen, falsch positiver Diagnosen und der Sterblichkeit an der betreffenden Krebserkrankung unter den Programmteilnehmern.

Die Maßnahmen nach Satz 2 Nummer 4 beinhalten auch einen Abgleich der Daten, die nach § 299 zum Zwecke der Qualitätssicherung an eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Stelle übermittelt werden, mit Daten der epidemiologischen oder der klinischen Krebsregister, soweit dies insbesondere für die Erfassung des Auftretens von Intervallkarzinomen und der Sterblichkeit an der betreffenden Krebserkrankung unter den Programmteilnehmern erforderlich ist. Die entstehenden Kosten für den Datenabgleich werden von den Krankenkassen getragen; der den Krebsregistern entstehende Aufwand wird im Rahmen der Festlegung der fallbezogenen Krebsregisterpauschale nach § 65c Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 2, 3, 5, 6 und 9 berücksichtigt.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum 30. April 2016 in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Durchführung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme für Früherkennungsuntersuchungen, für die bereits Europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung nach Absatz 1 Satz 1 vorliegen. Für künftige Leitlinien erfolgt eine Regelung innerhalb von drei Jahren nach Veröffentlichung der Leitlinien. Handelt es sich um eine neue Früherkennungsuntersuchung, für die noch keine Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 bestehen, prüft der Gemeinsame Bundesausschuss zunächst innerhalb von drei Jahren nach Veröffentlichung der Leitlinien, ob die Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Absatz 2 zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen ist, und regelt gegebenenfalls innerhalb von weiteren drei Jahren das Nähere über die Durchführung des organisierten Krebsfrüherkennungsprogramms. In den Richtlinien über die Durchführung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme ist insbesondere das Nähere zum Einladungswesen, zur Qualitätssicherung und zum Datenabgleich mit den Krebsregistern festzulegen, und es sind die hierfür zuständigen Stellen zu bestimmen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung ist bei den Richtlinien zu beteiligen.

(3) Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung eines organisierten Krebsfrüherkennungsprogramms beschließen. § 137e gilt entsprechend. Die Frist nach Absatz 2 Satz 1 bis 3 für die Regelung des Näheren über die Durchführung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme verlängert sich in diesem Fall um den Zeitraum der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Erprobung, längstens jedoch um fünf Jahre.

(4) Die nach Absatz 2 Satz 4 in den Richtlinien bestimmten Stellen sind befugt, die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlichen und in den Richtlinien aufgeführten Daten nach den dort genannten Vorgaben zu verarbeiten. Für die Einladungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 dürfen die in § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 6 genannten Daten der Krankenkassen verarbeitet werden; sofern andere Stellen als die Krankenkassen die Aufgabe der Einladung wahrnehmen, darf die Krankenversicherungsnummer nur in pseudonymisierter Form verarbeitet werden. Die Versicherten können in Textform weiteren Einladungen widersprechen; sie sind in den Einladungen auf ihr Widerspruchsrecht hinzuweisen. Andere personenbezogene Daten der Krankenkassen, insbesondere Befunddaten und Daten über die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, dürfen für die Einladungen nur mit Einwilligung der Versicherten verarbeitet werden. Für die Datenverarbeitungen zum Zwecke der Qualitätssicherung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 gilt § 299, sofern der Versicherte nicht schriftlich oder elektronisch widersprochen hat. Ein Abgleich der Daten nach Satz 4 und der Daten, die nach § 299 zum Zwecke der Qualitätssicherung an eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Stelle übermittelt werden, mit Daten der epidemiologischen oder klinischen Krebsregister ist unter Verwendung eines aus dem unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer des Versicherten abgeleiteten Pseudonyms zulässig, sofern der Versicherte nicht schriftlich oder elektronisch widersprochen hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien fest, welche Daten für den Abgleich zwischen den von ihm bestimmten Stellen und den

epidemiologischen oder klinischen Krebsregistern übermittelt werden sollen. Das Nähere zur technischen Umsetzung des Abgleichs nach Satz 6 vereinbaren der Gemeinsame Bundesausschuss und die von den Ländern zur Durchführung des Abgleichs bestimmten Krebsregister bis zum 31. Dezember 2021. Die epidemiologischen oder klinischen Krebsregister übermitteln erstmals bis Ende 2023 und anschließend regelmäßig ausschließlich zum Zweck des Abgleichs der Daten nach Satz 6 die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Daten zusammen mit dem Pseudonym nach Satz 6 an die Vertrauensstelle nach § 299 Absatz 2 Satz 5.

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss oder eine von ihm beauftragte Stelle veröffentlicht alle zwei Jahre einen Bericht über den Stand der Maßnahmen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4. Der Gemeinsame Bundesausschuss oder eine von ihm beauftragte Stelle übermittelt auf Antrag, nach Prüfung des berechtigten Interesses des Antragstellers, anonymisierte Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung. Die Entscheidung über den Antrag ist dem Antragsteller innerhalb von zwei Monaten nach Antragstellung mitzuteilen; eine Ablehnung ist zu begründen.⁵³

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Die Un-

53 QUELLE

09.04.2013.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

05.04.2017.—Artikel 161 Nr. 1 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) hat in Abs. 4 Satz 5 „oder elektronisch“ nach „schriftlich“ eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ und „die verantwortliche Stelle“ durch „den Verantwortlichen“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 2 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „erheben, zu verarbeiten und zu nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 2 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Krankenkassen erhoben, verarbeitet und genutzt“ durch „Krankenkassen verarbeitet“ und „Form verwendet“ durch „Form verarbeitet“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 2 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „verwendet“ durch „verarbeitet“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 2 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen“ durch „Datenverarbeitungen“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 2 lit. b litt. ee desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 6 „oder elektronisch“ nach „schriftlich“ eingefügt.

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

31.08.2021.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 18. August 2021 (BGBl. I S. 3890) hat in Abs. 1 Satz 3 „und landesrechtliche Vorschriften die Übermittlung von Krebsregisterdaten erlauben“ am Ende gestrichen.

Artikel 3 Nr. 1 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „; der den Krebsregistern entstehende Aufwand wird im Rahmen der Festlegung der fallbezogenen Krebsregisterpauschale nach § 65c Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 2, 3, 5, 6 und 9 berücksichtigt“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 6 „Beachtung der landesrechtlichen Vorschriften“ durch „Verwendung eines aus dem unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer des Versicherten abgeleiteten Pseudonyms“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 1 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 8 und 9 eingefügt.

tersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.

(2) § 25 Absatz 3 gilt entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen nach Absatz 1 sowie über die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 25 Absatz 3. Ferner bestimmt er die Altersgrenzen und die Häufigkeit dieser Untersuchungen. In der ärztlichen Dokumentation über die Untersuchungen soll auf den Impfstatus in Bezug auf Masern und auf eine durchgeführte Impfberatung hingewiesen werden, um einen Nachweis im Sinne von § 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und § 34 Absatz 10a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu ermöglichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 3. Er regelt insbesondere das Nähere zur Ausgestaltung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung frühkindlicher Karies.

(3) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 hinzuwirken. Zur Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Stellen der Länder nach Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen.⁵⁴

Fünfter Abschnitt Leistungen bei Krankheit

Erster Titel Krankenbehandlung

§ 27 Krankenbehandlung

54 ÄNDERUNGEN

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 1 „sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung“ nach „Untersuchungen“ eingefügt.

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

Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Abs. 3 eingefügt.

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Kinderuntersuchung“.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 1 und 2 neu gefasst. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, der Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 2 werden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.

(2) § 25 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.“

01.03.2020.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung,
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie mit digitalen Gesundheitsanwendungen,
4. häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Maßnahmen.

Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten. Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war. Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung am Körper, einschließlich der erforderlichen Dokumentation sowie Laboruntersuchungen und einer ordnungsgemäßen Aufbewahrung der sichergestellten Befunde, bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung sein können.

(1a) Spender von Organen oder Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spender) haben bei einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte (Entnahme bei lebenden Spendern) Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung. Dazu gehören die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a und erforderlicher Fahrkosten; dies gilt auch für Leistungen, die über die Leistungen nach dem Dritten Kapitel dieses Gesetzes, auf die ein Anspruch besteht, hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. Zuzahlungen sind von den Spendern nicht zu leisten. Zuständig für Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 ist die Krankenkasse der Empfänger von Organen, Geweben oder Blutstammzellen sowie anderen Blutbestandteilen (Empfänger). Im Zusammenhang mit der Spende von Knochenmark nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes, von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 9 des Transfusionsgesetzes können die Erstattung der erforderlichen Fahrkosten des Spenders und die Erstattung der Entgeltfortzahlung an den Arbeitgeber nach § 3a Absatz 2 Satz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes einschließlich der Befugnis zum Erlass der hierzu erforderlichen Verwaltungsakte auf Dritte übertragen werden. Das Nähere kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut maßgeblichen Organisationen vereinbaren. Für die Behandlung von Folgeerkrankungen der Spender ist die Krankenkasse der Spender zuständig, sofern der Leistungsanspruch nicht nach § 11 Absatz 5 ausgeschlossen ist. Ansprüche nach diesem Absatz haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen. Die Krankenkasse der Spender ist befugt, die für die Leistungserbringung nach den Sätzen 1 und 2 erforderlichen personenbezogenen Daten an die Krankenkasse oder das private Krankenversicherungsunternehmen der Empfänger zu übermitteln; dies gilt auch für personenbezogene Daten von nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Krankenversicherungspflichtigen. Die nach Satz 9 übermittelten Daten dürfen nur für die Erbringung von Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 verarbeitet werden. Die Da-

tenverarbeitung nach den Sätzen 9 und 10 darf nur mit schriftlicher Einwilligung der Spender, der eine umfassende Information vorausgegangen ist, erfolgen.

(2) Versicherte, die sich nur vorübergehend im Inland aufhalten, Ausländer, denen eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 bis 5 des Aufenthaltsgesetzes erteilt wurde, sowie

1. asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist,
2. Vertriebene im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Bundesvertriebenengesetzes sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes, ihre Ehegatten, Lebenspartner und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes haben Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Inanspruchnahme mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse (§ 4) oder nach § 10 versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist.⁵⁵

55 ÄNDERUNGEN

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1211) hat Satz 5 aufgehoben.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 14 lit. b des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Nr. 1 in Abs. 1 Satz 2 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. ärztliche Behandlung.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Versicherte, die sich nur vorübergehend im Inland aufhalten, zur Ausreise verpflichtete Ausländer, deren Aufenthalt aus völkerrechtlichen, politischen oder humanitären Gründen geduldet wird, sowie

1. asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist,
2. Vertriebene im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Gesetzes über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge

mit Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz haben Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Eintritt der Behandlungsbedürftigkeit mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse (§ 4) oder nach § 10 versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist.“

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat Nr. 6 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 6 lautete:

„6. medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie.“

01.08.2001.—Artikel 3 § 52 Nr. 5 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 2 Nr. 2 „und ihre Ehegatten“ durch „, ihre Ehegatten, Lebenspartner“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a eingefügt.

Artikel 10 Abs. 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 30. Juli 2004 (BGBl. I S. 1950) hat in Abs. 2 „zur Ausreise verpflichtete Ausländer, deren Aufenthalt aus völkerrechtlichen, politischen oder humanitären Gründen geduldet wird“ durch „Ausländer, denen eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 und 5 des Aufenthaltsgesetzes erteilt wurde“ ersetzt.

28.08.2007.—Artikel 6 Abs. 11 des Gesetzes vom 19. August 2007 (BGBl. I S. 1970) hat in Abs. 2 „und 5“ durch „bis 5“ ersetzt.

01.08.2012.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat Abs. 1a eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Satz 1 in Abs. 1a neu gefasst. Satz 1 lautete: „Spender von Organen oder Geweben (Spender) haben bei einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte (Entnahme bei lebenden Spendern) Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung.“

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 1a neu gefasst. Satz 4 lautete: „Zuständig für Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 ist die Krankenkasse der Empfänger von Organen oder Gewebe (Empfänger).“

§ 27a Künstliche Befruchtung

(1) Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, daß durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist.

(2) Absatz 1 gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. Bei anderen Inseminationen ist Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz und Nr. 5 nicht anzuwenden.

(3) Anspruch auf Sachleistungen nach Absatz 1 besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die Krankenkasse übernimmt 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.

(4) Versicherte haben Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können. Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 4.⁵⁶

Artikel 1 Nr. 6 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 5 und 6 eingefügt.

08.12.2015.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1a Satz 10 „Satz 7“ durch „Satz 9“ ersetzt und „und genutzt“ nach „verarbeitet“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 11 „und Nutzung“ nach „Datenverarbeitung“ gestrichen und „Sätzen 7 und 8“ durch „Sätzen 9 und 10“ ersetzt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 1c des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 „sowie mit digitalen Gesundheitsanwendungen“ am Ende eingefügt.

01.03.2020.—Artikel 2 Nr. 4a des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 „ , außerklinische Intensivpflege“ nach „Krankenpflege“ eingefügt.

56 QUELLE

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

§ 27b Zweitmeinung

(1) Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13, für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht; ab dem 1. Januar 2022 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung zum empfohlenen Eingriff und an die Erbringer einer Zweitmeinung fest, um eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung zu sichern. Kriterien für die besondere Expertise sind

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Anforderungen mit zusätzlichen Kriterien festlegen. Zusätzliche Kriterien sind insbesondere

1. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
2. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
3. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen nach Satz 2 die Möglichkeiten einer telemedizinischen Erbringung der Zweitmeinung.

(3) Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:

1. zugelassene Ärzte,
2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,
3. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen,
4. zugelassene Krankenhäuser sowie
5. nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,

soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer, die unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Nr. 2 „in der Regel“ nach „besteht“ gestrichen und „viermal“ durch „drei Mal“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Krankenkasse übernimmt nur die Kosten der Maßnahmen nach Absatz 1, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.“

Artikel 1 Nr. 14 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 4 in Abs. 5 unnummeriert und Abs. 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5 „Absatz 1“ durch „den Absätzen 1 und 4“ ersetzt.

Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen zur Erbringung einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind.

(5) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 4 hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Versicherte in Textform erhält. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann. Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der Befundunterlagen aus der Patientenakte gemäß § 630g Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die für die Einholung der Zweitmeinung erforderlich sind, hinzuweisen. Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse.

(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vorsehen. Sofern diese zusätzlichen Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Eingriffe nach Absatz 2 Satz 1 betreffen, müssen sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse ein Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a anbietet.⁵⁷

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die Partner der Bundesmantelverträge legen für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr voll-

57 QUELLE

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 10a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 7 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 7 lautete: „Er beschließt die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 5 erstmals bis zum 31. Dezember 2015.“

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Satz 1 „; ab dem 1. Januar 2022 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht“ am Ende eingefügt.

endet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden. Das gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistungen als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den §§ 26 und 27 des Psychotherapeutengesetzes und durch Psychotherapeuten nach § 1 Absatz 1 Satz 1 des Psychotherapeutengesetzes (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Spätestens nach den probatorischen Sitzungen gemäß § 92 Abs. 6a hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung sowie, falls der somatisch abklärende Vertragsarzt dies für erforderlich hält, eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes einzuholen.⁵⁸

58 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 Satz 2 und 3 eingefügt.

01.11.1996.—Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Oktober 1996 (BGBl. I S. 1559) hat Abs. 2 Satz 2 bis 5 eingefügt.

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 6 des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 2 Satz 4 „implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion,“ nach „gehören“ gestrichen. Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 9 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 8. Mai 1998 (BGBl. I S. 907) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von der Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Das gleiche gilt für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion, es sei denn, es liegen seltene vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistungen als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Satz 9 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 9 lautete: „Das gleiche gilt für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion, es sei denn, es liegen seltene vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistungen als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.“

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

(3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a litt. bb des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 Satz 9 „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 Satz 1 „; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 01 desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „§ 30 Abs. 2“ durch „§ 55 Abs. 1“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Juni 2007 (BGBl. I S. 1066) hat in Abs. 4 Satz 2 „§ 23 Abs. 9“ durch „§ 20d“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 4 Satz 2 „§ 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ durch „§ 24d“ ersetzt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2789) hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. Satz 1 gilt nicht für Inanspruchnahmen nach § 20d, § 25, zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 24d. Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 gewählt haben, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die Zuzahlung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 von der Krankenkasse in Abzug zu bringen ist.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 7a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 3 „bis zum 30. Juni 2012“ nach „legen“ gestrichen.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt.“

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

(5) Wählen Versicherte im Fall von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden (Mehrleistungen), haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen. In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(6) Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 einen Katalog von Leistungen, die als Mehrleistungen vereinbart und abgerechnet werden können. Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (Zusatzleistungen). Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung.

(7) Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen mündlich aufzuklären und ist eine schriftliche oder elektronische Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen gegenübergestellt werden. Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen aufgeklärt worden ist. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die schriftliche Vereinbarung nach Satz 1 und für die Erklärung des Versicherten nach Satz 2 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind.

(8) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus Absatz 7 Satz 1. Der behandelnde Zahnarzt ist verpflichtet, der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und die Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 vorzulegen. Soweit es zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist, kann die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung auch behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von dem behandelnden Zahnarzt anfordern. Der behandelnde Zahnarzt ist in diesem Fall zur Übermittlung der behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen verpflichtet, wenn der Versicherte ihm gegenüber in die Übermittlung schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und der Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 enthaltenen Daten sowie die Daten, die in den ihnen übermittelten behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen enthalten sind, nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfung nach Satz 1 erforderlich ist.⁵⁹

59 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Krankenkasse erstattet Versicherten 80 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch be-

§ 30⁶⁰

gründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, erstattet die Krankenkasse für das zweite und jedes weitere Kind 90 vom Hundert der in Satz 1 genannten Kosten.“

Artikel 1 Nr. 16 lit. b, c und d desselben Gesetzes hat Abs. 2 und 3 in Abs. 3 und 4 unnummeriert und Abs. 2 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 1 Satz 1 „Übernahme“ durch „Erstattung“ ersetzt.

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

„(2) Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht nach Absatz 1, indem sie den von ihr zu tragenden Anteil an den Kosten der kieferorthopädischen Versorgung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zahlt. Die Zahlung an die zur Annahme verpflichtete Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt mit befreiender Wirkung. Der Zahnarzt hat insoweit keinen Zahlungsanspruch gegen den Versicherten. § 85 Abs. 4b gilt entsprechend.“

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 29 Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Erstattung von 80 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, besteht für das zweite und jedes weitere Kind Anspruch auf 90 vom Hundert der in Satz 1 genannten Kosten. Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, werden als Sachleistung gewährt.

(2) Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht nach Absatz 1 Satz 1 und 2, indem sie den von ihr zu tragenden Anteil an den Kosten der kieferorthopädischen Versorgung an den Versicherten zahlt. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes richtet sich gegen den Versicherten. Abrechnungsgrundlage ist der einheitliche Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. Der Vertragszahnarzt darf seine Leistungen nicht von einer Vorleistung des Versicherten abhängig machen.

(3) Die Krankenkasse erstattet Versicherten den von ihnen getragenen Anteil an den Kosten nach Absatz 1, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist.

(4) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 die Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 die Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 4 Satz 1 „Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuß“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 5 bis 8 eingefügt.

60 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 4 Satz 1 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift umfassend geändert. Die Vorschrift lautete:

„(1) Die Krankenkasse erstattet Versicherten 50 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der kasenzahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung), solange nicht Zuschüsse nach Absatz 2 festgelegt worden sind. Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bis zum 31. Dezember 1989 gemeinsam und einheitlich den Zuschuß nach Absatz 1 durch Zuschüsse zu ersetzen, deren Höhe sich nach der Versorgungsform richtet. Dabei sollen sie für zahntechnisch aufwendige Versorgungsformen einen Zuschuß von 40 vom Hundert, für mittlere Versorgungsformen einen Zuschuß von 50 vom Hundert und für einfache Versorgungsformen einen Zuschuß von 60 vom Hundert vorsehen und das Nähere über die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die den drei Zuschußgruppen zuzuordnen sind, im Einvernehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung festlegen. Für die in Satz 2 genannten Zuschußgruppen können sie auch Festzuschüsse oder andere als die in Satz 2 genannten Zuschußhöhen festlegen. Dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker ist vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

(3) Die Zuschüsse nach Absatz 2 sind so festzulegen, daß die Aufwendungen der Krankenkassen für diese Zuschüsse im Jahre 1990 insgesamt 50 vom Hundert der Gesamtaufwendungen der Versicherten und der Krankenkassen für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz im jährlichen Durchschnitt der Jahre 1986 und 1987 nicht übersteigen.

(4) Haben die Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 31. Dezember 1989 Zuschüsse nach Absatz 2 nicht festgelegt, bestimmt der Bundesminister für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die den in Absatz 2 genannten Zuschußgruppen zuzuordnen sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.

(5) Für eigene Bemühungen des Versicherten zur Gesunderhaltung seiner Zähne erhöhen sich die Zuschüsse nach Absatz 1 oder 2 um 10 Prozentpunkte. Die erhöhten Zuschüsse entfallen vom 1. Januar 1991 an, wenn der Gebißzustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen läßt und er seit dem 1. Januar 1989, bei Behandlungsbeginn nach dem 31. Dezember 1993 während der letzten fünf Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung,

1. die Untersuchungen nach § 22 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. er sich nach Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Zuschüsse erhöhen sich um weitere 5 Prozentpunkte, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Nummer 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat.

(6) Wählen Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen.“

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat in Abs. 1 Satz 1 „, die vor dem 1. Januar 1979 geboren sind,“ nach „Versicherte“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 1 Satz 1 „50 vom Hundert“ durch „45 vom Hundert“ ersetzt.

03.01.1998.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift umfassend geändert. Die Vorschrift lautete:

„§ 30 Kostenerstattung bei Zahnersatz

(1) Versicherte, die vor dem 1. Januar 1979 geboren sind, haben Anspruch auf einen Zuschuß von 45 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen. Große Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet fallen nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen. Mehrere Einzelbrücken je Kiefer sind zulässig, wobei die Gesamtzahl der zu ersetzenden Zähne vier übersteigen darf. Mehr als zwei Verbindungselemente je Kiefer bei Kombinationsversorgungen fallen ebenfalls nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen; bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer bezuschußt die Krankenkasse

auch das dritte Verbindungselement. Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz erbracht werden, werden als Sachleistungen gewährt.

(1a) Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, besteht der Anspruch nach Absatz 1 nur, wenn die Versorgung mit Zahnersatz

1. auf Grund eines Unfalls erforderlich ist oder
2. durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist oder
3. durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist oder
4. zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist.

Das Nähere hierzu bestimmt der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1.

(2) Für eigene Bemühungen des Versicherten zur Gesunderhaltung seiner Zähne erhöht sich der Zuschuß nach Absatz 1 um 10 Prozentpunkte. Der erhöhte Zuschuß entfällt vom 1. Januar 1991 an, wenn der Gebißzustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen läßt und er seit dem 1. Januar 1989, bei Behandlungsbeginn nach dem 31. Dezember 1993 während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung,

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. er sich nach Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Der Zuschuß erhöht sich um weitere 5 Prozentpunkte, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach den Nummern 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat.

(3) Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten, indem sie den von ihr zu tragenden Anteil an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zahlt. Die Zahlung an die zur Annahme verpflichtete Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt mit befreiender Wirkung. Der Zahnarzt hat in Höhe des von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteils keinen Zahlungsanspruch gegenüber dem Versicherten. § 85 Abs. 4b gilt entsprechend.

(4) Wählen Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Satz 1 gilt nicht für ausgeschlossene Leistungen nach Absatz 1 Satz 3. Wird eine Versorgung mit mehr als nach Absatz 1 Satz 5 zu bezuschussenden Verbindungselementen gewählt, sind die Kosten für die weiteren Verbindungselemente in voller Höhe vom Versicherten zu tragen. In den Fällen der Sätze 1 bis 3 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen.

(5) Der Zahnarzt ist verpflichtet, bei der Auftragserteilung dem gewerblichen zahntechnischen Labor mitzuteilen, ob es sich um Leistungen für einen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Er hat dem Versicherten bei Rechnungslegung auch eine Durchschrift der Originalrechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen auszuhändigen.“

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 30 Kostenerstattung durch Festzuschüsse bei Zahnersatz

(1) Versicherte, die vor dem 1. Januar 1979 geboren sind, haben Anspruch auf einen Festzuschuß zu der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen. Bei großen Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer ist der Anspruch auf den Festzuschuß für vier zu ersetzende Zähne, bei Brücken mit mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet auf den Festzuschuß für drei zu ersetzende Zähne begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist der Anspruch auf den Festzuschuß für zwei Verbindungselemente je Kiefer sowie bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf den Festzuschuß für drei Verbindungselemente begrenzt. Bei Verblendungen ist der Anspruch auf den Festzuschuß für Kunststoff-Verblendungen begrenzt. Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz erbracht werden, sind Sachleistungen.

(2) Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, besteht der Anspruch nach Absatz 1 nur, wenn die Versorgung mit Zahnersatz

1. auf Grund eines Unfalls erforderlich ist oder

2. durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist oder
3. durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist oder
4. zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist.

Das Nähere hierzu bestimmt der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1.

(3) Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöht sich der Festzuschuß nach Absatz 1 für Versicherte, die vor dem 1. Januar 1979 geboren sind, um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebißzustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen läßt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Der Festzuschuß erhöht sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach den Nummern 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des § 61 Abs. 1 Nr. 2.

(4) Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten, indem sie den Festzuschuß an den Versicherten zahlt. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes richtet sich gegen den Versicherten; der Vertragszahnarzt darf seine Leistungen nicht von einer Vorleistung des Versicherten abhängig machen. Vor Beginn der Behandlung hat er einen kostenfreien, die gesamte Behandlung umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen. Das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans ist in den Bundesmantelverträgen (§ 87) zu regeln.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 30 Zahnersatz

(1) Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen. Bei großen Brücken ist die Versorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Versorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Für Suprakonstruktionen besteht der Anspruch in vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegenden Ausnahmefällen.

(2) Versicherte leisten zu der Versorgung mit Zahnersatz nach Absatz 1 einen Anteil von 50 vom Hundert der Kosten auf der Berechnungsgrundlage des Heil- und Kostenplans nach Absatz 4 Satz 3 an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit Zahnersatz erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne mindert sich der Anteil um 10 Prozentpunkte. Die Minderung entfällt, wenn der Gebißzustand regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen läßt und Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchung nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen haben und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr haben zahnärztlich untersuchen lassen.

Der Anteil mindert sich um weitere fünf Prozentpunkte, wenn Versicherte ihre Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach den Nummern 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen haben. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(3) Wählen Versicherte einen über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Zahnersatz, erhalten sie die Leistungen nach Absatz 1 im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Mehr-

§ 30a⁶¹**§ 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung**

kosten der zusätzlichen, über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Leistungen haben sie selbst in vollem Umfang zu tragen.

(4) Der Zahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte Behandlung nach den Absätzen 1 und 3 umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz nach Absatz 1 bedarf vor Beginn der Behandlung der Genehmigung. Die Krankenkasse hat den Versichertenanteil an diesen Kosten zu bestimmen. Aufwendige Versorgungsgüter sollen vor der Genehmigung begutachtet werden. Nach Abschluß der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse zu übernehmenden Kosten nach Absatz 1 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Im Fall einer Abrechnungsberichtigung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterrichtet die Krankenkasse die Versicherten. Die Versicherten können die Gesamtrechnung von der Krankenkasse prüfen lassen. Die Versicherten zahlen ihren Anteil für die Leistungen nach den Absätzen 1 und 3 an den Vertragszahnarzt. Dieser hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen beizufügen. Das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans und zum Verfahren der Abrechnung ist in den Bundesmantelverträgen (§ 87) zu regeln.“

61 QUELLE

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 30a Festsetzung der Festzuschüsse

(1) Die Festzuschüsse nach § 30 Abs. 1 haben die zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehörenden prothetischen Versorgungsformen zu umfassen. Insbesondere sind Festzuschüsse für Kronen, für Totalprothesen und für zu ersetzende Zähne auf der Basis von herausnehmbarem Zahnersatz, Brücken und Kombinationsversorgungen zu bilden. Es ist auf standardisierte Versorgungsformen und nicht auf den konkreten Leistungsumfang im Einzelfall abzustellen. Der Festzuschuß umfaßt in einer Summe die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen bei prothetischen Versorgungen.

(2) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt die Zuordnung der einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu den von ihm zu standardisierenden Versorgungsformen, für die Festzuschüsse festzusetzen sind, und setzt bis zum 31. Oktober 1997 die Höhe der Festzuschüsse getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet fest. Vor der Entscheidung des Bundesausschusses ist dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen. § 94 Abs. 1 Satz 1 und 2 sowie Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Die Festsetzung der Festzuschüsse hat bei den zahnärztlichen Leistungen nach den Leistungsbeschreibungen der Gebührenordnung für Zahnärzte in Höhe des 1,7fachen des nach dieser Gebührenordnung jeweils geltenden Gebührensatzes zu erfolgen. Im Beitrittsgebiet mit Ausnahme des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teils des Landes Berlin ist das 1,86fache des um den im Beitrittsgebiet für die Vergütungshöhe nach der Gebührenordnung für Zahnärzte jeweils geltenden Vergütungsabschlag verminderten Gebührensatzes zugrunde zu legen. Für die zahntechnischen Leistungen ist die Leistungsbeschreibung des am 31. Dezember 1996 gültigen Bundesleistungsverzeichnisses anzuwenden und mit einem gewogenen durchschnittlichen Preis getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet zu bewerten, der aus den zu diesem Zeitpunkt auf Landesebene geltenden Preisen für Praxis- und gewerbliche Labore zu ermitteln ist. Der Festzuschuß umfaßt 50 vom Hundert der Beiträge nach den Sätzen 1 bis 3. Das Ausgabenvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz und zahntechnische Leistungen im Jahr 1996, abzüglich der sich aus § 30 Abs. 1 Satz 5 ergebenden Minderausgaben, darf bei der erstmaligen Festsetzung der Festzuschüsse insgesamt nicht überschritten werden. Die Festzuschüsse sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen.“

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie § 35 und die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend. Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen. Vertragsärzte und Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einer bestimmten Apotheke oder einem sonstigen Leistungserbringer einzulösen, noch unmittelbar oder mittelbar Verordnungen bestimmten Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern zuweisen. Die Sätze 5 und 6 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.

(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen entfaltet, die ohne pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungsweise im menschlichen Körper der Wundheilung dienen, beispielsweise, indem er eine Wunde feucht hält, reinigt, geruchsbindend, antimikrobiell oder metallbeschichtet ist. Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. August 2020 in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; Absatz 1 Satz 2 gilt für diese sonstigen Produkte entsprechend. Bis 48 Monate nach dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 sind solche Gegenstände weiterhin zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen, die vor dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 erbracht wurden. Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. § 34 Absatz 6 gilt entsprechend. Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

(1b) Für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, können Vertragsärzte Verordnungen ausstellen, nach denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal sich wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verordnungen sind besonders zu kennzeichnen. Sie dürfen bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse durch Apotheken beliefert werden.

(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung und der Abschläge nach den §§ 130, 130a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler. Hat die Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen, das ein Festbetragsarzneimittel anbietet, eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 abgeschlossen, trägt die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den Apothekenverkaufspreis dieses Mittels abzüglich der Zuzahlungen

und Abschläge nach den §§ 130 und 130a Absatz 1, 1b, 3a und 3b. Diese Vereinbarung ist nur zulässig, wenn hierdurch die Mehrkosten der Überschreitung des Festbetrages ausgeglichen werden. Die Krankenkasse übermittelt die erforderlichen Angaben einschließlich des Arzneimittel- und des Institutionskennzeichens der Krankenkasse an die Vertragspartner nach § 129 Abs. 2; das Nähere ist in den Verträgen nach § 129 Abs. 2 und 5 zu vereinbaren. Versicherte und Apotheken sind nicht verpflichtet, Mehrkosten an die Krankenkasse zurückzuzahlen, wenn die von der Krankenkasse abgeschlossene Vereinbarung den gesetzlichen Anforderungen nicht entspricht.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann Arzneimittel, deren Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer mindestens um 20 vom Hundert niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend. Muss für ein Arzneimittel auf Grund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden, so ist die erneute Verordnung zuzahlungsfrei. Eine bereits geleistete Zuzahlung für die erneute Verordnung ist dem Versicherten auf Antrag von der Krankenkasse zu erstatten.

(4) Das Nähere zu therapiegerechten und wirtschaftlichen Packungsgrößen bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Ein Fertigarzneimittel, dessen Packungsgröße die größte der auf Grund der Verordnung nach Satz 1 bestimmte Packungsgröße übersteigt, ist nicht Gegenstand der Versorgung nach Absatz 1 und darf nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

(5) Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung nach Maßgabe der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in der jeweils geltenden und gemäß § 94 Absatz 2 im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Entwicklung der Leistungen, auf die Versicherte nach Satz 1 Anspruch haben, zu evaluieren und über das Ergebnis der Evaluation dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Regelungen in der Verfahrensordnung nach Satz 5, zu berichten. Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss in dem Bericht nach Satz 2 fest, dass zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung Anpassungen der Leistungen, auf die Versicherte nach Satz 1 Anspruch haben, erforderlich sind, regelt er diese Anpassungen spätestens zwei Jahre nach Übersendung des Berichts in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei der Evaluation nach Satz 2 und bei der Regelung nach Satz 3 Angaben von Herstellern von Produkten zu bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung zur medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit ihrer Produkte sowie Angaben zur Versorgung mit Produkten zu bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Das Nähere zum Verfahren der Evaluation nach Satz 2 und der Regelung nach Satz 3 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. Für die Zuzahlung gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung entsprechend. Bei Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu berücksichtigen.

(6) Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
 - a) nicht zur Verfügung steht oder
 - b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist. Verordnet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Leistung nach Satz 1 im Rahmen der Versorgung nach § 37b oder im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung mit einer Leistung nach Satz 1 im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts, ist über den Antrag auf Genehmigung nach Satz 2 abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. Leistungen, die auf der Grundlage einer Verordnung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes zu erbringen sind, bei denen allein die Dosierung eines Arzneimittels nach Satz 1 angepasst wird oder die einen Wechsel zu anderen getrockneten Blüten oder zu anderen Extrakten in standardisierter Qualität anordnen, bedürfen keiner erneuten Genehmigung nach Satz 2. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wird mit einer bis zum 31. März 2022 laufenden nichtinterventionellen Begleiterhebung zum Einsatz der Leistungen nach Satz 1 beauftragt. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt, die oder der die Leistung nach Satz 1 verordnet, übermittelt die für die Begleiterhebung erforderlichen Daten dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in anonymisierter Form; über diese Übermittlung ist die oder der Versicherte vor Verordnung der Leistung von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zu informieren. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte darf die nach Satz 6 übermittelten Daten nur in anonymisierter Form und nur zum Zweck der wissenschaftlichen Begleiterhebung verarbeiten. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, den Umfang der zu übermittelnden Daten, das Verfahren zur Durchführung der Begleiterhebung einschließlich der anonymisierten Datenübermittlung sowie das Format des Studienberichts nach Satz 9 zu regeln. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Begleiterhebung nach Satz 5 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von sechs Monaten nach der Übermittlung der Ergebnisse der Begleiterhebung in Form eines Studienberichts das Nähere zur Leistungsgewährung in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Der Studienbericht wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite veröffentlicht. Abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 ist über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Sofern eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, ist abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Antragsingang zu entscheiden; der Medizinische Dienst nimmt, sofern eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt wird, innerhalb von zwei Wochen Stellung.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum 1. Oktober 2023 in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Nummer 6 das Nähere zu einzelnen Facharztgruppen und den erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, bei denen der Genehmigungsvorbehalt nach Absatz 6 Satz 2 entfällt.⁶²

62 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Arznei- oder Verbandmittel, für die ein Festbetrag nach § 35 nicht festgesetzt ist,

1. eine Zuzahlung von 3 Deutsche Mark je Mittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
2. vom 1. Januar 1992 an eine Zuzahlung von 15 vom Hundert, jedoch höchstens 15 Deutsche Mark je Mittel,

an die abgebende Stelle zu leisten.“

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 18 lit. b des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 und 3 durch Abs. 2 bis 4 ersetzt. Abs. 2 und 3 lauteten:

„(2) Ist für ein Arznei- oder Verbandmittel ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Arznei- oder Verbandmittel trägt die Krankenkasse die vollen Kosten abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Arznei- oder Verbandmittel, für die ein Festbetrag nach § 35 nicht festgesetzt ist,

1. bis 30. Juni 1993 eine Zuzahlung von drei Deutsche Mark je Mittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
2. vom 1. Juli 1993 an eine Zuzahlung von 15 vom Hundert, mindestens eine Deutsche Mark und höchstens 10 Deutsche Mark je Mittel,

an die abgebende Stelle zu leisten. Pfennigbeträge sind auf den nächstniedrigeren durch zehn teilbaren Betrag abzurunden.“

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung bei einem Apothekenabgabepreis

1. bis 30 Deutsche Mark 3 Deutsche Mark, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
2. über 30 bis 50 Deutsche Mark 5 Deutsche Mark,
3. über 50 Deutsche Mark 7 Deutsche Mark.

Wenn der Apothekenabgabepreis höher ist als der für dieses Arznei- oder Verbandmittel nach § 35 festgesetzte Festbetrag, tritt für die Berechnung der Zuzahlung der Festbetrag an die Stelle des Apothekenabgabepreises. Die Sätze 1 und 2 finden keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen.“

Artikel 2 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 4 aufgehoben. Satz 1 lautete: „Ab 1. Januar 1994 beträgt die Zuzahlung zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel für kleine Packungsgrößen 3 Deutsche Mark je Packung, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels, für mittlere Packungsgrößen 5 Deutsche Mark je Packung und für große Packungsgrößen 7 Deutsche Mark je Packung.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, soweit die Arzneimittelnicht nach § 34 ausgeschlossen sind.“

Artikel 1 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „4 Deutsche Mark“ durch „9 Deutsche Mark“, „6 Deutsche Mark“ durch „11 Deutsche Mark“ und „8 Deutsche Mark“ durch „13 Deutsche Mark“ ersetzt.

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „9 Deutsche Mark“ durch „8 Deutsche Mark“, „11 Deutsche Mark“ durch „9 Deutsche Mark“ und „13 Deutsche Mark“ durch „10 Deutsche Mark“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

03.08.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1948) hat in Abs. 2 „oder § 35a“ nach „§ 35“ eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. a der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 4 „der Bundesminister“ durch „das Bundesministerium“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 3 Satz 1 „8 Deutsche Mark“ durch „4 Euro“, „9 Deutsche Mark“ durch „4,50 Euro“ und „10 Deutsche Mark“ durch „5 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „8 Deutsche Mark“ durch „4 Euro“ ersetzt.

Artikel 12 Nr. 1 des Gesetzes vom 13. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3586) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 12 Nr. 2 desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

01.01.2003.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 oder § 35a festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung.“

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

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 18 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6“ nach „§ 34“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 4 und 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „für kleine Packungsgrößen 4 Euro je Packung, für mittlere Packungsgrößen 4,50 Euro je Packung und für große Packungsgrößen 5 Euro je Packung“ durch „den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Für Mittel, die nach Absatz 1 Satz 2 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind, tritt an die Stelle der in Satz 1 genannten Beträge ein Betrag von 4 Euro je Verordnung.“

Artikel 1 Nr. 18 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind, leisten Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, als Zuzahlung 4,50 Euro je Packung an die abgebende Stelle, jedoch nicht mehr als die Kosten des Produktes.“

Artikel 1 Nr. 18 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „zu therapiegerechten und wirtschaftlichen Packungsgrößen“ nach „Nähere“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

01.05.2006.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 984) hat Abs. 2 Satz 2 bis 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 4 und 5 eingefügt.

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

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 5 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 16 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 4 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen können“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 3 desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 1 „setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam nach § 213 Abs. 2“ durch „setzt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 14. Juni 2007 (BGBl. I S. 1066) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 1 durch Satz 2 ersetzt. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung ausnahmsweise in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen werden. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt und apothekenpflichtig sind und die bei Anwendung der am 31. Dezember 1994 geltenden Fassung des § 2 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes Arzneimittel gewesen wären, sind in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen; die §§ 33a und 35 finden insoweit keine Anwendung.“

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 1a lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Satz 2 in Abs. 1 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden:

1. Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung,

2. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 sowie Abs. 6 und § 35 gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 1a lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Satz 1 gilt auch für Mittel und Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind.“

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

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat Abs. 2a aufgehoben. Abs. 2a lautete:

„(2a) Für Arzneimittel, die nicht in eine Festbetragsgruppe nach § 35 einzubeziehen sind, setzt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einen Höchstbetrag fest, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten tragen. Den pharmazeutischen Unternehmern ist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Höchstbetrag ist auf Grund einer Bewertung nach § 35b Abs. 1 Satz 3 festzusetzen. Dabei sind die Entwicklungskosten angemessen zu berücksichtigen. Abweichend von Satz 3 kann der Höchstbetrag auch im Einvernehmen mit dem pharmazeutischen Unternehmer festgelegt werden. § 31 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend. Arzneimittel, deren Kosteneffektivität erwiesen ist oder für die eine Kosten-Nutzen-Bewertung nur im Vergleich zur Nichtbehandlung erstellt werden kann, weil eine zweckmäßige Therapiealternative fehlt, sind von der Festsetzung eines Höchstbetrags auszunehmen. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung kann als Grundlage für die Festsetzung eines Höchstbetrags erst erstellt werden, wenn hinreichende Erkenntnisse über die Wirksamkeit des Arzneimittels nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin vorliegen können.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 2 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat in Abs. 3 Satz 4 „durch Beschluss nach § 213 Abs. 2“ nach „kann“ gestrichen und „Apothekeneinkaufspreis einschließlich“ durch „Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne“ ersetzt.

10.03.2017.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 6. März 2017 (BGBl. I S. 403) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Arznei- und Verbandmittel“.

Artikel 4 Nr. 2 desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

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

13.05.2017.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) hat in Abs. 2 Satz 1 „oder § 35a“ nach „§ 35“ gestrichen.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 12a lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 2 „die §§ 35, 126 und 127“ durch „§ 35 und die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 12a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 6 „in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung“ nach „und 127“ eingefügt.

16.08.2019.—Artikel 12 Nr. 1 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) hat Satz 2 in Abs. 1a neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt insbesondere nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend eine Wunde feucht hält.“

Artikel 12 Nr. 1 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 4 „30. April 2018“ durch „31. August 2020“ ersetzt.

Artikel 12 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 7 und 8 eingefügt.

Artikel 12 Nr. 1 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „oder im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung mit einer Leistung nach Satz 1 im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts“ nach „§ 37b“ eingefügt.

Artikel 12 Nr. 1 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 4 eingefügt.

Artikel 12 Nr. 1 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 5 „der Arzneimittel“ durch „der Leistungen“ ersetzt.

Artikel 12 Nr. 1 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 7 „Satz 5“ durch „Satz 7“ ersetzt.

Artikel 12 Nr. 1 lit. c litt. ee desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 8 „Satz 8“ durch „Satz 10“ ersetzt.

Artikel 12 Nr. 1 lit. c litt. ff desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 9 „Satz 4“ durch „Satz 6“ ersetzt.

§ 31a Medikationsplan

(1) Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, haben Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform sowie auf Erstellung eines elektronischen Medikationsplans nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Das Nähere zu den Voraussetzungen des Anspruchs nach Satz 1 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Bestandteil der Bundesmantelverträge. Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels den Versicherten, der einen Anspruch nach Satz 1 hat, über diesen Anspruch zu informieren.

(2) In dem Medikationsplan sind mit Anwendungshinweisen zu dokumentieren

1. alle Arzneimittel, die dem Versicherten verordnet worden sind,
2. Arzneimittel, die der Versicherte ohne Verschreibung anwendet, sowie
3. Hinweise auf Medizinprodukte, soweit sie für die Medikation nach den Nummern 1 und 2 relevant sind.

Den besonderen Belangen der blinden und sehbehinderten Patienten ist bei der Erläuterung der Inhalte des Medikationsplans Rechnung zu tragen.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 4 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 6 Satz 7 „und nutzen“ am Ende gestrichen.

01.03.2020.—Artikel 2 Nr. 4b des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) hat Abs. 1b eingefügt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat in Abs. 6 Satz 7 „Satz 7“ durch „Satz 6“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 8 „Satz 10“ durch „Satz 9“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 9 „Satz 6“ durch „Satz 5“ ersetzt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat Abs. 1 Satz 6 und 7 eingefügt.

26.05.2021.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) in Verbindung mit Artikel 15 Abs. 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) sowie Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 12. Mai 2021 (BGBl. I S. 1087) haben in Abs. 1 Satz 2 „in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung“ nach „Medizinproduktegesetzes“ eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1a Satz 5 „zwölf Monate“ durch „36 Monate“ und „11. April 2017“ durch „Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, wenn eine diätetische Intervention mit bilanzierten Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 fest, unter welchen Voraussetzungen welche bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung vom Vertragsarzt verordnet werden können und veröffentlicht im Bundesanzeiger eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Produkte. § 34 Abs. 6 gilt entsprechend. In die Zusammenstellung sollen nur Produkte aufgenommen werden, die die Anforderungen der Richtlinie erfüllen. Für die Zuzahlung gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung entsprechend. Bei Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu berücksichtigen.“

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 1a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 2 Satz 2 „Abs. 1, 3a“ durch „Absatz 1, 1b, 3a“ ersetzt.

27.07.2023.—Artikel 2 Nr. 1 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 197) hat in Abs. 1a Satz 5 „36 Monate“ durch „48 Monate“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 6 bis 9 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „30 vom Hundert“ durch „20 vom Hundert“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 11 und 12 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 7 eingefügt.

(3) Der Arzt nach Absatz 1 Satz 1 hat den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert oder er Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist. Auf Wunsch des Versicherten hat die Apotheke bei Abgabe eines Arzneimittels eine insoweit erforderliche Aktualisierung des Medikationsplans vorzunehmen. Ab dem 1. Januar 2019 besteht der Anspruch auf Aktualisierung über den Anspruch nach Satz 1 hinaus gegenüber jedem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt sowie nach Satz 2 gegenüber der abgebenden Apotheke, wenn der Versicherte gegenüber dem Arzt oder der abgebenden Apotheke den Zugriff auf den elektronischen Medikationsplan nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 erlaubt. Hierzu haben Apotheken sich bis zum 30. September 2020 an die Telematikinfrastruktur nach § 291a Absatz 7 Satz 1 anzuschließen. Die Aktualisierungen nach Satz 3 sind im elektronischen Medikationsplan nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 zu speichern, sofern der Versicherte dies wünscht.

(3a) Bei der Angabe von Fertigarzneimitteln sind im Medikationsplan neben der Arzneimittelbezeichnung insbesondere auch die Wirkstoffbezeichnung, die Darreichungsform und die Wirkstärke des Arzneimittels anzugeben. Hierfür sind einheitliche Bezeichnungen zu verwenden, die in der Referenzdatenbank nach § 31b zur Verfügung gestellt werden.

(4) Inhalt, Struktur und die näheren Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans sowie ein Verfahren zu seiner Fortschreibung vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Den auf Bundesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(5) Von den Regelungen dieser Vorschrift bleiben regionale Modellvorhaben nach § 63 unberührt.⁶³

63 QUELLE

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 1 „ab dem 1. Oktober 2016“ nach „haben“ gestrichen.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 5 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 5 Satz 1 „und Nutzung“ nach „Verarbeitung“ gestrichen.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

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

Artikel 1 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „die näheren“ nach „Struktur und“ eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 1 Satz 2 „bis zum 30. Juni 2016 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016“ nach „Krankenkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3“ durch „den elektronischen Medikationsplan nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „bis zum 30. April 2016“ nach „Bundesebene“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 3 bis 8 in Abs. 4 aufgehoben. Die Sätze 3 bis 8 lauteten: „Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, ist auf Antrag einer der Vereinbarungspartner nach Satz 1 oder des Bundesministeriums für Gesundheit ein Schlichtungsverfahren bei der Schlichtungsstelle nach § 291c Absatz 1 einzuleiten. Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens hat die Schlichtungsstelle einen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. Vor ihrem Entscheidungsvorschlag hat die Schlichtungsstelle den in den Sätzen 1 und 2 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Entscheidungsvorschlags keine Entscheidung der Vereinbarungspartner zustande, entscheidet die Schlichtungsstelle anstelle der Vereinbarungspartner innerhalb von zwei Wochen. Auf

§ 31b Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die Errichtung und das Betreiben einer Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel sicher. Es kann die Errichtung und das Betreiben einer Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel auf das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder nach § 31c auf eine juristische Person des Privatrechts übertragen.

(2) In der Referenzdatenbank sind für jedes in den Verkehr gebrachte Fertigarzneimittel die Wirkstoffbezeichnung, die Darreichungsform und die Wirkstärke zu erfassen und in elektronischer Form allgemein zugänglich zu machen.

(3) Die Wirkstoffbezeichnung, die Darreichungsform und die Wirkstärke basieren auf den Angaben, die der Zulassung, der Registrierung oder der Genehmigung für das Inverkehrbringen des jeweiligen Arzneimittels zugrunde liegen. Die Wirkstoffbezeichnung, Darreichungsform und Wirkstärke sind im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinheitlichen und patientenverständlich so zu gestalten, dass Verwechslungen ausgeschlossen sind. Vor der erstmaligen Bereitstellung der Daten ist das Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer herzustellen. § 31a Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend. Die in der Referenzdatenbank verzeichneten Angaben sind regelmäßig, mindestens jedoch alle zwei Wochen, zu aktualisieren.

(4) Von Unternehmen oder Personen, die die Referenzdatenbank für die Zwecke ihrer gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit nutzen, können kostendeckende Entgelte verlangt werden.⁶⁴

§ 31c Beleihung mit der Aufgabe der Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel; Rechts- und Fachaufsicht über die Beliehene

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit kann eine juristische Person des Privatrechts mit ihrem Einverständnis mit der Aufgabe und den hierfür erforderlichen Befugnissen beleihen, die Referenzdatenbank nach § 31b zu errichten und zu betreiben, wenn diese Person die Gewähr für eine sachgerechte Erfüllung der ihr übertragenen Aufgabe bietet.

die Entscheidungen der Schlichtungsstelle findet § 291c Absatz 7 Satz 4 bis 6 Anwendung. Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist für die Vereinbarungspartner nach Satz 1 und für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie kann nur durch eine alternative Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Satz 1 in gleicher Sache ersetzt werden.“ Artikel 1 Nr. 5 lit. d und e desselben Gesetzes hat Abs. 5 aufgehoben und Abs. 6 in Abs. 5 unnummeriert. Abs. 5 lautete:

„(5) Für die elektronische Verarbeitung der Daten des Medikationsplans ist die Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 erstmals bis zum 30. April 2017 so fortzuschreiben, dass Daten nach Absatz 2 Satz 1 in den von Vertragsärzten zur Verordnung genutzten elektronischen Programmen und in den elektronischen Programmen der Apotheken einheitlich abgebildet und zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit genutzt werden können. Bei der Fortschreibung nach Satz 1 ist der Gesellschaft für Telematik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt die erstmalige Fortschreibung nach Satz 1 nicht innerhalb der dort genannten Frist zustande, gilt Absatz 4 Satz 3 bis 8 entsprechend.“

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie auf Erstellung eines elektronischen Medikationsplans nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4“ nach „Papierform“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 5 „mittels der elektronischen Gesundheitskarte“ durch „im elektronischen Medikationsplan nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4“ ersetzt.

64 QUELLE

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 2a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift eingefügt.

(2) Eine juristische Person des Privatrechts bietet die Gewähr für eine sachgerechte Erfüllung der ihr übertragenen Aufgabe, wenn

1. die natürlichen Personen, die nach dem Gesetz, dem Gesellschaftsvertrag oder der Satzung die Geschäftsführung und Vertretung ausüben, zuverlässig und fachlich geeignet sind und
2. sie die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendige Organisation sowie technische und finanzielle Ausstattung hat.

(3) Die Beleihung ist zu befristen und soll fünf Jahre nicht unterschreiten. Sie kann verlängert werden. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes kann das Bundesministerium für Gesundheit die Beleihung vor Ablauf der Frist beenden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Beleihung jederzeit beenden, wenn die Voraussetzungen der Beleihung

1. zum Zeitpunkt der Beleihung nicht vorgelegen haben oder
2. nach dem Zeitpunkt der Beleihung entfallen sind.

(4) Die Beliehene unterliegt bei der Wahrnehmung der ihr übertragenen Aufgaben der Rechts- und Fachaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Zur Wahrnehmung seiner Aufsichtstätigkeit kann das Bundesministerium für Gesundheit insbesondere

1. sich jederzeit über die Angelegenheiten der Beliehenen, insbesondere durch Einholung von Auskünften, Berichten und die Vorlage von Aufzeichnungen aller Art, informieren,
2. Maßnahmen beanstanden und entsprechende Abhilfe verlangen.

(5) Die Beliehene ist verpflichtet, den Weisungen des Bundesministeriums für Gesundheit nachzukommen. Im Falle der Amtshaftung wegen Ansprüchen Dritter kann der Bund gegenüber der Beliehenen bei Vorliegen von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit Rückgriff nehmen.⁶⁵

§ 32 Heilmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind. Ein Anspruch besteht auch auf Versorgung mit Heilmitteln, die telemedizinisch erbracht werden. Für nicht nach Satz 1 ausgeschlossene Heilmittel bleibt § 92 unberührt.

(1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. Er hat insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist. Ist in der Richtlinie ein Genehmigungsverfahren vorgesehen, so ist über die Anträge innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.

(1b) Verordnungen, die über die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 geregelte orientierte Behandlungsmenge hinausgehen, bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1) oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden. Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die nach § 125 vereinbart oder nach § 125b Absatz 2 festgesetzt worden sind.⁶⁶

65 QUELLE

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 2a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift eingefügt.

66 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2 Satz 2 „das Heilmittel in der Praxis des Arztes“ durch „Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Satz 2 Nr. 1)“ und „wird“ durch „werden“ ersetzt.

§ 33 Hilfsmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der Anspruch umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie die notwendige Änderung, Instandsetzung und

Artikel 1 Nr. 19 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 bis 5 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 2 Satz 1 „10 vom Hundert“ durch „15 vom Hundert“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „eine Zuzahlung von 15 vom Hundert“ durch „als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 1a eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 7b des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 1a neu gefasst. Abs. 1a lautete:

„(1a) Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf haben die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 13a lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1a Satz 1 „bis zum 30. Juni 2016“ nach „regeln“ gestrichen.

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

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 2b lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 2 „Absatz 1“ nach „§ 27“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2b lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 3 bis 5 in Abs. 2 durch Satz 3 ersetzt. Die Sätze 3 bis 5 lauteten: „Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die für die Krankenkasse des Versicherten nach § 125 für den Bereich des Vertragsarztsitzes vereinbart sind. Bestehen insoweit unterschiedliche Preisvereinbarungen, hat die Krankenkasse einen durchschnittlichen Preis zu errechnen. Die Krankenkasse teilt die anzuwendenden Preise den Kassenärztlichen Vereinigungen mit, die die Vertragsärzte darüber unterrichten.“

23.09.2020.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat Abs. 1c eingefügt.

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

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 9a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 1c aufgehoben. Abs. 1c lautete:

„(1c) Ab dem 1. Oktober 2020 bedürfen Verordnungen von Heilmitteln mit Ausnahme des Genehmigungsverfahrens nach Absatz 1a Satz 2 keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.“

Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der durch mögliche Stichverletzungen eine Infektionsgefahr besteht oder angenommen werden kann. Zu diesen Tätigkeiten gehören insbesondere Blutentnahmen und Injektionen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Januar 2020 die Tätigkeiten, bei denen eine erhöhte Infektionsgefährdung angenommen werden kann. § 18 Absatz 6a des Elften Buches ist zu beachten.

(2) Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie

1. nach ICD 10-GM 2017 auf Grund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder
2. einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus

aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.

(3) Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für Anspruchsberechtigte nach Absatz 2 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuß zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

(4) Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 2 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.

(5) Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, daß die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

(5a) Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. § 18 Absatz 6a und § 40 Absatz 6 des Elften Buches sind zu beachten.

(5b) Sofern die Krankenkassen nicht auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichten, haben sie den Antrag auf Bewilligung eines Hilfsmittels mit eigenem weisungsgebundenem Personal zu prüfen. Sie können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst vor Bewilligung eines Hilfsmittels nach § 275 Absatz 3 Nummer 1 prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Eine Beauftragung Dritter ist nicht zulässig.

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43c Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

(9) Absatz 1 Satz 9 gilt entsprechend für Intraokularlinsen beschränkt auf die Kosten der Linsen.⁶⁷

67 ÄNDERUNGEN

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 4 aufgehoben. Satz 1 lautete: „Zu den Kosten des Brillengestells zahlt die Krankenkasse einen Zuschuß von 20 Deutsche Mark, soweit nicht für Brillengestelle geringere Festbeträge nach § 36 festgesetzt sind.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 9 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Satz 1 „, einer drohenden Behinderung vorzubeugen“ nach „sichern“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „Seh- und“ nach „mit“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 20 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 4 bis 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 2 durch die Sätze 2 bis 5 ersetzt. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie eine Zuzahlung von 20 vom Hundert des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages an die abgebende Stelle zu leisten; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um diesen Betrag.“

Artikel 1 Nr. 20 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen.“

Artikel 1 Nr. 20 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuß“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuß“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 17 lit. a, b und c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 und 2 neu gefasst. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach den

Sätzen 1 und 2. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.

(2) Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise gemäß § 127 Abs. 1 Satz 1. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 2 Satz 1 geschlossen und können die Versicherten hierdurch in für sie zumutbarer Weise mit Hilfsmitteln versorgt werden, trägt sie die Kosten in Höhe des Preises nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4, höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten. Die Differenz zwischen dem Preis nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 und dem Abgabepreis des in Anspruch genommenen Leistungserbringers zahlen Versicherte an den Leistungserbringer. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um die Zuzahlung; die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert je Packung, höchstens jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation.“

Artikel 1 Nr. 17 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 jeweils „Absatz 1“ durch „Absatz 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 6 bis 8 eingefügt.

01.01.2010.—Artikel 1 Nr. 1b lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat in Abs. 6 Satz 1 „oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt“ nach „Krankenkasse“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 1b lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 7 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 9 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 8 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 5a eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 8 Satz 2 „§ 43b“ durch „§ 43c“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 4 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

Artikel 4 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5a Satz 3 eingefügt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 5 „zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie“ nach „auch“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.“

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

Artikel 1 Nr. 2 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 4 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 1 Satz 6 bis 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 4 in Abs. 6 aufgehoben. Die Sätze 2 bis 4 lauteten: „Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten

§ 33a Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen). Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen, die

1. vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e aufgenommen wurden und
2. entweder nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.

Für die Genehmigung nach Satz 2 Nummer 2 ist das Vorliegen der medizinischen Indikation nachzuweisen, für die die digitale Gesundheitsanwendung bestimmt ist. Wählen Versicherte Medizinprodukte, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen hinausgehen oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 134 übersteigen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

(2) Medizinprodukte mit niedriger Risikoklasse nach Absatz 1 Satz 1 sind solche, die der Risikoklasse I oder IIa nach § 13 Absatz 1 des Medizinproduktegesetzes in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. L 169 vom 12.7.1993, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2020/561 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2020 zur Änderung der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte hinsichtlich des Geltungsbeginns einiger ihrer Bestimmungen (ABl. L 130 vom 24.4.2020, S. 18) geändert worden ist oder nach Artikel 51 in Verbindung mit Anhang VIII der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates (ABl. L 117 vom 5.5.2017, S. 1; L 117 vom 3.5.2019, S. 9) zugeordnet und als solche bereits in den Verkehr gebracht sind, als Medizinprodukt der Risikoklasse IIa auf Grund der Übergangsbestimmungen in Artikel 120 Absatz 3 oder Absatz 4 der Verordnung (EU) 2017/745 in Verkehr gebracht wurden oder als Medizinprodukt der Risikoklasse I auf Grund unionsrechtlicher Vorschriften zunächst verkehrsfähig bleiben und im Verkehr sind.

(3) Die Hersteller stellen den Versicherten digitale Gesundheitsanwendungen im Wege elektronischer Übertragung über öffentlich zugängliche Netze oder auf maschinell lesbaren Datenträgern zur Verfügung. Ist eine Übertragung oder Abgabe nach Satz 1 nicht möglich, können digitale Gesundheitsanwendungen auch über öffentlich zugängliche digitale Vertriebsplattformen zur Verfü-

Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen. Im Falle des § 127 Absatz 1 Satz 4 können die Versicherten einen der Leistungserbringer frei auswählen.“

Artikel 1 Nr. 14 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 9 „Satz 5“ durch „Satz 6“ ersetzt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat Abs. 6 Satz 2 und 3 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 5a Satz 3 „des Elften Buches ist“ durch „und § 40 Absatz 6 des Elften Buches sind“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 9 „Satz 6“ durch „Satz 9“ ersetzt.

01.10.2023.—Artikel 6 Nr. 3 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 10 und Abs. 5a Satz 4 jeweils „§ 18 Absatz 6a“ durch „§ 18b Absatz 3“ ersetzt.

gung gestellt werden; in diesen Fällen erstattet die Krankenkasse dem Versicherten die tatsächlichen Kosten bis zur Höhe der Vergütungsbeträge nach § 134.

(4) Leistungsansprüche nach anderen Vorschriften dieses Buches bleiben unberührt. Der Leistungsanspruch nach Absatz 1 besteht unabhängig davon, ob es sich bei der digitalen Gesundheitsanwendung um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode handelt; es bedarf keiner Richtlinie nach § 135 Absatz 1 Satz 1. Ein Leistungsanspruch nach Absatz 1 auf digitale Gesundheitsanwendungen, die Leistungen enthalten, die nach dem Dritten Kapitel ausgeschlossen sind oder über die der Gemeinsame Bundesausschuss bereits eine ablehnende Entscheidung nach den §§ 92, 135 oder 137c getroffen hat, besteht nicht.

(5) Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Vertragspsychotherapeuten dürfen Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen nicht bestimmten Leistungserbringern zuweisen. Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Vertragspsychotherapeuten dürfen mit Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen oder mit Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen, die eine Zuweisung oder eine Übermittlung von Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen zum Gegenstand haben. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit gesetzlich etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall ein anderes Vorgehen geboten ist. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für elektronische Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag jährlich, erstmals zum 31. Dezember 2021, einen Bericht vor, wie und in welchem Umfang den Versicherten Leistungen nach Absatz 1 zu Lasten seiner Mitglieder gewährt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die erstatteten Leistungen sowie Art und Umfang der Übermittlung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht den Bericht barrierefrei im Internet. Das Bundesministerium für Gesundheit kann weitere Inhalte des Berichts in der Rechtsverordnung nach § 139e Absatz 9 festlegen.⁶⁸

68 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 17b des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 21 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 33a Verordnungsfähige Arzneimittel

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf der Grundlage der Vorschlagsliste nach Absatz 6 eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel, aufgeführt als Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen jeweils unter Berücksichtigung der Indikationen und Darreichungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung, zu erlassen. Auf Grundlage der Rechtsverordnung gibt das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich eine Fertigarzneimittelliste bekannt, die in dem datenbankgestützten Informationssystem des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zur Verfügung gestellt wird.

(2) Zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach Absatz 1 wird beim Bundesministerium für Gesundheit ein Institut für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung errichtet, das aus einer Kommission und einer Geschäftsstelle besteht; der Leiter der Geschäftsstelle ist der Geschäftsführer des Instituts. Mitglieder der Kommission sind

1. drei medizinische Sachverständige, davon zwei aus der ärztlichen Praxis, darunter ein Hausarzt nach § 73 Abs. 1a Satz 1, und einer aus der klinischen Medizin,
2. zwei Sachverständige der Pharmakologie und der klinischen Pharmakologie,
3. ein Sachverständiger der medizinischen Statistik.

Weitere Mitglieder der Kommission sind

1. ein Sachverständiger der Phytotherapie,
2. ein Sachverständiger der Homöopathie,
3. ein Sachverständiger der anthroposophischen Medizin