

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

mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium der Medizin oder Pharmazie. Die Sachverständigen und ein Stellvertreter für jede der in den Sätzen 2 und 3 genannten Gruppen werden vom Bundesministerium für Gesundheit für die Dauer von vier Jahren berufen. Die Amtsdauer von Sachverständigen und Stellvertretern, die während einer Amtsperiode berufen werden, endet mit der jeweiligen Amtsperiode. Die Mitgliedschaft kann den Sachverständigen und Stellvertretern vom Bundesministerium für Gesundheit entzogen werden, wenn sie an den Aufgaben des Instituts nicht oder nicht im vorgesehenen Umfang mitwirken oder begründete Zweifel an ihrer Unparteilichkeit bestehen.

(3) Die Mitglieder der Kommission nach Absatz 2 Satz 2 und 3 und die Stellvertreter sind unabhängig und nicht an Weisungen gebunden. Sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie können ihr Amt durch Erklärung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit jederzeit niederlegen. Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder dürfen keine finanziellen oder sonstigen Interessen haben, die ihre Unparteilichkeit beeinflussen könnten. Sie haben dem Bundesministerium für Gesundheit vor ihrer Berufung alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten und der pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offenzulegen. Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Kommission sind nach dem Verpflichtungsgesetz besonders zu verpflichten.

(4) Die Mitglieder der Kommission wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden für eine Amtsdauer von zwei Jahren. Die Ämter des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden enden mit der Mitgliedschaft. Die Mitglieder der Kommission erhalten Ersatz der Auslagen und ein Entgelt für den Zeitaufwand. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter können eine pauschale Aufwandsentschädigung erhalten.

(5) Die Kommission ist beschlussfähig, wenn mindestens sieben stimmberechtigte Sitzungsteilnehmer anwesend sind. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung. An den Sitzungen der Kommission können die nicht stimmberechtigten Stellvertreter, die Mitarbeiter der Geschäftsstelle und weitere Vertreter des Bundesministerium für Gesundheit teilnehmen. Die Beratungen der Kommission sind vertraulich.

(6) Das Institut erstellt auf der Grundlage der Kriterien nach Absatz 7 zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach Absatz 1 eine Vorschlagsliste von Arzneimitteln, die in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind (Vorschlagsliste). Die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie werden in einem Anhang aufgelistet. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen können in den Hauptteil der Vorschlagsliste aufgenommen werden, sofern sie den für diesen geltenden Urteilsstandards entsprechen. Die Vorschlagsliste einschließlich Anhang ist nach Anwendungsgebieten und Stoffgruppen zu ordnen. Sie kann Anwendungsgebiete von Arzneimitteln von der Verordnungsfähigkeit ausnehmen oder die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln an bestimmte medizinische Bedingungen knüpfen.

(7) In die Vorschlagsliste aufzunehmen sind Arzneimittel, die für eine zweckmäßige, ausreichende und notwendige Behandlung, Prävention oder Diagnostik von Krankheiten oder erheblichen Gesundheitsstörungen geeignet sind; Voraussetzung für diese Eignung ist ein mehr als geringfügiger therapeutischer Nutzen, gemessen am Ausmaß des erzielbaren therapeutischen Effekts. Den indikationsbezogenen Bewertungen sind jeweils einheitliche Urteilsstandards zu Grunde zu legen. In die Bewertungen einzubeziehen sind Qualität und Aussagekraft der Belege, die therapeutische Relevanz der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erfolgswahrscheinlichkeit der therapeutischen, präventiven oder diagnostischen Maßnahme. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit nach § 34 Abs. 1 eine Verordnungsfähigkeit besteht. Nicht aufzunehmen sind Arzneimittel, die für geringfügige Gesundheitsstörungen bestimmt sind, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilbar ist. Die Kriterien für die Aufnahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen haben den Besonderheiten der jeweiligen Therapierichtung Rechnung zu tragen.

**§ 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel**

(1) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auf der Grundlage der Richtlinie nach Satz 2 dafür Sorge zu tragen, dass eine Zusammenstellung der ordnungsfähigen Fertigarzneimit-

---

(8) Das Institut kann zu seiner Beratung Sachverständige heranziehen. Absatz 3 Satz 6 gilt entsprechend. Die Behörden des Geschäftsbereichs des Bundesministeriums für Gesundheit sowie die Verbände der Ärzteschaft, der Apothekerschaft und der pharmazeutischen Industrie sind verpflichtet, der Kommission auf Verlangen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen; Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind zu wahren.

(9) Die Kommission fasst ihre Beschlüsse mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Sie beschließt die Vorschlagsliste mit mindestens sieben Stimmen. Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft, insbesondere den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, den Vereinigungen zur Förderung der Belange der besonderen Therapierichtungen, den Berufsvertretungen der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, den Verbänden der pharmazeutischen Industrie, den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie den Vereinigungen von Patienten und Betroffenen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vorschlagsliste ist erstmalig bis zum 30. Juni 2001 zu beschließen.

(10) Die Kommission soll die Vorschlagsliste laufend an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anpassen und neue Arzneimittel berücksichtigen. Der pharmazeutische Unternehmer kann nach Zulassung des Arzneimittels dessen Berücksichtigung in der beschlossenen Vorschlagsliste beantragen. Arzneimittel, die den Anforderungen nach Absatz 7 nicht oder nicht mehr entsprechen, sind aus der Vorschlagsliste herauszunehmen. Arzneimittel, bei denen die Voraussetzungen des § 49 des Arzneimittelgesetzes vorliegen und die der Zulassungspflicht nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes entsprechen und die nicht unter Absatz 7 Satz 5 fallen, sind nach ihrer Zulassung oder der Genehmigung für das Inverkehrbringen zunächst ordnungsfähig, bis durch Rechtsverordnung nach Absatz 1 über ihre Aufnahme in die Liste nach Absatz 1 Satz 1 entschieden ist. Das Bundesministerium für Gesundheit macht diese Arzneimittel mit Datum der Zulassung im Bundesanzeiger bekannt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(11) Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die nicht nach Absatz 1 oder Absatz 10 ordnungsfähig sind, ausnahmsweise im Einzelfall mit Begründung im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien verordnen, sofern dies dort vorgesehen ist.

(12) Klagen gegen die Vorschlagsliste sind unzulässig. Für Klagen gegen die Liste ordnungsfähiger Arzneimittel nach Absatz 1 gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Gesonderte Klagen gegen die Gliederungen nach Anwendungsgebieten oder Stoffgruppen oder gegen sonstige Teile der Zusammenstellungen sind unzulässig. Für Klagen auf Aufnahme in die Liste ordnungsfähiger Arzneimittel nach Absatz 1 oder auf Bekanntmachung als vorläufig ordnungsfähiges Arzneimittel nach Absatz 10 gelten die Vorschriften über die Leistungsklage entsprechend.“

**QUELLE**

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

23.05.2020.—Artikel 15 Abs. 4 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat in Abs. 2 „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 „oder IIa“ eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Abs. 5 und 6 eingefügt.

tel erstellt, regelmäßig aktualisiert wird und im Internet abruffähig sowie in elektronisch weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung steht. Satz 1 gilt nicht für:

1. versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
2. versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

Für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind von der Versorgung nach § 31 folgende verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten ausgeschlossen:

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Das Nähere regeln die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6.

(2) Abweichend von Absatz 1 haben Versicherte, bei denen eine bestehende schwere Tabakabhängigkeit festgestellt wurde, Anspruch auf eine einmalige Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung. Eine erneute Versorgung nach Satz 1 ist frühestens drei Jahre nach Abschluss der Behandlung nach Satz 1 möglich. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 fest, welche Arzneimittel und unter welchen Voraussetzungen Arzneimittel zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung verordnet werden können.

(3) Der Ausschluss der Arzneimittel, die in Anlage 2 Nummer 2 bis 6 der Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301), die zuletzt durch die Verordnung vom 9. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4554) geändert worden ist, aufgeführt sind, gilt als Verordnungsausschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses und ist Teil der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. Die Rechtsverordnung kann auch bestimmen, inwieweit geringfügige Kosten der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Instandsetzung von Hörgeräten und ihre Versorgung mit Batterien bei Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt.

(5) (weggefallen)

(6) Pharmazeutische Unternehmer können beim Gemeinsamen Bundesausschuss Anträge zur Aufnahme von Arzneimitteln in die Zusammenstellung nach Absatz 1 Satz 2 und 4 stellen. Die Anträge sind ausreichend zu begründen; die erforderlichen Nachweise sind dem Antrag beizufügen. Sind die Angaben zur Begründung des Antrags unzureichend, teilt der Gemeinsame Bundesausschuss dem Antragsteller unverzüglich mit, welche zusätzlichen Einzelangaben erforderlich sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über ausreichend begründete Anträge nach Satz 1 innerhalb von 90 Tagen zu bescheiden und den Antragsteller über Rechtsmittel und Rechtsmittelfristen zu

belehren. Eine ablehnende Entscheidung muss eine auf objektiven und überprüfbaren Kriterien beruhende Begründung enthalten. Für das Antragsverfahren sind Gebühren zu erheben. Das Nähere insbesondere zur ausreichenden Begründung und zu den erforderlichen Nachweisen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss.<sup>69</sup>

## 69 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 jeweils „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt und „dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und“ nach „mit“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 2 lit. a der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 jeweils „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“ und „Bundesminister für Wirtschaft“ durch „Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie“ ersetzt.

Artikel 216 Nr. 2 lit. b derselben Verordnung hat in Abs. 4 Satz 1 „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“ ersetzt.

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

Artikel 204 Nr. 2 lit. b derselben Verordnung hat in Abs. 4 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 Satz 1 bis 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 6 „verschreibungspflichtige“ nach „folgende“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 7 bis 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 5 eingefügt.

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

Artikel 256 Nr. 2 lit. b derselben Verordnung hat in Abs. 4 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 17a lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 4 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Bis zum Inkrafttreten dieser Richtlinien kann der Vertragsarzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach den Kriterien des Satzes 2 verordnen.“

Artikel 1 Nr. 17a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat Abs. 2 und 5 aufgehoben. Abs. 2 und 5 lauteten:

„(2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Versorgung nach § 31 weitere Arzneimittel ausschließen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden. Dabei ist zu bestimmen, unter welchen besonderen medizinischen Voraussetzungen die Kosten für diese Mittel von der Krankenkasse übernommen werden. Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für Heilmittel nach § 32, wenn sie im Anwendungsgebiet der ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden.“

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

„(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Versorgung nach § 31 unwirtschaftliche Arzneimittel ausschließen. Als unwirtschaftlich sind insbesondere Arzneimittel anzusehen, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nach-

§ 34a<sup>70</sup>**§ 35 Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel**

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit

1. denselben Wirkstoffen,
2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,

zusammengefaßt werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind. Bei der Bildung von Gruppen nach Satz 1 soll bei Arzneimitteln mit Wirkstoffen zur Behandlung bakterieller Infektionskrankheiten (Antibiotika) die Resistenzsituation berücksichtigt werden. Arzneimittel, die als Reserveantibiotika für die Versorgung von Bedeutung sind, können von der Bildung von Gruppen nach Satz 1 ausgenommen werden. Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, daß Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen. Ausgenommen von den nach Satz 2 Nummer 2 und 3 gebildeten Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist oder die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als erster dieser Gruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht. Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt auch die nach Absatz 3 notwendigen rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen. Für die Vorbereitung der Beschlüsse nach Satz 1 durch die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt § 106 Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss Dritte beauftragt, hat er zu gewährleisten, dass diese ihre Bewertungsgrundsätze und die Begründung für ihre Bewertungen einschließlich der verwendeten Daten offen legen. Die Namen beauftragter Gutachter dürfen nicht genannt werden.

(1a) Bei der Bildung von Gruppen nach Absatz 1 Satz 2 bleiben Arzneimittel mit altersgerechten Darreichungsformen und Wirkstärken für Kinder unberücksichtigt. Der Gemeinsame Bundesauss-

---

gewiesen ist. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Arzneimittel bleibt § 92 unberührt.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 und 5 jeweils „Heil- und“ vor „Hilfsmittel“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 4 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 6a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 2 „erstmalig bis zum 31. März 2004“ nach „Nr. 6“ gestrichen.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 10a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 2 eingefügt.

**70 QUELLE**

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

**AUFHEBUNG**

01.01.1996.—Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1986) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

**„§ 34a Liste verordnungsfähiger Arzneimittel**

Der Bundesminister für Gesundheit erläßt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Vorschlagsliste nach § 92a Abs. 5 als Liste verordnungsfähiger Fertigarzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung nach Prüfung ihrer Vereinbarkeit mit den in § 92a aufgestellten Voraussetzungen und anderen Rechtsvorschriften. Die Rechtsverordnung ist erstmalig bis zum 31. Dezember 1995 zu erlassen.“

schuss nimmt für Arzneimittel mit altersgerechten Darreichungsformen und Wirkstärken für Kinder, die nach der erstmaligen Bekanntmachung der nach Absatz 5a Satz 1 erstellten Liste in Verkehr gebracht werden und für die kein Erstattungsbetrag nach § 130b vereinbart oder festgesetzt worden ist, eine fiktive Eingruppierung in eine Festbetragsgruppe vor. Das Nähere hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. Für die in Satz 2 genannten Arzneimittel setzt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einen fiktiven Festbetrag fest, der bei einer Eingruppierung in eine Festbetragsgruppe entsprechend der fiktiven Eingruppierung nach Satz 2 auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer gelten würde. Die Absätze 7 und 8 sind auf die Festsetzung des fiktiven Festbetrags entsprechend anzuwenden.

(1b) Eine therapeutische Verbesserung nach Absatz 1 Satz 6 liegt vor, wenn das Arzneimittel einen therapierelevanten höheren Nutzen als andere Arzneimittel dieser Wirkstoffgruppe hat und deshalb als zweckmäßige Therapie regelmäßig oder auch für relevante Patientengruppen oder Indikationsbereiche den anderen Arzneimitteln dieser Gruppe vorzuziehen ist. Bewertungen nach Satz 1 erfolgen für gemeinsame Anwendungsgebiete der Arzneimittel der Wirkstoffgruppe. Ein höherer Nutzen nach Satz 1 kann auch eine Verringerung der Häufigkeit oder des Schweregrads therapierelevanter Nebenwirkungen sein. Der Nachweis einer therapeutischen Verbesserung erfolgt aufgrund der Fachinformationen und durch Bewertung von klinischen Studien nach methodischen Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin, soweit diese Studien allgemein verfügbar sind oder gemacht werden und ihre Methodik internationalen Standards entspricht. Vorrangig sind klinische Studien, insbesondere direkte Vergleichsstudien mit anderen Arzneimitteln dieser Wirkstoffgruppe mit patientenrelevanten Endpunkten, insbesondere Mortalität, Morbidität und Lebensqualität, zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Bewertung sind in der Begründung zu dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 fachlich und methodisch aufzubereiten, sodass die tragenden Gründe des Beschlusses nachvollziehbar sind. Vor der Entscheidung sind die Sachverständigen nach Absatz 2 auch mündlich anzuhören. Vorbehaltlich einer abweichenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses aus wichtigem Grund ist die Begründung des Beschlusses bekannt zu machen, sobald die Vorlage nach § 94 Abs. 1 erfolgt, spätestens jedoch mit Bekanntgabe des Beschlusses im Bundesanzeiger. Ein Arzneimittel, das von einer Festbetragsgruppe freigestellt ist, weil es einen therapierelevanten höheren Nutzen nur für einen Teil der Patienten oder Indikationsbereiche des gemeinsamen Anwendungsgebietes nach Satz 1 hat, ist nur für diese Anwendungen wirtschaftlich; das Nähere ist in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zu regeln.

(2) Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind auch Stellungnahmen von Sachverständigen dieser Therapierichtungen einzuholen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt den jeweiligen Festbetrag auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen fest. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann einheitliche Festbeträge für Verbandmittel festsetzen. Für die Stellungnahmen der Sachverständigen gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) (weggefallen)

(5) Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten; soweit wie möglich ist eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl sicherzustellen. Die Festbeträge sind mindestens einmal im Jahr zu überprüfen; sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen. Der Festbetrag für die Arzneimittel in einer Festbetragsgruppe nach Absatz 1 Satz 2 soll den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis einer Standardpackung nicht übersteigen. Dabei müssen min-

destens ein Fünftel aller Verordnungen und mindestens ein Fünftel aller Packungen zum Festbetrag verfügbar sein; zugleich darf die Summe der jeweiligen Vomhundertsätze der Verordnungen und Packungen, die nicht zum Festbetrag erhältlich sind, den Wert von 160 nicht überschreiten. Bei der Berechnung nach Satz 4 sind hochpreisige Packungen mit einem Anteil von weniger als 1 vom Hundert an den verordneten Packungen in der Festbetragsgruppe nicht zu berücksichtigen. Für die Zahl der Verordnungen sind die zum Zeitpunkt des Berechnungstichtages zuletzt verfügbaren Jahresdaten nach § 84 Abs. 5 zu Grunde zu legen. Hebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einen Festbetrag auf und findet anschließend § 130a Absatz 3 Anwendung, gilt § 130a Absatz 3d Satz 2.

(5a) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erstellt nach Anhörung des nach § 52b Absatz 3b des Arzneimittelgesetzes eingerichteten Beirats erstmals bis zum 27. Juli 2023 eine aktuelle Liste von Arzneimitteln, die auf Grund der zugelassenen Darreichungsformen und Wirkstärken zur Behandlung von Kindern notwendig sind. Die nach Satz 1 erstellte Liste sowie die Änderungen dieser Liste sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen. Sofern Arzneimittel im Zuständigkeitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts betroffen sind, erfolgt die Bekanntmachung im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hebt innerhalb von vier Monaten nach der Bekanntmachung der nach Satz 1 erstellten Liste oder einer Änderung dieser Liste die für die in der Liste aufgeführten Arzneimittel festgesetzten Festbeträge auf. Abweichend von Satz 4 hebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für die in der nach Satz 1 erstellten Liste aufgeführten Arzneimittel festgesetzten Festbeträge erstmals ab dem 1. Februar 2024 auf.

(5b) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann nach Anhörung des nach § 52b Absatz 3b des Arzneimittelgesetzes eingerichteten Beirats für Arzneimittel mit einem versorgungskritischen Wirkstoff erstmals ab dem 1. Oktober 2023 die Anhebung des Festbetrags auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer um 50 Prozent oder des für die Anwendung maßgeblichen Preisstands nach § 130a Absatz 3a um 50 Prozent empfehlen. Die Empfehlung ist unter Angabe des Wirkstoffs und der betroffenen Darreichungsformen schriftlich zu begründen. Auf der Grundlage der Empfehlung kann das Bundesministerium für Gesundheit nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die betroffenen Arzneimittel einmalig eine Anhebung des Festbetrags auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer oder des für die Anwendung maßgeblichen Preisstands nach § 130a Absatz 3a um 50 Prozent bestimmen. Die Bestimmung nach Satz 3 ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt innerhalb von vier Monaten nach der Bekanntmachung nach Satz 4 einen neuen Festbetrag auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer für die betroffenen Arzneimittel fest, der um 50 Prozent höher als der bisher festgesetzte Festbetrag ist. Der neue Festbetrag gilt bis zur nächsten Anpassung des Festbetrags nach Absatz 5 Satz 3 zweiter Halbsatz, mindestens jedoch für einen Zeitraum von zwei Jahren ab der Bekanntmachung seiner Festsetzung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(6) Sofern zum Zeitpunkt der Anpassung des Festbetrags ein gültiger Beschluss nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt und tatsächlich Arzneimittel auf Grund dieses Beschlusses von der Zuzahlung freigestellt sind, soll der Festbetrag so angepasst werden, dass auch nach der Anpassung eine hinreichende Versorgung mit Arzneimitteln ohne Zuzahlung gewährleistet werden kann. In diesem Fall darf die Summe nach Absatz 5 Satz 5 den Wert von 100 nicht überschreiten, wenn zu erwarten ist, dass anderenfalls keine hinreichende Anzahl zuvor auf Grund von § 31 Absatz 3 Satz 4 von der Zuzahlung freigestellter Arzneimittel weiterhin freigestellt wird.

(7) Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen die Gruppeneinteilung nach Absatz 1 Satz 1 bis 6, gegen die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen nach Absatz 1 Satz 8 oder gegen sonstige Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.

(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt und veröffentlicht Übersichten über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel und übermittelt diese im Wege der Daten-

übertragung dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur abruffähigen Veröffentlichung im Internet. Die Übersichten sind vierteljährlich zu aktualisieren.

(9) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen rechnet die nach Absatz 7 Satz 1 bekannt gemachten Festbeträge für verschreibungspflichtige Arzneimittel entsprechend den Handelszuschlägen der Arzneimittelpreisverordnung in der ab dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung um und macht die umgerechneten Festbeträge bis zum 30. Juni 2011 bekannt. Für die Umrechnung ist die Einholung von Stellungnahmen Sachverständiger nicht erforderlich. Die umgerechneten Festbeträge finden ab dem 1. Januar 2012 Anwendung.<sup>71</sup>

---

## 71 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 7 Satz 1 „Bundesarbeitsblatt“ durch „Bundesanzeiger“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Nr. 3 in Abs. 1 Satz 2 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„3. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,“.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Ein Festbetrag für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen (Absatz 1 Satz 2 Nr. 1) kann erst drei Jahre nach der ersten Zulassung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels festgesetzt werden.“

Artikel 1 Nr. 22 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „soweit wie möglich“ vor „sicherzustellen“ eingefügt.

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 28. Oktober 1996 (BGBl. I S. 1558) hat Abs. 1a eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 5 neu gefasst. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Bei der Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel ist grundsätzlich von den preisgünstigen Apothekenabgabepreisen in der Vergleichsgruppe auszugehen; dabei ist soweit wie möglich sicherzustellen, daß eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl möglich ist.“

03.08.2001.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1948) hat Satz 3 in Abs. 5 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Die Festbeträge für Arzneimittel sollen den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Abstandes zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis der Arzneimittel der jeweiligen Vergleichsgruppe nicht übersteigen.“

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

20.11.2003.—Artikel 1 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 und 5 jeweils „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a neu gefasst. Abs. 1a lautete:

„(1a) Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die nach dem 31. Dezember 1995 zugelassen worden sind, werden Festbeträge der Gruppen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 nicht gebildet.“

Artikel 1 Nr. 23 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Gemeinsamen“ nach „des“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 23 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 4 bis 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 23 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 8 „und zur Vorbereitung der Festsetzung von Festbeträgen, die ab dem 1. Januar 2004 gelten sollen,“ nach „Abs. 3“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 23 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 8 Satz 2 bis 5 eingefügt.

17.02.2006.—Artikel 1 Nr. 2 lit. d des Gesetzes vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 984) hat Satz 4 in Abs. 5 durch die Sätze 4 und 5 ersetzt. Satz 4 lautete: „Der Festbetrag für die Arzneimittel in einer Festbetragsgruppe nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 soll den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten Preis und dem höchsten Preis einer Standardpackung nicht übersteigen.“

01.05.2006.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 984) hat in Abs. 1 Satz 3 „ist und“ durch „ist oder“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 6 bis 8 eingefügt.

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



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

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam können“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 1c des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat in Abs. 5 Satz 7 „des Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch „nach § 84 Abs. 5“ ersetzt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Für das Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge gilt § 213 Abs. 2 und 3.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 8 neu gefasst. Abs. 8 lautete:

„(8) Bis zum 31. Dezember 2003 finden die Absätze 1 bis 7 mit Ausnahme der Verweisung in § 36 Abs. 3 und zur Vorbereitung der Festsetzung von Festbeträgen, die ab dem 1. Januar 2004 gelten sollen, keine Anwendung. Die nach Absatz 7 und § 35a Abs. 5 bekannt gemachten Festbeträge für verschreibungspflichtige Arzneimittel sind entsprechend den geänderten Handelszuschlägen der Arzneimittelpreisverordnung, zuletzt geändert durch Artikel 24 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190), umzurechnen; die umgerechneten Festbeträge finden ab dem 1. Januar 2004 Anwendung. Für die Umrechnung sind keine Stellungnahmen von Sachverständigen einzuholen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen machen die Umrechnung der Festbeträge bis zum 1. Dezember 2003 bekannt; § 35a Abs. 5 Satz 1 gilt entsprechend. Die umgerechneten Festbeträge nach Satz 2 sowie die auf Grund der §§ 35 und 35a bekannt gemachten Festbeträge für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der zuletzt gültigen Fassung bleiben so lange gültig, bis sie neu bestimmt, angepasst oder aufgehoben werden.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 9 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 6b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 5 Satz 4 „Nr. 1 sowie erstmals zum 1. April 2006 auch nach den Nummern 2 und 3“ nach „Satz 2“ gestrichen.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 6 „Abs. 4a Satz 3 und 7“ durch „Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

13.05.2017.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 5 „ausgenommen von diesen Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist oder die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten“ durch „insbesondere können altersgerechte Darreichungsformen für Kinder berücksichtigt werden“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a aufgehoben. Abs. 1a lautete:

„(1a) Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen kann abweichend von Absatz 1 Satz 4 eine Gruppe nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 mit mindestens drei Arzneimitteln gebildet und ein Festbetrag festgesetzt werden, sofern die Gruppenbildung nur für Arzneimittel erfolgt, die jeweils unter Patentschutz stehen. Ausgenommen von der Gruppenbildung nach Satz 1 sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Arzneimittelkombinationen, die Wirkstoffe enthalten, die in eine Festbetragsgruppe nach Absatz 1 oder 1a Satz 1 einbezogen sind oder die nicht neuartig sind.“

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

Artikel 1 Nr. 2 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 4 „bis 3“ durch „bis 5“ und „Satz 4“ durch „Satz 7“ ersetzt.

29.07.2017.—Artikel 8 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat in Abs. 1b Satz 1 „Satz 5 zweiter Halbsatz“ durch „Satz 6“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 4 „bis 5“ durch „bis 6“ und „Satz 7“ durch „Satz 8“ ersetzt.

**§ 35a Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung**

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet den Nutzen aller erstattungsfähiger Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen. Hierzu gehört insbesondere die Bewertung des Zusatznutzens gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie, des Ausmaßes des Zusatznutzens und seiner therapeutischen Bedeutung. Die Nutzenbewertung erfolgt auf Grund von Nachweisen des pharmazeutischen Unternehmers, die er einschließlich aller von ihm durchgeführten oder in Auftrag gegebenen klinischen Prüfungen spätestens zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens sowie vier Wochen nach Zulassung neuer Anwendungsgebiete des Arzneimittels an den Gemeinsamen Bundesausschuss elektronisch zu übermitteln hat, und die insbesondere folgende Angaben enthalten müssen:

1. zugelassene Anwendungsgebiete,
2. medizinischer Nutzen,
3. medizinischer Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie,
4. Anzahl der Patienten und Patientengruppen, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht,
5. Kosten der Therapie für die gesetzliche Krankenversicherung,
6. Anforderung an eine qualitätsgesicherte Anwendung.

Bei Arzneimitteln, die pharmakologisch-therapeutisch vergleichbar mit Festbetragsarzneimitteln sind, ist der medizinische Zusatznutzen nach Satz 3 Nummer 3 als therapeutische Verbesserung entsprechend § 35 Absatz 1b Satz 1 bis 5 nachzuweisen. Legt der pharmazeutische Unternehmer die erforderlichen Nachweise trotz Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vor, gilt ein Zusatznutzen als nicht belegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Verfahrensordnung, wann die Voraussetzungen nach Satz 5 vorliegen. Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats das Nähere zur Nutzenbewertung. Darin sind insbesondere festzulegen:

1. Anforderungen an die Übermittlung der Nachweise nach Satz 3,
2. Grundsätze für die Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie und des Zusatznutzens, und dabei auch die Fälle, in denen der Gemeinsame Bundesausschuss als zweckmäßige Vergleichstherapie eine zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln bestimmen kann oder in denen zusätzliche Nachweise erforderlich sind, und die Voraussetzungen, unter denen Studien bestimmter Evidenzstufen zu verlangen sind; Grundlage sind die internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie,
3. Verfahrensgrundsätze,
4. Grundsätze der Beratung nach Absatz 7,
5. die Veröffentlichung der Nachweise, die der Nutzenbewertung zu Grunde liegen, sowie
6. Übergangsregelungen für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die bis zum 31. Juli 2011 erstmals in den Verkehr gebracht werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt weitere Einzelheiten in seiner Verfahrensordnung. Zur Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie kann er verlangen, dass der pharmazeutische Unternehmer Informationen zu den Anwendungsgebieten des Arzneimittels übermittelt, für die eine Zulassung beantragt wird. Für Arzneimittel, die zur Behandlung eines seltenen Leidens nach

---

26.05.2020.—Artikel 16a Abs. 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) hat in Abs. 8 Satz 1 „Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information“ durch „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ ersetzt.

27.07.2023.—Artikel 2 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 197) hat in Abs. 1 Satz 5 „; insbesondere können altersgerechte Darreichungsformen für Kinder berücksichtigt werden“ am Ende gestrichen.

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

Artikel 2 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 8 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5a und 5b eingefügt.

der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1999 über Arzneimittel für seltene Leiden (Abl. L 18 vom 22.1.2000, S. 1) zugelassen sind, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt; Nachweise nach Satz 3 Nummer 2 und 3 müssen vorbehaltlich eines Beschlusses nach Absatz 3b nicht vorgelegt werden. Übersteigt der Umsatz des Arzneimittels nach Satz 11 mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu Apothekenverkaufspreisen sowie außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich Umsatzsteuer in den letzten zwölf Kalendermonaten einen Betrag von 30 Millionen Euro, so hat der pharmazeutische Unternehmer innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Nachweise nach Satz 3 Nummer 2 und 3 zu übermitteln und darin den Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie abweichend von Satz 11 nachzuweisen. Für Arzneimittel nach Satz 11, die am 1. Dezember 2022 die Umsatzschwelle nach Satz 12 überschritten haben und noch nicht unter Vorlage der Nachweise nach Satz 3 Nummer 2 und 3 bewertet wurden, kann der Gemeinsame Bundesausschuss das Verfahren zeitlich befristet aussetzen; die Aussetzung lässt die an die Überschreitung der Umsatzschwelle anknüpfenden Rechtswirkungen unberührt. Der Umsatz nach Satz 12 ist auf Grund der Angaben nach § 84 Absatz 5 Satz 4 sowie durch geeignete Erhebungen zu ermitteln. Zu diesem Zweck teilt der pharmazeutische Unternehmer dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Verlangen die erzielten Umsätze des Arzneimittels mit der gesetzlichen Krankenversicherung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung mit. Abweichend von Satz 11 kann der pharmazeutische Unternehmer für Arzneimittel, die zur Behandlung eines seltenen Leidens nach der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 zugelassen sind, dem Gemeinsamen Bundesausschuss unwiderruflich anzeigen, dass eine Nutzenbewertung nach Satz 2 unter Vorlage der Nachweise nach Satz 3 Nummer 2 und 3 durchgeführt werden soll.

(1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den pharmazeutischen Unternehmer von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 und das Arzneimittel von der Nutzenbewertung nach Absatz 3 auf Antrag freizustellen, wenn zu erwarten ist, dass den gesetzlichen Krankenkassen nur geringfügige Ausgaben für das Arzneimittel entstehen werden. Der pharmazeutische Unternehmer hat seinen Antrag entsprechend zu begründen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Freistellung befristen. Ein Antrag auf Freistellung nach Satz 1 ist nur vor der erstmaligen Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 zulässig. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

(1b) Für zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes besteht die Verpflichtung zur Vorlage von Nachweisen nach Absatz 1 Satz 3; die ärztliche Behandlung mit einem solchen Arzneimittel unterliegt nicht der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach den §§ 135, 137c oder 137h. Satz 1 gilt nicht für biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte. Für folgende Arzneimittel besteht keine Verpflichtung zur Vorlage von Nachweisen nach Absatz 1 Satz 3:

1. für Arzneimittel, die nach § 34 Absatz 1 Satz 5 für versicherte Kinder und Jugendliche nicht von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen sind,
2. für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach § 34 Absatz 1 Satz 6 von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen sind.

(1c) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den pharmazeutischen Unternehmer von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 auf Antrag freizustellen, wenn es sich um ein Antibiotikum handelt, das gegen durch multiresistente bakterielle Krankheitserreger verursachte Infektionen, für die nur eingeschränkte alternative Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen, wirksam ist und der Einsatz dieses Antibiotikums einer strengen Indikationsstellung unterliegt (Reserveantibiotikum). Der pharmazeutische Unternehmer hat seinen Antrag nach Satz 1 entsprechend zu begründen. Ein Antrag auf Freistellung nach Satz 1 ist nur vor der erstmaligen Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 zulässig. Das Nähere zur Ausgestaltung des Antragsverfahrens regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung bis zum 31. Dezember 2020. Das Robert Koch-Institut bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte dem jeweiligen Stand der medizinischen

Wissenschaft entsprechende Kriterien zur Einordnung eines Antibiotikums als Reserveantibiotikum bis zum 31. Dezember 2020 und veröffentlicht diese Kriterien auf seiner Internetseite. Das Robert Koch-Institut hat zu diesen Kriterien im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine nicht abschließende Liste von multiresistenten bakteriellen Krankheitserregern nach Satz 1 zu veröffentlichen. Hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Freistellung für ein Reserveantibiotikum nach Satz 1 beschlossen, gilt der Zusatznutzen als belegt; das Ausmaß des Zusatznutzens und seine therapeutische Bedeutung sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zu bewerten. Bei dem Beschluss nach Absatz 3 Satz 1 hat der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung des Reserveantibiotikums unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Resistenzsituation festzulegen. Dazu holt er eine Stellungnahme beim Robert Koch-Institut ein, die im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu erstellen ist.

(1d) Auf Antrag eines betroffenen pharmazeutischen Unternehmers oder mehrerer betroffener pharmazeutischer Unternehmer stellt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, ob eine Kombination von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, die aufgrund der arzneimittelrechtlichen Zulassung in einer Kombinationstherapie in demselben Anwendungsgebiet eingesetzt werden können, einen mindestens beträchtlichen Zusatznutzen erwarten lässt. Die Feststellung erfolgt aufgrund von vergleichenden Studien in dem Anwendungsgebiet, die von dem pharmazeutischen Unternehmer oder von den pharmazeutischen Unternehmern mit dem Antrag elektronisch an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln sind. Der Antrag ist unzulässig, wenn bereits

1. in einem Beschluss nach Absatz 3 Satz 1 ein mindestens beträchtlicher Zusatznutzen oder Kombination festgestellt wurde oder
2. eine Verfahren der Nutzenbewertung nach Absatz 1 anhängig ist, im Zuge dessen der Gemeinsame Bundesausschuss erstmalig über die Benennung der Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die auf Grund der arzneimittelrechtlichen Zulassung in einer Kombinationstherapie mit dem bewerteten Arzneimittel für das zu bewertende Anwendungsgebiet eingesetzt werden können, nach Absatz 3 Satz 4 beschließt.

Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 7 findet entsprechende Anwendung. Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit einer Stellungnahme dazu, ob die vorgelegten Studien einen mindestens beträchtlichen Zusatznutzen der Kombination für die Patienten in dem Anwendungsgebiet erwarten lassen. Die Stellungnahme ist spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Stellung des Antrags durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Internet zu veröffentlichen. § 92 Absatz 3a ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass lediglich Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme zu geben ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt über die Feststellung innerhalb von zwei Monaten nach Veröffentlichung der Stellungnahme. Absatz 3 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend. Die Feststellung wird Bestandteil der Beschlüsse über die Nutzenbewertung aller Arzneimittel der Kombination, in denen bei Bedarf jeweils die Benennung nach Absatz 3 Satz 4 zu ändern ist. Eine erneute Feststellung kann entsprechend Absatz 5 Satz 1 bis 4 beantragt werden.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft die Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 und entscheidet, ob er die Nutzenbewertung selbst durchführt oder hiermit das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder Dritte beauftragt. Der Gemeinsame Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erhalten auf Verlangen Einsicht in die Zulassungsunterlagen bei der zuständigen Bundesoberbehörde. Die Nutzenbewertung ist spätestens innerhalb von drei Monaten nach dem nach Absatz 1 Satz 3 maßgeblichen Zeitpunkt für die Einreichung der Nachweise abzuschließen und im Internet zu veröffentlichen.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt über die Nutzenbewertung innerhalb von drei Monaten nach ihrer Veröffentlichung. § 92 Absatz 3a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass Gelegenheit auch zur mündlichen Stellungnahme zu geben ist. Mit dem Beschluss wird insbesondere der Zusatznutzen des Arzneimittels festgestellt. In dem Beschluss benennt der Gemeinsame Bundesausschuss alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die aufgrund der arzneimittelrechtlichen Zulassung

in einer Kombinationstherapie mit dem bewerteten Arzneimittel für das zu bewertende Anwendungsgebiet eingesetzt werden können, es sei denn, der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach Satz 1 einen mindestens beträchtlichen Zusatznutzen der Kombination festgestellt oder nach Absatz 1d Satz 1 festgestellt, dass die Kombination einen mindestens beträchtlichen Zusatznutzen erwarten lässt; bis zum 12. November 2022 bereits gefasste Beschlüsse sind bis zum 1. Mai 2023 entsprechend zu ergänzen. Die Geltung des Beschlusses über die Nutzenbewertung kann befristet werden. Der Beschluss ist im Internet zu veröffentlichen. Der Beschluss ist Teil der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; § 94 Absatz 1 gilt nicht. Innerhalb eines Monats nach der Beschlussfassung veröffentlicht die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Information der Öffentlichkeit zudem den Beschluss und die tragenden Gründe in englischer Sprache auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(3a) Der Gemeinsame Bundesausschuss veröffentlicht innerhalb eines Monats nach dem Beschluss nach Absatz 3 eine maschinenlesbare Fassung zu dem Beschluss, die zur Abbildung in elektronischen Programmen nach § 73 Absatz 9 geeignet ist. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates weitere Vorgaben zur Veröffentlichung der Beschlüsse nach Satz 1 zu regeln. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Satz 2 in seiner Verfahrensordnung. Vor der erstmaligen Beschlussfassung nach Satz 3 findet § 92 Absatz 3a mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Zu den vor der erstmaligen Änderung der Verfahrensordnung nach Satz 3 gefassten Beschlüssen nach Absatz 3 veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss die maschinenlesbare Fassung nach Satz 1 innerhalb von sechs Monaten nach der erstmaligen Änderung der Verfahrensordnung nach Satz 3.

(3b) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann frühestens mit Wirkung zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens bei den folgenden Arzneimitteln vom pharmazeutischen Unternehmer innerhalb einer angemessenen Frist die Vorlage anwendungsbegleitender Datenerhebungen und Auswertungen zum Zweck der Nutzenbewertung fordern:

1. bei Arzneimitteln, deren Inverkehrbringen nach dem Verfahren des Artikels 14 Absatz 8 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung der Verfahren der Union für die Genehmigung und Überwachung von Humanarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur (ABl. L 136 vom 30.4.2004, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/5 (ABl. L 4 vom 7.1.2019, S. 24) geändert worden ist, genehmigt wurde oder für die nach Artikel 14-a der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 eine Zulassung erteilt wurde, sowie
2. bei Arzneimitteln, die zur Behandlung eines seltenen Leidens nach der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 zugelassen sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Befugnis zur Versorgung der Versicherten mit einem solchen Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf solche Leistungserbringer beschränken, die an der geforderten anwendungsbegleitenden Datenerhebung mitwirken. Die näheren Vorgaben an die Dauer, die Art und den Umfang der Datenerhebung und Auswertung, einschließlich der zu verwendenden Formate, werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt. Er hat dabei insbesondere Vorgaben zur Methodik sowie zu patientenrelevanten Endpunkten und deren Erfassung zu bestimmen. Dabei soll er laufende und geplante Datenerhebungen zu dem Arzneimittel berücksichtigen, insbesondere solche, die sich aus Auflagen oder sonstigen Nebenbestimmungen der Zulassungs- oder Genehmigungsbehörden ergeben. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei auch indikationsbezogene Datenerhebungen ohne Randomisierung fordern. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und das Paul-Ehrlich-Institut sind vor Erlass einer Maßnahme nach Satz 1 zu beteiligen. Unter Beachtung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen sollen auch die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und der betroffene pharmazeutische Unternehmer vor Erlass einer Maß-

nahme nach Satz 1 schriftlich beteiligt werden. Das Nähere zum Verfahren der Anforderung von anwendungsbegleitenden Datenerhebungen und Auswertungen, einschließlich der Beteiligung nach Satz 4, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. Die gewonnenen Daten und die Verpflichtung zur Datenerhebung sind in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch alle achtzehn Monate, vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu überprüfen. Für Beschlüsse nach den Sätzen 1 und 2 gilt Absatz 3 Satz 4 bis 6 entsprechend. Klagen gegen eine Maßnahme nach Satz 1 haben keine aufschiebende Wirkung; ein Vorverfahren findet nicht statt.

(4) Wurde für ein Arzneimittel nach Absatz 1 Satz 4 keine therapeutische Verbesserung festgestellt, ist es in dem Beschluss nach Absatz 3 in die Festbetragsgruppe nach § 35 Absatz 1 mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln einzuordnen. § 35 Absatz 1b Satz 6 gilt entsprechend. § 35 Absatz 1b Satz 7 und 8 sowie Absatz 2 gilt nicht.

(5) Für ein Arzneimittel, für das ein Beschluss nach Absatz 3 vorliegt, kann der pharmazeutische Unternehmer eine erneute Nutzenbewertung beantragen, wenn er die Erforderlichkeit wegen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse nachweist. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über diesen Antrag innerhalb von acht Wochen. Der pharmazeutische Unternehmer übermittelt dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Anforderung die Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 innerhalb von drei Monaten. Die erneute Nutzenbewertung beginnt frühestens ein Jahr nach Veröffentlichung des Beschlusses nach Absatz 3. Die Absätze 1 bis 4 und 5a bis 8 gelten entsprechend.

(5a) Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinem Beschluss nach Absatz 3 keinen Zusatznutzen oder nach Absatz 4 keine therapeutische Verbesserung fest, hat er auf Verlangen des pharmazeutischen Unternehmers eine Bewertung nach § 35b oder nach § 139a Absatz 3 Nummer 6 in Auftrag zu geben, wenn der pharmazeutische Unternehmer die Kosten hierfür trägt. Die Verpflichtung zur Festsetzung eines Festbetrags oder eines Erstattungsbetrags bleibt unberührt.

(5b) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann den für die Vorlage der erforderlichen Nachweise maßgeblichen Zeitpunkt auf Antrag des pharmazeutischen Unternehmers abweichend von Absatz 1 Satz 3 bestimmen, wenn innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten ab dem nach Absatz 1 Satz 3 maßgeblichen Zeitpunkt die Zulassung von mindestens einem neuen Anwendungsgebiet zu erwarten ist. Der vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte maßgebliche Zeitpunkt darf nicht mehr als sechs Monate nach dem maßgeblichen Zeitpunkt nach Absatz 1 Satz 3 liegen. Der pharmazeutische Unternehmer hat den Antrag spätestens drei Monate vor dem maßgeblichen Zeitpunkt nach Absatz 1 Satz 3 zu stellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über den Antrag innerhalb von acht Wochen. Er regelt das Nähere in seiner Verfahrensordnung. § 130b Absatz 3a Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 3 bleiben unberührt.

(6) Für ein Arzneimittel mit einem Wirkstoff, der kein neuer Wirkstoff im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist, kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Nutzenbewertung nach Absatz 1 veranlassen, wenn für das Arzneimittel eine neue Zulassung mit neuem Unterlagenschutz erteilt wird. Satz 1 gilt auch für Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff im Sinne des Absatzes 1 Satz 1, wenn für das Arzneimittel eine neue Zulassung mit neuem Unterlagenschutz erteilt wird. Endet das Verfahren nach § 130a Absatz 3c ohne Einigung, veranlasst der Gemeinsame Bundesausschuss eine Nutzenbewertung nach Absatz 1. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss berät den pharmazeutischen Unternehmer insbesondere zu vorzulegenden Unterlagen und Studien sowie zur Vergleichstherapie; er kann hierzu auf seiner Internetseite generalisierte Informationen zur Verfügung stellen. Er kann hierüber Vereinbarungen mit dem pharmazeutischen Unternehmer treffen. Eine Beratung vor Beginn von Zulassungsstudien der Phase drei, zur Planung klinischer Prüfungen oder zu anwendungsbegleitenden Datenerhebungen soll unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder des Paul-Ehrlich-Instituts stattfinden. Zu Fragen der Vergleichstherapie sollen unter Beachtung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des pharmazeutischen Unternehmers die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft schriftlich beteiligt werden. Der pharmazeutische Unternehmer erhält eine Niederschrift über das

Beratungsgespräch. Für die pharmazeutischen Unternehmer ist die Beratung gebührenpflichtig. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und dem Paul-Ehrlich-Institut die Kosten zu erstatten, die diesen im Rahmen der Beratung von pharmazeutischen Unternehmern nach den Sätzen 1 und 3 entstehen, soweit diese Kosten vom pharmazeutischen Unternehmer getragen werden. Das Nähere einschließlich der Erstattung der für diese Beratung entstandenen Kosten ist in der Verfahrensordnung zu regeln.

(8) Eine gesonderte Klage gegen die Aufforderung zur Übermittlung der Nachweise nach Absatz 1, die Nutzenbewertung nach Absatz 2, den Beschluss nach Absatz 3 und die Einbeziehung eines Arzneimittels in eine Festbetragsgruppe nach Absatz 4 ist unzulässig. § 35 Absatz 7 Satz 1 bis 3 gilt entsprechend.<sup>72</sup>

---

## 72 QUELLE

03.08.2001.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1948) hat die Vorschrift eingefügt.

### ÄNDERUNGEN

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 3 lit. a litt. aa der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 1 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt und „Technologie“ durch „Arbeit“ ersetzt.

Artikel 204 Nr. 3 lit. a litt. bb derselben Verordnung hat in Abs. 1 Satz 2 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

Artikel 204 Nr. 3 lit. b derselben Verordnung hat in Abs. 4 und 7 Satz 3 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 24 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 2 „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 24 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 3 lit. a litt. aa der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 1 Satz 1 „Arbeit“ durch „Technologie“ ersetzt und „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

Artikel 256 Nr. 3 lit. a litt. bb derselben Verordnung hat in Abs. 1 Satz 2 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

Artikel 256 Nr. 3 lit. b derselben Verordnung hat in Abs. 4 und 7 Satz 3 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 5 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen erstellen und veröffentlichen“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt und veröffentlicht“ und „übermitteln“ durch „übermittelt“ ersetzt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

### **„§ 35a Rechtsverordnung zu Festbeträgen für Arzneimittel**

(1) Abweichend von § 35 wird das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2003 ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. einmalig die Festbeträge für Arzneimittel anzupassen,
2. im Ausnahmefall bei sachlich gebotem Änderungsbedarf, insbesondere bei neuem wissenschaftlichem Erkenntnisstand oder infolge gerichtlicher Entscheidungen, Gruppen von Arzneimitteln neu zu bestimmen und für diese Festbeträge festzusetzen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit auf dessen Verlangen Stellungnahmen zu Fragen der Gruppenbildung nach Satz 1 Nr. 2.

(2) Die Festbeträge sind so anzupassen und festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Dabei müssen mindestens ein Drittel aller Verordnungen und mindestens ein Viertel aller Packungen einer Gruppe zum Festbetrag verfügbar sein; zugleich darf die Summe der jeweiligen Vomhundertsätze der Verordnungen und Packungen, die nicht zum Festbetrag erhältlich sind, den Wert von 100 nicht über-

schreiten. Bei der Anpassung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 dürfen die Festbeträge höchstens um 27,5 vom Hundert abgesenkt werden. Berechnungstichtag für die Anpassung der Festbeträge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 ist der 1. Juli 2000. Es sind die Verordnungsdaten des Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenversicherung des Jahres 1999 zugrunde zu legen; sie sind im Rahmen der Anhörung zu der Rechtsverordnung zur Verfügung zu stellen.

(3) Sofern Gruppen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 gebildet werden, sollen Arzneimittel mit

1. denselben Wirkstoffen,
2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,

zusammengefasst werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind. Dabei sind auch die notwendigen rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder andere geeignete Vergleichsgrößen festzulegen. Die nach Satz 1 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen. Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die nach dem 31. Dezember 1995 zugelassen worden sind, werden Festbeträge der Gruppen nach Satz 1 Nr. 2 und 3 nicht gebildet. Ausgenommen von der Gruppenbildung nach Satz 1 Nr. 2 und 3 sind ferner Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist und die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als erster dieser Wirkstoffklasse in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Gemeinsame Bundesausschuss, die pharmazeutischen Unternehmer und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit die zur Wahrnehmung seiner Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Informationen zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt und veröffentlicht Übersichten über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel und übermittelt diese im Wege der Datenübertragung dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information zur abruffähigen Veröffentlichung im Internet. Die Übersichten sind vierteljährlich zu aktualisieren.

(6) Die bisher festgesetzten Festbeträge und gebildeten Gruppen gelten bis zu ihrer Änderung durch Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 1 fort.

(7) Über die Gültigkeit einer Verordnung nach Absatz 1 Satz 1 entscheidet auf Antrag das Landessozialgericht Berlin. Den Antrag kann jede natürliche oder juristische Person, die geltend macht, durch die Rechtsvorschrift oder deren Anwendung in ihren Rechten verletzt zu sein oder in absehbarer Zeit verletzt zu werden, innerhalb von zwei Jahren nach Bekanntmachung der Rechtsvorschrift stellen. Er ist gegen die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zu richten. Das Gericht entscheidet durch Urteil. Kommt das Gericht zu der Überzeugung, dass die Rechtsvorschrift ganz oder teilweise ungültig ist, so erklärt es sie in entsprechendem Umfang für nichtig; in diesem Fall ist die Entscheidung allgemein verbindlich und die Entscheidungsformel vom Antragsgegner ebenso zu veröffentlichen, wie die Rechtsvorschrift bekannt gemacht wurde. Das Gericht kann auf Antrag eine einstweilige Anordnung erlassen, wenn dies zur Abwehr schwerer Nachteile oder aus anderen wichtigen Gründen dringend geboten ist. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. § 160 des Sozialgerichtsgesetzes findet Anwendung.

(8) Die durch Rechtsverordnung bestimmten Gruppen und angepassten oder festgesetzten Festbeträge werden gegenstandslos, wenn nach dem 31. Dezember 2003 eine Neubestimmung, Anpassung oder Festsetzung von Gruppen oder Festbeträgen nach dem dann geltenden Verfahren erfolgt.“

28.06.2012.—Artikel 12b Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) hat Abs. 5b eingefügt.

26.10.2012.—Artikel 12b Nr. 1 lit. b des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) hat Satz 3 in Abs. 7 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Beratung kann bereits vor Beginn von Zulassungsstudien der Phase drei und unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder das Paul-Ehrlich-Institut stattfinden.“

13.08.2013.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat in Abs. 1 Satz 3 „als auch der“ durch „sowie vier Wochen nach“ ersetzt.



Artikel 3 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 4 „und 6“ durch „und 5a“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 1 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Absatz 5 gilt entsprechend.“

Artikel 3 Nr. 1 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 4 „in Auftrag gegeben“ durch „veranlasst“ und „zum Zeitpunkt der“ durch „vier Wochen nach“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 1 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „die Aufforderung zur Übermittlung der Nachweise nach Absatz 1,“ nach „gegen“ eingefügt.

01.01.2014.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 27. März 2014 (BGBl. I S. 261) hat Abs. 6 aufgehoben. Abs. 6 lautete:

„(6) Für bereits zugelassene und im Verkehr befindliche Arzneimittel kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Nutzenbewertung veranlassen. Vorrangig sind Arzneimittel zu bewerten, die für die Versorgung von Bedeutung sind oder mit Arzneimitteln im Wettbewerb stehen, für die ein Beschluss nach Absatz 3 vorliegt. Die Absätze 1 bis 5a und 7 bis 8 gelten entsprechend, wobei Absatz 8 mit der Maßgabe gilt, dass auch gegen die Veranlassung nach Absatz 1 eine gesonderte Klage unzulässig ist. Bei Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets für ein Arzneimittel, für das der Gemeinsame Bundesausschuss eine Nutzenbewertung nach Satz 1 veranlasst hat, reicht der pharmazeutische Unternehmer ein Dossier nach Absatz 1 spätestens vier Wochen nach Zulassung ein.“

13.05.2017.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a0 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. a00 desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. a000 desselben Gesetzes hat Abs. 1b eingefügt.

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

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Frühestens ein Jahr nach Veröffentlichung des Beschlusses nach Absatz 3“ durch „Für ein Arzneimittel, für das ein Beschluss nach Absatz 3 vorliegt,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „drei Monaten“ durch „acht Wochen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5b neu gefasst. Abs. 5b lautete:

„(5b) Nach einem bis zum 31. Dezember 2012 veröffentlichten Beschluss nach Absatz 3 kann der pharmazeutische Unternehmer abweichend von Absatz 5 jederzeit eine erneute Nutzenbewertung beantragen, wenn der Zusatznutzen als nicht belegt gilt, weil die erforderlichen Nachweise nicht vollständig vorgelegt wurden. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über den Antrag innerhalb eines Monats. In diesem Fall beginnt die Frist für die Vereinbarung eines Erstattungsbetrags abweichend von § 130b Absatz 4 Satz 1 mit der Veröffentlichung des Beschlusses über die erneute Nutzenbewertung; § 130b Absatz 4 Satz 3 bleibt unberührt.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

01.08.2019.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen“.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 1 „und den Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 genügt“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 15 lit. c litt. bb bis dd desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 3a durch die Sätze 2 bis 4 ersetzt. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 in seiner Verfahrensordnung. Vor der erstmaligen Beschlussfassung nach Satz 2 findet § 92 Absatz 3a entsprechende Anwendung.“

Artikel 1 Nr. 15 lit. c litt. ee desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3a Satz 5 jeweils „Satz 2“ durch „Satz 3“ ersetzt.

16.08.2019.—Artikel 12 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) hat in Abs. 1 Satz 9 „erstmal innerhalb eines Monats nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung“ nach „Einzelheiten“ gestrichen.

Artikel 12 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 11 „(Abl. L 18 vom 22.1.2000, S. 1)“ nach „Leiden“ und „vorbehaltlich eines Beschlusses nach Absatz 3b“ nach „müssen“ eingefügt.

Artikel 12 Nr. 2 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 12 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 12 lautete: „Übersteigt der Umsatz des Arzneimittels nach Satz 10 mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu Apothekenverkaufspreisen einschließlich Umsatzsteuer in den letzten zwölf Kalendermonaten einen Betrag von 50 Millionen Euro, hat der pharmazeutische Unternehmer innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Nachweise nach Satz 3 zu übermitteln und darin den Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie abweichend von Satz 10 nachzuweisen.“

Artikel 12 Nr. 2 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 13 „Satz 11“ durch „Satz 12“ ersetzt und „sowie durch geeignete Erhebungen“ nach „Satz 4“ eingefügt.

Artikel 12 Nr. 2 lit. a litt. ee desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 14 und 15 eingefügt.

Artikel 12 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3b eingefügt.

Artikel 12 Nr. 2 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 7 durch die Sätze 3 und 4 ersetzt. Satz 3 lautete: „Eine Beratung vor Beginn von Zulassungsstudien der Phase drei oder zur Planung klinischer Prüfungen soll unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder des Paul-Ehrlich-Instituts stattfinden.“

Artikel 12 Nr. 2 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 6 und 7 eingefügt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 5a Satz 1 „Nummer 5“ durch „Nummer 6“ ersetzt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 3a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat Abs. 1b Satz 1 und 2 eingefügt.

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

Artikel 5 Nr. 3c lit. a litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 1 „frühestens mit Wirkung zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens“ nach „kann“ eingefügt.

Artikel 5 Nr. 3c lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 1 in Abs. 3b Satz 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. bei Arzneimitteln, deren Inverkehrbringen nach dem Verfahren des Artikels 14 Absatz 7 oder Absatz 8 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur (ABl. L 136 vom 30.4.2004, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) Nr. 1027/2012 (ABl. L 316 vom 14.11.2012, S. 38) geändert worden ist, genehmigt wurde, sowie“

Artikel 5 Nr. 3c lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 3b Satz 8 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 3c lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3b Satz 12 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 7 Satz 1 „; er kann hierzu auf seiner Internetseite generalisierte Informationen zur Verfügung stellen“ am Ende eingefügt.

28.01.2022.—Artikel 8 Abs. 9 Nr. 1 des Gesetzes vom 27. September 2021 (BGBl. I S. 4530) hat in Abs. 3b Satz 1 Nr. 1 „von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln“ durch „der Verfahren der Union für die Genehmigung und Überwachung von Humanarzneimitteln“ ersetzt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 1 Satz 12 „50 Millionen“ durch „30 Millionen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 13 eingefügt.

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

Artikel 1 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

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

27.07.2023.—Artikel 2 Nr. 3 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 197) hat in Abs. 1 Satz 1 „von erstattungsfähigen Arzneimitteln“ durch „aller erstattungsfähigen Arzneimittel“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 8 Nr. 2 „in denen der Gemeinsame Bundesausschuss als zweckmäßige Vergleichstherapie eine zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln bestimmen kann oder“ nach „Fälle,“ eingefügt.

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

Artikel 2 Nr. 3 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1d Satz 9 „Satz 4 bis 6“ durch „Satz 5 bis 7“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „nach Satz 1 einen mindestens beträchtlichen Zusatznutzen der Kombination festgestellt oder“ nach „hat“ eingefügt.

**§ 35b Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln**

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt auf Grund eines Antrags nach § 130b Absatz 8 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit einer Kosten-Nutzen-Bewertung. In dem Auftrag ist insbesondere festzulegen, für welche zweckmäßige Vergleichstherapie und Patientengruppen die Bewertung erfolgen soll sowie welcher Zeitraum, welche Art von Nutzen und Kosten und welches Maß für den Gesamtnutzen bei der Bewertung zu berücksichtigen sind; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung; für die Auftragserteilung gilt § 92 Absatz 3a entsprechend mit der Maßgabe, dass der Gemeinsame Bundesausschuss auch eine mündliche Anhörung durchführt. Die Bewertung erfolgt durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten; Basis für die Bewertung sind die Ergebnisse klinischer Studien sowie derjenigen Versorgungsstudien, die mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 vereinbart wurden oder die der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag des pharmazeutischen Unternehmens anerkennt; § 35a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. Beim Patienten-Nutzen sollen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität, bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherungsgemeinschaft, angemessen berücksichtigt werden. Das Institut bestimmt auftragsbezogen über die Methoden und Kriterien für die Erarbeitung von Bewertungen nach Satz 1 auf der Grundlage der in den jeweiligen Fachkreisen anerkannten internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie. Das Institut gewährleistet vor Abschluss von Bewertungen hohe Verfahrenstransparenz und eine angemessene Beteiligung der in § 35 Abs. 2 und § 139a Abs. 5 Genannten. Das Institut veröffentlicht die jeweiligen Methoden und Kriterien im Internet.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann mit dem pharmazeutischen Unternehmer Versorgungsstudien und die darin zu behandelnden Schwerpunkte vereinbaren. Die Frist zur Vorlage dieser Studien bemisst sich nach der Indikation und dem nötigen Zeitraum zur Bereitstellung valider Daten; sie soll drei Jahre nicht überschreiten. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. Die Studien sind auf Kosten des pharmazeutischen Unternehmers bevorzugt in Deutschland durchzuführen.

(3) Auf Grundlage der Kosten-Nutzen-Bewertung nach Absatz 1 beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss über die Kosten-Nutzen-Bewertung und veröffentlicht den Beschluss im Internet. § 92 Absatz 3a gilt entsprechend. Mit dem Beschluss werden insbesondere der Zusatznutzen sowie die Therapiekosten bei Anwendung des jeweiligen Arzneimittels festgestellt. Der Beschluss ist Teil der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; der Beschluss kann auch Therapiehinweise nach § 92 Absatz 2 enthalten. § 94 Absatz 1 gilt nicht.

(4) Gesonderte Klagen gegen den Auftrag nach Absatz 1 Satz 1 oder die Bewertung nach Absatz 1 Satz 3 sind unzulässig. Klagen gegen eine Feststellung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses nach Absatz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.<sup>73</sup>

**73 QUELLE**

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

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

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in der Überschrift „und der Kosten“ nach „Nutzens“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bewertet bei Beauftragung nach § 139b Abs. 1 und 2 den Nutzen von Arzneimitteln. Nutzenbewertungen nach Satz 1 können

**§ 35c Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln**

(1) Für die Abgabe von Bewertungen zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis über die Anwendung von zugelassenen Arzneimitteln für Indikationen und Indikationsbereiche, für die sie nach dem Arzneimittelgesetz nicht zugelassen sind, beruft das Bundesministerium für Gesundheit Expertengruppen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, davon mindestens eine ständige Expertengruppe, die fachgebietsbezogen ergänzt werden kann. Das Nähere zur Organisation und Arbeitsweise der Expertengruppen regelt eine Geschäftsordnung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit der Experten gilt § 139b Absatz 3 Satz 2 entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Expertengruppen mit Bewertungen nach Satz 1 beauftragen; das Nähere regelt er in seiner Verfahrensordnung. Bewertungen nach Satz 1 kann auch das Bundesministerium für Gesundheit beauftragen. Die Bewertungen werden dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Empfehlung zur Beschlussfassung nach § 92 Absatz 1

---

für jedes erstmals verordnungsfähige Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen sowie für andere Arzneimittel, die von Bedeutung sind, erstellt werden. Das Institut bestimmt einheitliche Methoden für die Erarbeitung der Bewertungen und veröffentlicht diese abruffähig im Internet.“

Artikel 1 Nr. 20 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Nutzenbewertungen“ durch „Bewertungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „Nutzenbewertung“ durch „Bewertung“ ersetzt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat in der Überschrift „Bewertung des Nutzens und der Kosten“ durch „Kosten-Nutzen-Bewertung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kann nach § 139b Abs. 1 und 2 beauftragt werden, den Nutzen oder das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Arzneimitteln zu bewerten. Bewertungen nach Satz 1 können für jedes erstmals verordnungsfähige Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen sowie für andere Arzneimittel, die von Bedeutung sind, erstellt werden.“

Artikel 1 Nr. 6 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „; Basis für die Bewertung sind die Ergebnisse klinischer Studien sowie derjenigen Versorgungsstudien, die mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 vereinbart wurden oder die der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag des pharmazeutischen Unternehmens anerkennt; § 35a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 6 „bei der auftragsbezogenen Erstellung von Methoden und Kriterien und der Erarbeitung“ durch „vor Abschluss“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat Satz 8 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 8 lautete: „Die Sätze 3 bis 7 gelten auch für bereits begonnene Nutzenbewertungen.“

Artikel 1 Nr. 6 lit. c bis e desselben Gesetzes hat Abs. 2 bis 4 neu gefasst. Abs. 2 bis 4 lauteten:

„(2) Die Bewertungen nach Absatz 1 werden dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Empfehlung zur Beschlussfassung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zugeleitet. Sie sind in geeigneten Abständen zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen. Bei Vorliegen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ist die Bewertung auf Antrag der Hersteller zu überprüfen.“

(3) Für die Abgabe von Bewertungen zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis über die Anwendung von zugelassenen Arzneimitteln für Indikationen und Indikationsbereiche, für die sie nach dem Arzneimittelgesetz nicht zugelassen sind, beruft das Bundesministerium für Gesundheit Expertengruppen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend. Eine entsprechende Bewertung soll nur mit Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmens erstellt werden.

(4) Gesonderte Klagen gegen Bewertungen nach den Absätzen 1 und 3 sind unzulässig.“

01.04.2014.—Artikel 1 Nr. 1a des Gesetzes vom 27. März 2014 (BGBl. I S. 261) hat in Abs. 1 Satz 3 „Satz 3“ nach „Absatz 2“ durch „Satz 2“ ersetzt.

Satz 2 Nummer 6 zugeleitet. Bewertungen sollen nur mit Zustimmung der betroffenen pharmazeutischen Unternehmer erstellt werden. Gesonderte Klagen gegen diese Bewertungen sind unzulässig.

(2) Außerhalb des Anwendungsbereichs des Absatzes 1 haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit zugelassenen Arzneimitteln in klinischen Studien, sofern hierdurch eine therapierelevante Verbesserung der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung im Vergleich zu bestehenden Behandlungsmöglichkeiten zu erwarten ist, damit verbundene Mehrkosten in einem angemessenen Verhältnis zum erwarteten medizinischen Zusatznutzen stehen, die Behandlung durch einen Arzt erfolgt, der an der vertragsärztlichen Versorgung oder an der ambulanten Versorgung nach den §§ 116b und 117 teilnimmt, und der Gemeinsame Bundesausschuss der Arzneimittelverordnung nicht widerspricht. Eine Leistungspflicht der Krankenkasse ist ausgeschlossen, sofern das Arzneimittel auf Grund arzneimittelrechtlicher Vorschriften vom pharmazeutischen Unternehmer kostenlos bereitzustellen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist mindestens zehn Wochen vor dem Beginn der Arzneimittelverordnung zu informieren; er kann innerhalb von acht Wochen nach Eingang der Mitteilung widersprechen, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht erfüllt sind. Das Nähere, auch zu den Nachweisen und Informationspflichten, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6. Leisten Studien nach Satz 1 für die Erweiterung einer Zulassung einen entscheidenden Beitrag, hat der pharmazeutische Unternehmer den Krankenkassen die Verordnungs-kosten zu erstatten. Dies gilt auch für eine Genehmigung für das Inverkehrbringen nach europäischem Recht.<sup>74</sup>

### § 36 Festbeträge für Hilfsmittel

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden. Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt für die Versorgung mit den nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmitteln einheitliche Festbeträge fest. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 und nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erforderlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere auch zu den Abgabepreisen der Hilfsmittel, zu erteilen.

(3) § 35 Abs. 5 und 7 gilt entsprechend.<sup>75</sup>

---

#### 74 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 20a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat in der Überschrift „in klinischen Studien“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „§ 35b Abs. 3“ durch „Absatzes 1“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , , davon mindestens eine ständige Expertengruppe, die fachgebietsbezogen ergänzt werden kann,“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 bis 5 eingefügt.

#### 75 ÄNDERUNGEN

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 10 des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Für Brillengestelle und Brillengläser sind getrennte Festbeträge festzusetzen.“

### § 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 10 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Satz 3 „Behinderten“ durch „behinderten Menschen“ ersetzt.

03.08.2001.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1948) hat in Abs. 3 „Satz 4“ durch „Satz 3“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 26 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 3 „und den Verbänden der behinderten Menschen ist“ durch „ist innerhalb einer angemessenen Frist“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautete: „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam setzen für die nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmittel für den Bereich eines Landes einheitliche Festbeträge fest.“

Artikel 1 Nr. 26 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) § 35 Abs. 5 Satz 1, 2 und Satz 3 zweiter Halbsatz sowie Abs. 7 gilt.“

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 21 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 und 2 neu gefasst. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefaßt werden. Den Verbänden der betroffenen Leistungserbringer ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich erstmalig bis zum 31. Dezember 2004 für die nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmittel einheitliche Festbeträge fest. Bis dahin gelten die Festbeträge, die bisher von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen für den Bereich eines Landes festgesetzt worden sind, als Festbeträge im Sinne des § 33 Abs. 2 Satz 1. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „den Spitzenverbänden“ durch „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

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

„(4) Für das Verfahren nach Absatz 1 und 2 gilt § 213 Abs. 2 entsprechend.“

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 2a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 1 Satz 3 „maßgeblichen“ nach „Den“ und „auf Bundesebene“ nach „Leistungserbringer“ eingefügt.

vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(2a) Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2b) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information

der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

(9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen pseudonymisieren die Krankenkassen die Angaben zu den Ausgaben jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 Satz 2 übermittelten Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.<sup>76</sup>

---

## 76 ÄNDERUNGEN

01.01.1990.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Satzung kann bestimmen, daß häusliche Krankenpflege auch dann erbracht wird, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Sie kann dabei Umfang und Dauer im Einzelfall erforderlicher Leistungen bestimmen.“

01.04.1995.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 27 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 Satz 1 „ ; der Anspruch umfasst das Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „oder ihrer Familie“ durch „ , ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst das Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. Die Satzung kann bestimmen, daß die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt.“

Artikel 1 Nr. 22 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 4 „Satz 2“ durch „Satz 4“ ersetzt.



### § 37a Soziotherapie

(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere

1. die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
2. die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,

Artikel 1 Nr. 22 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 5 „Sätzen 2 und 3“ durch „Sätzen 4 und 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b litt. ee desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 6 „den Sätzen 1 bis 4“ durch „Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 14. Juni 2007 (BGBl. I S. 1066) hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

08.12.2015.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 0 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 1a eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 4 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 2 Satz 1 „;“; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist“ am Ende gestrichen.

Artikel 4 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 6 „mit mindestens Pflegegrad 2“ nach „Pflegebedürftigkeit“ eingefügt.

Artikel 4 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 6 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.“

Artikel 13 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 1a Satz 1 „mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5“ nach „Pflegebedürftigkeit“ eingefügt.

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

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Abs. 7 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 5 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 2a in Abs. 2b unnummeriert und Abs. 2a eingefügt.

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 1a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 2 Satz 3 „; § 37c Absatz 3 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 11a lit. b des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 8 bis 10 eingefügt.

01.01.2022.—Artikel 1 Nr. 11a lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Satz 1 in Abs. 2a durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautete: „Zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches leisten die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.“

31.10.2023.—Artikel 2 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat Satz 3 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben; § 37c Absatz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 2 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 8 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 8 lautete: „Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe nach den Sätzen 3 und 4 zur Versorgung des Kindes nicht aus.“

3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Psychotherapie berechtigt sind,
4. die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten,
5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

(3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.<sup>77</sup>

### § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und die Umsetzung der dazu erlassenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Er bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die geschlossenen Verträge und die erbrachten Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.<sup>78</sup>

---

#### 77 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt. Artikel 1 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

#### 78 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

**§ 37c Außerklinische Intensivpflege**

(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2. Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat das Therapieziel mit dem Versicherten zu erörtern und individuell festzustellen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz. Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, sind mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken. Zur Erhebung und Dokumentation nach Satz 6 sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt; sie nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2021 jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen

1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Satz 2,
2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination,
3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind und
4. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.

**ÄNDERUNGEN**

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 „nach § 91 Abs. 4“ nach „Bundesausschuss“ gestrichen.

25.03.2009.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 1 Satz 3 „häuslichen Umgebung“ durch „Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs“ ersetzt und „ ; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe“ am Ende eingefügt.

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

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 02 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 7a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 3 Satz 1 „bis zum 30. September 2007“ nach „§ 92“ gestrichen.

08.12.2015.—Artikel 1 Nr. 2a des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat Abs. 4 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 4 Satz 1 „erst-  
mals bis zum 31. Dezember 2017 und danach“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen,
2. in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches,
3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132l Absatz 5 Nummer 1 oder
4. in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen. Hierbei ist zu prüfen, ob und wie die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung nach Satz 1 sichergestellt ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann; dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen. Über die Nachbesserungsmaßnahmen nach Satz 3 schließt die Krankenkasse mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung, an der sich nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs weitere Leistungsträger zu beteiligen haben. Zur Umsetzung der Zielvereinbarung schuldet die Krankenkasse nur Leistungen nach diesem Buch. Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 erfüllt sind, wird durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen. Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 nicht mehr vorliegen, kann sie die Überprüfung nach Satz 7 zu einem früheren Zeitpunkt durchführen. Ist die Feststellung nach Satz 6 oder die Überprüfung nach den Sätzen 7 und 8 nicht möglich, weil der oder die Versicherte oder eine andere an den Wohnräumen berechnete Person sein oder ihr Einverständnis zu der nach den Sätzen 6 bis 8 gebotenen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst in den Wohnräumen nicht erteilt hat, so kann in den Fällen, in denen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 erbracht oder gewünscht werden, die Leistung an diesem Ort versagt und der oder die Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden.

(3) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, umfasst der Anspruch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des Elften Buches, die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches. Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen nach Satz 1 für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches festgestellt ist. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen, dass die Leistungen nach Satz 1 unter den in Satz 2 genannten Voraussetzungen auch über den in Satz 2 genannten Zeitraum hinaus weitergewährt werden.

(4) Kann die Krankenkasse keine qualifizierte Pflegefachkraft für die außerklinische Intensivpflege stellen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegefachkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 des Fünften Buches in Verbindung mit § 29 des Neunten Buches bleibt davon unberührt.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung an die Krankenkasse den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr. Versicherte, die außerklinische Intensivpflege an einem Leistungsort nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 erhalten und die das 18. Lebensjahr vollendet haben,

leisten als Zuzahlung an die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertrage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2026 einen Bericht über die Erfahrungen mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege vor. Darin sind insbesondere aufzuführen:

1. die Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle,
2. Angaben zur Leistungsdauer,
3. Angaben zum Leistungsort einschließlich Angaben zur Berücksichtigung von Wünschen der Versicherten,
4. Angaben zu Widerspruchsverfahren in Bezug auf die Leistungsbewilligung und deren Ergebnis sowie
5. Angaben zu Satzungsleistungen der Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 3.<sup>79</sup>

### § 38 Haushaltshilfe

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, daß im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Darüber hinaus erhalten Versicherte auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 26 Wochen.

(2) Die Satzung kann bestimmen, daß die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 bis 4 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Schwägerete bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.<sup>80</sup>

---

#### 79 QUELLE

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat die Vorschrift eingefügt.

#### 80 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Satz 2 „achte“ durch „zwölfte“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 29 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 7b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 2 Satz 1 „kann“ durch „soll“ ersetzt.

### § 39 Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht; sie umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat und die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente oder tagesstationäre Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams; die tagesstationäre Behandlung umfasst einen täglich mindestens sechsständigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, ohne Übernachtung im Krankenhaus. Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.

(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch. Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser Leistungen nach § 33a und die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 12 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 erster Halbsatz zu vereinbarende alternative Kennzeichnung zu verwenden ist. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Ge-

---

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 0a lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 6 Nr. 0a lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „soll“ durch „kann“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 0a lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „bis 4“ nach „Satz 2“ eingefügt.

meinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 7 und 12 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 8, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag. Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Information sowie die Einwilligung müssen schriftlich oder elektronisch erfolgen.

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gemeinsam erstellen unter Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an (Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte). Dabei sind die Entgelte so zusammenzustellen, daß sie miteinander verglichen werden können. Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, daß Vertragsärzte und Versicherte das Verzeichnis bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten.

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.<sup>81</sup>

---

## 81 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung wird voll- oder teilstationär erbracht. Sie umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.“

Artikel 1 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „Kassenärzte“ durch „Vertragsärzte“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 23 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Versicherte zahlen vom Beginn der Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens vierzehn Tage 5 Deutsche Mark je Kalendertag an das Krankenhaus. Die Zuzahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten. Satz 1 gilt nicht für Versicherte bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres sowie für die Zeit der teilstationären Krankenhausbehandlung. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zuzahlung von 5 Deutsche Mark kalendertäglich sowie die nach § 40 Abs. 5 Satz 2 geleistete Zuzahlung ist auf die Zuzahlung nach Satz 1 anzurechnen. Vom 1. Januar 1991 an beträgt die Zuzahlung nach Satz 1 10 Deutsche Mark.“

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat in Abs. 4 Satz 1 „11“ durch „zwölf“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 4 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Vom 1. Januar 1994 an beträgt die Zahlung nach Satz 1 12 Deutsche Mark.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 4 Satz 1 „zwölf“ durch „17“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 11 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Satz 3 „; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“ am Ende eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 4 Satz 1 „17 Deutsche Mark“ durch „9 Euro“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 30 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 4 Satz 1 „14 Tage 9 Euro“ durch „28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 30 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Abs. 5 Satz 2“ durch „Abs. 6 Satz 1“ ersetzt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 3 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 3 Satz 1 „Bundeskknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat in Abs. 3 Satz 1 „Ersatzkassen,“ durch „Ersatzkassen und“ ersetzt und „und die See-Krankenkasse“ vor „gemeinsam“ gestrichen.

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

„(5) Die See-Krankenkasse kann für kranke Seeleute, die ledig sind und keinen Haushalt haben, über den Anspruch nach Absatz 1 hinaus Unterkunft und Verpflegung in einem Seemannsheim erbringen. Absatz 4 gilt.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 1 „Verbände der“ nach „Krankenkassen, die“ gestrichen.

25.03.2009.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 1 Satz 1 „, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet“ am Ende gestrichen.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 1 Satz 4 bis 6 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Sätze 4 bis 6 in Abs. 1 aufgehoben. Die Sätze 4 bis 6 lauteten: „Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt.“

Artikel 1 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 5 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „

Artikel 5 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

29.07.2017.—Artikel 8 Nr. 2 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat in Abs. 1a Satz 6 „mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 erster Halbsatz zu vereinbarende alternative Kennzeichnung zu verwenden ist“ am Ende eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Sätze 6 bis 9 in Abs. 1a durch die Sätze 6 bis 11 ersetzt. Die Sätze 6 bis 9 lauteten: „Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 erster Halbsatz zu vereinbarende alternative Kennzeichnung zu verwenden ist. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1



**§ 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen**

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuß zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 95 Prozent. Der Zuschuss darf kalendertäglich 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen und in Erwachsenen hospizen durch jeweils gesonderte Vereinbarungen nach Satz 4 ausreichend Rechnung zu tragen. In den Vereinbarungen nach Satz 4 sind bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen. Der besondere Verwaltungsaufwand stationärer Hospize ist dabei zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen nach Satz 4 sind mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. In den Vereinbarungen ist auch zu regeln, in welchen Fällen Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz wechseln können; dabei sind die berechtigten Wünsche der Bewohner zu berücksichtigen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegen-

---

bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen.“

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1a Satz 13 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 6 lit. b und c desselben Gesetzes hat die Sätze 14 und 15 in Abs. 1a durch Satz 14 ersetzt. Die Sätze 14 und 15 lauteten: „Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.“

18.12.2019.—Artikel 2 Nr. 0 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494) hat in Abs. 1 Satz 1 „; sie umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat und die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten“ am Ende eingefügt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 1a Satz 7 „Leistungen nach § 33a und“ nach „Krankenhäuser“ eingefügt.

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1a Satz 11 „bis 7“ durch „bis 8“ ersetzt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 0 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 1 Satz 1 „ tagesstationär,“ nach „stationsäquivalent,“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 0 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „oder stationsäquivalente“ durch „, stationsäquivalente oder tagesstationäre“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 0 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „; die tagesstationäre Behandlung umfasst einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, ohne Übernachtung im Krankenhaus“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 0 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“

heit zur Stellungnahme zu geben. In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbebegleitung im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie
2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personal- und Sachkosten. Der Zuschuss bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 13 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personal- und Sachkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der Versorgung von Erwachsenen durch ambulante Hospizdienste durch jeweils gesonderte Vereinbarungen nach Satz 8 Rechnung zu tragen. Zudem ist der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches Rechnung zu tragen. Es ist sicherzustellen, dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern gewährleistet ist, und dass die Förderung zeitnah ab dem Zeitpunkt erfolgt, in dem der ambulante Hospizdienst zuschussfähige Sterbebegleitung leistet. Die Vereinbarung ist mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches sollen mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten.<sup>82</sup>

---

## 82 QUELLE

01.01.1997.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift eingefügt.

## ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Stationäre Hospize“.

Artikel 2 Nr. 3 desselben Gesetzes hat Abs. 2 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 25 lit. a litt. aa und bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 4 in Abs. 1 durch die Sätze 4 bis 6 ersetzt. Satz 4 lautete: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1; der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

Artikel 1 Nr. 25 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 7 bis 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „oder Familie“ durch „ , der Familie oder stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 4 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 6 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart“ ersetzt.

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 03 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen.“

Artikel 15 Nr. 03 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „Er“ durch „Der Zuschuss“ und „6 vom Hundert“ durch „7 vom Hundert“ ersetzt.

Artikel 15 Nr. 03 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 „und in den Rahmenvereinbarungen nach Satz 4 vorzusehen, dass Kinderhospize mit nicht mehr als 5 vom Hundert der zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 belastet bleiben“ am Ende gestrichen.

Artikel 15 Nr. 03 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, der Familie oder stationären Pflegeeinrichtungen erbringen.“

Artikel 15 Nr. 03 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 2 durch die Sätze 4 bis 6 ersetzt. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten, der sich insbesondere nach dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmt. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2002 für jeden ihrer Versicherten 0,15 Euro umfassen und jährlich um 0,05 Euro bis auf 0,40 Euro im Jahr 2007 ansteigen; dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.“

08.12.2015.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat in Abs. 1 Satz 2 „zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert“ durch „zu 95 Prozent“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „7 vom Hundert“ durch „9 Prozent“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 „und in Erwachsenenhospizen durch jeweils gesonderte Vereinbarungen nach Satz 4“ nach „Kinderhospizen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 6 bis 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b hat Abs. 2 geändert. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie
2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten. Der Zuschuss bezieht

**§ 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen**

(1) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. Die Krankenkasse leistet bei Bedarf Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsanspruchnahme. Die Beratung soll mit der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches und anderen bereits in Anspruch genommenen Beratungsangeboten abgestimmt werden. Auf Verlangen des Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. Im Auftrag des Versicherten informiert die Krankenkasse die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung des Versicherten mitwirken, über die wesentlichen Beratungsinhalte und Hilfestellungen oder händigt dem Versicherten zu diesem Zweck ein entsprechendes Begleitschreiben aus. Maßnahmen nach dieser Vorschrift und die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten erfolgen. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen.

(2) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in allgemeiner Form über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt für seine Mitglieder das Nähere zu Form und Inhalt der Informationen und berücksichtigt dabei das Informationsmaterial und die Formulierungshilfen anderer öffentlicher Stellen.<sup>83</sup>

**§ 39c Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit**


---

sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 8 „spätestens bis zum 31. Dezember 2016 und danach“ nach „sind“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 11 „spätestens bis zum 31. Dezember 2016 und danach“ nach „ist“ gestrichen.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Satz 9 in Abs. 2 durch die Sätze 9 und 10 ersetzt. Satz 9 lautete: „Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste und der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches ausreichend Rechnung zu tragen.“

**83 QUELLE**

08.12.2015.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 2 Satz 2 „erstmalig bis zum 30. Juni 2016“ nach „regelt“ gestrichen.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1 Satz 7 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt und „oder elektronischer“ jeweils nach „schriftlicher“ eingefügt.

Artikel 123 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 8 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 8 lautete: „Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.“

Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches festgestellt ist. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches entsprechend. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.<sup>84</sup>

### **§ 39d Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch einen Netzwerkkoordinator**

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt die Koordination der Aktivitäten in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator. Bedarfsgerecht kann insbesondere in Ballungsräumen auf Grundlage von in den Förderrichtlinien nach Absatz 3 festzulegenden Kriterien die Koordination eines Netzwerkes durch einen Netzwerkkoordinator in mehreren regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken für verschiedene Teile des Kreises oder der kreisfreien Stadt gefördert werden. Die Förderung setzt voraus, dass der Kreis oder die kreisfreie Stadt an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher Höhe wie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen beteiligt ist. Die Fördersumme für die entsprechende Teilfinanzierung der Netzwerkkoordination nach Satz 1 beträgt maximal 15 000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk für Personal- und Sachkosten des Netzwerkkoordinators. Die Fördermittel werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und von den Ersatzkassen durch eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder gemessen an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen im jeweiligen Bundesland erhoben und im Benehmen mit den für Gesundheit und Pflege jeweils zuständigen obersten Landesbehörden verausgabt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung erhöht sich das Fördervolumen um den Betrag der Beteiligung.

(2) Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind übergreifende Koordinierungstätigkeiten, insbesondere

1. die Unterstützung der Kooperation der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes und die Abstimmung und Koordination ihrer Aktivitäten im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung,
2. die Information der Öffentlichkeit über die Tätigkeiten und Versorgungsangebote der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes in enger Abstimmung mit weiteren informierenden Stellen auf Kommunal- und Landesebene,
3. die Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Organisation und Durchführung von Schulungen zur Netzwerktätigkeit,
4. die Organisation regelmäßiger Treffen der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und

---

#### **84 QUELLE**

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 0b des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat die Vorschrift eingefügt.

#### **ÄNDERUNGEN**

01.01.2017.—Artikel 13 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Satz 1 „mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5“ nach „Pflegebedürftigkeit“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 19a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 4 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2018 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der Einführung eines Anspruchs auf Leistungen nach dieser Vorschrift wiedergegeben werden.“

zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend dem regionalen Bedarf,

5. die Unterstützung von Kooperationen der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes mit anderen Beratungs- und Betreuungsangeboten wie Pflegestützpunkten, lokalen Demenznetzwerken, Einrichtungen der Altenhilfe sowie kommunalen Behörden und kirchlichen Einrichtungen,
6. die Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen koordinierenden Personen und Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene.

(3) Die Grundsätze der Förderung nach Absatz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Förderrichtlinien erstmals bis zum 31. März 2022 einschließlich der Anforderungen an den Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung und an die Herstellung von Transparenz über die Finanzierungsquellen der geförderten Netzwerkkoordination. Bei der Erstellung der Förderrichtlinien sind die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung, die kommunalen Spitzenverbände und der Verband der privaten Krankenversicherung zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2025 über die Entwicklung der Netzwerkstrukturen und die geleistete Förderung. Die Krankenkassen sowie deren Landesverbände sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für den Bericht erforderlichen Informationen insbesondere über die Struktur der Netzwerke sowie die aufgrund der Förderung erfolgten Koordinierungstätigkeiten und die Höhe der Fördermittel zu übermitteln.<sup>85</sup>

### § 39e Übergangspflege im Krankenhaus

(1) Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum 31. Oktober 2021 das Nähere zur Dokumentation nach Satz 4. Kommt die Vereinbarung nach Satz 5 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen den Inhalt der Vereinbarung fest.

(2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der Leistungen nach Absatz 1 an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Zahlungen nach § 39 Absatz 4 sind anzurechnen.<sup>86</sup>

### § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

---

**85** QUELLE  
20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

**86** QUELLE  
20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 13a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht; dies schließt mobile Rehabilitationseinrichtungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. Die Krankenkasse kann für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zur Hälfte zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 des Neunten Buches von der Krankenkasse zu übernehmen sind. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch. § 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind. Kommt der Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande oder wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei. Abweichend von § 89a Absatz 5 Satz 1 und 4 besteht das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene in diesem Fall aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Die Vertreter und Stellvertreter der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen werden durch die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bestellt.

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches. Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse ist die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. Von der vertragsärztlichen Verordnung anderer Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt. Die gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist den Versicherten und mit deren Einwilligung in Textform auch den verordnenden Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkasse teilt den Versicherten und den verordnenden Ärztinnen und Ärzten das Ergebnis ihrer Entscheidung in schriftlicher oder elektronischer Form mit und begründet die Abweichungen von der Verordnung. Mit Einwilligung der Versicherten in Textform übermittelt die Krankenkasse ihre Entscheidung schriftlich oder elektronisch den Angehörigen und Vertrauenspersonen der Versicherten sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die Versicherten versorgen. Vor der Verordnung informieren die Ärztinnen und Ärzte die Versicherten über die Möglichkeit, eine Einwilligung nach Satz 5 zu erteilen, fragen

die Versicherten, ob sie in eine Übermittlung der Krankenkassenentscheidung durch die Krankenkasse an die in Satz 7 genannten Personen oder Einrichtungen einwilligen und teilen der Krankenkasse anschließend den Inhalt einer abgegebenen Einwilligung mit. Die Aufgaben der Krankenkasse als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch bleiben von den Sätzen 1 bis 4 unberührt. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 bis zum 31. Dezember 2021 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2 und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach Satz 3 und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, mit Ausnahme von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation, die als ambulante Leistungen nach Absatz 1 in der Regel für 20 Behandlungstage oder als stationäre Leistungen nach Absatz 2 in der Regel für drei Wochen erbracht werden soll. Eine Verlängerung der Leistungen nach Satz 11 ist möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. Satz 11 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen 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 den Absätzen 1 und 2 können für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 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. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3 072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 16 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag für das Jahr 2021 bis zum 30. Juni 2022, für das Jahr 2022 bis zum 30. September 2023 und für das Jahr 2023 bis zum 30. September 2024 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden.

(3a) Bei einer stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Gilt nach § 42a Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Absatz 2 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 des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.

(4) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme der §§ 14, 15a, 17 und 31 des Sechsten Buches solche Leistungen nicht erbracht werden können.

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



(6) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluß an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlußrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluß auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 2 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) Indikationen fest, bei denen für eine medizinisch notwendige Leistung nach Absatz 2 die Zuzahlung nach Absatz 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne daß es sich um Anschlußrehabilitation handelt. Vor der Festlegung der Indikationen ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgebenden Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.<sup>87</sup>

---

## 87 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat in Abs. 4 „§ 1305 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung, des § 84 Abs. 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes und des § 97 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes“ durch „§ 31 des Sechsten Buches“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 24 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 24 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 Deutsche Mark je Kalendertag an die Einrichtung. Die Zuzahlung beträgt 5 Deutsche Mark, vom 1. Januar 1991 an 10 Deutsche Mark je Kalendertag für längstens vierzehn Tage je Kalenderjahr, wenn die Leistung nach Absatz 2 der Krankenhausbehandlung vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zuzahlung von 5 Deutsche Mark kalendertäglich sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zuzahlung ist auf die Zuzahlung nach Satz 2 anzurechnen. Die Zuzahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.“

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 12 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens vier Wochen erbracht werden.“

Artikel 2 Nr. 12 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „drei“ durch „vier“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung erfolgt für längstens 14 Tage je Kalenderjahr, wenn die Leistung nach Absatz 2 der Krankenhausbehandlung vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 2 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.“

Artikel 2 Nr. 12 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 7 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen nicht aus, um die in § 27 Satz 1 und § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten Rehabilitationskur erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten der Kur einen Zuschuß von bis zu 15 Deutsche Mark täglich vorsehen.“

Artikel 1 Nr. 19 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Behandlung“ durch „Rehabilitation“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. Leistungen nach Absatz 1 und 2 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. § 23 Abs. 5 Satz 3 und 4 gilt.“

Artikel 1 Nr. 19 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „Absatz 2, die nicht anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung durchgeführt werden,“ durch „den Absätzen 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Absatz 2“ durch „Absatz 1 oder 2“ und „25 Deutsche Mark“ durch „17 Deutsche Mark“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „Absatz 2“ durch „Absatz 1 oder 2“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen“.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 5 Satz 1 „17 Deutsche Mark“ durch „9 Euro“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 31 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 5 Satz 1 „9 Euro“ durch „den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „§ 39 Abs. 4 ergebenden Betrag für längstens 14 Tage“ durch „§ 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 26 lit. a litt. aa und bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 „in wohnortnahen“ durch „durch wohnortnahe“ und „kann“ durch „erbringt“ ersetzt sowie „erbringen“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 26 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten“ nach „einer“ eingefügt, „kann“ durch „erbringt“ ersetzt und „erbringen“ nach „Rehabilitationseinrichtung“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 und 3 eingefügt.

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

Artikel 1 Nr. 26 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich und“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt“ ersetzt.

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

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 1 „§ 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen“ durch „§ 111c besteht“ ersetzt.

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 9 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 2 Satz 1 „; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „; für pflegende Angehörige gilt dies nicht, wenn sie eine andere zertifizierte Einrichtung wählen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger“ am Ende eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 1 „; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; für pflegende Angehörige gilt dies nicht, wenn sie eine andere zertifizierte Einrichtung wählen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches“ nach „Einzelfalls“ eingefügt.

14.12.2016.—Artikel 5 des Gesetzes vom 8. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2838) hat in Abs. 4 „des § 31“ durch „der §§ 14, 15a, 17 und 31“ ersetzt.

29.07.2017.—Artikel 8 Nr. 3 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat in Abs. 2 Satz 4 „; bei Anrufung des Bundesschiedsamtes entsprechend § 118a Absatz 2 Satz 2 ist das Bundesschiedsamt anstelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft um Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu erweitern“ eingefügt.

01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 7 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 2 Satz 1 „§ 20 Abs. 2a“ durch „§ 37 Absatz 3“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 7 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „§ 9“ durch „§ 8“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „§ 9“ durch „§ 8“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Satz 1 in Abs. 2 durch die Sätze 1 bis 3 ersetzt. Satz 1 lautete: „Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.“

Artikel 7 Nr. 6 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 7 Nr. 6 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 5 „Satz 2“ durch „Satz 4“ ersetzt.

Artikel 7 Nr. 6 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 9 und 10 jeweils „Satz 6“ durch „Satz 8“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 2 Satz 6 „; bei Anrufung des Bundesschiedsamtes entsprechend § 118a Absatz 2 Satz 2 ist das Bundesschiedsamt anstelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft um Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu erweitern“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 20 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 7 bis 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 10 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 10 lautete: „Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 8.“

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 2 Satz 4 „zur Hälfte“ nach „entstehenden Mehrkosten“ eingefügt und „angemessen“ durch „von der Krankenkasse zu übernehmen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 9 in Abs. 3 durch die Sätze 2 bis 20 ersetzt. Die Sätze 2 bis 9 lauteten: „Bei einer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 3 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen 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 den Absätzen 1 und 2 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. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3 072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht

## § 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen 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. Rehabilitationsleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. § 40 Absatz 2 Satz 1 und 4 gilt nicht; § 40 Absatz 2 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(2) § 40 Absatz 3, 3a und 4 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 Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.<sup>88</sup>

---

worden sind. Satz 8 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat.“

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 0a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat Satz 20 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 20 lautete: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag erstmalig für das Jahr 2021 bis zum 30. Juni 2022 und danach jährlich bis zum 30. Juni 2024 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden.“

01.01.2024.—Artikel 6 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2 Satz 2 und 3 jeweils „pflegende Angehörige“ durch „Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „pflegender Angehöriger“ durch „von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 11 und 12 in Abs. 3 aufgehoben. Die Sätze 11 und 12 lauteten: „Bei einer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen.“

Artikel 6 Nr. 4 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 12 „Satz 13“ durch „Satz 11“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 13 „Satz 13“ durch „Satz 11“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. b litt. ee desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 17 „Satz 18“ durch „Satz 16“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

01.07.2025.—Artikel 6a Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 3a jeweils „§ 42a“ durch „§ 42b“ ersetzt.

## 88 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 25 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) § 40 Abs. 3 bis 5 gilt entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 25 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 13 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 § 40 Abs. 5 entsprechend.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Müttergenesungskuren“.

## § 42 Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Versicherte haben Anspruch auf Belastungserprobung und Arbeitstherapie, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können.

## § 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

(1) Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 64 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 73 und 74 des Neunten Buches als ergänzende Leistungen zu erbringen sind,

1. solche Leistungen zur Rehabilitation ganz oder teilweise erbringen oder fördern, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören,

Artikel 1 Nr. 20 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „Abs. 1“ nach „§ 27“ und „;“; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden“ am Ende eingefügt sowie „Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur“ durch „Leistungen der Rehabilitation“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „Kur“ durch „Leistungen nach Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Abs. 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4“ durch „Abs. 3 und 4“ ersetzt.

01.08.2002.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 26. Juli 2002 (BGBl. I S. 2874) hat in der Überschrift „und Väter“ am Ende eingefügt.

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

Artikel 1 Nr. 2 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. 2 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. 32 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 3 „§ 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. 28 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 § 27 Abs. 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen aus medizinischen Gründen erforderliche Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erbringen; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden.“

Artikel 1 Nr. 28 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 28 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.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 10a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 4 „und 4“ nach „Satz 3“ eingefügt.

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat Satz 4 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 4 lautete: „§ 40 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt nicht; § 40 Abs. 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.“

01.01.2024.—Artikel 6 Nr. 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2 „Abs. 3“ durch „Absatz 3, 3a“ ersetzt.

2. wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist,

wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet.

(2) Die Krankenkasse erbringt aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Die Nachsorgemaßnahmen umfassen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen.<sup>89</sup>

### § 43a Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

#### 89 ÄNDERUNGEN

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Sätze 2 und 3 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Satz 1 Nr. 1 „; dies gilt auch für das Funktionstraining“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Satz 1 Nr. 2 „erbringen“ durch „ganz oder teilweise erbringen oder fördern“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 1 Nr. 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 Satz 1 bis 4, § 33 Abs. 2 Satz 3 und § 60 sind auch dann anzuwenden, wenn die in diesen Vorschriften genannten Leistungen nicht jeweils einzeln vergütet werden. Für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, deren unmittelbarer Anschluß an eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist, gilt § 40 Abs. 6 und 7 entsprechend; Satz 2 gilt nicht.“

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat „als ergänzende Leistungen“ durch „neben den Leistungen, die nach § 44 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 53 und 54 des Neunten Buches als ergänzende Leistungen zu erbringen sind,“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 1 aufgehoben und Nr. 2 und 3 in Nr. 1 und 2 unnummeriert. Nr. 1 lautete:

- „1. den Rehabilitationssport fördern, der Versicherten ärztlich verordnet und in Gruppen unter ärztlicher Betreuung ausgeübt wird; dies gilt auch für das Funktionstraining.“

Artikel 5 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat in der neuen Nr. 1 „berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation“ durch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 33 lit. b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 2 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 29 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 4 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt“ ersetzt.

18.12.2008.—Artikel 1 Nr. 1d des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Krankenkasse kann aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erbringen oder fördern, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.“

01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 8 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 1 „§ 44“ durch „§ 64“ und „§§ 53 und 54“ durch „§§ 73 und 74“ ersetzt.

(1) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt.

(2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden.<sup>90</sup>

### **§ 43b Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen**

Versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen haben Anspruch auf nichtärztliche Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Dies umfasst auch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung von Leistungen.<sup>91</sup>

---

#### **90 QUELLE**

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat die Vorschrift eingefügt.

#### **ÄNDERUNGEN**

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 14 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat „; § 30 des Neunten Buches bleibt unberührt“ am Ende eingefügt.

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 04 lit. b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 2 eingefügt.

01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 9 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 1 „§ 30“ durch „§ 46“ ersetzt.

#### **91 QUELLE**

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 26 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

#### **ÄNDERUNGEN**

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 34 lit. b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 2 eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat Satz 4 in Abs. 2 durch die Sätze 4 bis 8 ersetzt. Satz 4 lautete: „Das Nähere zum Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 ist in den Bundesmantelverträgen zu vereinbaren.“

25.03.2009.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 3b lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 3 Satz 7 „Vollstreckungsverfahren und“ nach „für“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 3b lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 8 und 9 durch die Sätze 8 bis 10 ersetzt. Die Sätze 8 und 9 lauteten: „Das Nähere zur Umsetzung der Kostenerstattung nach den Sätzen 6 und 7 vereinbaren der Spitzenverband Bund und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Soweit Vollstreckungsmaßnahmen zum Einzug von Zuzahlungen erfolglos bleiben, findet keine Verrechnung der Zuzahlung mit dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse statt.“

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2789) hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. Die nach § 83 zu entrichtenden Vergütungen verringern sich in Höhe der Summe der von den mit der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnenden Leistungserbringern nach Satz 1 einbehaltenen Zuzahlungen. Absatz 1 Satz 2 gilt nicht im Falle der Leistungserbringung und Abrechnung im Rahmen von Gesamtverträgen nach den §§ 82 und 83. In den Fällen des Satzes 3 haben die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung im Auftrag der Krankenkasse die Einziehung der Zuzahlung zu übernehmen,

### § 43c Zahlungsweg

(1) Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen.

(2) (weggefallen)

(3) Zuzahlungen, die Versicherte nach § 39 Abs. 4 zu entrichten haben, hat das Krankenhaus einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse verringert sich entsprechend. Absatz 1 Satz 2 gilt nicht. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch das Krankenhaus nicht, hat dieses im Auftrag der Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen. Die Krankenhäuser werden zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens nach Satz 3 beliehen. Sie können hierzu Verwaltungsakte gegenüber den Versicherten erlassen; Klagen gegen diese Verwaltungsakte haben keine aufschiebende Wirkung; ein Vorverfahren findet nicht statt. Die zuständige Krankenkasse erstattet dem Krankenhaus je durchgeführtem Verwaltungsverfahren nach Satz 3 eine angemessene Kostenpauschale. Die dem Krankenhaus für Vollstreckungsverfahren und Klagen von Versicherten gegen den Verwaltungsakt entstehenden Kosten werden von den Krankenkassen getragen. Das Vollstreckungsverfahren für Zuzahlungen nach § 39 Absatz 4 wird von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Das Nähere zur Umsetzung der Kostenerstattung nach den Sätzen 6 und 7 vereinbaren der Spitzenverband Bund und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Soweit die Einziehung der Zuzahlung durch das Krankenhaus erfolglos bleibt, verringert sich abweichend von Satz 1 der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse statt. Zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse können abweichende Regelungen zum Zahlungsweg vereinbart werden, soweit dies wirtschaftlich ist.<sup>92</sup>

## Zweiter Titel Krankengeld

### § 44 Krankengeld

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) behandelt werden.

---

wenn der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlt. Sie können hierzu Verwaltungsakte gegenüber den Versicherten erlassen. Klagen gegen Verwaltungsakte nach Satz 5 haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. In den Bundesmantelverträgen kann ein von Satz 4 abweichendes Verfahren vereinbart werden; das Nähere zum Verfahren nach den Sätzen 1, 2 und 4 bis 7 ist in den Bundesmantelverträgen zu vereinbaren.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.“

UMNUMMERIERUNG

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat § 43b in § 43c unnummeriert.

QUELLE

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

**92** UMNUMMERIERUNG

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat § 43b in § 43c unnummeriert.

ÄNDERUNGEN

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 3 Satz 11 eingefügt.



(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben

1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben, und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, sofern sie abhängig beschäftigt und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind oder sofern sie hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben,
2. hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, es sei denn, das Mitglied erklärt gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung),
3. Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, es sei denn, das Mitglied gibt eine Wahlerklärung ab, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll. Dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages zum Arbeitsentgelt haben,
4. Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.

Für die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 gilt § 53 Absatz 8 Satz 1 entsprechend. Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 6 unberührt. Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu, wird die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.

(3) Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach arbeitsrechtlichen Vorschriften.

(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.<sup>93</sup>

---

**93** ÄNDERUNGEN

01.01.2005.—Artikel 4 Nr. 1a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 1 Satz 2 „Nr. 5,“ durch „Nr. 2a, 5,“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9 oder 10 sowie die nach § 10 Versicherten haben keinen Anspruch auf Krankengeld; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben.“

01.01.2009.—Artikel 2 Nr. 6a lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten haben keinen Anspruch auf Krankengeld; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben, und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind.“

Artikel 2 Nr. 6a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Satzung kann für freiwillig Versicherte den Anspruch auf Krankengeld ausschließen oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen.“

### **§ 44a Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen**

Spender von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 27 Absatz 1a haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Spende an Versicherte sie arbeitsunfähig macht. Das Krankengeld wird den Spendern von der Krankenkasse der Empfänger in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze geleistet. Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtige Spender ist das ausgefallene Arbeitseinkommen im Sinne von Satz 2 aus demjenigen Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die Spende zugrunde gelegen hat. § 44 Absatz 3, § 47 Absatz 2 bis 4, die §§ 47b, 49 und 50 gelten entsprechend; Ansprüche nach § 44 sind gegenüber Ansprüchen nach dieser Vorschrift ausgeschlossen. Ansprüche nach dieser Vorschrift haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen.<sup>94</sup>

### **§ 44b Krankengeld für eine bei stationärer Behandlung mitaufgenommene Begleitperson aus dem engsten persönlichen Umfeld**

(1) Ab dem 1. November 2022 haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn sie

1. zur Begleitung eines Versicherten bei einer stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 mitaufgenommen werden,

---

01.08.2009.—Artikel 15 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Nr. 2 und 3 in Abs. 2 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 und 3 lauteten:

„2. hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige,

3. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben,“.

Artikel 15 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 4 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 „soweit“ durch „sofern“ ersetzt und „oder sofern sie hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 4 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Das Bundesministerium für Gesundheit legt dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2018 einen Bericht über die Umsetzung des Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen nach diesem Absatz vor.“

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 4 Satz 2 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt und „oder elektronischer“ jeweils nach „schriftlicher“ eingefügt.

Artikel 123 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „oder elektronisch“ nach „schriftlich“ eingefügt.

#### **94 QUELLE**

01.08.2012.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat die Vorschrift eingefügt.

#### **ÄNDERUNGEN**

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Krankengeld bei Spende von Organen oder Geweben“.

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Spender von Organen oder Geweben nach § 27 Absatz 1a haben Anspruch auf Krankengeld, wenn eine im Rahmen des Transplantationsgesetzes erfolgende Spende von Organen oder Geweben an Versicherte sie arbeitsunfähig macht.“

- a) der die Begleitung aus medizinischen Gründen benötigt,
  - b) bei dem die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 des Neunten Buches vorliegen,
  - c) der Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches, § 35a des Achten Buches oder Leistungen nach dem Sechsten Kapitel des Vierzehnten Buches erhält und
  - d) der keine Leistungen nach § 113 Absatz 6 des Neunten Buches in Anspruch nimmt,
2. im Verhältnis zu dem begleiteten Versicherten
    - a) ein naher Angehöriger im Sinne von § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sind oder
    - b) eine Person aus dem engsten persönlichen Umfeld sind,
  3. gegenüber dem begleiteten Versicherten keine Leistungen der Eingliederungshilfe gegen Entgelt nach Teil 2 des Neunten Buches oder § 35a des Achten Buches und keine Leistungen nach dem Sechsten Kapitel des Vierzehnten Buches erbringen und
  4. ihnen durch die Begleitung ein Verdienstaussfall entsteht.

Der Anspruch besteht für die Dauer der Mitaufnahme. Der Mitaufnahme steht die ganztägige Begleitung gleich.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in einer Richtlinie nach § 92 bis zum 1. August 2022 Kriterien zur Abgrenzung des Personenkreises, der die Begleitung aus medizinischen Gründen benötigt. Vor der Entscheidung ist den für die Wahrnehmung der Interessen von Menschen mit Behinderungen maßgeblichen Organisationen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(3) Der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 Absatz 1 bleibt unberührt.

(4) § 45 Absatz 3 gilt entsprechend. Den Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 sind.<sup>95</sup>

### **§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes**

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, daß sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Abs. 4 und § 44 Absatz 2 gelten für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend.

(1a) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht auch für Versicherte, die nach § 11 Absatz 3 bei stationärer Behandlung ihres versicherten Kindes aus medizinischen Gründen als Begleitperson mitaufgenommen werden, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Das Vorliegen der in Satz 1 genannten medizinischen Gründe, die eine Mitaufnahme notwendig machen, sowie die Dauer der notwendigen Mitaufnahme sind von der sta-

---

#### **95 QUELLE**

05.10.2021—Artikel 7b des Gesetzes vom 27. September 2021 (BGBl. I S. 4530) hat die Vorschrift eingefügt.

#### **ÄNDERUNGEN**

01.01.2024.—Artikel 8b Nr. 2 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat in Abs. 3 „Absatz 1“ nach „§ 45“ eingefügt.

Artikel 5b Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 408) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe c „§ 27d Absatz 1 Nummer 3 des Bundesversorgungsgesetzes“ durch „Leistungen nach dem Sechsten Kapitel des Vierzehnten Buches“ ersetzt.

Artikel 5b Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 „ , § 35a des Achten Buches oder § 27d Absatz 1 Nummer 3 des Bundesversorgungsgesetzes“ durch „oder § 35a des Achten Buches und keine Leistungen nach dem Sechsten Kapitel des Vierzehnten Buches“ ersetzt.

tionären Einrichtung gegenüber der Begleitperson des versicherten Kindes zu bescheinigen; im Fall des § 11 Absatz 3 Satz 2 ist die Bescheinigung auf die Dauer der in Satz 1 genannten Mitaufnahme zu beschränken. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nur für einen Elternteil. § 10 Absatz 4 und § 44 Absatz 2 gelten für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend. Der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 bleibt unberührt. Kein Anspruch auf Krankengeld nach Satz 1 besteht, wenn Krankengeld nach Absatz 4 oder nach § 44b in Anspruch genommen wird.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 oder Absatz 1a aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8, Absatz 4 Satz 3 bis 5 und § 47b gelten entsprechend.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 jeweils in dem Kalenderjahr 2024 und in dem Kalenderjahr 2025 für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 35 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 70 Arbeitstage.

(3) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 oder Absatz 1a anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

(4) Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

- a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und
- c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 und die §§ 47 und 47b gelten entsprechend.

(5) Anspruch auf unbezahlte Freistellung nach den Absätzen 3 und 4 haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a sind.<sup>96</sup>

---

## 96 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Satz 1 „achte“ durch „zwölfte“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für fünf Arbeitstage.“

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 15 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Satz 1 „oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist“ am Ende eingefügt.

01.08.2002.—Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Juli 2002 (BGBl. I S. 2872) hat Abs. 4 und 5 eingefügt.

01.08.2009.—Artikel 15 Nr. 1a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 1 Satz 2 „Abs. 1 Satz 2“ durch „Absatz 2“ ersetzt.

01.01.2015.—Artikel 5 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) hat Abs. 2 Satz 3 bis 5 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3 gelten entsprechend.“

29.10.2020.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.2021.—Artikel 4 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) hat Abs. 2a aufgehoben. Abs. 2a lautete:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 für das Kalenderjahr 2020 für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 35 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 70 Arbeitstage.“

05.01.2021.—Artikel 8 Nr. 1 des Gesetzes vom 18. Januar 2021 (BGBl. I S. 2) und Artikel 3 des Gesetzes vom 22. April 2021 (BGBl. I S. 802) haben Abs. 2a und 2b eingefügt.

01.01.2022.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) hat Abs. 2a neu gefasst. Abs. 2a lautete:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 für das Kalenderjahr 2021 für jedes Kind längstens für 30 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 60 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 65 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 130 Arbeitstage. Der Anspruch nach Absatz 1 besteht für das Kalenderjahr 2021 auch dann, wenn Einrichtungen zur Betreuung von Kindern, Schulen oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen oder übertragbaren Krankheiten auf Grund des Infektionsschutzgesetzes vorübergehend geschlossen werden oder deren Betreten, auch aufgrund einer Absonderung, untersagt wird, oder wenn von der zuständigen Behörde aus Gründen des Infektionsschutzes Schul- oder Betriebsferien angeordnet oder verlängert werden oder die Präsenzpflicht in einer Schule aufgehoben wird oder der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot eingeschränkt wird oder das Kind auf Grund einer behördlichen Empfehlung die Einrichtung nicht besucht. Die Schließung der Schule, der Einrichtung zur Betreuung von Kindern oder der Einrichtung für Menschen mit Behinderung, das Betretungsverbot, die Verlängerung der Schul- oder Betriebsferien, die Aussetzung der Präsenzpflicht in einer Schule, die Einschränkung des Zugangs zum Kinderbetreuungsangebot oder das Vorliegen einer behördlichen Empfehlung, vom Besuch der Einrichtung abzusehen, ist der Krankenkasse auf geeignete Weise nachzuweisen; die Krankenkasse kann die Vorlage einer Bescheinigung der Einrichtung oder der Schule verlangen.“

19.03.2022.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) hat in Abs. 2a Satz 3 „19. März“ durch „23. September“ ersetzt.

17.09.2022.—Artikel 2 Nr. 1b des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) hat in Abs. 2a Satz 3 „23. September“ durch „31. Dezember“ ersetzt.

01.01.2023.—Artikel 6 des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) und Artikel 2 Nr. 1a des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) haben Abs. 2a und 2b neu gefasst. Abs. 2a und 2b lauteten:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 für das Jahr 2022 für jedes Kind längstens für 30 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 60 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 65 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 130 Arbeitstage. Der Anspruch nach Absatz 1 besteht bis zum Ablauf des 31. Dezember 2022 auch dann, wenn Einrichtungen zur Betreuung von Kindern, Schulen oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderung zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen oder übertragbaren Krankheiten auf Grund des Infektionsschutzgesetzes vorübergehend geschlossen werden oder deren Betreten, auch auf Grund einer Absonderung, untersagt wird, oder wenn von der zuständigen Behörde aus Gründen des Infektionsschutzes Schul- oder Betriebsferien angeord-

## § 46 Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht

1. bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) von ihrem Beginn an,
2. im übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an.

Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage. Für Versicherte, deren Mitgliedschaft nach § 192

net oder verlängert werden oder die Präsenzpflcht in einer Schule aufgehoben wird oder der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot eingeschränkt wird, oder das Kind auf Grund einer behördlichen Empfehlung die Einrichtung nicht besucht. Die Schließung der Schule, der Einrichtung zur Betreuung von Kindern oder der Einrichtung für Menschen mit Behinderung, das Betretungsverbot, die Verlängerung der Schul- oder Betriebsferien, die Aussetzung der Präsenzpflcht in einer Schule, die Einschränkung des Zugangs zum Kinderbetreuungsangebot oder das Vorliegen einer behördlichen Empfehlung, vom Besuch der Einrichtung abzusehen, ist der Krankenkasse auf geeignete Weise nachzuweisen; die Krankenkasse kann die Vorlage einer Bescheinigung der Einrichtung oder der Schule verlangen.

(2b) Für die Zeit des Bezugs von Krankengeld nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2a Satz 3 ruht für beide Elternteile der Anspruch nach § 56 Absatz 1a des Infektionsschutzgesetzes.“

01.01.2024.—Artikel 8b Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat in Abs. 1 Satz 2 „für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend“ am Ende eingefügt.

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

Artikel 8b Nr. 3 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 und 4 jeweils „oder Absatz 1a“ nach „Absatz 1“ eingefügt.

Artikel 8b Nr. 3 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „und Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt“ durch „ , Absatz 4 Satz 3 bis 5 und § 47b gelten“ ersetzt.

Artikel 8b Nr. 3 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 1 „für das Jahr 2023“ durch „jeweils in dem Kalenderjahr 2024 und in dem Kalenderjahr 2025“, „30 Arbeitstage“ durch „15 Arbeitstage“ und „60 Arbeitstage“ durch „30 Arbeitstage“ ersetzt.

Artikel 8b Nr. 3 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 2 „65 Arbeitstage“ durch „35 Arbeitstage“ und „130 Arbeitstage“ durch „70 Arbeitstage“ ersetzt.

Artikel 8b Nr. 3 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 2a aufgehoben. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „Der Anspruch nach Absatz 1 besteht bis zum Ablauf des 7. April 2023 auch dann, wenn Einrichtungen zur Betreuung von Kindern, Schulen oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderung zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen oder übertragbaren Krankheiten aufgrund des Infektionsschutzgesetzes vorübergehend geschlossen werden oder deren Betreten, auch aufgrund einer Absonderung, untersagt wird, oder wenn von der zuständigen Behörde aus Gründen des Infektionsschutzes Schul- oder Betriebsferien angeordnet oder verlängert werden, die Präsenzpflcht in einer Schule aufgehoben oder der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot eingeschränkt wird oder das Kind aufgrund einer behördlichen Empfehlung die Einrichtung nicht besucht. Die Schließung der Schule, der Einrichtung zur Betreuung von Kindern oder der Einrichtung für Menschen mit Behinderung, das Betretungsverbot, die Verlängerung der Schul- oder Betriebsferien, die Aussetzung der Präsenzpflcht in einer Schule, die Einschränkung des Zugangs zum Kinderbetreuungsangebot oder das Vorliegen einer behördlichen Empfehlung, vom Besuch der Einrichtung abzusehen, ist der Krankenkasse auf geeignete Weise nachzuweisen; die Krankenkasse kann die Vorlage einer Bescheinigung der Einrichtung oder der Schule verlangen.“

Artikel 8b Nr. 3 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 2b aufgehoben. Abs. 2b lautete:

„(2b) Für die Zeit des Bezugs von Krankengeld nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2a Satz 3 ruht für beide Elternteile der Anspruch nach § 56 Absatz 1a des Infektionsschutzgesetzes.“

Artikel 8b Nr. 3 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 und 2 jeweils „oder Absatz 1a“ nach „Absatz 1“ eingefügt.

Artikel 8b Nr. 3 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „§ 47“ durch „die §§ 47 und 47b“ ersetzt.

Artikel 8b Nr. 3 lit. h desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „oder Absatz 1a“ nach „Absatz 1“ eingefügt.

Absatz 1 Nummer 2 vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bleibt der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag im Sinne von Satz 2, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten sowie für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 abgegeben haben, entsteht der Anspruch von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an. Der Anspruch auf Krankengeld für die in Satz 3 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz entsteht bereits vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zu dem von der Satzung bestimmten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Tarif nach § 53 Abs. 6 gewählt hat.<sup>97</sup>

### § 47 Höhe und Berechnung des Krankengeldes

(1) Das Krankengeld beträgt 70 vom Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 vom Hundert des bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechneten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen. Für die Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nach Satz 2 ist der sich aus dem kalendertäglichen Hinzurechnungsbetrag nach Absatz 2 Satz 6 ergebende Anteil am Nettoarbeitsentgelt mit dem Vomhundertsatz anzusetzen, der sich aus dem Verhältnis des kalendertäglichen Regelentgeltbetrages nach Absatz 2 Satz 1 bis 5 zu dem sich aus diesem Regelentgeltbetrag ergebenden Nettoarbeitsentgelt ergibt. Das nach Satz 1 bis 3 berechnete kalendertägliche Krankengeld darf das sich aus dem Arbeitsentgelt nach Absatz 2 Satz 1 bis 5 ergebende kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen. Das Regelentgelt wird nach den Absätzen 2, 4 und 6 berechnet. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit dreißig Tagen anzusetzen. Bei der Berechnung des Regelentgelts nach Satz 1 und des Nettoarbeitsentgelts nach den Sätzen 2 und 4 sind die

---

#### 97 ÄNDERUNGEN

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

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 30a lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Der Anspruch auf Krankengeld für die in Satz 2 genannten Versicherten entsteht bereits vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zu dem von der Satzung bestimmten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Versicherte gegenüber der Künstlersozialkasse eine entsprechende Erklärung abgibt und solange diese Erklärung nicht widerrufen wird.“

Artikel 1 Nr. 30a lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 aufgehoben. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Die Erklärung kann nur mit Wirkung vom Beginn eines auf ihren Eingang folgenden Kalendermonats an abgegeben und nur zum Ende eines Kalendermonats widerrufen werden. Leistungen nach Satz 3 sind nicht für Versicherungsfälle zu erbringen, die vor dem Eingang der Erklärung bei der Künstlersozialkasse eingetreten sind.“

01.08.2009.—Artikel 15 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Satz 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten entsteht der Anspruch auf Krankengeld von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an.“

Artikel 15 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 3 „nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz“ nach „Versicherten“ eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Nr. 2 in Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. im übrigen von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt.“

Artikel 1 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. c desselben Gesetzes hat im neuen Satz 4 „Satz 2“ durch „Satz 3“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 3 eingefügt.

für die jeweilige Beitragsbemessung und Beitragstragung geltenden Besonderheiten des Übergangsbereichs nach § 20 Abs. 2 des Vierten Buches nicht zu berücksichtigen.

(2) Für die Berechnung des Regelentgelts ist das von dem Versicherten im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, mindestens das während der letzten abgerechneten vier Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt durch die Zahl der Stunden zu teilen, für die es gezahlt wurde. Das Ergebnis ist mit der Zahl der sich aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergebenden regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden zu vervielfachen und durch sieben zu teilen. Ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen oder ist eine Berechnung des Regelentgelts nach den Sätzen 1 und 2 nicht möglich, gilt der dreißigste Teil des im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Kalendermonat erzielten und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderten Arbeitsentgelts als Regelentgelt. Wenn mit einer Arbeitsleistung Arbeitsentgelt erzielt wird, das für Zeiten einer Freistellung vor oder nach dieser Arbeitsleistung fällig wird (Wertguthaben nach § 7b des Vierten Buches), ist für die Berechnung des Regelentgelts das im Bemessungszeitraum der Beitragsberechnung zugrundeliegende und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt maßgebend; Wertguthaben, die nicht gemäß einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeitregelungen verwendet werden (§ 23b Abs. 2 des Vierten Buches), bleiben außer Betracht. Bei der Anwendung des Satzes 1 gilt als regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit die Arbeitszeit, die dem gezahlten Arbeitsentgelt entspricht. Für die Berechnung des Regelentgelts ist der dreihundertsechzigste Teil des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts, das in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit nach § 23a des Vierten Buches der Beitragsberechnung zugrunde gelegen hat, dem nach Satz 1 bis 5 berechneten Arbeitsentgelt hinzuzurechnen.

(3) Die Satzung kann bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung abweichende Bestimmungen zur Zahlung und Berechnung des Krankengeldes vorsehen, die sicherstellen, daß das Krankengeld seine Entgeltersatzfunktion erfüllt.

(4) Für Seeleute gelten als Regelentgelt die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 233 Abs. 1. Für Versicherte, die nicht Arbeitnehmer sind, gilt als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war. Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte ist das Regelentgelt aus dem Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegen hat; dabei ist für den Kalendertag der dreihundertsechzigste Teil dieses Betrages anzusetzen. Die Zahl dreihundertsechzig ist um die Zahl der Kalendertage zu vermindern, in denen eine Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz nicht bestand oder für die nach § 234 Absatz 1 Satz 2 Arbeitseinkommen nicht zugrunde zu legen ist. Die Beträge nach § 226 Abs. 1 Nr. 2 und 3 bleiben außer Betracht.

(5) (weggefallen)

(6) Das Regelentgelt wird bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.<sup>98</sup>

---

## 98 ÄNDERUNGEN

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2606) hat Abs. 4 Satz 3 eingefügt.

01.08.1991.—Artikel 6 Nr. 2 des Gesetzes vom 25. Juli 1991 (BGBl. I S. 1606) hat Abs. 5 Satz 2 eingefügt.

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat in Abs. 5 Satz 1 „nach dem jeweiligen Rentenanpassungsgesetz angepaßt worden sind“ durch „ohne Berücksichtigung der Veränderung der Belastung bei Renten anzupassen gewesen wären“ ersetzt.

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat in Abs. 1 Satz 1 „80 vom Hundert“ durch „70 vom Hundert“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf das bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechnete Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen.“



Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 12. Dezember 1996 (BGBl. I S. 1859) hat in Abs. 4 Satz 5 „(§ 227)“ durch „(§ 23a des Vierten Buches)“ ersetzt.

01.01.1998.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 6. April 1998 (BGBl. I S. 688) hat Abs. 2 Satz 4 und 5 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 21 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2534) hat Abs. 5 Satz 4 eingefügt.

#### ENTSCHEIDUNG DES BUNDESVERFASSUNGSGERICHTS

§ 47 Abs. 2 Satz 1 ist mit Artikel 3 Abs. 1 des Grundgesetzes unvereinbar, soweit danach einmalig gezahltes Arbeitsentgelt zu Sozialversicherungsbeiträgen herangezogen wird, ohne dass es bei der Berechnung sämtlicher beitragsfinanzierter Lohnersatzleistungen berücksichtigt wird. (Beschluß v. 24. Mai 2000 – 1 BvL 1/98, 1 BvL 4/98, 1 BvL 15/99 – (BGBl. I S. 1082))

#### ÄNDERUNGEN

22.06.2000.—Artikel 2 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1971) hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

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

Artikel 2 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) und die Beträge nach § 226 Abs. 1 Nr. 2 und 3 bleiben außer Betracht.“

Artikel 2 Nr. 1 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „80 vom Hundert“ durch „70 vom Hundert“ ersetzt.

01.01.2001.—Artikel 5 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2998) hat in Abs. 5 Satz 1 „und der Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung der 65jährigen“ nach „bei Renten“ eingefügt. Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. März 2001 (BGBl. I S. 403) hat diese Änderung zurückgenommen.

Artikel 5 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „ , jedoch ohne Berücksichtigung der Veränderung der Belastung bei Renten und der Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung der 65jährigen“ am Ende eingefügt. Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. März 2001 (BGBl. I S. 403) hat diese Änderung zurückgenommen.

01.01.2001.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. März 2001 (BGBl. I S. 403) hat in Abs. 5 Satz 1 „ohne Berücksichtigung der Veränderung der Belastung bei Renten“ nach „Zeitpunkt“ gestrichen und „anzupassen gewesen wären“ durch „angepasst worden sind“ ersetzt.

27.03.2001.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 21. März 2001 (BGBl. I S. 403) hat in Abs. 5 Satz 4 „2002 jeweils“ durch „2001“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 16 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) Das Krankengeld erhöht sich jeweils nach Ablauf eines Jahres seit dem Ende des Bemessungszeitraums um den Vomhundertsatz, um den die Renten der gesetzlichen Rentenversicherungen zuletzt vor diesem Zeitpunkt angepasst worden sind. Ist Berechnungsgrundlage für das Krankengeld ein im Beitrittsgebiet erzielttes Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen, erhöht sich das Krankengeld nach dem Ende des Bemessungszeitraums jeweils in den Zeitabständen und um den Vomhundertsatz wie bei Renten im Beitrittsgebiet. Es darf nach der Anpassung 70 vom Hundert des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) nicht übersteigen. Abweichend von Satz 1 erhöht sich das Krankengeld in der Zeit vom 1. Juli 2000 bis zum 30. Juni 2001 nach Ablauf eines Jahres seit dem Ende des Bemessungszeitraums um den Vomhundertsatz, um den sich die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung verändern.“

01.04.2003.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621) hat Abs. 1 Satz 8 eingefügt.

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 4 Satz 2 „aus Arbeitseinkommen“ nach „Beitragsbemessung“ eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2940) hat in Abs. 2 Satz 4 „§ 7 Abs. 1a“ durch „§ 7b“ ersetzt.

01.07.2019.—Artikel 6 Abs. 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 28. November 2018 (BGBl. I S. 2016) hat in Abs. 1 Satz 8 „der Gleitzone“ durch „des Übergangsbereichs“ ersetzt.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat in Abs. 4 Satz 4 „Abs. 1 Satz 3“ durch „Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.

**§ 47a Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen**

(1) Für Bezieher von Krankengeld, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die Krankenkassen auf Antrag des Mitglieds diejenigen Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. Die von der Krankenkasse zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die die Krankenkasse ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen hätte; sie dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Mitglied an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen.

(2) Die Krankenkassen haben der zuständigen berufsständischen Versorgungseinrichtung den Beginn und das Ende der Beitragszahlung sowie die Höhe der der Beitragsberechnung zugrunde liegenden beitragspflichtigen Einnahmen und den zu zahlenden Beitrag für das Mitglied zu übermitteln; ab dem 1. Januar 2017 erfolgt die Übermittlung durch elektronischen Nachweis. Das Nähere zum Verfahren, zu notwendigen weiteren Angaben und den Datensatz regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen bis zum 31. Juli 2016 in gemeinsamen Grundsätzen, die vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind.<sup>99</sup>

**§ 47b Höhe und Berechnung des Krankengeldes bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld****99 QUELLE**

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 12. Dezember 1996 (BGBl. I S. 1859) hat die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

22.06.2000.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1971) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

**„§ 47a Zusätzliches Krankengeld**

Versicherte haben Anspruch auf zusätzliches Krankengeld, soweit allein wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ausfällt und nach § 23a des Vierten Buches beitragspflichtig gewesen wäre. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für den Teil des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts, der vom Arbeitgeber wegen krankheitsbedingter Zeiten der Arbeitsunfähigkeit gekürzt worden ist oder nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz hätte gekürzt werden können.“

**AUFHEBUNG**

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

**„§ 47a Krankengeldübergangsregelung**

(1) Für Ansprüche auf Krankengeld, die vor dem 22. Juni 2000 entstanden sind und über die am 21. Juni 2000 noch nicht unanfechtbar entschieden war, ist § 47 in der ab dem 22. Juni 2000 geltenden Fassung für Zeiten nach dem 31. Dezember 1996 entsprechend anzuwenden.

(2) Für Ansprüche, über die vor dem 22. Juni 2000 bereits unanfechtbar entschieden wurde, erfolgt die Erhöhung nach Absatz 1 nur für Zeiten vom 22. Juni 2000 an bis zum Ende der Leistungsdauer. Entscheidungen über Ansprüche auf Krankengeld, die vor dem 22. Juni 2000 unanfechtbar geworden sind, sind nicht nach § 44 Abs. 1 des Zehnten Buches zurückzunehmen.

(3) Abweichend von § 266 Abs. 2 Satz 3 werden die Ausgaben der Krankenkassen nach Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 für die Zeit bis zum 31. Dezember 2000 bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nicht berücksichtigt. Der Beitragsbedarf nach § 266 Abs. 2 Satz 2 ist um die Ausgaben nach Satz 1 zu erhöhen.“

**QUELLE**

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

(1) Das Krankengeld für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 wird in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gewährt, den der Versicherte zuletzt bezogen hat.

(2) Ändern sich während des Bezuges von Krankengeld die für den Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld maßgeblichen Verhältnisse des Versicherten, so ist auf Antrag des Versicherten als Krankengeld derjenige Betrag zu gewähren, den der Versicherte als Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld erhalten würde, wenn er nicht erkrankt wäre. Änderungen, die zu einer Erhöhung des Krankengeldes um weniger als zehn vom Hundert führen würden, werden nicht berücksichtigt.

(3) Für Versicherte, die während des Bezuges von Kurzarbeitergeld arbeitsunfähig erkranken, wird das Krankengeld nach dem regelmäßigen Arbeitsentgelt, das zuletzt vor Eintritt des Arbeitsausfalls erzielt wurde (Regelentgelt), berechnet.

(4) Für Versicherte, die arbeitsunfähig erkranken, bevor in ihrem Betrieb die Voraussetzungen für den Bezug von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch erfüllt sind, wird, solange Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle besteht, neben dem Arbeitsentgelt als Krankengeld der Betrag des Kurzarbeitergeldes gewährt, den der Versicherte erhielt, wenn er nicht arbeitsunfähig wäre. Der Arbeitgeber hat das Krankengeld kostenlos zu errechnen und auszuzahlen. Der Arbeitnehmer hat die erforderlichen Angaben zu machen.

(5) Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ist von dem Arbeitsentgelt auszugehen, das bei der Bemessung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt wurde.

(6) In den Fällen des § 232a Abs. 3 wird das Krankengeld abweichend von Absatz 3 nach dem Arbeitsentgelt unter Hinzurechnung des Winterausfallgeldes berechnet. Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend.<sup>100</sup>

---

**100** QUELLE

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2003.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621) hat Satz 3 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Für die Erhöhung des Krankengeldes gilt § 138 des Dritten Buches entsprechend.“

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) und Artikel 4 Nr. 2a lit. a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) haben in der Überschrift „Arbeitslosenhilfe,“ nach „Arbeitslosengeld,“ gestrichen.

Artikel 5 Nr. 5 lit. b des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) und Artikel 4 Nr. 2a lit. b des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) haben in Abs. 1 Satz 1 „ , der Arbeitslosenhilfe“ nach „Arbeitslosengeldes“ gestrichen.

Artikel 5 Nr. 5 lit. c des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) und Artikel 4 Nr. 2a lit. c des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) haben in Abs. 2 Satz 1 jeweils „ , Arbeitslosenhilfe“ nach „Arbeitslosengeld“ gestrichen.

01.01.2007.—Artikel 4 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 24. April 2006 (BGBl. I S. 926) hat in der Überschrift „ , Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld“ durch „oder Kurzarbeitergeld“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld“ durch „Kurzarbeitergeld“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld“ durch „Kurzarbeitergeld“ und „Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeldes“ durch „Kurzarbeitergeldes“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 22a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Das Krankengeld wird vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an gewährt.“

01.04.2024.—Artikel 10 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 191) hat die Überschrift neu gefasst. Die neue Fassung lautet: „Höhe und Berechnung des Krankengeldes bei Beziehen von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld“.

Artikel 10 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „oder Qualifizierungsgeld“ nach „Kurzarbeitergeld“ eingefügt.

### § 48 Dauer des Krankengeldes

(1) Versicherte erhalten Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

(2) Für Versicherte, die im letzten Dreijahreszeitraum wegen derselben Krankheit für achtundsiebzig Wochen Krankengeld bezogen haben, besteht nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit, wenn sie bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate

1. nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren und
2. erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen.

(3) Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Satz 2 gilt nicht für Zeiten des Bezuges von Verletztengeld nach dem Siebten Buch.<sup>101</sup>

### § 49 Ruhen des Krankengeldes

(1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht,

1. soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten; dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt,
2. solange Versicherte Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz in Anspruch nehmen; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit erzielt worden ist,
3. soweit und solange Versicherte Versorgungskrankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld beziehen,
- 3a. soweit er auf der Erkrankung eines Kindes beruht, das für die Versicherte oder den Versicherten Anspruch auf Versorgungskrankengeld oder Krankengeld der Sozialen Entschädigung hat.
- 3b. solange Versicherte Mutterschaftsgeld, Verletztengeld oder Arbeitslosengeld beziehen oder der Anspruch wegen einer Sperrzeit nach dem Dritten Buch ruht,
4. soweit und solange Versicherte Entgeltersatzleistungen, die ihrer Art nach den in Nummer 3 genannten Leistungen vergleichbar sind, von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhalten,
5. solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird; dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz 10 erfolgt,
6. soweit und solange für Zeiten einer Freistellung von der Arbeitsleistung (§ 7 Abs. 1a des Vierten Buches) eine Arbeitsleistung nicht geschuldet wird,
7. während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 abgegeben haben,
8. solange bis auf die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach § 46 Satz 3 ärztlich festgestellt wurde.

(2) (weggefallen)

---

#### 101 ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

(3) Auf Grund gesetzlicher Bestimmungen gesenkte Entgelt- oder Entgeltersatzleistungen dürfen bei der Anwendung des Absatzes 1 nicht aufgestockt werden.<sup>102</sup>

## 102 ÄNDERUNGEN

01.01.1990.—Artikel 4 Nr. 5 lit. b des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat Nr. 3 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„3. solange Versicherte Mutterschaftsgeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Schlechtwettergeld beziehen oder der Anspruch wegen einer Sperrzeit nach dem Arbeitsförderungsgesetz ruht, und zwar auch insoweit, als das Krankengeld höher ist als eine dieser Leistungen,“.

Artikel 4 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Nr. 4 „soweit und“ am Anfang eingefügt.

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

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Nr. 4 „außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs“ durch „im Ausland“ ersetzt.

01.01.1996.—Artikel 2 Nr. 10 des Gesetzes vom 15. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1809) hat in Abs. 1 Nr. 3 „Schlechtwettergeld“ durch „Winterausfallgeld“ ersetzt.

01.01.1997.—Artikel 4 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254) hat in Abs. 1 Nr. 3 „Mutterschaftsgeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe,“ durch „Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld,“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Nr. 3a eingefügt.

Artikel 2 Nr. 15 des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.1998.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 6. April 1998 (BGBl. I S. 688) hat in Abs. 1 Nr. 5 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Nr. 6 eingefügt.

01.08.1999.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1648) hat in Abs. 1 Nr. 3 „Arbeitsförderungsgesetz“ durch „Dritten Buch“ ersetzt.

02.01.2001.—Artikel 19 Nr. 3 des Gesetzes vom 30. November 2000 (BGBl. I S. 1638) hat in Abs. 1 Nr. 2 „Erziehungsurlaub nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz erhalten“ durch „Elternzeit nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz in Anspruch nehmen“ und jeweils „des Erziehungsurlaubs“ durch „der Elternzeit“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 17 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 6 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) und Artikel 4 Nr. 3 lit. c des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) haben in Abs. 1 Nr. 3a „Arbeitslosenhilfe“ durch „Arbeitslosengeld II“ ersetzt.

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 1 Nr. 1 „; Zuschüsse des Arbeitgebers zum Krankengeld gelten nicht als Arbeitsentgelt, soweit sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen“ am Ende gestrichen.

Artikel 4 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 3 „oder der Anspruch wegen einer Sperrzeit nach dem Dritten Buch ruht“ am Ende gestrichen.

01.01.2007.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. April 2006 (BGBl. I S. 926) hat in Abs. 1 Nr. 3 „ , Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld“ durch „oder Kurzarbeitergeld“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 19 Nr. 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748) hat in Abs. 1 Nr. 2 „Bundeserziehungsgeldgesetz“ durch „Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz“ ersetzt.

01.08.2009.—Artikel 15 Nr. 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 1 Nr. 6 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Nr. 7 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 10a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

(2) Absatz 1 Nr. 3 und 4 ist auch auf einen Krankengeldanspruch anzuwenden, der für einen Zeitraum vor dem 1. Januar 1990 geltend gemacht wird und über den noch keine nicht mehr anfechtbare Entscheidung getroffen worden ist. Vor dem 23. Februar 1989 ergangene Verwaltungsakte über das Ruhen eines Krankengeldanspruchs sind nicht nach § 44 Abs. 1 des Zehnten Buches zurückzunehmen.“

01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 10 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Erbringt ein anderer Träger der Sozialversicherung bei ambulanter Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld, werden diesem Träger auf Verlangen seine Aufwendungen für diese Leistungen im Rahmen der nach § 13 Abs. 2 Nr. 7 des Neunten Buches vereinbarten gemeinsamen Empfehlungen erstattet.“

## § 50 Ausschluß und Kürzung des Krankengeldes

(1) Für Versicherte, die

1. Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. Ruhegehalt, das nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gezahlt wird,
3. Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3,
4. Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 und 2 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland gezahlt werden,
5. Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 und 2 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie nach den ausschließlich für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet geltenden Bestimmungen gezahlt werden,

beziehen, endet ein Anspruch auf Krankengeld vom Beginn dieser Leistungen an; nach Beginn dieser Leistungen entsteht ein neuer Krankengeldanspruch nicht.

Ist über den Beginn der in Satz 1 genannten Leistungen hinaus Krankengeld gezahlt worden und übersteigt dieses den Betrag der Leistungen, kann die Krankenkasse den überschießenden Betrag vom Versicherten nicht zurückfordern. In den Fällen der Nummer 4 gilt das überzahlte Krankengeld bis zur Höhe der dort genannten Leistungen als Vorschuß des Trägers oder der Stelle; es ist zurückzuzahlen. Wird eine der in Satz 1 genannten Leistungen nicht mehr gezahlt, entsteht ein Anspruch auf Krankengeld, wenn das Mitglied bei Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist.

(2) Das Krankengeld wird um den Zahlbetrag

1. der Altersrente, der Rente wegen Erwerbsminderung oder der Landabgaberente aus der Alterssicherung der Landwirte,
2. der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder der Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Knappschaftsausgleichsleistung oder der Rente für Bergleute oder
4. einer vergleichbaren Leistung, die von einem Träger oder einer staatlichen Stelle im Ausland gezahlt wird,
5. von Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 bis 3 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie nach den ausschließlich für das in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiets geltenden Bestimmungen gezahlt werden,

gekürzt, wenn die Leistung von einem Zeitpunkt nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der stationären Behandlung an zuerkannt wird.<sup>103</sup>

---

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Nr. 7 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Nr. 8 eingefügt.

01.01.2021.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Nr. 5 „oder die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz 7“ nach „der Arbeitsunfähigkeit“ eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 4a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1 Nr. 5 „Satz 7“ durch „Satz 10“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 32 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Nr. 3 „Krankengeld der Sozialen Entschädigung,“ nach „Versorgungskrankengeld,“ eingefügt.

Artikel 32 Nr. 3 lit. b und c desselben Gesetzes hat Nr. 3a in Abs. 1 in Nr. 3b unnummeriert und Abs. 1 Nr. 3a eingefügt.

01.04.2024.—Artikel 10 Nr. 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 191) hat in Abs. 1 Nr. 3 „oder Kurzarbeitergeld“ durch „, Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld“ ersetzt.

01.01.2025.—Artikel 38 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 1 Nr. 3 und 3a jeweils „Krankengeld der Soldatenentschädigung“ nach „Entschädigung,“ eingefügt.

## § 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

(1) Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie entweder einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem Leistungsträger mit Sitz im Inland oder einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Inland zu stellen haben.

(2) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte mit Erreichen der Regelalters-

01.08.1991.—Artikel 6 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 25. Juli 1991 (BGBl. I S. 1606) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 eingefügt.

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

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat in Abs. 1 Nr. 1 „Altersruhegeld“ durch „Vollrente wegen Alters“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 2 und 3 in Abs. 2 neu gefasst. Nr. 2 und 3 lauteten:

- „2. der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Berufsunfähigkeit,
- 3. der Knappschaftsausgleichsleistung nach § 98a des Reichsknappschaftsgesetzes oder Bergmannsrente nach § 45 Abs. 1 Nr. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes oder“.

Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 „außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs“ durch „im Ausland“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 4 „außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs“ durch „im Ausland“ ersetzt.

01.01.1995.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890) hat Nr. 1 in Abs. 2 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

- „1. des Altersgeldes, vorzeitigen Altersgeldes oder der Landabgaberente aus der Altershilfe für Landwirte,“.

19.05.1995.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) hat in der Überschrift „Wegfall“ durch „Ausschluß“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Versicherte haben vom Beginn der nachstehenden Leistungen an keinen Anspruch auf Krankengeld:

1. Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. Ruhegehalt, das nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gezahlt wird,
3. Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3,
4. Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 und 2 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland gezahlt werden,
5. Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 und 2 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie nach den ausschließlich für das in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiets geltenden Bestimmungen gezahlt werden.“

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

01.01.2001.—Artikel 5 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1827) hat in Abs. 1 Nr. 1 „voller Erwerbsminderung,“ nach „Rente wegen“ eingefügt.

Artikel 5 Nr. 1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 1 „Erwerbsunfähigkeit“ durch „Erwerbsminderung“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 1 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 2 „teilweiser Erwerbsminderung,“ nach „Rente wegen“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 25 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „ , Erwerbsunfähigkeit“ nach „Erwerbsminderung“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 25 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 2 „ , Berufsunfähigkeit“ nach „Erwerbsminderung“ gestrichen.

grenze, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.

(3) Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.<sup>104</sup>

### **Dritter Titel Leistungsbeschränkungen**

#### **§ 52 Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden**

(1) Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der

---

#### **104 ÄNDERUNGEN**

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Sind Versicherte nach ärztlichem Gutachten als erwerbsunfähig anzusehen, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen haben.“

Artikel 4 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „des Altersruhegeldes oder des Altersgeldes und haben sie das fünfundsechzigste Lebensjahr vollendet“ durch „der Regelaltersrente oder des Altersgeldes bei Vollendung des 65. Lebensjahres“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie entweder einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation bei einem Leistungsträger mit Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs oder einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs zu stellen haben.“

01.01.1995.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890) hat in Abs. 2 „des Altersgeldes“ durch „Altersrente aus der Alterssicherung der Landwirte“ ersetzt.

01.01.2001.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1827) hat in Abs. 1 Satz 2 „Erwerbsunfähigkeit“ durch „voller Erwerbsminderung“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in der Überschrift „Rehabilitation“ durch „Leistungen zur Teilhabe“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 und 2 jeweils „Maßnahmen zur Rehabilitation“ durch „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 26 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 26a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

01.07.2020.—Artikel 5 Nr. 3a des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente oder Altersrente aus der Alterssicherung der Landwirte bei Vollendung des 65. Lebensjahres, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.“

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 2a lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat Abs. 1a aufgehoben. Abs. 1a lautete:

„(1a) Beziehen Versicherte eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung und ist absehbar, dass die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches nicht überschritten wird, so kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer die Versicherten einen Antrag nach § 34 Absatz 3e des Sechsten Buches zu stellen haben.“

Artikel 6 Nr. 2a lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Ergibt sich im Falle des Absatzes 1a, dass die Hinzuverdienstgrenze nach Feststellung des Rentenversicherungsträgers überschritten wird, besteht abweichend von Satz 1 rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld ab Ablauf der Frist.“



Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern.

(2) Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.<sup>105</sup>

### § 52a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das Nähere zur Durchführung regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung.<sup>106</sup>

## Sechster Abschnitt Selbstbehalt, Beitragsrückzahlung<sup>107</sup>

### § 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu er-

---

#### 105 ÄNDERUNGEN

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 31 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 7 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 2 „Maßnahmen wie zum Beispiel eine“ nach „indizierte“ eingefügt.

#### 106 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 32 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

#### 107 ÄNDERUNGEN

01.04.1995.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit“.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „(unbesetzt)“.

#### AUFHEBUNG

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Überschrift des Abschnitts aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Gestaltungsleistungen“.

#### QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 35 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

wartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) (weggefallen)

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahlтарifen nach den Absätzen 2 und 4 ein Jahr und für die Wahlтарifen nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарifen nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 6 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahlтарif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Heugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versi-

cherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.<sup>108</sup>

**108** ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 4 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ und „Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit“ durch „Familie und Senioren“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.04.1995.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

**„§ 53 Personenkreis**

(1) Versicherte, die nach ärztlicher Feststellung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maße der Hilfe bedürfen (Schwerpflegebedürftige), erhalten häusliche Pflegehilfe.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt, soweit ein Anspruch nach § 37 besteht.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen. Sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe sowie der Behinderten zu beteiligen.

(4) Der Bundesminister für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Familie und Senioren durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen erlassen.“

QUELLE

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

**„§ 53 Selbstbehalt**

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, daß Versicherte, die Kostenerstattung in Anspruch nehmen (§ 13), jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Beiträge ausschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Anteile und der Beitragszuschüsse nach § 106 Abs. 2 Satz 2 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 sind für diese Versicherten entsprechend zu ermäßigen. Die Satzung regelt die Höhe des Selbstbehaltes und der damit verbundenen Beitragsermäßigung.“

QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 35 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 33 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

**„§ 53 Selbstbehalt**

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass freiwillige Mitglieder, die Kostenerstattung in Anspruch nehmen (§ 13), jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Beiträge mit Ausnahme der nicht vom Mitglied zu tragenden Anteile und der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 sind für diese Mitglieder entsprechend zu ermäßigen. Die Satzung regelt die Höhe des Selbstbehaltes und der damit verbundenen Beitragsermäßigung, die nicht als Anwendung eines ermäßigten Beitragssatzes auf das Arbeitsentgelt durchgeführt werden darf, sondern durch die Krankenkasse direkt mit dem Mitglied abzurechnen ist.“

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 33 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 6 und 7 eingefügt.

01.08.2009.—Artikel 15 Nr. 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 6 umfassend geändert. Abs. 6 lautete:

„(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 sowie den in § 46 Satz 2 genannten Mitgliedern Tarife anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46

Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die in § 46 Satz 2 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Sie hat hierfür entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen.“

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 3c lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 8 neu gefasst. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt drei Jahre. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.“

Artikel 1 Nr. 3c lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 9 neu gefasst. Abs. 9 lautete:

„(9) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.“

02.01.2011.—Artikel 1 Nr. 3c lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 4 Satz 3 „bis 4“ durch „und 3“ ersetzt.

01.08.2013.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat Abs. 9 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 9 Satz 3 „darüber“ durch „über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 8 Satz 4 „einschließlich Prämienzahlungen nach § 242“ nach „Tarife“ gestrichen.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 3 Satz 1 „§ 73c,“ nach „§ 73b,“ gestrichen.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 27 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 3 Satz 3 bis 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.“

Artikel 1 Nr. 27 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „Absätzen 2, 4 und 5“ durch „Absätzen 2 und 4“ ersetzt.

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 2c des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 8 Satz 2 „Satz 5“ durch „Satz 6“ ersetzt.

## 109 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Versicherte erhalten häusliche Pflegehilfe, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums und in den letzten sechzig Kalendermonaten vor Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens sechsunddreißig Kalendermonate Mitglied oder nach § 10 versichert waren.“

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

## AUFHEBUNG

01.04.1995.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

### „§ 54 Anspruchsvoraussetzungen

(1) Versicherte erhalten häusliche Pflegehilfe, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit

1. mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums oder mindestens 180 Kalendermonate und
2. in den letzten sechzig Kalendermonaten vor Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens sechsunddreißig Kalendermonate

## Siebter Abschnitt Zahnersatz<sup>110</sup>

### § 55 Leistungsanspruch

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 60 Prozent der nach

---

Mitglied oder nach § 10 versichert waren. Der 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. Für die Berechnung der in Satz 1 genannten Zeiten werden bei den in § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Gesetzes über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge genannten Personen Zeiten der Zugehörigkeit zu einem staatlichen Gesundheitssystem in den dort genannten Gebieten wie Mitgliedszeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt.

(2) Bei Versicherten, die keine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, tritt an die Stelle der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit der Tag der Geburt. Für versicherte Kinder gelten die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 als erfüllt, wenn sie ein Elternteil erfüllt.“

QUELLE

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 54 Beitragsrückzahlung

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Beitragsrückzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Satzung regelt die Höhe des Rückzahlungsbetrages einschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile. Der Rückzahlungsbetrag wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.“

QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 35 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 34 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 54 Beitragsrückzahlung

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für freiwillige Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Beitragsrückzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Satzung regelt die Höhe des Rückzahlungsbetrages, bei Arbeitnehmern einschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile. Der Rückzahlungsbetrag darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im Dritten und Vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.“

**110** QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

§ 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 70 Prozent. 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.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 75 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Abweichend von den Sätzen 4 und 5 entfällt die Erhöhung der Festzuschüsse nicht aufgrund einer Nichtinanspruchnahme der Untersuchungen nach Satz 4 im Kalenderjahr 2020. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 und unabhängig von Satz 6 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 75 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Bei allen vor dem 20. Juli 2021 bewilligten Festzuschüssen, die sich durch die Anwendung des Satzes 6 rückwirkend erhöhen, ist die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten zur Erstattung des Betrages verpflichtet, um den sich der Festzuschuss nach Satz 6 erhöht; dies gilt auch in den Fällen, in denen die von der Krankenkasse genehmigte Versorgung mit zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zwar begonnen, aber noch nicht beendet worden ist. Das Nähere zur Erstattung regeln die Bundesmantelvertragspartner.

(2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Sozialen Entschädigung getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Vierzehnten Buches erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden

weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.<sup>111</sup>

---

## 111 AUFHEBUNG

01.04.1995.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

### „§ 55 Inhalt der Leistung

(1) Die häusliche Pflegehilfe soll die Pflege und Versorgung schwerpflegebedürftiger Versicherter in ihrem Haushalt oder dem ihrer Familie ergänzen. Sie ist darauf auszurichten, daß Pflegebedürftige möglichst dort verbleiben können und stationäre Pflege vermieden wird. Sie umfaßt die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu fünfundzwanzig Pflegeeinsätzen je Kalendermonat. An einem Tag können mehrere Pflegeeinsätze in Anspruch genommen werden. Die Aufwendungen der Krankenkasse für die Leistung nach Satz 1 bis 4 dürfen im Einzelfall 750 Deutsche Mark je Kalendermonat nicht übersteigen.

(2) Leistungen nach Absatz 1 werden vom 1. Januar 1991 an erbracht.“

### QUELLE

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift eingefügt.

### AUFHEBUNG

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

### „§ 55 Zuzahlungen

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung Zuzahlungen, die in diesem Buch vorgesehen sind, für alle Versicherten dieser Krankenkasse erhöhen; eine Staffelung innerhalb einer Zuzahlungsart ist nicht zulässig. Die Einführung neuer Zuzahlungen ist nur zulässig bei satzungsgemäßen Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2); sie ist nicht zulässig für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.“

### QUELLE

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190), Artikel 4a des Gesetzes vom 30. Juli 2004 (BGBl. I S. 2014) und Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3445) haben die Vorschrift eingefügt.

### ÄNDERUNGEN

02.01.2005.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 „Bundessozialhilfegesetz“ durch „Zwölften Buch“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 10b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 5 „ , frühestens seit dem 1. Januar 1989,“ nach „Behandlung“ gestrichen.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 2 „Abs. 2 Satz 6 und 7“ durch „Absatz 2 Satz 5 und 6“ ersetzt.

## § 56 Festsetzung der Regelversorgungen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien, erstmalig bis zum 30. Juni 2004, die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu.

(2) Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund im Sin-

01.10.2020.—Artikel 2 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 2 „50 vom Hundert“ durch „60 Prozent“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „um 20 vom Hundert“ durch „auf 70 Prozent“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 „um weitere 10 vom Hundert“ durch „auf 75 Prozent“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „jeweils gleicher Höhe“ durch „Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung“ und „doppelten Festzuschuss“ durch „Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1“ durch „Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2“ durch „eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a litt. bb des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 2 „Abs. 1 Satz 6“ durch „Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 7 „und unabhängig von Satz 6“ nach „Satz 5“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat Satz 9 in Abs. 1 durch die Sätze 9 und 10 ersetzt. Satz 9 lautete: „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.“

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 jeweils „Satz 6“ durch „Satz 3“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 32 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 „oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz“ durch „Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches“ ersetzt.

Artikel 32 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 „Kriegsopferfürsorge“ durch „Sozialen Entschädigung“ ersetzt.

Artikel 32 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz“ durch „nicht Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch“, „Bundesversorgungsgesetzes“ durch „Vierzehnten Buches“ und „vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz“ durch „vergleichbaren Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch“ ersetzt.

01.01.2025.—Artikel 38 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 „oder der Sozialen Entschädigung“ durch „ , der Sozialen Entschädigung oder der Soldatenentschädigung“ ersetzt.

Artikel 38 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt. Abs. 2 Satz 5 wird lauten: „Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehört auch nicht der Ausgleich für gesundheitliche Schädigungsfolgen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz.“



ne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbezahnung zu berücksichtigen. Zumindest bei kleinen Lücken ist festsitzender Zahnersatz zu Grunde zu legen. Bei großen Brücken ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Regelversorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer Verblendungen bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier. In die Festlegung der Regelversorgung einzubeziehen sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes. Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten. Inhalt und Umfang der Regelversorgungen sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann von den Vorgaben der Sätze 5 bis 8 abweichen und die Leistungsbeschreibung fortentwickeln.

(3) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 ist dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung über die Regelversorgung hinsichtlich der zahntechnischen Leistungen einzubeziehen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres die Befunde, die zugeordneten Regelversorgungen einschließlich der nach Absatz 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sowie die Höhe der auf die Regelversorgung entfallenden Beträge nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 in den Abstaffelungen nach § 55 Abs. 1 Satz 2, 3 und 5 sowie Abs. 2 im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

(5) § 94 Abs. 1 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass die Beanstandungsfrist einen Monat beträgt. Er lässt das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinie nach § 94 Abs. 1 Satz 5, gilt § 87 Abs. 6 Satz 4 zweiter Halbsatz und Satz 6 entsprechend.<sup>112</sup>

---

## 112 AUFHEBUNG

01.04.1995.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

### „§ 56 Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson

Kann die Pflege und Versorgung schwerpflegebedürftiger Versicherter wegen Erholungsurlaubs oder anderweitiger Verhinderung der Pflegeperson zeitweise nicht erbracht werden, wird die häusliche Pflegehilfe über den Rahmen des § 55 hinaus im erforderlichen Umfang für längstens vier Wochen je Kalenderjahr erbracht, wenn die Pflegeperson den Schwerpflegebedürftigen vor der Verhinderung mindestens zwölf Monate gepflegt hat. Die Aufwendungen der Krankenkasse für die Leistung nach Satz 1 dürfen im Einzelfall 1.800 Deutsche Mark nicht überschreiten. Werden die Versicherten während dieser Zeit außerhalb ihres Haushalts oder ihrer Familie gepflegt, übernimmt die Krankenkasse die dadurch entstehenden Kosten bis zur Höhe des Betrages, den sie bei Pflege und Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie aufzuwenden hätte.“

QUELLE

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

### „§ 56 Erweiterte Leistungen

## § 57 Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres für das Folgejahr die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2. Es gelten § 71 Abs. 1 bis 3 sowie § 85 Abs. 3. Die Beträge nach Satz 1 ergeben sich jeweils aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen Leistungen, multipliziert mit den jeweils vereinbarten Punktwerten. Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge nach Satz 3. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbaren jeweils zum 30. September eines Kalenderjahres die Veränderung der erstmalig für das Jahr 2005 ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen die Höchstpreise für die zahn-technischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Absatz 2 Satz 2; sie dürfen die für das jeweilige Kalenderjahr nach Satz 1 festgesetzten bundeseinheitlichen Preise um bis zu 5 Prozent unter- oder überschreiten. Für die Vereinbarungen nach Satz 2 gilt § 71 nicht. Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Absatz 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach Satz 1 für die nach § 56 Absatz 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die Höchstpreise nach Satz 3 und die Beträge nach Satz 5 vermindern

---

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die in diesem Buch vorgesehenen Leistungen für alle bei ihr Versicherten erweitern. Die Inanspruchnahme von im Vierten Kapitel nicht genannten Leistungserbringern ist nicht zulässig.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung kraft oder auf Grund Gesetzes oder Satzung ausgeschlossene Leistungen vorsehen. Soweit das Vierte Kapitel die Rechtsbeziehungen zu Leistungserbringern regelt (§ 69), ist die Inanspruchnahme dort nicht genannter Leistungserbringer nicht zulässig.

(3) Ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz (§§ 28 bis 30a), Krankenhausbehandlung (§ 39) einschließlich Wahlleistungen (§ 22 Bundespflegesatzverordnung), Krankengeld (§§ 44 bis 51), Sterbegeld (§ 58 und § 59) und Leistungen zur Behandlung und Verhütung von Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts (§§ 18, 20 Abs. 2) können nicht erweitert werden. Ausgenommen sind ärztliche Leistungen die die Bundesausschüsse nach § 135 Abs. 1 Satz 4 benannt haben.

(4) Die kostendeckenden Beiträge für die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sind von den Mitgliedern dieser Krankenkasse zu tragen; eine Pauschalierung ist zulässig. Diese Beiträge sind nicht Bestandteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags. Die Leistungen sind satzungsgemäße Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2).“

### QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

### ÄNDERUNGEN

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

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 35 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 5 Satz 2 „Abs. 1 Satz 3“ durch „Abs. 1 Satz 5“ und „Satz 2 zweiter Halbsatz und Satz 3“ durch „Satz 4 zweiter Halbsatz und Satz 6“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 4 „Abs. 2 Satz 6 und 7“ durch „Absatz 2 Satz 5 und 6“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 4 „Abs. 1 Satz 6“ durch „Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

sich um 5 Prozent für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden. Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die Festsetzungen nach Satz 1 betragen einen Monat.<sup>113</sup>

---

### 113 AUFHEBUNG

01.04.1995.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 57 Geldleistung

(1) Auf Antrag der schwerpflegebedürftigen Versicherten kann die Krankenkasse ihnen anstelle der häuslichen Pflegehilfe einen Geldbetrag von 400 Deutsche Mark je Kalendermonat zahlen, wenn die Schwerpflegebedürftigen die Pflege durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang selbst sicherstellen können.

(2) Die Geldleistung nach Absatz 1 wird nur gezahlt, wenn die Pflegeperson auch bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit zu einer ausreichenden Pflege in der Lage ist.

(3) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu mindern.

(4) Die Geldleistung wird vom 1. Januar 1991 an gezahlt.“

#### QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3445) hat in Abs. 2 Satz 7 „Höchstpreise nach Satz 1 und die“ nach „Die“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 36 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 36 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „die Spitzenverbände“ durch „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2; sie dürfen dabei die nach den Sätzen 2 bis 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise um bis zu 5 vom Hundert unter- oder überschreiten. Hierzu ermitteln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Zahntechniker-Innungen die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise des Jahres 2004 für zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Sind Preise für das Jahr 2004 nicht vereinbart, werden die Preise des Jahres 2003 unter Anwendung der für das Jahr 2004 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für das Jahr 2005 werden die durchschnittlichen Preise nach den Sätzen 2 und 3 unter Anwendung der für das Jahr 2005 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gilt § 71 Abs. 1 bis 3. Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach den Sätzen 2 bis 5 für die nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die

*Siebter Abschnitt<sup>114</sup>***§ 58 Beitrag für Zahnersatz**  
(weggefallen)<sup>115</sup>

Höchstpreise nach Satz 1 und die Beträge nach Satz 6 vermindern sich um 5 vom Hundert für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden. Die Vertragspartner nach Satz 2 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen. § 89 Abs. 7 gilt mit der Maßgabe, dass die Festsetzungsfristen nach § 89 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 1a Satz 2 für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 jeweils einen Monat betragen.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Sätze 8 und 9 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 8 und 9 lauteten: „§ 89 Abs. 4 gilt mit der Maßgabe, dass auch § 89 Abs. 1 und 1a entsprechend gilt. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 1a Satz 2 betragen für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 zwei Monate.“

Artikel 1 Nr. 28 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „Satz 2“ durch „Satz 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 28 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 8 in Abs. 2 durch die Sätze 8 und 9 ersetzt. Satz 8 lautete: „§ 89 Absatz 7 gilt mit der Maßgabe, dass die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 1 Satz 1 und 3 und Absatz 1a Satz 2 für die Festsetzungen nach Satz 1 jeweils einen Monat betragen.“

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , , erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005,“ nach „Folgejahr“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b bis e desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 9 in Abs. 1 durch die Sätze 2 bis 5 ersetzt. Die Sätze 2 bis 9 lauteten: „Für die erstmalige Vereinbarung ermitteln die Vertragspartner nach Satz 1 den bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert des Jahres 2004 für zahnärztliche Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Soweit Punktwerte für das Jahr 2004 bis zum 30. Juni 2004 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2003 unter Anwendung der für das Jahr 2004 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für das Jahr 2005 wird der durchschnittliche Punktwert nach den Sätzen 2 und 3 unter Anwendung der für das Jahr 2005 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gelten § 71 Abs. 1 bis 3 sowie § 85 Abs. 3. Die Beträge nach Satz 1 ergeben sich jeweils aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen Leistungen, multipliziert mit den jeweils vereinbarten Punktwerten. Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge nach Satz 6. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 betragen zwei Monate.“

**114 AUFHEBUNG**

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Abschnitts aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Sterbegeld“.

**115 ÄNDERUNGEN**

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) und Artikel 1 Nr. 1 lit. b des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3445) haben die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

**„§ 58 Sterbegeld**

Beim Tod eines Versicherten wird ein Zuschuß zu den Bestattungskosten (Sterbegeld) gezahlt, wenn der Verstorbene am 1. Januar 1989 versichert war. Das Sterbegeld wird an denjenigen gezahlt, der die Bestattungskosten trägt.“

21.12.2004.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3445) hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Höhe des Beitrags nach Absatz 1 wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich jeweils bis zum 1. Oktober für das folgende Kalenderjahr, erstmals zum 1. Ok-

§ 59<sup>116</sup>

## Achter Abschnitt Fahrkosten

### § 60 Fahrkosten

(1) Die Krankenkasse übernimmt nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall. Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 festgelegt hat. Die Übernahme von Fahrkosten nach Satz 3 und nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für Fahrten zur ambulanten Behandlung erfolgt nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse. Für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung gilt die Genehmigung nach Satz 4 als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“,
2. eine Einstufung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität, oder
3. bis zum 31. Dezember 2016 eine Einstufung in die Pflegestufe 2 gemäß § 15 des Elften Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung und seit dem 1. Januar 2017 mindestens eine Einstufung in den Pflegegrad 3.

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),

---

tober 2004, festgelegt. Die Höhe des Beitrags ist so festzulegen, dass die Ausgaben aller Krankenkassen für Leistungen nach den §§ 55 und 56 sowie die hierauf entfallenden Verwaltungskosten gedeckt werden. Der nach den Sätzen 1 und 2 festgelegte Beitrag gilt bundeseinheitlich für alle Mitglieder der Krankenkassen. Der Beschluss nach Satz 1 ist dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen.“

#### 116 ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat „2 100 Deutsche Mark“ durch „1 050 Euro“ und „1 050 Deutsche Mark“ durch „525 Euro“ ersetzt.

01.01.2003.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637) hat „1 050 Euro“ durch „525 Euro“ und „525 Euro“ durch „262,50 Euro“ ersetzt.

#### AUFHEBUNG

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 59 Höhe des Sterbegeldes

Das Sterbegeld beträgt beim Tod eines Mitglieds 525 Euro, beim Tod eines nach § 10 Versicherten 262,50 Euro.“

4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

(3) Als Fahrkosten werden anerkannt

1. bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen,
2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag,
3. bei Benutzung eines Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeugs, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag,
4. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer den jeweils auf Grund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nummer 1 bis 3 erforderlichen Transportmittels entstanden wären.

(4) Die Kosten des Rücktransports in das Inland werden nicht übernommen. § 18 bleibt unberührt.

(5) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 des Neunten Buches übernommen. Zu den Reisekosten nach Satz 1 gehören bei Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch die Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung Pflegebedürftiger nach § 40 Absatz 3a Satz 1 und 2 entstehen. Die Reisekosten von Pflegebedürftigen, die gemäß § 40 Absatz 3a Satz 2 während einer stationären Rehabilitation ihrer Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches eine Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches erhalten, hat die Pflegekasse des Pflegebedürftigen der Krankenkasse der Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches zu erstatten.<sup>117</sup>

---

## 117 ÄNDERUNGEN

01.08.1991.—Artikel 6 Nr. 4 des Gesetzes vom 25. Juli 1991 (BGBl. I S. 1606) hat Satz 2 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 2 lautet: „§ 16 Abs. 5 und § 18 bleiben unberührt.“

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 4 Satz 1 „den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs“ durch „das Inland“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 4 „31 Deutsche Pfennige“ durch „den jeweils auf Grund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung“ ersetzt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 2 Satz 1 und 3 jeweils „20 Deutsche Mark“ durch „25 Deutsche Mark“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 19 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 2 Satz 1 „25 Deutsche Mark“ durch „13 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „25 Deutsche Mark“ durch „13 Euro“ ersetzt.

30.04.2002.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat Nr. 1 in Abs. 2 Satz 1 neu gefasst. Nr. 1 lautet:

„1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden,“.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 37 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „aus zwingenden medizinischen Gründen“ nach „der Krankenkasse“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

**Neunter Abschnitt  
Zuzahlungen, Belastungsgrenze<sup>118</sup>**

**§ 61 Zuzahlungen**

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches sowie in Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.<sup>119</sup>

---

Artikel 1 Nr. 37 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „13 Euro“ durch „sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 1 in Abs. 2 Satz 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; mit Ausnahme von Notfällen und einer mit Einwilligung der Krankenkassen erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus gilt dies bei Abrechnung einer Fallpauschale nicht für eine Verlegung in ein nachsorgendes Krankenhaus.“

Artikel 1 Nr. 37 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Im übrigen übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten, wenn der Versicherte durch sie unzumutbar belastet würde (§ 61) oder soweit § 62 dies vorsieht.“

Artikel 1 Nr. 37 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 2 „von 13 Euro“ durch „in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 1a des Gesetzes vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848) hat in Abs. 5 „Abs. 1 bis 3“ nach „§ 53“ eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 3 „nur nach vorheriger Genehmigung“ nach „Betrages“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

01.01.2018.—Artikel 6 Nr. 11 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 5 „§ 53 Abs. 1“ durch „§ 73 Absatz 1“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 7 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

Artikel 2 des Gesetzes vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759) hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Fahr- und andere Reisekosten nach § 73 Absatz 1 bis 3 des Neunten Buches übernommen.“

01.01.2024.—Artikel 6 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 5 Satz 2 „pflegenden Angehörigen“ durch „Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ und „Absatz 3 Satz 2 und 3“ durch „Absatz 3a Satz 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Reisekosten von Pflegebedürftigen, die gemäß § 40 Absatz 3 Satz 3 während einer stationären Rehabilitation ihres pflegenden Angehörigen eine Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches erhalten, hat die Pflegekasse des Pflegebedürftigen der Krankenkasse des pflegenden Angehörigen zu erstatten.“

**118 ÄNDERUNGEN**

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 38 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Härtefälle“.

**119 ÄNDERUNGEN**

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 1 Nr. 1 „, Hilfsmitteln“ nach „Heilmitteln“ eingefügt.

03.01.1998.—Artikel 1 Nr. 17 lit. b des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Nr. 2 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. den von den Versicherten zu tragenden Teil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz zu übernehmen und“.

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat Nr. 2 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu dem Festzuschuß nach § 30 Abs. 1 einen Beitrag in gleicher Höhe zu übernehmen und“.

01.08.1999.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1648) hat in Abs. 2 Nr. 2 „nach dem Arbeitsförderungsgesetz“ durch „nach dem Dritten Buch“ und „oder im Rahmen der Anordnungen der Bundesanstalt für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter“ durch „oder dem Dritten Buch“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Nr. 1 „Abs. 2“ nach „§§ 24, 40“ gestrichen.

01.08.2001.—Artikel 3 § 52 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 3 Satz 1 „und Angehöriger des Lebenspartners“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 § 52 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „des Versicherten und des Lebenspartners“ vor „um 10 vom Hundert“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 39 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

**„§ 61 Vollständige Befreiung**

(1) Die Krankenkasse hat

1. Versicherte von der Zuzahlung zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln, Hilfsmitteln sowie zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach § 23 Abs. 4, §§ 24, 40 oder § 41 zu befreien,
2. bei der Versorgung mit Zahnersatz den von den Versicherten zu tragenden Anteil der Kosten nach § 30 Abs. 2 zu übernehmen und
3. die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendigen Fahrkosten von Versicherten zu übernehmen,

wenn die Versicherten unzumutbar belastet würden.

(2) Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Arbeitslosenhilfe nach dem Dritten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

(3) Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz.

(4) Der in Absatz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(5) Der Bescheid über eine Befreiung nach Absatz 1 darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.“

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Satz 2 „und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches sowie in Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1“ nach „Maßnahmen“ eingefügt.



**§ 62 Belastungsgrenze**

(1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Absatz 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. Für Versicherte nach Satz 3, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst, soweit erforderlich, zu prüfen; die Krankenkasse kann auf den jährlichen Nachweis verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 hinzuweisen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

(2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der minderjährigen oder nach § 10 versicherten Kinder des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners sowie der Angehörigen im Sinne des § 8 Absatz 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils zusammengerechnet, soweit sie im gemeinsamen Haushalt leben. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich aus den Freibeträgen nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Entschädigungszahlungen, die Geschädigte nach dem Vierzehnten Buch oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Vierzehnten Buches erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch. Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

---

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 3 „und häuslicher Krankenpflege“ durch „, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten“ ersetzt.

01.02.2024.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 197) hat die Sätze 5 und 6 eingefügt. Die Sätze 5 und 6 werden lauten: „Erfolgt in der Apotheke aufgrund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, ist die Zuzahlung nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße zu leisten, die der verordneten Menge entspricht. Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung.“

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,
2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Sozialen Entschädigung getragen werden

sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches maßgeblich. Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelbedarf nach § 20 Absatz 2 Satz 1 des Zweiten Buches maßgeblich. Bei Ehegatten und Lebenspartnern ist ein gemeinsamer Haushalt im Sinne des Satzes 1 auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen wurde, in der Leistungen gemäß § 43 oder § 43a des Elften Buches erbracht werden.

(3) Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.<sup>120</sup>

---

## 120 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 28a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2a Satz 2 „Abs. 5“ durch „Abs. 2“ ersetzt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1518) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Sie beträgt bei jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bis zur Höhe der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs 1 Nr. 1) 2 vom Hundert, bei höheren Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 4 vom Hundert dieser Einnahmen.“

03.01.1998.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 2a neu gefasst. Abs. 2a lautete:

„(2a) Die Krankenkasse hat den vom Versicherten zu tragenden Teil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz zu übernehmen, soweit er das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 und der zur vollständigen Befreiung nach § 61 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigt. Der vom Versicherten zu tragende Teil erhöht sich im Falle des § 30 Abs. 2 Satz 2 um zehn vom Hundert der berechnungsfähigen Kosten. Der vom Versicherten nach den Sätzen 1 und 2 zu tragende Teil darf den vom Versicherten nach § 30 Abs. 1 zu tragenden Teil nicht überschreiten.“

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete:

Artikel 1 Nr. 9 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „und 2“ nach „Satz 1“ und „mit der Maßgabe, daß die Zuzahlungen nur für denjenigen Versicherten entfallen, der wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung ist“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a neu gefasst. Abs. 2a lautete:

„(2a) Die Krankenkasse hat bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zum Festzuschuß nach § 30 einen anteiligen Betrag zu übernehmen. Sie erstattet dem Versicherten den Betrag, um den der Festzuschuß nach § 30 Abs. 1 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 und der zur vollständigen Befreiung nach § 61 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigt. Die Gesamterstattung umfaßt höchstens einen Betrag in Höhe des zweifachen Festzuschusses nach § 30 Abs. 1.“

01.08.2001.—Artikel 3 § 52 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 1 Satz 4 „des Versicherten und des Lebenspartners“ nach „Angehörigen“ eingefügt.

Artikel 3 § 52 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „des Versicherten und des Lebenspartners“ vor „um 10 vom Hundert“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 40 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

### „§ 62 Teilweise Befreiung

(1) Die Krankenkasse hat die dem Versicherten während eines Kalenderjahres entstehenden notwendigen Fahrkosten und Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln zu übernehmen, soweit sie die Belastungsgrenze übersteigen. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze aufbringen mußten, beträgt sie nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer dieser Behandlung 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Krankenkasse kann insbesondere bei regelmäßig entstehenden Fahrkosten und Zuzahlungen eine Kostenübernahme in kürzeren Zeitabständen vorsehen. Bei der Ermittlung des von der Krankenkasse zu übernehmenden Anteils an Fahrkosten und Zuzahlungen sowie der Belastungsgrenze nach Satz 1 werden die Fahrkosten und Zuzahlungen der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners und ihre Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt jeweils zusammengerechnet.

(2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach Absatz 1 sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern.

(2a) Die Krankenkasse hat bei der Versorgung mit Zahnersatz den von den Versicherten zu tragenden Anteil der Kosten nach § 30 Abs. 2 zu übernehmen, soweit der Anteil das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 und der zur vollständigen Befreiung nach § 61 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigt. Der von den Versicherten zu tragende Anteil erhöht sich, wenn die Voraussetzungen des § 30 Abs. 2 Satz 3 nicht erfüllt sind um 10 Prozentpunkte, im Fall des § 30 Abs. 2 Satz 5 um 15 Prozentpunkte. Der von den Versicherten nach den Sätzen 1 und 2 zu tragende Anteil darf den von den Versicherten nach § 30 Abs. 2 Satz 1 zu tragenden Anteil nicht überschreiten.

(3) § 61 Abs. 3 und 5 gilt.“

06.08.2004.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 30. Juli 2004 (BGBl. I S. 2014) hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.  
01.01.2005.—Artikel 4 Nr. 5 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Abs. 2 Satz 5 „§ 22 des Bundessozialhilfegesetzes“ durch „§ 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch“ und in Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 „Bundessozialhilfegesetz“ durch „Zwölften Buch“ ersetzt.

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat Nr. 1 in Abs. 2 Satz 5 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes oder Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten,“.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 37 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 Satz 3 bis 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 7 bis 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 10c lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 5 „bis zum 31. Juli 2007“ nach „Richtlinien“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 10c lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Bei der Versorgung mit Zahnersatz finden § 61 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 bis 5 und § 62 Abs. 2a in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2004 weiter Anwendung.“

09.04.2013.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) hat Abs. 1 umfassend geändert. Abs. 1 lautete:

„(1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

1. für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Abs. 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,
2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Für Versicherte nach Satz 3 Nr. 1 und 2, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen. Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f, feststellt; dies gilt nicht für Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nach Satz 7 nicht zumutbar ist, insbesondere wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen II und III nach dem Elften Buch oder bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 hinzuweisen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und Lebenspartners jeweils zusammengerechnet“ durch „des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der minderjährigen oder nach § 10 versicherten Kinder des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners sowie der Angehörigen im Sinne des § 8 Absatz 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils zusammengerechnet, soweit sie im gemeinsamen Haushalt leben“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „aus den Freibeträgen nach“ nach „sich“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „des Haushaltsvorstands nach der Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelsatzverordnung)“ durch „für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 6 „die Regelleistung nach § 20 Abs. 2“ durch „der Regelbedarf nach § 20 Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. ee desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 2d des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 6 „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen evaluieren für das Jahr 2006 die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung und legen dem Deutschen Bundestag hierzu über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2007 einen Bericht vor.“

01.01.2024.—Artikel 32 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 2 Satz 4 „Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes“ durch „Entschädigungszahlungen, die Geschädigte nach dem Vierzehnten Buch oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Vierzehnten Buches“ und „Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz“ durch „Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch“ ersetzt.

§ 62a<sup>121</sup>

## Zehnter Abschnitt Weiterentwicklung der Versorgung<sup>122</sup>

### § 63 Grundsätze

(1) Die Krankenkasse und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(2) Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, zur Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(3) Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben nach Absatz 1 kann von den Vorschriften des Vierten und des Zehnten Kapitels dieses Buches, soweit es für die Modellvorhaben

Artikel 32 Nr. 5 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 „ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz“ durch „Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches“ ersetzt.

Artikel 32 Nr. 5 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 „Kriegsopferfürsorge“ durch „Sozialen Entschädigung“ ersetzt.

01.01.2025.—Artikel 38 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat Satz 4 in Abs. 2 neu gefasst. Die neue Fassung lautet: „Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Entschädigungszahlungen, die Geschädigte nach dem Vierzehnten Buch oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Vierzehnten Buches erhalten, Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch sowie der Ausgleich für gesundheitliche Schädigungsfolgen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz.“

Artikel 38 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 „oder der Sozialen Entschädigung getragen werden“ durch „ , der Sozialen Entschädigung oder der Soldatenentschädigung getragen werden,“ ersetzt.

### 121 QUELLE

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift eingefügt.

### AUFHEBUNG

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 62a Anpassung der Zuzahlungsbeträge

(1) Die in § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 31 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 5 und 6, § 41 Abs. 3 sowie § 60 Abs. 2 genannten Zuzahlungsbeträge werden mit Wirkung vom 1. Juli 1999 an entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches in den beiden vorangegangenen Kalenderjahren angepaßt. Pfennigbeträge sind auf den nächsthöheren vollen Deutsche-Mark-Betrag, im Falle des § 31 Abs. 3 auf den nächsthöheren durch 50 teilbaren Deutsche-Mark-Betrag, zu runden (angepaßte Zuzahlungsbeträge). Die angepaßten Zuzahlungsbeträge werden jeweils zum 1. Juli des übernächsten Kalenderjahres erneut angepaßt; Berechnungsgrundlage sind die Beiträge, die der letzten Rundung zugrunde lagen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit gibt die nach Absatz 1 angepaßten Zuzahlungsbeträge jeweils bis zum 15. März des Kalenderjahres, in dem die Anpassung zu erfolgen hat, erstmals bis zum 15. März 1999, im Bundesanzeiger bekannt.“

### 122 ÄNDERUNGEN

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Erprobungsregelungen“.

erforderlich ist, und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abgewichen werden; der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. Gegen diesen Grundsatz wird insbesondere für den Fall nicht verstoßen, daß durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden. Einsparungen nach Satz 2 können, soweit sie die Mehraufwendungen überschreiten, auch an die an einem Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden. Satz 1 gilt mit der Maßgabe, dass von § 284 Abs. 1 Satz 4 nicht abgewichen werden darf.

(3a) Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen wird, können insbesondere informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverarbeitung, einschließlich der Erweiterungen der Befugnisse zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten sein. Von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches zur Verarbeitung personenbezogener Daten darf nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung des Versicherten und nur in dem Umfang abgewichen werden, der erforderlich ist, um die Ziele des Modellvorhabens zu erreichen. Der Versicherte ist vor Erteilung der Einwilligung schriftlich oder elektronisch darüber zu unterrichten, inwieweit das Modellvorhaben von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abweicht und aus welchen Gründen diese Abweichungen erforderlich sind. Die Einwilligung des Versicherten hat sich auf Zweck, Inhalt, Art, Umfang und Dauer der Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten sowie die daran Beteiligten zu erstrecken.

(3b) Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Angehörige der im Pflegeberufegesetz, im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe

1. die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie
2. die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer vornehmen, soweit diese auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.

(3c) Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen des im Pflegeberufegesetz geregelten Berufs auf Grundlage einer Ausbildung nach § 14 des Pflegeberufegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen entsprechende Vorhaben spätestens bis zum Ablauf des 31. Dezember 2020 vereinbaren oder durchführen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen des in Satz 1 genannten Berufs im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Bundesärztekammer sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach den Sätzen 2 bis 4 festgelegte Richtlinien gelten für die Angehörigen des in Satz 1 geregelten Berufs fort.

(3d) Die Anwendung von Heilmitteln, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädigungen nur verordnungsfähig sind, wenn die Schädigungen auf Grund bestimmter Grunderkrankungen eintreten, kann auch bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 sein.

(4) Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 können nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Fragen der biomedizinischen Forschung sowie Forschungen zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

(5) Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Verträge nach § 64 Abs. 1 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Modell-

vorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen werden kann, sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Über Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen wird, sind der Bundesbeauftragte für den Datenschutz oder die Landesbeauftragten für den Datenschutz, soweit diese zuständig sind, rechtzeitig vor Beginn des Modellvorhabens zu unterrichten.

(6) Modellvorhaben nach den Absätzen 1 und 2 können auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vereinbart werden. Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend.<sup>123</sup>

---

## 123 ÄNDERUNGEN

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 21 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

### „§ 63 Grundsatz

Die Krankenkasse kann neue Leistungen, Maßnahmen und Verfahren, auch als Modellvorhaben, im Rahmen der Vorschriften dieses Abschnitts erproben, um die gesetzliche Krankenversicherung weiterzuentwickeln. Sie soll dabei auf verstärkte Anreize hinwirken, Leistungen kostengünstig zu erbringen und sparsam in Anspruch zu nehmen.“

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat in Abs. 5 Satz 1 „und“ durch „ , Art und allgemeine Vorgaben zur“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 3 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 4 Satz 1 „oder der Ausschuss nach § 137c Abs. 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1“ nach „Nr. 5“ eingefügt.

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

28.08.2002.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3352) hat in Abs. 3 Satz 1 „und des Zehnten“ nach „Vierten“ und „ , soweit es für die Modellvorhaben erforderlich ist,“ nach „Buches“ eingefügt.

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

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

Artikel 3 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 4 und 5 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 41 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 4 Satz 1 „die Bundesausschüsse“ durch „der Gemeinsame Bundesausschuss“ und „haben“ durch „hat“ ersetzt sowie „der Ausschuss nach § 137c Abs. 2“ nach „oder“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 8 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 3b und 3c eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 10 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 2 „sowie zur Krankenbehandlung“ durch „ , zur Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 3b Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 5 aufgehoben. Satz 1 lautete: „Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung von Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten sind in der Satzung festzulegen.“

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat Satz 5 in Abs. 3a aufgehoben. Satz 5 lautete: „Erweiterungen der Krankenversichertenkarte, die von § 291 abweichen, sind nur zulässig, wenn die zusätzlichen Daten informationstechnisch von den Daten, die in § 291 Abs. 2 genannt sind, getrennt werden.“

05.04.2017.—Artikel 161 Nr. 1 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) hat in Abs. 3a Satz 3 „oder elektronisch“ nach „schriftlich“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 28a lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 3b aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, soweit die Physiotherapeuten auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es

## § 64 Vereinbarungen mit Leistungserbringern

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schließen. Soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, können sie nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schließen.

(2) (weggefallen)

(3) Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder § 64a Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Vergütungen nach § 85 oder § 87a, der Ausgabenvolumen nach § 84 oder der Krankenhausbudgets vergütet, sind die Vergütungen oder der Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2, die Ausgabenvolumen oder die Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl und der Morbiditäts- oder Risikostruktur der am Modellversuch teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 1 jeweils vereinbarten Inhalt des Modellvorhabens zu bereinigen; die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen. Kommt eine Einigung der zuständigen Vertragsparteien über die Bereinigung der Vergütungen, Ausgabenvolumen oder Budgets nach Satz 1 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Vereinbarung nach Absatz 1 sind, das Schiedsamt nach § 89 oder die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des

---

sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt. Satz 2 gilt im Bereich ergotherapeutischer Behandlungen entsprechend für Ergotherapeuten mit der Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 des Ergotherapeutengesetzes.“

Artikel 1 Nr. 28a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3d eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 9 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 3a Satz 1 „Datenverwendung“ durch „Datenverarbeitung“ und „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 9 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 2 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt und „oder elektronischer“ nach „schriftlicher“ eingefügt.

Artikel 123 Nr. 9 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 4 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt und „ ; die Einwilligung kann widerrufen werden“ am Ende gestrichen.

Artikel 123 Nr. 9 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3a aufgehoben. Satz 5 lautete: „Beim Einsatz mobiler personenbezogener Speicher- und Verarbeitungsmedien gilt § 6c des Bundesdatenschutzgesetzes entsprechend.“

Artikel 123 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „ ; personenbezogene Daten, die in Abweichung von den Regelungen des Zehnten Kapitels dieses Buches erhoben, verarbeitet oder genutzt worden sind, sind unverzüglich nach Abschluss des Modellvorhabens zu löschen“ am Ende gestrichen.

01.01.2020.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) hat in Abs. 3b Satz 1 „im Pflegeberufegesetz,“ nach „Angehörige der“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 desselben Gesetzes hat Abs. 3c neu gefasst. Abs. 3c lautete:

„(3c) Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Satz 1 gilt für die Angehörigen des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Altenpflegegesetzes entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen der in den Sätzen 1 und 2 genannten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Bundesärztekammer sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.“

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 3 Satz 4 „Satz 5“ durch „Satz 4“ ersetzt.



Krankenhausfinanzierungsgesetzes anrufen. Vereinbaren alle gemäß § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Krankenkassen gemeinsam ein Modellvorhaben, das die gesamten nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Leistungen eines Krankenhauses für Versicherte erfaßt, sind die vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Bei der Ausgliederung nach Satz 1 sind nicht auf die einzelne Leistung bezogene, insbesondere periodenfremde, Finanzierungsverpflichtungen in Höhe der ausgegliederten Belegungsanteile dem Modellvorhaben zuzuordnen. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorab einschreibung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. Die Krankenkasse kann bei Verträgen nach Satz 1 auf die Bereinigung verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen einer Krankenkasse für ein Modellvorhaben geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung. Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zur Höhe des Schwellenwertes für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu der pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 sowie zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert der betroffenen Krankenkasse zu machen.

(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können Modellvorhaben zur Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten durchführen. Sie können vorsehen, daß der Vertragsarzt, der vom Versicherten weder als erster Arzt in einem Behandlungsquartal noch mit Überweisung noch zur Einholung einer Zweitmeinung in Anspruch genommen wird, von diesem Versicherten verlangen kann, daß die bei ihm in Anspruch genommenen Leistungen im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden.<sup>124</sup>

---

#### 124 ÄNDERUNGEN

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 21 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

##### „§ 64 Kostenerstattung

(1) Die Satzung kann zur Erprobung vorsehen, daß Versicherte anstelle der in diesem Buch vorgesehenen Sachleistungen Kostenerstattung wählen können. Die Kostenerstattung kann auf bestimmte Gruppen von Versicherten und auf bestimmte Gruppen von Leistungen beschränkt werden. Eine Regelung nach Satz 1 und 2 darf nicht zu einer Kostenverlagerung auf andere öffentliche Kostenträger führen.

(2) Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei auch festzulegen, daß die Versicherten für mindestens zwei Jahre an die gewählte Kostenerstattung gebunden sind, und Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 24 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können, soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, nur mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 schließen. Im übrigen können die Krankenkassen und ihre Verbände mit den für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 schließen. Die Vorschriften dieses Abschnitts für Vertragsärzte gelten auch für Vertragszahnärzte.“

Artikel 1 Nr. 24 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten.“

Artikel 1 Nr. 24 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 2 aufgehoben. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „In den Vereinbarungen sind Regelungen zu treffen, daß ein Modellvorhaben zustande kommt, wenn mindestens 50 vom Hundert der Vertragsärzte, die die Voraussetzungen für eine Teilnahme an dem Modellvorhaben erfüllen, die Durchführung des Modellvorhabens befürworten. § 89 Abs. 1 gilt nicht.“

Artikel 1 Nr. 24 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „und der Risikostruktur“ nach „Zahl“ eingefügt.

31.12.2001.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3773) hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Gesamtvergütungen oder Budgets nach den §§ 84 und 85 oder außerhalb der Krankenhausbudgets vergütet, sind die Gesamtvergütungen oder Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu verringern; die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen.“

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „ , Ausgabenvolumen“ nach „Gesamtvergütungen“ eingefügt.

30.04.2002.—Artikel 1 Nr. 1b des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 3 Satz 3 „oder nach § 3 oder § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ nach „Bundespfllegesatzverordnung“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 42 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Gesamtvergütungen oder Ausgabenvolumen nach den §§ 84 und 85 oder außerhalb der Krankenhausbudgets vergütet, sind die Gesamtvergütungen, Ausgabenvolumen oder Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu verringern; die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen.“

Artikel 1 Nr. 42 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Gesamtvergütungen“ durch „Vergütungen“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 38 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten vereinbaren. Dabei können Regelungen zu den Voraussetzungen und Bedingungen für die Teilnahme von Vertragsärzten sowie zur Festlegung einer Höchstzahl der zu beteiligenden Ärzte getroffen werden.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 10d des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 3 Satz 1 „oder § 64a“ nach „Abs. 1“ eingefügt und „§ 85a“ durch „§ 87a“ ersetzt.

01.08.2012.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat Abs. 3 umfassend geändert. Abs. 3 lautete:

„(3) Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder § 64a Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Vergütungen nach § 85 oder § 87a, der Ausgabenvolumen nach § 84 oder der Krankenhausbudgets vergütet, sind die Vergütungen, die Ausgabenvolumen oder die Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der am Modellversuch teilnehmenden Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu verringern; die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen. Kommt eine Einigung der zuständigen Vertragsparteien über die Verringerung der Vergütungen, Ausgabenvolumen oder Budgets nach Satz 1 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Vereinbarung nach Absatz 1 sind, das Schiedsamt nach § 89 oder die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anrufen. Vereinbaren alle gemäß § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an der Pfllegesatzvereinbarung beteiligten Krankenkassen gemeinsam ein Modellvorhaben, das die gesamten mit dem Budget nach § 12 der Bundespfllegesatzverordnung oder nach § 3 oder § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes vergüteten

**§ 64a Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung**

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgebliche Organisation der Apotheker auf Landesebene gemeinsam können mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63 zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung für eine Zeitdauer von bis zu drei Jahren vereinbaren. Werden Modellvorhaben in mehreren Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart, sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Durchführung des Modellvorhabens in einem Bezirk einigen. Überschüsse aufgrund von Minderaufwendungen, die durch Maßnahmen des Modellvorhabens nach Satz 1 bei den Krankenkassen realisiert werden, sind in Teilen an die Leistungserbringer weiterzuleiten. Die durch das Modellvorhaben den Krankenkassen entstehenden Mehraufwendungen sind auszugleichen. Die Vereinbarung nach Satz 1 umfasst das Nähere zu dem Modellvorhaben, insbesondere

1. einen Katalog für eine wirtschaftliche Wirkstoffauswahl in allen versorgungsrelevanten Indikationen,
2. die im Modellprojekt zu erbringenden Leistungen und deren Dokumentation,
3. die Grundsätze zur Ermittlung von Überschüssen und deren teilweise Weiterleitung an die Leistungserbringer nach Satz 3 sowie zum Ausgleichsverfahren nach Satz 4.

Im Übrigen gilt für die Vereinbarung nach Satz 1 § 63 Absatz 3 und 4 bis 6 entsprechend. § 65 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Begleitung und Auswertung von den Vertragspartnern nach Satz 1 veranlasst wird. Für das Modellvorhaben ist eine Vereinbarung nach § 106b Absatz 1 Satz 1 zu treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertragspartner nach § 129 Absatz 2 können gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Inhalt und zur Durchführung des Modellvorhabens vereinbaren, die in der Vereinbarung nach Satz 1 zu beachten sind.

(2) Soweit keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens erzielt wird, kann jede Vertragspartei das Schiedsgremium nach den Sätzen 2 und 3 zur Festsetzung des Inhalts einer Vereinbarung nach Absatz 1 anrufen. Das Schiedsgremium wird von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Beteiligten gebildet. § 89a Absatz 3 bis 10 sowie die Rechtsverordnung nach § 89a Absatz 11 gelten entsprechend. Die Festsetzung soll unterbleiben, wenn in dem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben vereinbart wurde.<sup>125</sup>

---

Leistungen eines Krankenhauses für Versicherte erfaßt, sind die vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 3 Satz 2 „des Behandlungsbedarfs oder“ nach „Bereinigung“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 5 bis 7 eingefügt.

**125 QUELLE**

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 10e des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 8 „§ 106 Absatz 3b“ durch „§ 106b Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 29 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 2 geändert. Abs. 2 lautete:

„(2) Soweit keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei das Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung nach § 89 Absatz 2 zur Festsetzung des Inhalts der Vereinbarung nach Absatz 1 anrufen. Die Festsetzung soll unterbleiben, wenn in dem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben vereinbart wurde. Das Schiedsamt wird um Vertreter der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehen ist. Das so erweiterte Schiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder.“

### § 64b Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

(1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. § 63 Absatz 3 ist für Modellvorhaben nach Satz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass von den Vorgaben der §§ 295, 300, 301 und 302 sowie des § 17d Absatz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht abgewichen werden darf. § 63 Absatz 5 Satz 1 gilt nicht. Die Meldung nach Absatz 3 Satz 2 hat vor der Vereinbarung zu erfolgen.

(2) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens 15 Jahre zu befristen. Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.

(3) Dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind neben den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes zu übermittelnden Daten von den Vertragsparteien des Modellvorhabens insbesondere auch Informationen zur vereinbarten Art und Anzahl der Patientinnen und Patienten, zu spezifischen Leistungsinhalten und den der verhandelten Vergütungen zugrunde gelegten Kosten sowie zu strukturellen Merkmalen des jeweiligen Modellvorhabens einschließlich der Auswertung nach § 65 mitzuteilen. Über Art und Umfang der zu meldenden Daten sowie zur Meldung von Modellvorhaben beim DRG-Institut schließen die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 31. Dezember 2012 eine Vereinbarung. § 21 Absatz 4, 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für die Vereinbarung und die Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. Für die Finanzierung der Aufgaben des DRG-Instituts gilt § 17d Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.

(4) Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich an Modellvorhaben nach Absatz 1 und deren Finanzierung beteiligen.<sup>126</sup>

### § 64c Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN

(1) Die in § 115 Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner vereinbaren gemeinsam und einheitlich im Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63, um Erkenntnisse zur Effektivität und zum Aufwand eines Screenings auf 4MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchen mit einer Resistenz gegen vier der vier Antibiotikagruppen) im Vorfeld eines planbaren Krankenhausaufenthaltes zu gewinnen. Das Modellvorhaben ist insbesondere auf die Risikopersonen nach Maßgabe der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention auszurichten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verständigen sich auf die Durchführung eines Modellvorhabens in mindestens einer Kassenärztlichen Vereinigung. Soweit eine überbezirkliche Versorgung besteht, soll das Modellvorhaben in den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam durchgeführt werden. Das Modellvorhaben kann in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden, insbesondere um ausreichende Fallzahlen zu gewährleisten und um regionale Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen. § 65

---

#### 126 QUELLE

01.08.2012.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 3d des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 2 Satz 1 „acht Jahre“ durch „15 Jahre“ ersetzt.

gilt mit der Maßgabe, dass die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Modellvorhabens im Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut zu erfolgen hat.

(2) Sofern keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a anrufen. Die Anrufung des Schiedsgremiums soll unterbleiben, wenn in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben nach Absatz 1 vereinbart wurde, keine überbezirkliche Versorgung besteht oder eine Durchführung eines Modellvorhabens in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen aus wissenschaftlichen Gründen nicht erforderlich ist.<sup>127</sup>

### **§ 64d Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten**

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufgesetzes im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 4 durch. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten bis zum 31. März 2022 fest. Bis zum 31. Dezember 2022 sind in dem Rahmenvertrag nach Satz 4 unter vertraglicher Beteiligung der Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen Regelungen für eine Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 1 in Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches zu treffen, die eine Teilnahme von Pflegeheimen an Modellvorhaben spätestens ab dem 1. April 2023 ermöglichen. Der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) In dem Rahmenvertrag nach Absatz 1 Satz 4 und 5 ist insbesondere folgendes festzulegen:

1. ein Katalog der ärztlichen Tätigkeiten, die von Pflegefachkräften nach Absatz 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der von der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufgesetzes entwickelten, standardisierten Module nach § 14 Absatz 4 des Pflegeberufgesetzes selbständig durchgeführt werden können,
2. Vereinbarungen zur ausgewogenen Berücksichtigung aller Versorgungsbereiche bei der Durchführung von Modellvorhaben,
3. einheitliche Vorgaben zur Abrechnung und zu Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit,
4. Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Kommt der Rahmenvertrag nicht innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 4 oder Satz 5 zustande, wird der Inhalt des Rahmenvertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten auf Antrag einer der Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine

---

#### **127 QUELLE**

24.12.2014.—Artikel 2a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Vorschrift eingefügt.

#### **ÄNDERUNGEN**

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Soweit bis zum 31. Dezember 2015 keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei die Landesschiedsstelle nach § 114 anrufen. § 115 Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die Anrufung der Schiedsstelle soll unterbleiben, wenn in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben nach Absatz 1 vereinbart wurde, keine überbezirkliche Versorgung besteht oder eine Durchführung in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen aus wissenschaftlichen Gründen nicht erforderlich ist.“

Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(3) Die Modellvorhaben sind längstens auf vier Jahre zu befristen. § 65 gilt mit der Maßgabe, dass der Evaluationsbericht einen Vorschlag zur Übernahme in die Regelversorgung enthalten muss. Nach Ablauf der Befristung und bis zur Vorlage des Evaluationsberichts können die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 und 5 das Modellvorhaben auf Grundlage eines Vertrages über eine besondere Versorgung der Versicherten nach § 140a fortführen. Enthält der Evaluationsbericht einen Vorschlag, der die Übernahme in die Regelversorgung empfiehlt, können die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 und 5 das Modellvorhaben im Rahmen eines Vertrages über eine besondere Versorgung der Versicherten nach § 140a fortführen.<sup>128</sup>

---

**128 QUELLE**

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

**AUFHEBUNG**

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 30a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

**„§ 64d Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung**

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbänden auf Landesebene zur Stärkung der Verantwortung der Heilmittelerbringer die Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 3 zu vereinbaren. Dabei kann ein Modellvorhaben auch auf mehrere Länder erstreckt werden. In den Modellvorhaben ist vorzusehen, dass die Heilmittelerbringer auf der Grundlage einer vertragsärztlich festgestellten Diagnose und Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen. In der Vereinbarung nach Satz 1 ist die mit dem Modellvorhaben verbundene höhere Verantwortung der Heilmittelerbringer, insbesondere im Hinblick auf zukünftige Mengenentwicklungen und auf die Anforderungen an die Qualifikation der Heilmittelerbringer, zu berücksichtigen. Zudem ist in der Vereinbarung festzulegen, inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abweichen dürfen. Vereinbarungen nach Satz 1 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. § 211a gilt entsprechend.

(2) Voraussetzung für die Teilnahme der Heilmittelerbringer ist, dass sie

1. nach § 124 Absatz 2 zur Versorgung zugelassen sind,
2. auf Grund ihrer Ausbildung über die notwendige Qualifikation verfügen und gegebenenfalls weitere von den Vertragspartnern nach Absatz 1 vertraglich vereinbarte Qualifikationsanforderungen erfüllen und
3. ihre Tätigkeit nicht als selbständige Heilkunde ausüben.

(3) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens drei Jahre zu befristen. § 65 gilt entsprechend. § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 bleibt unberührt.

(4) Im Übrigen gilt für Heilmittel, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädigungen nur verordnungsfähig sind, wenn die Schädigungen auf Grund bestimmter Grunderkrankungen eintreten, dass auch ihre Anwendung bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 2 sein kann.“

**QUELLE**

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 18a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 2a lit. a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2a lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „und 5“ nach „Satz 4“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2a lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „oder Satz 5“ nach „Satz 4“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2a lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 und 4 jeweils „und 5“ nach „Satz 1“ eingefügt.

**§ 64e Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen, Verordnungsermächtigung**

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt bis zum 1. Januar 2024 mit den Leistungserbringern, deren Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 festgestellt worden ist, mit bindender Wirkung für die Krankenkassen einen einheitlichen Vertrag zur Durchführung eines Modellvorhabens zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels einer Genomsequenzierung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen. Die Laufzeit des Modellvorhabens beträgt abweichend von § 63 Absatz 5 mindestens fünf Jahre. Vor Abschluss des Vertrages ist der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Verband der Privaten Krankenversicherung kann dem Vertrag durch Mitteilung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und an die Leistungserbringer nach Satz 1 beitreten. Eine Kündigung des Vertrages durch den Verband der Privaten Krankenversicherung muss gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Leistungserbringern nach Satz 1 erklärt werden. Eine Kündigung des Vertrages durch einen Leistungserbringer muss gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, sofern dieser dem Vertrag beigetreten ist, erfolgen. Die Kündigung nach den Sätzen 5 oder 6 berührt die Wirksamkeit des Vertrages für die übrigen Vertragspartner nicht. Leistungserbringer, deren Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 nach Abschluss des Vertrages nach Satz 1 festgestellt worden ist, können dem Vertrag beitreten, indem sie ihren Beitritt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen erklären.

(2) Das Modellvorhaben umfasst eine einheitliche, qualitätsgesicherte und standardisierte und nach dem Stand von Wissenschaft und Technik zu erbringende Diagnostik und eine personalisierte Therapiefindung mittels einer Genomsequenzierung bei dem Versicherten, der nach Absatz 5 an dem Modellvorhaben teilnimmt, bei seltenen oder bei onkologischen Erkrankungen. Die Leistung ist unter Beachtung des Gendiagnostikgesetzes und datenschutzrechtlicher Vorgaben zu erbringen und umfasst insbesondere

1. die sachgerechte und soweit möglich an evidenzbasierten Leitlinien orientierte Prüfung der Indikationsstellung für die Genomsequenzierung und Erwägung anderer diagnostischer oder therapeutischer Möglichkeiten in multidisziplinären Fallkonferenzen, bei der alle für den jeweiligen Fall relevanten medizinischen Fachgebiete vertreten sind,
2. die standardisierte Phänotypisierung,
3. die Sequenzierung, die auch parallele Untersuchungen aller kodierenden Abschnitte umfassen kann,
4. die bioinformatische Auswertung,
5. die klinische Interpretation,
6. die Befundmitteilung nach Durchführung der Sequenzierung sowie
7. die Durchführung einheitlicher Reevaluationszyklen.

Zusätzlich zur Genomsequenzierung des Versicherten kann ein Teil der Diagnostik die Genomsequenzierung eines biologischen Elternteils oder beider biologischen Elternteile des Versicherten sein, wenn der biologische Elternteil oder beide biologische Elternteile darin einwilligen. Die Genomsequenzierung nach Satz 3 soll in einer multidisziplinären Fallkonferenz nach Satz 2 Nummer 1 beschlossen werden, wenn sie erforderlich ist, um die Diagnostik des Versicherten zu ermöglichen oder wesentlich zu verbessern. Die Genomsequenzierung nach Satz 3 umfasst die in Satz 2 Nummer 2 bis 5 genannten Maßnahmen sowie die Leistungen, die zur Gewinnung des notwendigen Probenmaterials erforderlich sind. Zuständig für die Maßnahmen und Leistungen nach Satz 5 ist die Krankenkasse des am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten. Die im Rahmen der Diagnostik und Therapiefindung erhobenen Daten sind von den Leistungserbringern innerhalb von drei Monaten in der Dateninfrastruktur nach Absatz 9 zu dokumentieren.

(3) Zur Teilnahme an dem Modellvorhaben berechnigte Leistungserbringer sind

1. Krankenhäuser, insbesondere Hochschulkliniken, die über ein Zentrum für seltene oder onkologische Erkrankungen verfügen, das die Qualitätsanforderungen in Anlage 1 oder 2 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 erfüllt oder
2. in Netzwerken organisierte onkologische Zentren, insbesondere das Deutsche Netzwerk für Personalisierte Medizin, das Nationale Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs, das Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, das Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung und das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen.

Die Ausweisung und Festlegung als Zentrum oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus wird nicht vorausgesetzt. Maßgeblich für die Teilnahme am Modellprojekt ist eine therapie- oder maßnahmenbegleitende Datenerhebung, die eine Evaluation und gegebenenfalls Anpassung der empfohlenen Therapien und Maßnahmen ermöglicht. Die Leistungserbringer nach Satz 1 müssen über ein qualitätsgesichertes, interdisziplinäres und multiprofessionelles Versorgungsangebot verfügen sowie die Aufgaben zur Diagnostik und Therapiefindung nach Absatz 2 übernehmen. Eine Teilnahme des Leistungserbringers an multidisziplinären Fallkonferenzen im Bereich der Diagnostik von seltenen oder von onkologischen Erkrankungen ist nachzuweisen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft teilt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Empfehlungen für die Konkretisierung der in den Sätzen 1 bis 5 genannten Anforderungen sowie für weitere geeignete Voraussetzungen für die Teilnahme der Leistungserbringer nach Satz 1 am Modellvorhaben mit, die bei der Prüfung nach Absatz 4 Satz 2 berücksichtigt werden sollen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die anzuwendenden Empfehlungen zu veröffentlichen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gegenüber zu begründen, wenn Empfehlungen nicht angewendet werden.

(4) Die Teilnahme der Leistungserbringer an dem Modellvorhaben kann bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 3 beantragt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft das Vorliegen der Voraussetzungen nach Absatz 3 und entscheidet durch Verwaltungsakt über die Berechtigung des antragstellenden Leistungserbringers zur Teilnahme an dem Modellvorhaben. Wenn weitere Unterlagen erforderlich sind, um über den Antrag abschließend entscheiden zu können, fordert der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Unterlagen von dem Leistungserbringer an. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht die zur Teilnahme am Modellvorhaben berechtigten Leistungserbringer namentlich auf seiner Internetseite. Die Leistungserbringer haben mit dem Antrag auf Teilnahme der Veröffentlichung nach Satz 4 zuzustimmen.

(5) Versicherte können an dem Modellvorhaben teilnehmen, wenn

1. eine Diagnose einer seltenen oder einer onkologischen Erkrankung vorliegt oder abgeklärt werden soll, die einer nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Indikation entspricht,
2. auf Grund des bisherigen Behandlungsverlaufs die Teilnahme an dem Modellvorhaben empfohlen wird von
  - a) dem Leistungserbringer, der den Versicherten behandelt, oder
  - b) einem Leistungserbringer, dessen Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 festgestellt worden ist.

Die Teilnahme am Modellvorhaben ist dann zu empfehlen, wenn von einer Genomsequenzierung nach dem Stand der Wissenschaft und Technik wesentliche Erkenntnisse in Bezug auf die Diagnose oder ein klinisch relevanter Mehrwert für die Behandlung des Versicherten zu erwarten ist. Die Empfehlung zur Teilnahme nach Satz 1 Nummer 2 Ziffer b soll durch mindestens eine multidisziplinäre Fallkonferenz, die durch den Leistungserbringer nach Satz 1 Nummer 2 einberufen wird, bestätigt werden. Eine den Vorgaben nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 entsprechende Information über den bisherigen Behandlungsverlauf durch den behandelnden Leistungserbringer an den am Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringer sowie eine Information über die durch Diagnostik und



Therapiefindung gewonnenen Erkenntnisse durch den am Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringer an den behandelnden Leistungserbringer ist sicherzustellen.

(6) Die Leistungserbringer, die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind, dürfen die für die in den Absätzen 2 und 10 Satz 3 genannten Zwecke erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit ausdrücklicher schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger ärztlicher Aufklärung und Beratung der Versicherten unter Beachtung europäischer und nationaler datenschutzrechtlicher Vorgaben, insbesondere der Rechte der betroffenen Person nach den Artikeln 12 bis 22 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2; L 74 vom 4.3.2021, S. 35) in der jeweils geltenden Fassung, verarbeiten. Satz 1 gilt bei einer Genomsequenzierung nach Absatz 2 Satz 3 für einen biologischen Elternteil oder für beide biologischen Elternteile entsprechend.

(7) In dem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 haben die Vertragspartner insbesondere Vereinbarungen zu treffen über

1. die Indikationen in den Bereichen seltener und onkologischer Erkrankungen, bei denen klinische oder wissenschaftliche Hinweise zu einem Einfluss individueller und genetischer Informationen auf die Diagnose und die Therapieentscheidung vorliegen,
2. die Informationspflichten nach Absatz 5 Satz 4,
3. die Voraussetzungen zur Beendigung der umfassenden Diagnostik und der Therapiefindung im Modellvorhaben, der Rücküberweisung des Versicherten zur weiteren Behandlung im Rahmen der Regelversorgung in die ambulante oder stationäre Versorgung sowie über die Möglichkeit für die Versicherten, weiterhin kontinuierliche Reevaluation nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 7 im Rahmen des Modellvorhabens in Anspruch zu nehmen, deren Ergebnisse bei der Behandlung in der Regelversorgung zu berücksichtigen sind,
4. zusätzliche Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringer, die die Qualität der zu erbringenden Leistungen und die Sicherheit der Versicherten gewährleisten,
5. Anforderungen an die Koordination und Strukturierung der Abläufe bei den Leistungserbringern einschließlich Festlegungen zu Reevaluationszyklen sowie über die aktive Kooperation der Leistungserbringer in einem Netzwerk,
6. die datenschutzkonforme, barrierefreie einheitliche Ausgestaltung der Einwilligung der Versicherten nach Absatz 6; dies hat im Einvernehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zu erfolgen,
7. Möglichkeiten zur Kooperation der am Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringer im Hinblick auf die Erbringung von in Absatz 2 Satz 2 genannten Leistungen und Maßnahmen,
8. einheitliche Vorgaben für die Vergütung für die im Rahmen dieses Modellvorhabens zu erbringenden Leistungen,
9. Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen dieses Modellvorhabens zu erbringenden Leistungen,
10. die Sicherstellung der Anbindung der Leistungserbringer an die Dateninfrastruktur nach den Absätzen 9 bis 12 und die Ausgestaltung und Unterzeichnung einer Vereinbarung über die Nutzung der Dateninfrastruktur durch die Leistungserbringer,
11. Maßnahmen zur Zusammenführung der im Rahmen der Diagnostik und Therapiefindung erhobenen Daten von allen an dem Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringern in der Dateninfrastruktur nach den Absätzen 9 bis 12,
12. Maßnahmen, die sicherstellen, dass die in der Dateninfrastruktur nach den Absätzen 9 bis 12 enthaltenen Daten nur im Rahmen dieses Modellvorhabens genutzt werden und

13. die Folgen einer Kündigung eines Leistungserbringers insbesondere im Hinblick auf den Umgang mit den durch diesen Leistungserbringer bereits generierten Daten.

Der Vertrag ist nach dem Stand von Wissenschaft und Technik zu schließen. Der Vertrag ist von den Vertragspartnern der Fortentwicklung des Standes von Wissenschaft und Technik anzupassen oder, wenn sich aus den Zwischenberichten nach Absatz 13 Satz 3 ein Anpassungsbedarf ergibt. Abweichend von Absatz 1 Satz 3 ist mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft bezüglich der in Satz 1 Nummer 2 und 3 genannten Vertragsinhalte Einvernehmen herzustellen. Die nach der aufgrund des § 140g erlassenen Rechtsverordnung anerkannten Organisationen sind vor dem Abschluss des Vertrages nach Absatz 1 Satz 1 anzuhören. Die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. § 116b Absatz 6 Satz 13 bis 15 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die Leistungen zu bereinigen ist, die im Rahmen des Modellvorhabens nach Absatz 2 erbracht werden. Für die Vergütung der Leistungen, die durch die Leistungserbringer, deren Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 festgestellt worden ist, im Rahmen des Modellvorhabens erbracht werden, gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 entsprechend. § 136c Absatz 5 Satz 3 und § 140a Absatz 2 Satz 7 gelten entsprechend.

(8) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 1. Januar 2024 zu Stande, wird der Vertragsinhalt von einer von den Vertragsparteien gemeinsam zu benennenden unabhängigen Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Kann das nach Absatz 7 Satz 4 erforderliche Einvernehmen nicht hergestellt werden, legt die Schiedsperson nach Anhörung der Deutschen Krankenhausgesellschaft die in Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 und 3 genannten Vertragsinhalte fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Gesamtheit der Leistungserbringer, deren Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 festgestellt worden ist, je zur Hälfte. Klagen, die die Festlegung des Vertragsinhalts betreffen, sind gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson, zu richten.

(9) Die Aufgaben der Datenverarbeitung im Rahmen des Modellvorhabens werden von der Vertrauensstelle und dem Träger der Dateninfrastruktur wahrgenommen. Die Aufgaben der Vertrauensstelle werden durch das Robert Koch-Institut, die Aufgaben des Trägers der Dateninfrastruktur durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wahrgenommen. Der Träger der Dateninfrastruktur und die Vertrauensstelle unterliegen dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches und unterstehen der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Träger der Dateninfrastruktur und die Vertrauensstelle müssen durch die Qualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie durch ihre räumliche, sachliche und technische Ausstattung gewährleisten, dass sie die ihnen übertragenen Aufgaben erfüllen können. Die Leistungserbringer, die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind, übermitteln für die in Absatz 10 Satz 3 genannten Zwecke für jeden teilnehmenden Versicherten die folgenden verschlüsselten Daten jeweils in Verbindung mit einer Arbeitsnummer an den Träger der Dateninfrastruktur:

1. Angaben zu Alter, Geschlecht und Kreisschlüssel,
2. die Daten der Genomsequenzierung,
3. die Daten der Phänotypisierung und
4. Daten zum Behandlungsverlauf.

Die Leistungserbringer, die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind, übermitteln die Arbeitsnummer und die Krankenversicherungsnummer im Sinne des § 290 an die Vertrauensstelle. Die Vertrauensstelle überführt die ihr nach Satz 6 übermittelten Krankenversicherungsnummern nach einem einheitlich anzuwendenden Verfahren in periodenübergreifende Pseudonyme. Die Vertrauensstelle hat im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ein schlüsselabhängiges Verfahren zur Pseudonymisierung festzulegen, das dem jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technik entspricht. Das Verfahren zur Pseudonymisierung ist so zu gestalten, dass für die jeweilige Krankenversicherungsnummer eines jeden Versicherten periodenübergreifend immer das gleiche Pseudonym erstellt wird, aus dem Pseudonym aber nicht auf die Arbeitsnummer oder die Identität des Versicherten geschlossen werden kann. Die Vertrauensstelle übermittelt dem Träger

der Dateninfrastruktur die periodenübergreifenden Pseudonyme mit den dazugehörigen Arbeitsnummern. Mit dem periodenübergreifenden Pseudonym und der bereits übersandten Arbeitsnummer verknüpft der Träger der Dateninfrastruktur die freigegebenen Daten mit den im Träger der Dateninfrastruktur vorliegenden Daten vorheriger Übermittlungen. Nach der Übermittlung hat sie die Arbeitsnummern, die Krankenversicherungsnummern sowie die periodenübergreifenden Pseudonyme zu löschen.

(10) Der Träger der Dateninfrastruktur nach Absatz 9 Satz 2 hat folgende Aufgaben:

1. die ihm von den Leistungserbringern übermittelten Daten für die Auswertung für Zwecke nach Satz 3 qualitätsgesichert aufzubereiten,
2. Qualitätssicherungen der Daten vorzunehmen,
3. Anträge auf Datennutzung zu prüfen,
4. das spezifische Reidentifikationsrisiko in Bezug auf die durch Nutzungsberechtigte nach Absatz 11 beantragten Daten zu bewerten und unter angemessener Wahrung des angestrebten wissenschaftlichen Nutzens durch geeignete Maßnahmen zu minimieren,
5. die beantragten Daten den Nutzungsberechtigten nach Absatz 11 Satz 1 zugänglich zu machen und
6. die wissenschaftliche Erschließung der Daten zu fördern.

Der Träger der Dateninfrastruktur hat die versichertenbezogenen Einzeldatensätze spätestens nach 30 Jahren zu löschen. Der Träger der Dateninfrastruktur macht die ihm von den Leistungserbringern übermittelten Daten den Nutzungsberechtigten auf Antrag in anonymisierter und aggregierter Form zugänglich, soweit die beantragten Daten geeignet und erforderlich sind zur

1. Verbesserung der Versorgung im Zusammenhang mit personalisierten und standardisierten Therapien und Diagnostika mittels einer Genomsequenzierung
2. Qualitätssicherung oder
3. wissenschaftlichen Forschung.

Der Träger der Dateninfrastruktur kann einem Nutzungsberechtigten entsprechend seinen Anforderungen auch pseudonymisierte Einzeldatensätze bereitstellen, wenn der antragstellende Nutzungsberechtigte nachvollziehbar darlegt, dass die Nutzung der pseudonymisierten Einzeldatensätze für einen nach Satz 3 zulässigen Nutzungszweck erforderlich ist. Der Träger der Dateninfrastruktur stellt einem Nutzungsberechtigten die pseudonymisierten Einzeldatensätze ohne Sichtbarmachung der Pseudonyme für die Verarbeitung unter Kontrolle des Trägers der Dateninfrastruktur bereit, soweit

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

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

(11) Nutzungsberechtigte sind die Leistungserbringer, die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind, Hochschulen, die nach landesrechtlichen Vorschriften anerkannten Hochschulkliniken, öffentlich geförderte außeruniversitäre Forschungseinrichtungen und sonstige öffentliche Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen. Die Nutzungsberechtigten dürfen die nach Absatz 10 Satz 3 und 4 zugänglich gemachten Daten

1. nur für die Zwecke nutzen, für die sie zugänglich gemacht werden und
2. nicht an Dritte weitergeben, es sei denn, der Träger der Dateninfrastruktur genehmigt auf Antrag eine Weitergabe an einen Dritten im Rahmen eines nach Absatz 10 Satz 3 zulässigen Nutzungszwecks.

Die Nutzungsberechtigten haben bei der Verarbeitung der nach Absatz 10 Satz 3 und 4 zugänglich gemachten Daten darauf zu achten, keinen Bezug zu Personen, Leistungserbringern oder Leistungsträgern herzustellen. Wird ein Bezug zu Personen, Leistungserbringern oder Leistungsträgern unbeabsichtigt hergestellt, so ist dies dem Träger der Dateninfrastruktur zu melden. Die Verarbeitung der bereitgestellten Daten zum Zwecke der Herstellung eines Personenbezugs, zum Zwecke der Identifizierung von Leistungserbringern oder Leistungsträgern sowie zum Zwecke der bewussten Verschaffung von Kenntnissen über fremde Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse ist untersagt. Wenn die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde feststellt, dass Nutzungsberechtigte die vom Träger der Dateninfrastruktur nach Absatz 10 Satz 3 und 4 zugänglich gemachten Daten in einer Art und Weise verarbeitet haben, die nicht den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften oder den Auflagen des Trägers der Dateninfrastruktur entspricht, und wegen eines solchen Verstoßes eine Maßnahme nach Artikel 58 Absatz 2 Buchstabe b bis j der Verordnung (EU) 2016/679 gegenüber dem Nutzungsberechtigten ergriffen hat, informiert sie den Träger der Dateninfrastruktur. In diesem Fall schließt der Träger der Dateninfrastruktur den Nutzungsberechtigten für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren vom Datenzugang aus.

(12) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere

1. zu näheren Bestimmungen zu Art und Umfang der nach den Absätzen 9 und 10 zu übermittelnden Daten und zu den Fristen der Datenübermittlung,
2. zur Datenverarbeitung durch die Leistungserbringer,
3. zum Verfahren der Pseudonymisierung der Versichertendaten durch die Leistungserbringer,
4. zur technischen Ausgestaltung der Datenübermittlung nach den Absätzen 9 und 10 und
5. zur Evaluation des Modellvorhabens.

(13) § 65 gilt mit der Maßgabe, dass der Bericht über die Ergebnisse der Auswertungen einen Vorschlag zur Übernahme der Leistungen des Modellvorhabens in die Regelversorgung enthalten muss. Nach Ablauf der Laufzeit nach Absatz 1 Satz 2 und bis zur Vorlage des Berichts über die Ergebnisse der Auswertungen oder bis zu einer gesetzlichen Regelung zur Übernahme in die Regelversorgung können die Krankenkassen das Modellvorhaben auf Grundlage eines Vertrages nach § 140a fortführen. Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit während der Laufzeit des Modellvorhabens jährlich ein Zwischenbericht der Evaluierung, der insbesondere die wissenschaftliche Auswertung der bis dahin vorliegenden Ergebnisse enthält, vorzulegen.

(14) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie nicht innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage des Vertrages ganz oder teilweise versagt. Im Rahmen der Prüfung kann das Bundesministerium für Gesundheit vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zusätzliche Informationen, die dem Vertragsschluss zugrunde lagen, sowie ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Ablauf der Frist nach Satz 2 gehemmt. Bereits während der laufenden Vertragsverhandlungen ist das Bundesministerium für Gesundheit berechtigt, Auskunft über den Stand der Verhandlungen zu verlangen und sich hierzu relevante Unterlagen vorlegen zu lassen. Es ist berechtigt, an den Verhandlungen zwischen den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 teilzunehmen. Über die jeweiligen Verhandlungstermine hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Bundesministerium für Gesundheit frühzeitig zu informieren.

(15) Die Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes, insbesondere zur Aufklärung, Einwilligung und Mitteilung der Ergebnisse genetischer Untersuchungen und Analysen bleiben unberührt.<sup>129</sup>

---

## 129 QUELLE

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 18b des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

## ÄNDERUNGEN