

# SGB V

Gesetzliche Krankenversicherung  
mit eingearbeitetem GKV-VSG,  
PrävG, HPG, KHSG und E-HealthG

Gesetzestext mit gekennzeichneten  
Änderungen, Überblick und Stellungnahmen

Stand 1. Januar 2016

Deutscher Caritasverband (Hg.)

SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung  
mit eingearbeitetem GKV-VSG, PräVG, HPG, KHSG und E-HealthG

Gesetzestext mit gekennzeichneten Änderungen,  
Überblick und Stellungnahmen

Stand: 1. Januar 2016



Deutscher Caritasverband (Hg.)

**SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung  
mit eingearbeitetem GKV-VSG, PräVG,  
HPG, KHSG und E-HealthG**

Gesetzestext mit gekennzeichneten Änderungen,  
Überblick und Stellungnahmen

Stand: 1. Januar 2016

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2016, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau  
[www.lambertus.de](http://www.lambertus.de)

Redaktion: Prof. Dr. Jürgen Winkler, Katholische Hochschule Freiburg

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Druck: Medienhaus Plump, Rheinbreitbach

ISBN: 978-3-7841-2852-8

# Inhalt

|                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Vorwort .....</b>                                                 | <b>7</b>   |
| <b>I. Überblick über die wesentlichen Änderungen des SGB V .....</b> | <b>9</b>   |
| <b>II. SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung .....</b>             | <b>39</b>  |
| <b>III. Stellungnahmen des Deutschen Caritasverbandes .....</b>      | <b>435</b> |



## Vorwort

Das Jahr 2015 hat zahlreiche Neuerungen im SGB V mit sich gebracht. In diesem Jahr verabschiedete der Gesetzgeber fünf Gesetze: das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG), das Präventionsgesetz (PrävG), das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sowie das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health).

Der Deutsche Caritasverband legt mit dem vorliegenden Band die aktuelle Fassung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vor. Die Änderungen gegenüber der alten Fassung des Gesetzestextes sind mit schwarzen Durchstreichungen bzw. roter Farbe optisch hervorgehoben und erleichtern somit die Einarbeitung in das neue Recht. Soweit die Neuregelungen erst nach dem 1.1.2016 in Kraft treten, sind sie rot kursiv gedruckt und mit einem Klammerzusatz [ab „Datum des Inkrafttretens“] versehen.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber seinen Weg zur Stärkung der Versorgungsqualität und zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen an den Schnittstellen des Gesundheitswesens, wie z.B. beim Entlassmanagement aus dem Krankenhaus, fortgesetzt. Darüber soll das Gesetz zu Innovationen beitragen, wie z.B. durch die Einrichtung eines Innovationsfonds oder durch die Förderung von Praxisnetzen. Der Gesetzentwurf enthält auch Verbesserungen für einzelne Zielgruppen wie für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit einer Behinderung.

Das Präventionsgesetz will einen Beitrag zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in unserem Gesundheitswesen leisten. Zu diesem Zweck werden die Mindestbeträge für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung erhöht. Die Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention sollen durch eine Nationale Präventionsstrategie festgelegt werden, die in Rahmenverträgen auf der Landesebene umgesetzt werden soll. Durch das Gesetz sollen auch Zielgruppen von sozial benachteiligten Menschen erreicht werden, die von den bisherigen, überwiegend verhaltenspräventiv ausgerichteten Präventionsansätzen kaum profitieren konnten.

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz will der Gesetzgeber die Strukturen der Palliativversorgung und hospizlichen Begleitung stärken. Das Gesetz sieht eine bessere Finanzierung der stationären Hospize sowie der ambulanten Hospizdienste vor. Des Weiteren wird das Ziel verfolgt, die allgemeine pflegerische Palliativversorgung (AAPV) in der Regelversorgung aufzubauen und weiterzuentwickeln. Im vertragsärztlichen Bereich werden zusätzliche Vergütungen zur Steigerung der Qualität und zur Verbesserung der Koordination und Kooperation aufgebaut. Künftig sollen stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe die neue Leistung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten können. Die Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, Palliativstationen als „Besondere Einheiten“ auszuweisen.

Ziel des Krankenhausstrukturgesetzes ist die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für eine bessere Krankenhausversorgung. Schwerpunkte des Gesetzes sind die Stärkung der Qualitätssicherung, die Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen für Leistungen, die Ausgestaltung von Mindestmengenregelungen und die Einrichtung eines Pflegestellenförderprogramms zur Stärkung der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus. Die meisten Regelungen hier finden sich jedoch nicht im SGB V, sondern im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im Krankenhausentgeltgesetz. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde endlich auch die ambulante Versorgungslücke geschlossen, die entsteht, wenn jemand nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter OP vorübergehend grundpflegerische oder hauswirtschaftliche Versorgung benötigt, aber nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist. Diese Regelungslücke im SGB V wurde mit dem vorliegenden Gesetz nun geschlossen.

Das E-Healthgesetz öffnet die elektronische Gesundheitskarte für weitere telematische Anwendungen und soll eine effizientere und zugleich sichere Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen bewirken. So soll der elektronische Arztbrief einen nahtlosen Datenfluss zwischen Hausarzt und Facharzt gewährleisten. Patienten haben in Zukunft Anspruch auf einen Medikationsplan, wenn sie regelhaft drei und mehr Medikamente einnehmen müssen. Auch der Aufbau und die Ermöglichung der Nutzung von elektronischen Daten für die ärztliche Notfallversorgung werden neu geregelt.

Dem Gesetzestext vorangestellt ist ein nach den fünf Gesetzen gegliederter Überblick über die wesentlichen Neuerungen des jeweiligen Gesetzes, welcher die Orientierung erleichtern soll.

Der Deutsche Caritasverband hat im Rahmen der parlamentarischen Beratungen zu den fünf Gesetzentwürfen Stellung genommen. Die umfänglichen Stellungnahmen können aus Platzgründen in diesem Buch nicht vollständig abgedruckt werden. Interessierte Leser finden jedoch einen Hinweis zum elektronischen Herunterladen des vollständigen Textes der Stellungnahmen.

Wir danken herzlich Herrn Prof. Jürgen Winkler für die Redaktion des Gesetzestextes.

Dr. Thomas Becker  
Abteilungsleiter Sozialpolitik und Publizistik  
Deutscher Caritasverband

Dr. Elisabeth Fix  
Referentin Rehabilitation,  
Alten- und Gesundheitspolitik  
Berliner Büro des DCV

## **I. Überblick über die wesentlichen Änderungen des SGB V**

### **1. Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)**

Das Gesetz ist zum 23.7.2015 in Kraft getreten. Es umfasst zahlreiche Regelungsbereiche, die nachfolgend zusammengefasst werden sollen.

#### **Verbesserungen in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung**

In einem neuen § 22a wird für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI sowie für Menschen mit Behinderungen, die Eingliederungshilfeleistungen nach dem SGB XII erhalten, ein Anspruch auf ein individuelles Präventionsmanagement zur Verhütung von Zahnerkrankungen einschließlich des Entferns harter Zahnbelege geschaffen. Für diese Personengruppen gilt die Altersgrenze von 18 Jahren daher nicht mehr. § 87b regelt zudem, dass anästhesiologische Leistungen bei der zahnärztlichen Behandlung von Menschen mit mangelnder Kooperationsfähigkeit, wie z.B. Menschen mit einer geistigen Behinderung, wieder angemessen honoriert werden. Die fehlende Honorierung der Anästhesisten war ein Grund, warum Zahnärzte in ihrer Praxis Menschen mit Behinderung ambulante Leistungen, die nur unter Narkose durchzuführen sind, häufig nicht anbieten konnten. Beide Gesetzesnovellierungen leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung einer guten zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung.

Durch den neuen § 119c SGB V wird die gesetzliche Grundlage zur Schaffung von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit einer geistigen und schweren Mehrfachbehinderung geschaffen. Bisher standen solche Behandlungszentren nur Kindern und Jugendlichen mit einer Behinderung bis zur Altersgrenze von 18 Jahren zur Verfügung. Voraussetzung für die Behandlung ist, dass Menschen wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung nicht im ambulanten Regelsystem adäquat behandelt werden können. In § 43b wird klargestellt, dass die Leistungsberechtigten in solchen Zentren auch Anspruch auf nichtärztliche medizinische Leistungen, wie z.B. therapeutische Leistungen, haben.

#### **Schnellerer Zugang zum Facharzt durch Terminservicestellen**

Patienten müssen oft wochenlang auf einen Facharzttermin warten. Der Gesetzgeber will diesem Problem nun durch die Einrichtung von Terminservicestellen gemäß § 75 Absatz 1a Abhilfe verschaffen. Die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zu errichtenden Stellen sollen Patienten bei Vorliegen einer Überweisung zum Facharzt binnen einer Woche einen Behandlungstermin vermitteln. Die Wartezeit auf den Behandlungstermin selbst darf vier Wochen nicht überschreiten. Kann ein Termin in dieser Frist nicht angeboten werden, muss die Terminservicestelle einen Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus sorgen.

#### **Zweitmeinung bei mengenanfälligen planbaren Operationen**

Mit dem neuen § 27b wird das Recht des Patienten auf eine ärztliche Zweitmeinung gestärkt, sofern Patienten sich einem planbaren Eingriff im Krankenhaus unterziehen müssen, bei dem auffällig häufig operiert wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll nach § 27b Absatz 2 festlegen, bei welchen Indikationen ein solcher Anspruch besteht und welche Expertise Ärzte, die zur Abgabe einer Zweitmeinung berechtigt sind, aufweisen müssen.

### **Weniger Versorgungslücken durch besseres Krankenhaus-Entlassmanagement**

Mit einem neuen Absatz 1a des § 39 SGB V sollen die Versorgungslücken im Übergang des Patienten aus dem Krankenhaus in die häusliche Weiterversorgung verringert werden. Künftig können Krankenhäuser ihren Patient/innen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für die Dauer von bis zu 7 Tagen nach Krankenhausentlassung verordnen. Des Weiteren kann das Krankenhaus im Rahmen seines Entlassmanagements auch die Arbeitsunfähigkeit attestieren. Die Kranken- und Pflegekassen werden künftig in das Entlassmanagement eingebunden.

### **Neuregelungen zur medizinischen Rehabilitation**

In § 40 Absatz 1 Satz 1 wird klargestellt, dass die ambulanten Rehabilitationsleistungen grundsätzlich auch die mobile Rehabilitation durch wohnortnahe Einrichtungen umfassen. Auch die Tragung von Mehrkosten wird in § 40 Absatz 2 neu geregelt. Bisher mussten etwaige Mehrkosten vom Versicherten nur getragen werden, wenn er eine andere zertifizierte Einrichtung für die Reha wählte, mit der seine Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag hatte. Diese Regelung gilt nun auch für andere zertifizierte Einrichtungen, mit denen die Krankenkasse des Versicherten einen Versorgungsvertrag geschlossen hat. Sie gilt jedoch nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX angemessen sind.

### **Neue Versorgungsformen fördern**

Der Gesetzentwurf stärkt in § 87b Absatz 2 die Bildung von Praxisnetzen. Auf diese Weise können Ärzte besser miteinander kooperieren und niederlassungswillige Ärzte erhalten einen Anreiz, auch in unterversorgten Gebieten eine Praxis zu eröffnen. Auch die Eröffnung von Medizinischen Versorgungszentren wird erleichtert. Nach § 95 Absatz 1 Satz 2 müssen MVZen nicht mehr länger facharztübergreifend sein, sondern auch einzelne Arztgruppen, wie Hausärzte oder Neurologen können sich zu einem MVZ zusammenschließen. Künftig können auch Kommunen nach § 95 Absatz 1a leichter eigene MVZen gründen, indem sie sich der Rechtsform eines Eigen- und Regiebetriebs bedienen können.

### **Innovationsfonds soll die Versorgungsqualität befördern**

Mit § 92a wird ein Innovationsfonds etabliert. Seine Aufgabe ist die Förderung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungsformen und die Verbesserung der Versorgungsforschung. Der Fonds wird in den Jahren 2016 bis 2019 nach § 92a Absatz 3 Satz 1 jährlich mit 300 Mio. Euro ausgestattet, welche von den Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds zu finanzieren sind. Gefördert werden sollen nach § 92a Absatz 1 insbesondere Vorhaben, die das Potenzial haben, dauerhaft in die Regelversorgung aufgenommen zu werden. Förderkriterien sind die Verbesserung der Versorgungsqualität, die Behebung von Versorgungsdefiziten, die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsbereichen, den Berufsgruppen, sowie interdisziplinäre Versorgungsmodelle. Aus der Fördersumme sollen nach § 92a Absatz 4 Satz 3 75 Prozent für neue Versorgungsformen und 25 Prozent für die Versorgungsforschung aufgewendet werden.

### **Unter- und Überversorgung beseitigen**

Generell sind in diesem Gesetzentwurf nur wenig innovative Ansätze zur Beseitigung von Unter- und Überversorgung enthalten. Nach § 100 Absatz 2 können die Landesauschüsse nicht nur bei bestehender, sondern auch bei künftig in absehbarer Zeit eintretender Unterversorgung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten anordnen. Zum

Abbau von Überversorgung sollen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenhäuser nach § 103 Absatz 1 Satz 3 eine Feststellung treffen, wenn der bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist. Darüber hinaus soll der Zulassungsausschuss im Vorfeld eines Verfahrens zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem überversorgten Gebiet Nachbesetzungsanträge nach § 103 Absatz 3a Satz 7 ablehnen können. Die bisherige „Kann“-Vorschrift wird in eine „Soll“-Vorschrift überführt. Die Regelung soll nach § 103 Absatz 3a Satz 3 nicht angewendet werden, wenn sich ein Arzt für die Nachfolge bewirbt, der zuvor mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig war. Nach § 116a werden Krankenhäuser in unterversorgten Gebieten nun für die ambulante Versorgung ermächtigt. Die bisherige „Kann“-Regelung wird in eine „Muss“-Vorschrift umgestaltet.

### **Neurndung der Selektivverträge**

Die Selektivverträge werden in dem neuen § 140a unter dem Titel „Besondere Versorgung“ neu geregelt. Die bisherigen § 73a (Strukturverträge) und § 73c (Besondere ambulante ärztliche Versorgung) werden aufgehoben und Teile ihrer Regelungsinhalte sowie Teile der bisherigen Regelungen zur Integrierten Versorgung nach § 140a alt werden in § 140a neu überführt. Selektivverträge können insbesondere das Ziel einer integrierten, sektorenübergreifenden Versorgung, verfolgen. Neu ist, dass künftig die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 bei allen Verträgen, die unter § 140a fallen, Vertragspartner der Krankenkassen sein können. Wie auch bisher schon, können auch Pflegeeinrichtungen mit Krankenkassen Selektivverträge abschließen. Die Selektivverträge können ausdrücklich auch Leistungen umfassen, die nicht zur Regelversorgung gehören, sofern sie qualitätsgesichert sind und wirtschaftlich erbracht werden. Das Gesetz stellt klar, dass auch Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6, Früherkennungsleistungen nach §§ 25 und 26, Leistungen der SAPV nach § 37b und Leistungen der Psychotherapie nach § 37a Gegenstand der Verträge sein können. Die Teilnahme der Versicherten an diesen Verträgen erfolgt weiterhin freiwillig. Im Unterschied zu den bisherigen Regelungen gibt es keine gesetzlichen Vorgaben für eine Mindestbindungsfrist der Patienten, die sich in solche Verträge eingeschrieben haben, mehr. Für die Vergütung der Selektivverträge erfolgt eine Bereinigung der Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3.

### **Psychotherapie-Richtlinie erleichtert Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird mit dem Gesetz beauftragt, in der Psychotherapie-Richtlinie nach § 92 Absatz 6a Satz 3 bis zum 30.6.2016 Regelungen zur Flexibilisierung des ambulanten Psychotherapieangebots zu erlassen. Durch die Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden mit dem Ziel einer kurzfristigen Abklärung des Behandlungsbedarfs und der Behandlungsmöglichkeiten soll Patienten ein zeitnahe und niedrigschwelliger Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ermöglicht werden. Auch die Hürden für die ambulante Gruppentherapie sollen gesenkt werden. Es soll geregelt werden, in welchen Fällen auf das aufwändige Begutachtungsverfahren verzichtet werden kann. Es soll geprüft werden, ob bei Kurz- oder Gruppentherapie generell auf das Antrags- und Gutachtungsverfahren verzichtet werden kann. Die bisherigen Stundenkontingente und die Fristen einer erneuten Beantragung von Psychotherapie innerhalb von zwei Jahren nach einer abgeschlossenen Therapie sollen vom GBA überprüft werden.

### **Einrichtung eines Schiedsverfahrens für Verträge zur Haushaltshilfe**

Bisher fehlte es gänzlich an einem Schiedsverfahren zu den Leistungen der Haushaltshilfe. In § 132 Absatz 1 ist nun geregelt, dass im Falle einer Nichteinigung der Vertragsparteien auf Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen, der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende Schiedsperson festgelegt wird. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

## **2. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG)**

Das Gesetz trat am 25. Juli 2015 in Kraft. Die Prävention war bisher in den §§ 20ff. geregelt. Die Neuregelungen werden systematisiert und erstrecken sich nun über die §§ 20 bis 20h.

### **Legaldefinition von Prävention und Gesundheitsförderung**

Das Ziel der Stärkung der Primärprävention in § 20 wird nun explizit um die Stärkung der Gesundheitsförderung erweitert. Wie bisher auch schon zielt die Primärprävention insbesondere auf die Verminderung von sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit der Gesundheitschancen ab. In § 20 Absatz 1 wird eine Legaldefinition von primärer Prävention und von Gesundheitsförderung vorgenommen. Des Weiteren wird in die primäre Prävention in § 20 Absatz 4 nach drei Typen differenziert: 1. Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, 2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten bzw. „Settings“ (Verweis auf § 20a) und 3. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (Verweis auf § 20b). Leistungen der individuellen Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung dürfen nur erbracht werden, wenn sie zertifiziert sind.

### **Finanzvolumen für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

Die Mindestbeträge, welche die Krankenkasse pro Versicherten für die Prävention in Settings (§ 20a), für die betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20b) und für die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c ausgeben darf, wird nach § 20 Absatz 6 ab 2016 gesetzlich auf 7 Euro festgelegt. Davon sind mindestens 2 Euro für die settingbezogenen Präventionsmaßnahmen nach § 20a zu verausgaben und mindestens 2 Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b. Über die restlichen 3 Euro können die Krankenkassen frei verfügen. Werden die Mindestbeträge pro Versicherten nach für Maßnahmen nach § 20a nicht verausgabt, wird dieser Betrag ins Folgejahr übertragen. Sofern die Beträge für die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b nicht ausgeschöpft werden, werden sie an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen, der sie nach einem vorgesehenen Schlüssel an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen verteilt, welche Kooperationsverträge mit Unternehmen geschlossen haben.

### **Gesundheitsziele für die Prävention und Gesundheitsförderung**

Neu ist, dass die Handlungsfelder und Kriterien für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung in besonderer Weise die Gesundheitsziele der Kooperationsplattform „gesundheitsziele.de“ berücksichtigen sollen.

### **Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (Settings)**

In § 20a Absatz 1 werden Lebenswelten definiert als für die Gesundheit bedeutsame abgrenzbare soziale Systeme. Dabei werden besonders das Wohnen, Lernen und Studieren,

die medizinische und pflegerische Versorgung und die Freizeitgestaltung einschließlich Sport als Lebenswelten hervorgehoben. In diesen Lebenswelten sollen gesundheitsförderliche Strukturen auf- und ausgebaut werden. Bei dieser Aufgabe sollen die Krankenkassen nach § 20a Absatz 1 Satz 4 zusammenarbeiten und die Leistungen kassenübergreifend erbringen. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sollen sie nach § 20a Absatz 3 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), insbesondere wenn die Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten, Schulen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie in den Lebenswelten älterer Menschen erfolgt. Finanziert wird diese Leistung der BzgA aus den Beträgen, die pro Versicherten für die Prävention in Settings verausgabt werden sollen und zwar in Höhe von 0,45 Euro der insgesamt vorgesehenen 2 Euro (§ 20a Absatz 3).

### **Betriebliche Gesundheitsförderung**

Der Gesetzgeber möchte insbesondere die betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Betrieben stärken, da sie in Großunternehmen oft schon gut funktioniert. Aus den vorgesehenen Mitteln sollen die Krankenkassen nach § 20b Absatz 3 Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung zur betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten. Dabei sollen örtliche Unternehmensorganisationen, wie z.B. Handwerks- und Industriekammern, an der Beratung beteiligt werden. Des Weiteren wird die Rolle des Betriebsarztes nach § 132f gestärkt, indem er Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 durchführen, Präventionsempfehlungen und Empfehlungen zu medizinischen Vorsorgeleistungen und zur Heilmittelversorgung abgeben kann.

### **Nationale Präventionsstrategie wird auf Länderebene umgesetzt**

Für die Prävention soll eine umfassende Strategie zur Koordinierung und Systematisierung der Ziele der Primärprävention und Gesundheitsversorgung nach § 20d erarbeitet werden. Zentrale Akteure sind die Krankenkassen, die mit der Gesetzlichen Rentenversicherung, der Unfallversicherung und den Pflegekassen zusammenwirken. Die Nationale Präventionsstrategie nach § 20d umfasst vor allem die Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen nach Absatz 3 über die Ziele, Handlungsfelder und Zielgruppen sowie nach Absatz 4 die Erstellung eines Präventionsberichts, der alle vier Jahre erscheinen soll und über die Erfahrungen in der Anwendung der §§ 20 bis 20h Aussagen treffen soll. Die bundeseinheitlichen Empfehlungen, die bis zum 31.12.2015 vorzulegen sind, werden dann auf Länderebene in Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f umgesetzt. Auch dort sind die zentralen Akteure nach § 20f Absatz 1 wiederum die Krankenkassen, die Träger der Renten- und Unfallversicherung sowie die in den Ländern weiteren zuständigen Stellen. Auch die BA und die kommunalen Spitzenverbände sowie die obersten Landesbehörden für Arbeitsschutz können sich durch Beitritt zu den Landesrahmenvereinbarungen beteiligen.

### **Gremien zur Erarbeitung der Nationalen Präventionsstrategie**

Zur Entwicklung der Nationalen Präventionsstrategie wird die Nationale Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 ins Leben gerufen. Mitglieder sind die Arbeitsgemeinschaften der gesetzlichen Spitzenorganisationen der GKV, der Rentenversicherung, der Unfallversicherung und der Pflegekassen. Auch die PKV kann Mitglied werden, sofern sie sich an der Nationalen Präventionsstrategie beteiligt. Beratende Mitglieder sind Vertreter aus Bund und Ländern, der kommunalen Spitzenverbände, der BA, der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen sowie des Präventionsforums. Das Präventionsfo-

rum nach § 20e Absatz 2 hat die Aufgabe, die Präventionskonferenz zu beraten. Dort vertreten sind alle für die Prävention und Gesundheitsförderung maßgeblichen Organisationen und Verbände auf Bundesebene sowie grundsätzlich die Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz.

### **Neuregelungen zu den Gesundheitsuntersuchungen**

Im Rahmen des Präventionsgesetzes wurde für die Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 statuiert, dass der Arzt eine Präventionsempfehlung für die individuellen Verhaltenskurse ausstellen kann. Die Kinder- und Jugenduntersuchungen nach § 26 erfassen jetzt auch verpflichtend die Altersgruppen der 6-18-jährigen. Bei den Untersuchungen soll nach § 26 Absatz 1 Satz 2 gezielt der Impfstatus überprüft werden. Die Eltern- und Sorgeberechtigten können im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung zur Stärkung ihrer Elternkompetenz beraten werden.

## **3. Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz)**

Das Gesetz ist zum 8.12.2015 in Kraft getreten.

### **Palliativversorgung ist Bestandteil der Krankenbehandlung**

In § 27 Absatz 1 Satz 2 wird statuiert, dass die palliative Versorgung explizit Bestandteil der Krankenbehandlung ist.

### **Ausbau der ambulanten Palliativversorgung als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege**

Der Gesetzgeber hat bisher nur die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als Rechtsanspruch in § 37b geregelt. Mit dem HPG besteht nun ein Rechtsanspruch auf die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), der in § 37 Absatz 2a statuiert wird. Um die ambulante pflegerische Palliativversorgung aufzubauen, muss die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 Absatz 7 weiterentwickelt werden. Die Entwicklung erfolgt auf untergesetzlicher Ebene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Bei der Verordnung von AAPV gilt die Begrenzung der Verordnung von häuslicher Krankenpflege auf die Höchstdauer von vier Wochen nicht (§ 37 Absatz 2a Satz 2). Die Entwicklung der AAPV wird evaluiert. Zu diesem Zweck muss der Spitzenverband Bund der GKV dem Bundesgesundheitsministerium nach § 37 Absatz 2a Satz 3 erstmals bis zum 31.12.2017 und danach alle 3 Jahre über die Entwicklung der AAPV einschließlich der abgeschlossenen Verträge berichten.

### **Einführung eines Schiedsverfahrens in der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)**

Bisher gab es in der SAPV keinen Konfliktlösungsmechanismus, z.B. in Bezug auf Vergütungsverhandlungen. Nun wird in § 132d Absatz 1 ein Schiedsverfahren etabliert. Im Falle der Nichteinigung über die Vertragsinhalte wird der Vertragsinhalt durch eine Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Parteien nicht auf eine Schiedsperson, wird diese durch die Aufsichtsbehörde der vertragsschließenden Krankenkasse festgelegt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Parteien zu gleichen Teilen. In einem neuen Absatz 3 des § 132d wird zudem festgelegt, dass die SAPV-Verträge auch als Selektivverträge nach § 73b oder § 140a geschlossen werden können.

### **Auskömmliche Finanzierungsgrundlage für die stationären Hospize**

Nach § 39a Absatz 1 werden die zuschussfähigen Kosten bei den stationären Hospizen

von 90 auf 95 Prozent erhöht. Gleichzeitig wird der kalendertägliche Zuschuss von 7 auf 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV angehoben. Er beträgt somit im Kalenderjahr 2016 261,45 Euro. In den Rahmenvereinbarungen nach § 39a Absatz 1 Satz 4 sind nach § 39a Absatz 1 Satz 6 und 7 bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen, wobei der besondere Verwaltungsaufwand der Hospize zu berücksichtigen ist. Die Rahmenvereinbarungen sind nach § 39a Absatz 1 Satz 8 insgesamt alle vier Jahre auf Angemessenheit hinsichtlich der aktuellen Versorgungs- und Kostenentwicklungen hin zu überprüfen und ggf. anzupassen. In den Rahmenvereinbarungen ist nach § 39a Absatz 1 Satz 9 auch festzulegen, in welchen Fällen Bewohner/innen von stationären Pflegeeinrichtungen in ein stationäres Hospiz wechseln dürfen.

### **Verbesserung der Finanzierungsgrundlage für die ambulanten Hospizdienste**

Nach § 39a Absatz 2 wird auch die Finanzierungsgrundlage für die ambulanten Hospizdienste deutlich verbessert. Künftig sind nicht mehr nur die Personalkosten, sondern auch die Sachkosten förderfähig. Die Ausgaben der Förderung durch die Krankenkassen werden nach § 39a Absatz 2 Satz 7 von 11 auf insgesamt 13 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV angehoben. Die Förderung pro Leistungseinheit beläuft sich somit im Kalenderjahr 2016 auf 377,65 Euro. Neu ist auch, dass die Förderung der ambulanten Hospizdienste künftig nach § 39a Absatz 2 Satz 10 zeitnah erfolgen soll. Dies erleichtert die Gründung von neu ans Netz gehenden Hospizdiensten, da sie hinsichtlich der Finanzierung der Sterbebegleitungen nicht mehr so lange in Vorleistung gehen müssen. Sterbebegleitungen durch ambulante Hospizdienste sind künftig nach § 39a Absatz 2 Satz 2 auch im Krankenhaus abrechenbar. Voraussetzung für die Erbringung der Sterbebegleitung im Krankenhaus ist, dass die Sterbebegleitung im Auftrag des Krankenhauses erfolgt. Stationären Pflegeeinrichtungen wird explizit aufgegeben, mit ambulanten Hospizdiensten zusammenzuarbeiten. Des Weiteren soll nach § 39a Absatz 2 Satz 10 sichergestellt werden, dass es ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen zu hauptamtlichen Mitarbeitern gibt. Wie die Rahmenvereinbarung zu den stationären Hospizen ist auch die Rahmenvereinbarung zu den ambulanten Hospizdiensten alle vier Jahre auf die aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungssituation zu überprüfen und ggf. anzupassen.

### **Einführung einer Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen**

Mit dem neuen § 39b Absatz 1 erhalten die Versicherten einen Rechtsanspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung durch die Krankenkassen. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. Die Krankenkasse soll auch bei der Kontaktaufnahme und Inanspruchnahme der Leistungen Hilfe leisten. Die Beratung soll mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie mit anderen bereits in Anspruch genommenen Beratungsleistungen des Versicherten abgestimmt werden. Im Auftrag des Versicherten informiert die Krankenkasse Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung mitwirken, über die Beratungsinhalte oder händigt den Versicherten ein entsprechendes Schreiben aus. Die Krankenkassen erhalten nach § 39b Absatz 2 auch die Aufgabe, ihre Versicherten allgemein über die Möglichkeiten zur persönlichen Vorsorge in der letzten Lebensphase, wie etwa über Vorsorge- oder Betreuungsvollmachten, zu informieren.

### **Stärkung einer qualifizierten ärztlichen ambulanten Palliativversorgung**

Nach § 87 Absatz 1b vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung. Die Vereinbarungen betreffen Inhalte und Ziele der Versorgung, die Anforderungen an die Qualifizierung der Ärzte sowie Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Die Leistung wird im EBM verankert.

### **Gesonderte Vergütung der Kooperationsverträge zwischen Vertragsärzten und stationären Pflegeeinrichtungen nach § 119b**

Bisher erhielten nur die Zahnärzte Vergütungszuschläge für den Abschluss von Kooperationsverträgen mit stationären Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 119b. Künftig sollen auch Vertragsärzte beim Abschluss solcher Verträge entsprechende Vergütungszuschläge nach § 87 Absatz 2a erhalten. Der Bewertungsausschuss soll nach § 119b Absatz 3 Satz 1 die Auswirkungen dieser Vergütungsregelung auf das Versorgungsgeschehen evaluieren.

### **Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase**

Mit § 132g wird als neue Leistung die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ins SGB V eingeführt. Diese Leistung können zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen den ihnen in ihren Einrichtungen anvertrauten Menschen anbieten. Die Leistung umfasst nach § 132g Absatz 1 die Beratung über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase. Dabei sollen den Menschen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung – bei der auch die behandelnden Ärzte nach Absatz 2 beizuziehen sind – soll insbesondere auch zu den medizinischen Abläufen in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen werden und mögliche Notfallsituationen sollen besprochen werden. Die Fallbesprechung kann bei Bedarf auch mehrfach durchgeführt werden. In die Versorgungsplanung sind nach Absatz 2 auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote einzubeziehen, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung in der letzten Lebensphase sicherzustellen. Die Einrichtungen können die Beratung jeweils selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen. Nach Absatz 4 trägt die Krankenkasse des Versicherten die notwendigen Kosten. Die Kosten bemessen sich nach Leistungseinheiten, welche die Zahl der benötigten und für die Beratung der qualifizierten Mitarbeiter sowie die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen. Die ärztlichen Leistungen sind aus der Gesamtvergütung zu finanzieren. Die Leistung soll evaluiert werden. Zu diesem Zweck berichtet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 132g Absatz 5 dem Bundesgesundheitsministerium erstmals bis zum 31.12.2017 und danach alle 3 Jahre über die Entwicklung dieser Leistung.

## **4. Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz)**

Das Krankenhausstrukturgesetz tritt zum 1.1.2016 in Kraft. Die meisten Neuregelungen dieses Gesetzes finden sich nicht im SGB V, sondern im Krankenhausfinanzierungs- und Krankenhausentgeltgesetz, die nicht Bestandteil dieses Buches sind. Mit dem Kranken-

hausstrukturgesetz wurde endlich die sog. ambulante Versorgungslücke geschlossen. Die entsprechenden Regelungen finden sich in den §§ 37, 38 und 39c SGB V. Des Weiteren finden sich die Neuregelungen zur Qualitätssicherung im Krankenhausbereich im novellierten SGB V.

### **Schließung der ambulanten Versorgungslücke in §§ 37, 38 und 39c**

#### **Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach Krankenhausaufenthalt**

In Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 in einem neuen Absatz 1a wird die Möglichkeit geschaffen, dass grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung wegen schwerer Erkrankung oder akuter Verschlimmerung einer Erkrankung auch unabhängig von einem behandlungspflegerischen Bedarf verordnet werden können. Versicherte erhalten diese Leistungen insbesondere nach Krankenhausaufenthalt, ambulanter OP oder ambulanter Krankenhausbehandlung. Bisher hatten in diesen Fällen nur Menschen, die pflegebedürftig i.S. des SGB XI waren, Zugang zu diesen Versorgungsleistungen.

#### **Haushaltshilfe bei ambulanter Behandlung wird Pflichtleistung**

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wird die Haushaltshilfe nach § 38 Absatz 1 Satz 3 bei ambulanter Behandlung von einer Satzungsleistung zur Pflichtleistung erhoben. Künftig erhalten Versicherte für vier Wochen Haushaltshilfe, wenn sie wegen schwerer Erkrankung oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt, ambulanter OP oder ambulanter Krankenhausbehandlung, den Haushalt nicht weiterführen können. Dieser Rechtsanspruch kann nach § 38 Absatz 1 Satz 4 auf bis zu 26 Wochen verlängert werden, wenn Kinder unter 12 Jahren im Haushalt leben. Für Kinder mit einer Behinderung gilt diese Altersgrenze nicht. Darüber hinausgehende Satzungsleistungen können die Krankenkassen nach § 38 Absatz 2 weiterhin erlassen.

#### **Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge**

Im neuen § 39c wird Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge ermöglicht, sofern Leistungen der häusliche Krankenpflege nach Krankenhausaufenthalt, ambulanter OP oder ambulanter Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Leistungshöhe und Leistungsdauer der Kurzzeitpflege richten sich dabei nach § 42 SGB XI, d.h., sie werden für die Dauer von bis zu 4 Wochen erbracht und bis zu einer Leistungshöhe von 1612 Euro. Die leistungsrechtlichen Bestimmungen dazu finden sich in § 132h: Die Krankenkassen können demnach mit geeigneten Einrichtungen für die Erbringung der Kurzzeitpflegeleistung entsprechende Versorgungsverträge schließen. Zu den geeigneten Einrichtungen zählen alle nach SGB XI zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen, darüber hinaus aber auch weitere Einrichtungen nach dem SGB V.

#### **Kündigung von Versorgungsverträgen bei unzureichender Qualität**

Gemäß § 110 Absatz 1 können Versorgungsverträge mit Krankenhäusern, die dauerhaft in einem erheblichen Ausmaß unzureichende Qualität erbringen, gekündigt werden.

#### **Abschluss von Qualitätsverträgen**

Die Krankenkassen sollen künftig mit den Krankenhäusern nach § 110a Qualitätsverträge schließen, um zu erproben, wie sich die weitere Verbesserung der Versorgung durch Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen steigern lässt. Für die Qualitätsverträge soll der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 vier Leistungen bzw. Leistungsbereiche festlegen. Die Qualitätsver-

träge werden wegen der erforderlichen Evaluierung befristet geschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält des Weiteren den Auftrag, einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen zu beschließen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen. Die Auswahl soll die Grundlage für die Qualitätszu- oder abschläge bieten, die im Krankenhausfinanzierungsgesetz neu eingeführt werden.

### **Neuregelung zu den Mindestmengen**

Aus rechtssystematischen Gründen werden die Richtlinienaufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualität aus § 137 in den neuen § 136a überführt. Die Beschlüsse des GBA zur Qualitätssicherung werden in einem neuen § 136b zusammengefasst. Nach § 136b Absatz 1 wird der gesetzliche Auftrag an den GBA, Regelungen zu den Mindestmengen zu fassen, im Lichte der höchstrichterlichen Rechtsprechung angepasst. In § 136b Absatz 4 wird geregelt, dass Krankenhäuser, die eine festgesetzte Mindestmenge nicht erreichen, keine Vergütung für ihre Leistungen erhalten. Erbringt das Krankenhaus die Leistungen dennoch, wird dies als Verstoß gegen die Wirtschaftlichkeit und Qualität gewertet. Die Sanktionierung erfolgt in Form eines Vergütungsausschlusses für die erbrachten Leistungen.

### **Neue Vorgaben für die Qualitätsberichte**

Zur Stärkung der Patientenorientierung werden in § 136b neue gesetzliche Vorgaben für die Qualitätsberichte erlassen. So müssen die Berichte nach § 136 Absatz 6 künftig auch Informationen zu Nebendiagnosen, die mit Hauptdiagnosen häufig verbunden sind, enthalten. Auch die Ergebnisse von Patientenbefragungen, welche der GBA durchführen lässt, sind künftig verpflichtend in die Qualitätsberichte zu integrieren. Besonders patientenrelevante Informationen müssen in einem speziellen Berichtsteil zusammengefasst werden, welcher in übersichtlicher Form und verständlicher Sprache abgefasst sein muss. Es wird zudem vorgegeben, dass in diesem Berichtsteil ausdrücklich Informationen über die Arzneimitteltherapiesicherheit, die Erfüllung wesentlicher Hygienestandards sowie Informationen über das Fehlermanagement enthalten sein müssen. Die Krankenhäuser werden nun verpflichtet, ihren Qualitätsbericht im Internet leicht auffindbar zu veröffentlichen.

### **Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses**

§ 137 ermächtigt den Gemeinsamen Bundesausschuss, an die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach einem entsprechend des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes gestuften Systems Konsequenzen zu knüpfen. Diese reichen nach § 137 Absatz 1 von Vergütungskürzungen über Beratungs- und Fortbildungsangebote zur Qualitätsverbesserung. Der GBA soll dazu eine Richtlinie erlassen. In den Richtlinienbestimmungen ist künftig auch eine 100prozentige Dokumentationsrate für die Leistungen der Krankenhäuser vorzugeben (§ 137 Absatz 2). Jede Unterschreitung dieser Rate ist zu sanktionieren. Der MDK erhält nach § 275a eine neue Rolle in der Prüfung der Qualität der Krankenhäuser. Der GBA muss in seiner Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festlegen, in welchen Fällen Kontrollen durch den MDK auch unangemeldet erfolgen sollen.

## **5. Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Healthgesetz)**

Das Gesetz ist zum 29.12.2015 in Kraft getreten. Dem Gesetzentwurf angefügt wurden im Verlaufe des Beratungsverfahrens als sog. „Omnibus“ Änderungsanträge zu Einzelregelungen des SGB V, die nicht den eigentlichen Regelungsgegenstand des E-Healthgesetzes betreffen. Dazu wird am Ende dieses Kapitels ausgeführt. Die elektronische

Gesundheitskarte ist auch Psychotherapeuten bei Inanspruchnahme von deren Leistungen vorzulegen.

### **Neuausstellung der elektronischen Gesundheitskarte bei Verlust**

Die Krankenkassen können beim Versicherten nach § 15 Absatz 6 Satz 3 fünf Euro erheben, wenn die Gesundheitskarte aus von ihm zu vertretenden Gründen neu ausgestellt werden muss. Ob die Krankenkasse die Gebühr erhebt oder nicht, liegt in ihrer Entscheidungshoheit.

### **Einführung eines verpflichtenden Medikationsplans**

Nach § 31a muss ein Haus- oder Facharzt Patienten, die gleichzeitig mehr als drei Medikamente einnehmen, ab dem 1.10.2016 einen Medikationsplan in Papierform aushändigen. In diesen Plan sind alle verordneten Arzneimittel, aber auch die OTC-Arzneimittel sowie Hinweise auf angewandte Medizinprodukte einzutragen. Der Medikationsplan ist zu aktualisieren, sobald die Medikation sich ändert. Die Ärzte haben den Patienten auf sein Recht auf einen Medikationsplan hinzuweisen. Auf Wunsch des Versicherten muss auch dessen Apotheke die Aktualisierung des Medikationsplans vornehmen. Die elektronische Gesundheitskarte muss nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 auch für die elektronische Erfassung der Daten des Medikationsplans geeignet sein. Die Arbeiten zur Einführung des elektronischen Medikationsplans sind bis zum 31. Dezember 2017 abzuschließen.

### **Förderung telemedizinischer Leistungen**

Telemedizinische Leistungen sollen zu den besonders förderwürdigen Leistungen nach § 87a zählen. Der Bewertungsausschuss soll nach § 87a Absatz 2a prüfen, inwieweit durch die Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen sowie Videosprechstunden telemedizinisch erbracht werden können. Telemedizinische Leistungen sollen entsprechend im EBM ausgebaut werden und mit Zuschlägen gefördert werden.

### **Nutzungsmöglichkeiten des Notfalldatensatzes werden erweitert**

Künftig erhalten neben den Ärzten auch Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Hebammen, Physiotherapeuten und Angehörige anderer nicht-akademischer Heilberufe einen lesenden Zugriff auf den Notfalldatensatz gemäß § 291a. Die Notfalldaten sollen nach § 291a Absatz 5 auf Wunsch des Versicherten auch zur medizinischen Versorgung genutzt werden können, wenn keine Notfallsituation vorliegt. Der Zugriff in der Notfallsituation ist, wie auch schon bisher, unter Einsatz des elektronischen Heilausweises auch ohne Autorisierung des Versicherten möglich, denn gerade im Notfall ist der Versicherte häufig nicht oder nicht im erforderlichen Umfang kommunikationsfähig. In allen anderen Fällen ist der Zugriff auf die Daten nur zulässig, soweit er für die Versorgung des Patienten erforderlich ist und wenn dessen Einwilligung in die Verwendung nachweislich vorliegt, z.B. in Verbindung mit der Eingabe einer persönlichen PIN durch den Patienten.

### **Nutzung des Patientenfachs**

Nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 kann der Versicherte selbst Daten in seine elektronische Gesundheitskarte in das sog. Patientenfach einstellen. Bisher war der Zugriff auf das eigene Patientenfach nur zusammen mit der Anwendung des elektronischen Heilberufsausweises möglich, z.B. an einem Terminal in einer Arztpraxis. Künftig soll der Zugriff erleichtert werden, indem der Versicherte sich durch ein geeignetes technisches

Verfahren authentifizieren lässt. Die Voraussetzungen für die Nutzung des Patientenfachs sind bis Ende 2018 zu schaffen. Die elektronische Patientenakte selbst soll ab 2019 verfügbar sein.

### **Diskriminierungsfreie Nutzung der Telematikinfrastruktur**

Die Gesellschaft für Telematik muss eine diskriminierungsfreie Nutzung der Telematikinfrastruktur auch für weitere elektronische Anwendungen im Gesundheitswesen gewährleisten. Dabei sind nach § 291b Absatz 1b vor allem Anwendungen, die der Erfüllung von Aufgaben der Kranken- und Pflegeversicherung dienen, vorrangig zu berücksichtigen.

### **Einrichtung eines Beirats für fachliche Grundsatzfragen bei der Gesellschaft für Telematik**

Die Gesellschaft für Telematik hat nach § 291b Absatz 2a einen Beirat einzurichten, der sie in fachlichen Fragen von grundsätzlicher Bedeutung berät. Dazu gehören Fachkonzepte zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und Konzepte zur Erprobung und zum Betrieb der Telematikinfrastruktur etc. Der Beirat setzt sich aus Vertretern der Länder, der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen sowie aus Vertretern der für die Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie zusammen. Ihm gehört auch die/der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie die/der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten an.

### **Einrichtung eines Interoperabilitätsverzeichnisses**

In § 291e wird der Aufbau, die Pflege und der Betrieb eines sog. Interoperabilitätsverzeichnisses durch die Gesellschaft für Telematik geregelt. Das Verzeichnis dient nach § 291e Absatz 1 der Herstellung von Transparenz über technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden für informationstechnische Systeme des Gesundheitswesens. Dazu gehören u.a. Informationen zu Inhalt und Struktur von medizinischen Informationen, zu verwendeten Verarbeitungsprozessabläufen sowie zu Schnittstellen und Sicherheitsmechanismen. Zu den informationstechnischen Systemen gehören alle Systeme, die bei der Erbringung von Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung eingesetzt werden einschließlich der Verfahren zur Abrechnung, Qualitätssicherung und des Berichtswesens. Hierzu gehören ebenfalls elektronische Verfahren zum Einsatz des Medikationsplans, zur Bereitstellung und Nutzung des elektronischen Entlassbriefes nach § 291f sowie für der elektronischen Kommunikation zwischen Vertragsärzten nach § 291h. Um die notwendige Fachexpertise sicherzustellen, werden Experten beigezogen. Das Interoperabilitätsverzeichnis soll bis zum 30. Juni 2017 aufgebaut sein.

### **Elektronischer Entlassbrief**

Die ursprünglich im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zum elektronischen Entlassbrief nach § 291f und 291g Gesetzentwurf sind im weiteren Beratungsverlauf des Gesetzes entfallen.

## **Omnibus zum E-Healthgesetz**

### **Einführung einer Versicherungspflicht für Waisenrentner**

Kinder mit Anspruch auf Waisenrente nach § 48 SGB VI, die diese Rente beantragt haben, werden künftig unabhängig von Vorversicherungszeiten in der GKV gemäß § 5

Absatz 1 Nummer 11a versicherungspflichtig. Für diese neu geschaffene Versicherungspflicht wird nach § 237 Satz 2 die Beitragsfreiheit der Waisenrente innerhalb der Altersgrenzen für die Familienversicherung angeordnet. Waisenrentner gemäß dieser Regelung sind somit von der Beitragspflicht entbunden. Die Regelung wird zum 1. Juli 2016 wirksam.

### **Bisherige Familienversicherung von ALG-Bezieherinnen wird ausgeschlossen**

Bezieher/innen von ALG II, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, weil sie vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren, werden künftig von der Familienversicherung ausgeschlossen. Sie bleiben auch weiterhin der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 5a Sätze 3 und 4 neu zugeordnet und sind nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a als eigenes Mitglied der GKV versicherungspflichtig. Damit werden die Jobcenter und Krankenkassen künftig vollständig von der verwaltungsaufwändigen und fehleranfälligen Prüfung und Meldung der Familienversicherung entlastet. Das Gesetz vollzieht die Änderungen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsgesetzes (GKV-FQWG) nach, wonach geregelt wurde, dass ab dem 1.1.2016 alle erwerbsfähigen Bezieher/innen von ALG II einheitlich in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden sollen. Damit ist der bisherige Vorrang der Familienversicherung entfallen.

### **Transparenzvorgaben für Vergütungsverhandlungen in der Häuslichen Krankenpflege**

In den Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a sollen jetzt auch Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen vorgesehen werden, die dem Nachweis der tatsächlich gezahlten Tarifröhne oder Arbeitsentgelte dienen. Dadurch soll eine bessere Anerkennung der Bezahlung des Personals der häuslichen Krankenpflege nach Tarifen erreicht werden. Zudem werden für das Schiedsverfahren nach § 132a Absatz 2 Sätze 6 und 7 Fristen für den Fall einer Nichteinigung vorgesehen. Bei Nichteinigung der Vertragsparteien auf eine Schiedsperson muss die Aufsichtsbehörde diese Schiedsperson binnen eines Monats festlegen. Des Weiteren wird die Schiedsstelle verpflichtet, den Vertragsinhalt innerhalb einer Frist von drei Monaten festzulegen.



## II. SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

### Erstes Kapitel: Allgemeine Vorschriften

|      |                                                             |           |
|------|-------------------------------------------------------------|-----------|
| § 1  | Solidarität und Eigenverantwortung.....                     | 39        |
| § 2  | Leistungen.....                                             | 39        |
| § 2a | Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen..... | 40        |
| § 2b | <b>Geschlechtsspezifische Besonderheiten .....</b>          | <b>40</b> |
| § 3  | Solidarische Finanzierung .....                             | 40        |
| § 4  | Krankenkassen.....                                          | 40        |
| § 4a | Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren.....              | 41        |

### Zweites Kapitel: Versicherter Personenkreis

#### Erster Abschnitt: Versicherung kraft Gesetzes

|     |                                                            |    |
|-----|------------------------------------------------------------|----|
| § 5 | Versicherungspflicht.....                                  | 41 |
| § 6 | Versicherungsfreiheit.....                                 | 45 |
| § 7 | Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung..... | 47 |
| § 8 | Befreiung von der Versicherungspflicht.....                | 47 |

#### Zweiter Abschnitt: Versicherungsberechtigung

|     |                                |    |
|-----|--------------------------------|----|
| § 9 | Freiwillige Versicherung ..... | 48 |
|-----|--------------------------------|----|

#### Dritter Abschnitt: Versicherung der Familienangehörigen

|      |                           |    |
|------|---------------------------|----|
| § 10 | Familienversicherung..... | 50 |
|------|---------------------------|----|

### Drittes Kapitel: Leistungen der Krankenversicherung

#### Erster Abschnitt: Übersicht über die Leistungen

|      |                      |    |
|------|----------------------|----|
| § 11 | Leistungsarten ..... | 51 |
|------|----------------------|----|

#### Zweiter Abschnitt: Gemeinsame Vorschriften

|      |                                                                                                                                                                                      |           |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| § 12 | Wirtschaftlichkeitsgebot.....                                                                                                                                                        | 52        |
| § 13 | Kostenerstattung.....                                                                                                                                                                | 52        |
| § 14 | Teilkostenerstattung.....                                                                                                                                                            | 54        |
| § 15 | Ärztliche Behandlung, Krankenversichertenkarte <b>elektronische Gesundheitskarte .....</b>                                                                                           | <b>54</b> |
| § 16 | Ruhen des Anspruchs .....                                                                                                                                                            | 55        |
| § 17 | Leistungen bei Beschäftigung im Ausland.....                                                                                                                                         | 56        |
| § 18 | Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ..... | 56        |
| § 19 | Erlöschen des Leistungsanspruchs .....                                                                                                                                               | 57        |

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

|       |                                                                                |           |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| § 20  | Prävention und Selbsthilfe.....                                                | 57        |
| § 20  | <b>Primäre Prävention und Gesundheitsförderung .....</b>                       | <b>58</b> |
| § 20a | <b>Betriebliche Gesundheitsförderung.....</b>                                  | <b>59</b> |
| § 20a | <b>Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.....</b> | <b>60</b> |
| § 20b | <b>Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren .....</b>                   | <b>61</b> |

|                                                                                                                                                                      |                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| § 20b                                                                                                                                                                | Betriebliche Gesundheitsförderung .....                                                      | 61 |
| § 20c                                                                                                                                                                | Förderung der Selbsthilfe .....                                                              | 62 |
| § 20c                                                                                                                                                                | Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren .....                                        | 63 |
| § 20d                                                                                                                                                                | Primäre Prävention durch Schutzimpfungen .....                                               | 63 |
| § 20d                                                                                                                                                                | Nationale Präventionsstrategie .....                                                         | 64 |
| § 20e                                                                                                                                                                | Nationale Präventionskonferenz .....                                                         | 65 |
| § 20f                                                                                                                                                                | Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventions-<br>strategie .....      | 65 |
| § 20g                                                                                                                                                                | Modellvorhaben .....                                                                         | 66 |
| § 20h                                                                                                                                                                | Förderung der Selbsthilfe .....                                                              | 66 |
| § 20i                                                                                                                                                                | Primäre Prävention durch Schutzimpfungen .....                                               | 67 |
| § 21                                                                                                                                                                 | Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) .....                                     | 68 |
| § 22                                                                                                                                                                 | Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) .....                                  | 68 |
| § 22a                                                                                                                                                                | Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen<br>mit Behinderungen ..... | 69 |
| § 23                                                                                                                                                                 | Medizinische Vorsorgeleistungen .....                                                        | 69 |
| § 24                                                                                                                                                                 | Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter .....                                             | 70 |
| § 24a                                                                                                                                                                | Empfängnisverhütung .....                                                                    | 70 |
| § 24b                                                                                                                                                                | Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation .....                                              | 70 |
| § 24c                                                                                                                                                                | Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft .....                                        | 71 |
| § 24d                                                                                                                                                                | Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe .....                                                  | 72 |
| § 24e                                                                                                                                                                | Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln .....                               | 72 |
| § 24f                                                                                                                                                                | Entbindung .....                                                                             | 72 |
| § 24g                                                                                                                                                                | Häusliche Pflege .....                                                                       | 72 |
| § 24h                                                                                                                                                                | Haushaltshilfe .....                                                                         | 72 |
| § 24i                                                                                                                                                                | Mutterschaftsgeld .....                                                                      | 72 |
| <b>Vierter Abschnitt: Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten – Leistungen zur<br/>Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten</b> |                                                                                              |    |
| § 25                                                                                                                                                                 | Gesundheitsuntersuchungen .....                                                              | 73 |
| § 25a                                                                                                                                                                | Organisierte Früherkennungsprogramme .....                                                   | 75 |
| § 26                                                                                                                                                                 | Kinderuntersuchung Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ...                  | 76 |
| <b>Fünfter Abschnitt: Leistungen bei Krankheit</b>                                                                                                                   |                                                                                              |    |
| <b>Erster Titel: Krankenbehandlung</b>                                                                                                                               |                                                                                              |    |
| § 27                                                                                                                                                                 | Krankenbehandlung .....                                                                      | 77 |
| § 27a                                                                                                                                                                | Künstliche Befruchtung .....                                                                 | 79 |
| § 27b                                                                                                                                                                | Zweitmeinung .....                                                                           | 79 |
| § 28                                                                                                                                                                 | Ärztliche und zahnärztliche Behandlung .....                                                 | 81 |
| § 29                                                                                                                                                                 | Kieferorthopädische Behandlung .....                                                         | 81 |
| § 30, § 30a (weggefallen) .....                                                                                                                                      |                                                                                              | 82 |
| § 31                                                                                                                                                                 | Arznei- und Verbandmittel .....                                                              | 82 |
| § 31a                                                                                                                                                                | Medikationsplan .....                                                                        | 83 |
| § 32                                                                                                                                                                 | Heilmittel .....                                                                             | 85 |
| § 33                                                                                                                                                                 | Hilfsmittel .....                                                                            | 85 |
| § 33a (weggefallen) .....                                                                                                                                            |                                                                                              | 87 |
| § 34                                                                                                                                                                 | Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel .....                                         | 87 |
| § 35                                                                                                                                                                 | Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel .....                                              | 88 |
| § 35a                                                                                                                                                                | Rechtsverordnung zu Festbeträgen für Arzneimittel .....                                      | 90 |
| § 35b                                                                                                                                                                | Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln .....                                              | 93 |

|                                                              |                                                                                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 35c                                                        | Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln .....                                                                                                                  | 94  |
| § 36                                                         | Festbeträge für Hilfsmittel.....                                                                                                                                             | 94  |
| § 37                                                         | Häusliche Krankenpflege .....                                                                                                                                                | 95  |
| § 37a                                                        | Soziotherapie.....                                                                                                                                                           | 96  |
| § 37b                                                        | Spezialisierte ambulante Palliativversorgung .....                                                                                                                           | 97  |
| § 38                                                         | Haushaltshilfe.....                                                                                                                                                          | 97  |
| § 39                                                         | Krankenhausbehandlung .....                                                                                                                                                  | 98  |
| § 39a                                                        | Stationäre und ambulante Hospizleistungen .....                                                                                                                              | 99  |
| § 39b                                                        | Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen.....                                                                                                                   | 101 |
| § 39c                                                        | Kurzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit.....                                                                                                                         | 101 |
| § 40                                                         | Leistungen zur medizinischen Rehabilitation .....                                                                                                                            | 102 |
| § 41                                                         | Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter .....                                                                                                                       | 103 |
| § 42                                                         | Belastungserprobung und Arbeitstherapie.....                                                                                                                                 | 103 |
| § 43                                                         | Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation.....                                                                                                                                | 104 |
| § 43a                                                        | Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen.....                                                                                                                            | 104 |
| § 43b                                                        | Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen.....                                                                  | 104 |
| § 43c                                                        | Zahlungsweg .....                                                                                                                                                            | 104 |
| <b>Zweiter Titel: Krankengeld</b>                            |                                                                                                                                                                              |     |
| § 44                                                         | Krankengeld .....                                                                                                                                                            | 105 |
| § 44a                                                        | Krankengeld bei Spende von Organen oder Geweben Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen..... | 106 |
| § 45                                                         | Krankengeld bei Erkrankung des Kindes.....                                                                                                                                   | 106 |
| § 46                                                         | Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld .....                                                                                                                                | 107 |
| § 47                                                         | Höhe und Berechnung des Krankengeldes.....                                                                                                                                   | 108 |
| § 47a                                                        | (weggefallen) Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen .....                                                                         | 109 |
| § 47b                                                        | Höhe und Berechnung des Krankengeldes bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld .....                                                         | 109 |
| § 48                                                         | Dauer des Krankengeldes.....                                                                                                                                                 | 110 |
| § 49                                                         | Ruhen des Krankengeldes .....                                                                                                                                                | 110 |
| § 50                                                         | Ausschluß und Kürzung des Krankengeldes.....                                                                                                                                 | 111 |
| § 51                                                         | Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe.....                                                                                                           | 112 |
| <b>Dritter Titel: Leistungsbeschränkungen</b>                |                                                                                                                                                                              |     |
| § 52                                                         | Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden .....                                                                                                                            | 112 |
| § 52a                                                        | Leistungsausschluss.....                                                                                                                                                     | 112 |
| <b>Sechster Abschnitt: Selbstbehalt, Beitragsrückzahlung</b> |                                                                                                                                                                              |     |
| § 53                                                         | Wahltarife .....                                                                                                                                                             | 112 |
| § 54                                                         | (aufgehoben).....                                                                                                                                                            | 114 |
| <b>Siebter Abschnitt: Zahnersatz</b>                         |                                                                                                                                                                              |     |
| § 55                                                         | Leistungsanspruch.....                                                                                                                                                       | 114 |
| § 56                                                         | Festsetzung der Regelversorgungen.....                                                                                                                                       | 115 |
| § 57                                                         | Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern .....                                                                                                                           | 116 |
| § 58                                                         | Beitrag für Zahnersatz .....                                                                                                                                                 | 118 |
| § 59                                                         | Finanzausgleich für härtefallbedingte Mehraufwendungen der Krankenkassen .....                                                                                               | 118 |
| <b>Achter Abschnitt: Fahrkosten</b>                          |                                                                                                                                                                              |     |
| § 60                                                         | Fahrkosten.....                                                                                                                                                              | 118 |

## Neunter Abschnitt: Zuzahlungen, Belastungsgrenze

|       |                       |     |
|-------|-----------------------|-----|
| § 61  | Zuzahlungen .....     | 119 |
| § 62  | Belastungsgrenze..... | 119 |
| § 62a | (aufgehoben).....     | 120 |

## Zehnter Abschnitt: Weiterentwicklung der Versorgung

|       |                                                                          |     |
|-------|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 63  | Grundsätze.....                                                          | 120 |
| § 64  | Vereinbarungen mit Leistungserbringern .....                             | 122 |
| § 64a | Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung .....                          | 123 |
| § 64b | Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen.....            | 124 |
| § 64c | Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN.....                              | 125 |
| § 65  | Auswertung der Modellvorhaben.....                                       | 125 |
| § 65a | Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.....                            | 125 |
| § 65b | Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung ..... | 126 |
| § 65c | Klinische Krebsregister .....                                            | 127 |
| § 66  | Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern .....              | 131 |
| § 67  | Elektronische Kommunikation.....                                         | 131 |
| § 68  | Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte.....      | 131 |

## Viertes Kapitel: Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

### Erster Abschnitt: Allgemeine Grundsätze

|      |                                                 |     |
|------|-------------------------------------------------|-----|
| § 69 | Anwendungsbereich .....                         | 131 |
| § 70 | Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit..... | 132 |
| § 71 | Beitragssatzstabilität.....                     | 132 |

### Zweiter Abschnitt: Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten

#### Erster Titel: Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

|       |                                                                                              |     |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 72  | Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung...               | 133 |
| § 72a | Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen .....                             | 134 |
| § 73  | Kassenärztliche Versorgung .....                                                             | 134 |
| § 73a | Strukturverträge.....                                                                        | 137 |
| § 73b | Hausarztzentrierte Versorgung .....                                                          | 138 |
| § 73c | Besondere ambulante ärztliche Versorgung .....                                               | 141 |
| § 73d | (weggefallen).....                                                                           | 142 |
| § 74  | Stufenweise Wiedereingliederung.....                                                         | 142 |
| § 75  | Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....                                                    | 143 |
| § 75a | Förderung der Weiterbildung .....                                                            | 147 |
| § 76  | Freie Arztwahl .....                                                                         | 148 |
| § 77  | Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen .....                                  | 149 |
| § 77a | Dienstleistungsgesellschaften.....                                                           | 150 |
| § 78  | Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken .....                         | 150 |
| § 79  | Organe .....                                                                                 | 151 |
| § 79a | Verhinderung von Organen, Bestellung eines Beauftragten .....                                | 152 |
| § 79b | Beratender Fachausschuß für Psychotherapie.....                                              | 152 |
| § 79c | Beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung; weitere beratende Fachausschüsse..... | 153 |
| § 80  | Wahlen.....                                                                                  | 153 |
| § 81  | Satzung .....                                                                                | 154 |

|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 81a                                                                                                      | Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen .....                                                                                                                   | 155 |
| <b>Dritter Titel: Verträge auf Bundes- und Landesebene</b>                                                 |                                                                                                                                                                                      |     |
| § 82                                                                                                       | Grundsätze .....                                                                                                                                                                     | 155 |
| § 83                                                                                                       | Gesamtverträge .....                                                                                                                                                                 | 155 |
| § 84                                                                                                       | Arznei- und Heilmittelvereinbarung; Richtgrößen <i>[ab 1.1.2017: Arznei- und Heilmittelvereinbarung]</i> .....                                                                       | 156 |
| § 85                                                                                                       | Gesamtvergütung .....                                                                                                                                                                | 158 |
| § 85a-§ 86                                                                                                 | (weggefallen) .....                                                                                                                                                                  | 161 |
| § 87                                                                                                       | Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte .....                                                                                    | 161 |
| § 87a                                                                                                      | Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten .....                                                                        | 170 |
| § 87b                                                                                                      | Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung) .....                                                                                                                                        | 174 |
| § 87c                                                                                                      | Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen .....                                                                                                                        | 175 |
| § 87d                                                                                                      | Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012 .....                                                                                                                           | 175 |
| § 87e                                                                                                      | Zahlungsanspruch bei Mehrkosten .....                                                                                                                                                | 176 |
| <b>Vierter Titel: Zahntechnische Leistungen</b>                                                            |                                                                                                                                                                                      |     |
| § 88                                                                                                       | Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen .....                                                                                                                                        | 176 |
| <b>Fünfter Titel: Schiedswesen</b>                                                                         |                                                                                                                                                                                      |     |
| § 89                                                                                                       | Schiedsamt .....                                                                                                                                                                     | 176 |
| <b>Sechster Titel: Landesausschüsse und Gemeinsamer Bundesausschuss</b>                                    |                                                                                                                                                                                      |     |
| § 90                                                                                                       | Landesausschüsse .....                                                                                                                                                               | 178 |
| § 90a                                                                                                      | Gemeinsames Landesgremium .....                                                                                                                                                      | 179 |
| § 91                                                                                                       | Gemeinsamer Bundesausschuss .....                                                                                                                                                    | 179 |
| § 92                                                                                                       | Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses .....                                                                                                                                  | 182 |
| § 92a                                                                                                      | Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ..... | 187 |
| § 92b                                                                                                      | Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss .....                 | 188 |
| § 93                                                                                                       | Übersicht über ausgeschlossene Arzneimittel .....                                                                                                                                    | 190 |
| § 94                                                                                                       | Wirksamwerden der Richtlinien .....                                                                                                                                                  | 190 |
| <b>Siebter Titel: Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung</b> |                                                                                                                                                                                      |     |
| § 95                                                                                                       | Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung .....                                                                                                                                 | 190 |
| § 95a                                                                                                      | Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte .....                                                                                                         | 194 |
| § 95b                                                                                                      | Kollektiver Verzicht auf die Zulassung .....                                                                                                                                         | 195 |
| § 95c                                                                                                      | Voraussetzung für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister .....                                                                                                     | 196 |
| § 95d                                                                                                      | Pflicht zur fachlichen Fortbildung .....                                                                                                                                             | 196 |
| § 96                                                                                                       | Zulassungsausschüsse .....                                                                                                                                                           | 197 |
| § 97                                                                                                       | Berufungsausschüsse .....                                                                                                                                                            | 198 |
| § 98                                                                                                       | Zulassungsverordnungen .....                                                                                                                                                         | 198 |
| <b>Achter Titel: Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung</b>                                       |                                                                                                                                                                                      |     |
| § 99                                                                                                       | Bedarfsplan .....                                                                                                                                                                    | 199 |
| § 100                                                                                                      | Unterversorgung .....                                                                                                                                                                | 200 |
| § 101                                                                                                      | Überversorgung .....                                                                                                                                                                 | 200 |

|       |                                                   |     |
|-------|---------------------------------------------------|-----|
| § 102 | (weggefallen).....                                | 203 |
| § 103 | Zulassungsbeschränkungen .....                    | 203 |
| § 104 | Verfahren bei Zulassungsbeschränkungen .....      | 206 |
| § 105 | Förderung der vertragsärztlichen Versorgung ..... | 206 |

### **Neunter Titel: Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung**

|                      |                                                                               |     |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 106                | Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung .....         | 207 |
| [§ 106 ab 1.1.2017]  | .....                                                                         | 213 |
| § 106                | Wirtschaftlichkeitsprüfung .....                                              | 213 |
| § 106a               | Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung .....                 | 214 |
| [§ 106a ab 1.1.2017] | .....                                                                         | 215 |
| § 106a               | Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen .....                        | 215 |
| § 106b               | Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen .....              | 216 |
| [§ 106c ab 1.1.2017] | .....                                                                         | 217 |
| § 106c               | Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ..... | 217 |
| § 106d               | Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung .....                 | 218 |

### **Dritter Abschnitt: Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen**

|        |                                                                                                                                           |     |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 107  | Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen .....                                                                          | 220 |
| § 108  | Zugelassene Krankenhäuser .....                                                                                                           | 220 |
| § 108a | Krankenhausgesellschaften .....                                                                                                           | 220 |
| § 109  | Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern .....                                                                                | 221 |
| § 110  | Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern .....                                                                               | 222 |
| § 110a | Qualitätsverträge .....                                                                                                                   | 222 |
| § 111  | Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen .....                                                                 | 223 |
| § 111a | Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Muttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen .....                                     | 224 |
| § 111b | Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ..... | 224 |
| § 111c | Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen .....                                                                                | 225 |
| § 112  | Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung .....                                                              | 225 |
| § 113  | Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung .....                                                                 | 226 |
| § 114  | Landesschiedsstelle .....                                                                                                                 | 227 |

### **Vierter Abschnitt: Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten**

|        |                                                                                                             |     |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 115  | Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten ..... | 228 |
| § 115a | Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus .....                                                     | 229 |
| § 115b | Ambulantes Operieren im Krankenhaus .....                                                                   | 229 |
| § 115c | Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung .....                                       | 230 |
| § 116  | Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte .....                                                           | 231 |
| § 116a | Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung .....                                          | 231 |
| § 116b | Ambulante spezialfachärztliche Versorgung .....                                                             | 231 |
| § 117  | Hochschulambulanzen .....                                                                                   | 237 |
| § 118  | Psychiatrische Institutsambulanzen .....                                                                    | 238 |
| § 118a | Geriatrische Institutsambulanzen .....                                                                      | 239 |
| § 119  | Sozialpädiatrische Zentren .....                                                                            | 239 |
| § 119a | Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe .....                                            | 239 |
| § 119b | Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen .....                                               | 240 |
| § 119c | Medizinische Behandlungszentren .....                                                                       | 241 |
| § 120  | Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen .....                                                            | 241 |

|                                                                                          |                                                                                                                                                       |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 121                                                                                    | Belegärztliche Leistungen .....                                                                                                                       | 243 |
| § 121a                                                                                   | Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen .....                                                                                          | 244 |
| § 122                                                                                    | Behandlung in Praxiskliniken .....                                                                                                                    | 244 |
| § 123                                                                                    | (weggefallen).....                                                                                                                                    | 244 |
| <b>Fünfter Abschnitt: Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln</b>             |                                                                                                                                                       |     |
| § 124                                                                                    | Zulassung.....                                                                                                                                        | 245 |
| § 125                                                                                    | Rahmenempfehlungen und Verträge .....                                                                                                                 | 245 |
| <b>Sechster Abschnitt: Beziehungen von Leistungserbringern von Hilfsmitteln</b>          |                                                                                                                                                       |     |
| § 126                                                                                    | Versorgung durch Vertragspartner .....                                                                                                                | 247 |
| § 127                                                                                    | Verträge .....                                                                                                                                        | 247 |
| § 128                                                                                    | Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertrags-<br>ärzten .....                                                                 | 248 |
| <b>Siebter Abschnitt: Beziehungen zu Apotheken und pharmazeutischen<br/>Unternehmern</b> |                                                                                                                                                       |     |
| § 129                                                                                    | Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung .....                                                                                                   | 250 |
| § 129a                                                                                   | Krankenhausapotheken .....                                                                                                                            | 252 |
| § 130                                                                                    | Rabatt.....                                                                                                                                           | 253 |
| § 130a                                                                                   | Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer.....                                                                                                         | 253 |
| § 130b                                                                                   | Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und<br>pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel ..... | 256 |
| § 130c                                                                                   | Verträge von Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmern.....                                                                                     | 259 |
| § 131                                                                                    | Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmern .....                                                                                                | 260 |
| <b>Achter Abschnitt: Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern</b>                    |                                                                                                                                                       |     |
| § 132                                                                                    | Versorgung mit Haushaltshilfe .....                                                                                                                   | 261 |
| § 132a                                                                                   | Versorgung mit häuslicher Krankenpflege .....                                                                                                         | 261 |
| § 132b                                                                                   | Versorgung mit Sozialtherapie .....                                                                                                                   | 262 |
| § 132c                                                                                   | Versorgung mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen .....                                                                                           | 262 |
| § 132d                                                                                   | Spezialisierte ambulante Palliativversorgung .....                                                                                                    | 262 |
| § 132e                                                                                   | Versorgung mit Schutzimpfungen.....                                                                                                                   | 263 |
| § 132f                                                                                   | Versorgung durch Betriebsärzte .....                                                                                                                  | 263 |
| § 132g                                                                                   | Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase .....                                                                                   | 264 |
| § 132h                                                                                   | Versorgungsverträge mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen.....                                                                                              | 265 |
| § 133                                                                                    | Versorgung mit Krankentransportleistungen .....                                                                                                       | 265 |
| § 134                                                                                    | (weggefallen) .....                                                                                                                                   | 265 |
| § 134a                                                                                   | Versorgung mit Hebammenhilfe .....                                                                                                                    | 265 |
| <b>Neunter Abschnitt: Sicherung der Qualität der Leistungserbringung</b>                 |                                                                                                                                                       |     |
| § 135                                                                                    | Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....                                                                                            | 267 |
| § 135a                                                                                   | <del>Verpflichtung zur Qualitätssicherung</del> <b>Verpflichtung der Leistungserbringer<br/>zur Qualitätssicherung</b> .....                          | 268 |
| § 135b                                                                                   | <b>Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen</b> .....                                                                          | 269 |
| § 135c                                                                                   | <b>Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft</b> .....                                                                        | 269 |
| <del>§ 136</del>                                                                         | <del>Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen</del> .....                                                                      | 270 |
| § 136                                                                                    | <b>Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung</b> .....                                                                     | 270 |
| § 136a                                                                                   | <b>Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft</b> .....                                                                        | 271 |
| <del>§ 136b</del>                                                                        | <del>(weggefallen)</del> .....                                                                                                                        | 271 |
| § 136a                                                                                   | <b>Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung<br/>in ausgewählten Bereichen</b> .....                                       | 271 |

|                                                                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus.....                                                                             | 272 |
| § 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung.....                                                                      | 274 |
| § 136d Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss .....                                                                 | 275 |
| § 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung .....                                                                                                              | 276 |
| § 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.....                                                                         | 278 |
| § 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen .....                             | 279 |
| § 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin.....                                                                                                                | 282 |
| § 137b Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a.....                                                                                         | 282 |
| § 137c Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus ..                                                                                              | 282 |
| § 137d Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation .....                                                                            | 283 |
| § 137e Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.....                                                                                                           | 284 |
| § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten .....                                                                                                | 285 |
| § 137g Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme .....                                                                                                                 | 287 |
| § 137h Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse .....                                                                | 288 |
| § 138 Neue Heilmittel .....                                                                                                                                                | 290 |
| § 139 Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln .....                                                                                                    | 290 |
| § 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen .....                                                                                              | 291 |
| § 139b Aufgabendurchführung .....                                                                                                                                          | 292 |
| § 139c Finanzierung.....                                                                                                                                                   | 293 |
| § 139d Erprobung von Leistungen und Maßnahmen zur Krankenbehandlung.....                                                                                                   | 293 |
| <b>Zehnter Abschnitt: eigeneinrichtungen der Krankenkassen</b>                                                                                                             |     |
| § 140 eigeneinrichtungen.....                                                                                                                                              | 293 |
| <b>Elfter Abschnitt: Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern</b>                                 |     |
| § 140a Integrierte Versorgung Besondere Versorgung.....                                                                                                                    | 294 |
| § 140b Verträge zu integrierten Versorgungsformen.....                                                                                                                     | 295 |
| § 140c Vergütung .....                                                                                                                                                     | 297 |
| § 140d Bereinigung .....                                                                                                                                                   | 297 |
| <b>Zwölfter Abschnitt: Beziehungen zu Leistungserbringern in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden ist</b>                                         |     |
| § 140e Verträge mit Leistungserbringern europäischer Staaten.....                                                                                                          | 297 |
| <b>Dreizehnter Abschnitt: Beteiligung von Patientinnen und Patienten, Beauftragte oder Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten</b> |     |
| § 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten.....                                                                                          | 298 |
| § 140g Verordnungsermächtigung .....                                                                                                                                       | 299 |
| § 140h Amt, Aufgabe und Befugnisse der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten .....                                      | 300 |

## **Fünftes Kapitel: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen**

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 141 (weggefallen).....                                               | 300 |
| § 142 Unterstützung der Konzertierte Aktion; Sachverständigenrat ..... | 300 |

## **Sechstes Kapitel: Organisation der Krankenkassen**

### **Erster Abschnitt: Arten der Krankenkassen**

#### **Erster Titel: Ortskrankenkassen**

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 143 Bezirk der Ortskrankenkassen.....                                 | 301 |
| § 144 Freiwillige Vereinigung.....                                      | 301 |
| § 145 Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag.....                | 301 |
| § 146 Verfahren bei Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag ..... | 302 |
| § 146a Schließung.....                                                  | 302 |

#### **Zweiter Titel: Betriebskrankenkassen**

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| § 147 Errichtung .....                                           | 302 |
| § 148 Verfahren bei Errichtung .....                             | 303 |
| § 149 Ausdehnung auf weitere Betriebe .....                      | 303 |
| § 150 Freiwillige Vereinigung.....                               | 303 |
| § 151 Ausscheiden von Betrieben.....                             | 304 |
| § 152 Auflösung .....                                            | 304 |
| § 153 Schließung.....                                            | 304 |
| § 154 (weggefallen).....                                         | 304 |
| § 155 Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen..... | 304 |
| § 156 Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen .....      | 306 |

#### **Dritter Titel: Innungskrankenkassen**

|                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 157 Errichtung.....                                                                                               | 306 |
| § 158 Verfahren bei Errichtung .....                                                                                | 306 |
| § 159 Ausdehnung auf weitere Handwerksinnungen.....                                                                 | 306 |
| § 160 Vereinigung von Innungskrankenkassen .....                                                                    | 307 |
| § 161 Ausscheiden einer Handwerksinnung .....                                                                       | 307 |
| § 162 Auflösung .....                                                                                               | 307 |
| § 163 Schließung.....                                                                                               | 307 |
| § 164 Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte, Haftung bei<br>Verpflichtungen, Dienstordnungsangestellte ..... | 307 |

#### **Vierter Titel (aufgehoben)**

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| § 165 (aufgehoben)..... | 308 |
|-------------------------|-----|

#### **Fünfter Titel: Landwirtschaftliche Krankenkasse**

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| § 166 Landwirtschaftliche Krankenkasse..... | 308 |
|---------------------------------------------|-----|

#### **Sechster Titel: Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See**

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| § 167 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ..... | 308 |
|--------------------------------------------------------------|-----|

#### **Siebter Titel: Ersatzkassen**

|                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 168 Ersatzkassen .....                                                             | 309 |
| § 168a Vereinigung von Ersatzkassen .....                                            | 309 |
| § 169 (weggefallen).....                                                             | 309 |
| § 170 Schließung.....                                                                | 309 |
| § 171 Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen..... | 309 |

## **Achter Titel: Kassenartenübergreifende Regelungen**

|        |                                                                    |     |
|--------|--------------------------------------------------------------------|-----|
| § 171a | Kassenartenübergreifende Vereinigung von Krankenkassen .....       | 309 |
| § 171b | Insolvenz von Krankenkassen .....                                  | 310 |
| § 171c | Aufhebung der Haftung nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung .....  | 311 |
| § 171d | Haftung im Insolvenzfall .....                                     | 311 |
| § 171e | Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen .....         | 312 |
| § 171f | Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden .....                | 313 |
| § 172  | Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen .....   | 313 |
| § 172a | Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von Krankenkassen ..... | 314 |

## **Zweiter Abschnitt: Wahlrechte der Mitglieder**

### **Erster Titel: (weggefallen)**

|       |                               |     |
|-------|-------------------------------|-----|
| § 173 | Allgemeine Wahlrechte .....   | 314 |
| § 174 | Besondere Wahlrechte .....    | 315 |
| § 175 | Ausübung des Wahlrechts ..... | 316 |

### **Zweiter Titel: (weggefallen)**

|             |                     |     |
|-------------|---------------------|-----|
| § 176-§ 185 | (weggefallen) ..... | 318 |
|-------------|---------------------|-----|

## **Dritter Abschnitt: Mitgliedschaft und Verfassung**

### **Erster Titel: Mitgliedschaft**

|       |                                                                        |     |
|-------|------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 186 | Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger .....               | 318 |
| § 187 | Beginn der Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse ..... | 319 |
| § 188 | Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft .....                           | 319 |
| § 189 | Mitgliedschaft von Rentenantragstellern .....                          | 319 |
| § 190 | Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger .....                 | 320 |
| § 191 | Ende der freiwilligen Mitgliedschaft .....                             | 321 |
| § 192 | Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger .....         | 321 |
| § 193 | Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Wehrdienst oder Zivildienst .....  | 321 |

### **Zweiter Titel: Satzung, Organe**

|        |                                                                    |     |
|--------|--------------------------------------------------------------------|-----|
| § 194  | Satzung der Krankenkassen .....                                    | 322 |
| § 195  | Genehmigung der Satzung .....                                      | 322 |
| § 196  | Einsichtnahme in die Satzung .....                                 | 323 |
| § 197  | Verwaltungsrat .....                                               | 323 |
| § 197a | Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ..... | 323 |
| § 197b | Aufgabenerledigung durch Dritte .....                              | 324 |

### **Vierter Abschnitt: Meldungen**

|        |                                                                                            |     |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 198  | Meldepflicht des Arbeitgebers für versicherungspflichtig Beschäftigte .....                | 324 |
| § 199  | Meldepflichten bei unständiger Beschäftigung .....                                         | 324 |
| § 200  | Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen .....                       | 324 |
| § 201  | Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug .....                              | 324 |
| § 202  | Meldepflichten bei Versorgungsbezügen .....                                                | 325 |
| § 203  | Meldepflichten bei Bezug von Erziehungsgeld oder Elterngeld .....                          | 326 |
| § 203a | Meldepflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld ..... | 326 |
| § 204  | Meldepflichten bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst .....                       | 326 |
| § 205  | Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger .....                                   | 326 |
| § 206  | Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten .....                                 | 326 |

## **Siebttes Kapitel: Verbände der Krankenkassen**

|             |                                                                                                                                                                        |     |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 207       | Bildung und Vereinigung von Landesverbänden .....                                                                                                                      | 327 |
| § 208       | Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken .....                                                                                                   | 328 |
| § 209       | Verwaltungsrat der Landesverbände .....                                                                                                                                | 328 |
| § 209a      | Vorstand bei den Landesverbänden .....                                                                                                                                 | 328 |
| § 210       | Satzung der Landesverbände .....                                                                                                                                       | 328 |
| § 211       | Aufgaben der Landesverbände .....                                                                                                                                      | 329 |
| § 211a      | Entscheidungen auf Landesebene .....                                                                                                                                   | 329 |
| § 212       | Bundesverbände, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,<br>Verbände der Ersatzkassen .....                                                                   | 329 |
| § 213       | Rechtsnachfolge, Vermögensübergang, Arbeitsverhältnisse .....                                                                                                          | 330 |
| § 214       | Aufgaben .....                                                                                                                                                         | 331 |
| § 215-§ 217 | (weggefallen) .....                                                                                                                                                    | 331 |
| § 217a      | Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen .....                                                                                                           | 331 |
| § 217b      | Organe .....                                                                                                                                                           | 332 |
| § 217c      | Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung .....                                                                                         | 332 |
| § 217d      | Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken .....                                                                                                   | 334 |
| § 217e      | Satzung .....                                                                                                                                                          | 334 |
| § 217f      | Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen .....                                                                                                             | 334 |
| § 218       | Regionale Kassenverbände .....                                                                                                                                         | 335 |
| § 219       | Arbeitsgemeinschaften .....                                                                                                                                            | 335 |
| § 219a      | Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland .....                                                                                                         | 336 |
| § 219b      | Datenaustausch im automatisierten Verfahren zwischen den Trägern der<br>sozialen Sicherheit und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung –<br>Ausland ..... | 336 |
| § 219c      | Dateien bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland .....                                                                                        | 337 |
| § 219d      | Nationale Kontaktstelle .....                                                                                                                                          | 337 |

## **Achstes Kapitel: Finanzierung**

### **Erster Abschnitt: Beiträge**

#### **Erster Titel: Aufbringung der Mittel**

|              |                                                                                                  |     |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 220        | Grundsatz .....                                                                                  | 338 |
| § 221        | Beteiligung des Bundes an Aufwendungen .....                                                     | 339 |
| § 221a-§ 222 | (weggefallen) .....                                                                              | 340 |
| § 223        | Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze .....                    | 340 |
| § 224        | Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld oder<br>Elterngeld ..... | 340 |
| § 225        | Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller .....                                            | 340 |

#### **Zweiter Titel: Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder**

|       |                                                                                                                                                |     |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 226 | Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter .....                                                                        | 340 |
| § 227 | Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rückkehrer in die<br>gesetzliche Krankenversicherung und bisher nicht Versicherter ..... | 341 |
| § 228 | Rente als beitragspflichtige Einnahmen .....                                                                                                   | 341 |
| § 229 | Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen .....                                                                                       | 341 |
| § 230 | Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtig Beschäftigter .....                                                                         | 342 |
| § 231 | Erstattung von Beiträgen .....                                                                                                                 | 342 |
| § 232 | Beitragspflichtige Einnahmen unständig Beschäftigter .....                                                                                     | 342 |

|                                                                |                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 232a                                                         | Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld ..... | 343 |
| § 232b                                                         | Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld .....                               | 343 |
| § 233                                                          | Beitragspflichtige Einnahmen der Seeleute .....                                                            | 344 |
| § 234                                                          | Beitragspflichtige Einnahmen der Künstler und Publizisten .....                                            | 344 |
| § 235                                                          | Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und Behinderten in Einrichtungen .....       | 344 |
| § 236                                                          | Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten .....                                          | 345 |
| § 237                                                          | Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner .....                                        | 345 |
| § 238                                                          | Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtiger Rentner .....                                         | 345 |
| § 238a                                                         | Rangfolge der Einnahmearten freiwillig versicherter Rentner .....                                          | 345 |
| § 239                                                          | Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern .....                                                           | 345 |
| § 240                                                          | Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder .....                                                 | 345 |
| <b>Dritter Titel: Beitragssätze, Zusatzbeitrag</b>             |                                                                                                            |     |
| § 241                                                          | Allgemeiner Beitragssatz .....                                                                             | 347 |
| § 242                                                          | Zusatzbeitrag .....                                                                                        | 347 |
| § 242a                                                         | Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz .....                                                                | 348 |
| § 242b                                                         | (aufgehoben) .....                                                                                         | 348 |
| § 243                                                          | Ermäßigter Beitragssatz .....                                                                              | 348 |
| § 244                                                          | Ermäßigter Beitrag für Wehrdienstleistende und Zivildienstleistende .....                                  | 348 |
| § 245                                                          | Beitragssatz für Studenten und Praktikanten .....                                                          | 349 |
| § 246                                                          | Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II .....                                                    | 349 |
| § 247                                                          | Beitragssatz aus der Rente .....                                                                           | 349 |
| § 248                                                          | Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen .....                                             | 349 |
| <b>Vierter Titel: Tragung der Beiträge</b>                     |                                                                                                            |     |
| § 249                                                          | Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung .....                                      | 349 |
| § 249a                                                         | Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug .....                                    | 350 |
| § 249b                                                         | Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung .....                                             | 350 |
| § 249c                                                         | Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld .....                                          | 350 |
| § 250                                                          | Tragung der Beiträge durch das Mitglied .....                                                              | 350 |
| § 251                                                          | Tragung der Beiträge durch Dritte .....                                                                    | 351 |
| <b>Fünfter Titel: Zahlung der Beiträge</b>                     |                                                                                                            |     |
| § 252                                                          | Beitragszahlung .....                                                                                      | 352 |
| § 253                                                          | Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt .....                                                               | 353 |
| § 254                                                          | Beitragszahlung der Studenten .....                                                                        | 353 |
| § 255                                                          | Beitragszahlung aus der Rente .....                                                                        | 353 |
| § 256                                                          | Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen .....                                                               | 354 |
| § 256a                                                         | Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen .....                                     | 354 |
| <b>Zweiter Abschnitt: Beitragszuschüsse</b>                    |                                                                                                            |     |
| § 257                                                          | Beitragszuschüsse für Beschäftigte .....                                                                   | 355 |
| § 258                                                          | Beitragszuschüsse für andere Personen .....                                                                | 356 |
| <b>Dritter Abschnitt: Verwendung und Verwaltung der Mittel</b> |                                                                                                            |     |
| § 259                                                          | Mittel der Krankenkasse .....                                                                              | 356 |
| § 260                                                          | Betriebsmittel .....                                                                                       | 356 |
| § 261                                                          | Rücklage .....                                                                                             | 357 |
| § 262                                                          | Gesamtrücklage .....                                                                                       | 357 |
| § 263                                                          | Verwaltungsvermögen .....                                                                                  | 358 |

|       |                                                                                                |     |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 264 | Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung ..... | 358 |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

#### **Vierter Abschnitt: Finanzausgleiche und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds**

##### **Erster Titel:**

|        |                                                                                          |     |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 265  | Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle .....                                      | 360 |
| § 265a | Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse ..... | 360 |
| § 265b | Freiwillige finanzielle Hilfen .....                                                     | 361 |
| § 266  | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) .....                     | 361 |
| § 267  | Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich .....                                        | 363 |

##### **Zweiter Titel: Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner**

|        |                                                                     |     |
|--------|---------------------------------------------------------------------|-----|
| § 268  | Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs .....                | 365 |
| § 269  | Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte .....      | 366 |
| § 270  | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben .....    | 367 |
| § 270a | Einkommensausgleich .....                                           | 367 |
| § 271  | Gesundheitsfonds .....                                              | 368 |
| § 271a | Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds .....             | 369 |
| § 272  | (aufgehoben) .....                                                  | 370 |
| § 273  | Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich ..... | 370 |

##### **Fünfter Abschnitt: Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände**

|       |                                                              |     |
|-------|--------------------------------------------------------------|-----|
| § 274 | Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung ..... | 371 |
|-------|--------------------------------------------------------------|-----|

#### **Neuntes Kapitel: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung**

##### **Erster Abschnitt: Aufgaben**

|        |                                                                                                        |     |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 275  | Begutachtung und Beratung .....                                                                        | 372 |
| § 275a | (weggefallen) .....                                                                                    | 374 |
| § 275a | Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst ..... | 374 |
| § 276  | Zusammenarbeit .....                                                                                   | 375 |
| § 277  | Mitteilungspflichten .....                                                                             | 376 |

##### **Zweiter Abschnitt: Organisation**

|       |                                                                                                |     |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 278 | Arbeitsgemeinschaft .....                                                                      | 377 |
| § 279 | <del>Verwaltungsrat und Geschäftsführer</del> Verwaltungsrat und Geschäftsführer; Beirat ..... | 377 |
| § 280 | Aufgaben des Verwaltungsrats .....                                                             | 378 |
| § 281 | Finanzierung und Aufsicht .....                                                                | 379 |
| § 282 | Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen .....                         | 379 |
| § 283 | Ausnahmen .....                                                                                | 380 |

#### **Zehntes Kapitel: Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz**

##### **Erster Abschnitt: Informationsgrundlagen**

##### **Erster Titel: Grundsätze der Datenverwendung**

|       |                                                                     |     |
|-------|---------------------------------------------------------------------|-----|
| § 284 | Sozialdaten bei den Krankenkassen .....                             | 380 |
| § 285 | Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen ..... | 382 |
| § 286 | Datenübersicht .....                                                | 383 |
| § 287 | Forschungsvorhaben .....                                            | 383 |

## **Zweiter Titel: Informationsgrundlagen der Krankenkassen**

|        |                                                                                                                   |            |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| § 288  | Versichertenverzeichnis .....                                                                                     | 383        |
| § 289  | Nachweispflicht bei Familienversicherung .....                                                                    | 383        |
| § 290  | Krankenversichertennummer .....                                                                                   | 384        |
| § 291  | <b>Krankenversichertenkarte Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungs-</b><br><b>nachweis .....</b>        | <b>384</b> |
| § 291a | Elektronische Gesundheitskarte <b>und Telematikinfrastruktur .....</b>                                            | <b>387</b> |
| § 291b | Gesellschaft für Telematik .....                                                                                  | 395        |
| § 291c | Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik .....                                                           | 401        |
| § 291d | Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme .....                                        | 402        |
| § 291e | Interoperabilitätsverzeichnis .....                                                                               | 403        |
| § 291f | Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung .....                                     | 406        |
| § 291g | Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befund-<br>beurteilung und zur Videosprechstunde ..... | 406        |
| § 292  | Angaben über Leistungsvoraussetzungen .....                                                                       | 407        |
| § 293  | Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer .....                                                      | 407        |

## **Zweiter Abschnitt: Übermittlung und Aufbereitung von Leistungsdaten, Datentransparenz**

### **Erster Titel: Übermittlung von Leistungsdaten**

|        |                                                                                                                                                 |            |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| § 294  | Pflichten der Leistungserbringer .....                                                                                                          | 409        |
| § 294a | Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden .....                                                                | 409        |
| § 295  | Abrechnung ärztlicher Leistungen .....                                                                                                          | 410        |
| § 295a | <b>Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b oder und § 140a sowie</b><br><b>vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen .....</b> | <b>412</b> |
| § 296  | Auffälligkeitsprüfungen <i>[ab 1.1.2017: Datenübermittlung für</i><br><i>Wirtschaftlichkeitsprüfungen]</i> .....                                | <i>412</i> |
| § 297  | Zufälligkeitsprüfungen <i>[ab 1.1.2017: Weitere Regelungen zur</i><br><i>Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen]</i> .....          | <i>414</i> |
| § 298  | Übermittlung versichertenbezogener Daten .....                                                                                                  | 415        |
| § 299  | Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitäts-<br>sicherung .....                                                          | 415        |
| § 300  | Abrechnung der Apotheken und weiterer Stellen .....                                                                                             | 418        |
| § 301  | Krankenhäuser .....                                                                                                                             | 419        |
| § 301a | Abrechnung der Hebammen und der von ihnen geleiteten Einrichtungen .....                                                                        | 421        |
| § 302  | Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer .....                                                                                               | 421        |
| § 303  | Ergänzende Regelungen .....                                                                                                                     | 422        |

### **Zweiter Titel: Datentransparenz**

|        |                                                               |     |
|--------|---------------------------------------------------------------|-----|
| § 303a | Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz .....           | 422 |
| § 303b | Datenübermittlung .....                                       | 423 |
| § 303c | Vertrauensstelle .....                                        | 423 |
| § 303d | Datenaufbereitungsstelle .....                                | 424 |
| § 303e | Datenverarbeitung und -nutzung, Verordnungsermächtigung ..... | 424 |

### **Dritter Abschnitt: Datenlöschung, Auskunftspflicht**

|        |                                                                                                                               |     |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 304  | Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen<br>Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse ..... | 425 |
| § 305  | Auskünfte an Versicherte .....                                                                                                | 426 |
| § 305a | Beratung der Vertragsärzte .....                                                                                              | 426 |
| § 305b | Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse .....                                                                          | 427 |

**Elftes Kapitel: Straf- und Bußgeldvorschriften**

|        |                                                                          |     |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 306  | Zusammenarbeit zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten ..... | 427 |
| § 307  | Bußgeldvorschriften .....                                                | 428 |
| § 307a | Strafvorschriften .....                                                  | 428 |
| § 307b | Strafvorschriften .....                                                  | 428 |

**Zwölftes Kapitel: Überleitungsregelungen aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands**

|              |                                                                |     |
|--------------|----------------------------------------------------------------|-----|
| § 308        | (weggefallen) .....                                            | 429 |
| § 309        | Versicherter Personenkreis .....                               | 429 |
| § 310        | Leistungen .....                                               | 429 |
| § 311        | Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern ..... | 429 |
| § 311a-§ 313 | (weggefallen) .....                                            | 430 |

**Dreizehntes Kapitel: Weitere Übergangsvorschriften**

|       |                                                                                                               |     |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 314 | Beitragszuschüsse für Beschäftigte .....                                                                      | 430 |
| § 315 | Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz .....                                                     | 430 |
| § 316 | Übergangsregelung zur enteralen Ernährung .....                                                               | 431 |
| § 317 | Psychotherapeuten .....                                                                                       | 431 |
| § 318 | Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung .....                                          | 432 |
| § 319 | Übergangsregelung zum Krankengeldwahltarif .....                                                              | 432 |
| § 320 | Übergangsregelung zur befristeten Weiteranwendung aufgehobener Vorschriften .....                             | 432 |
| § 321 | Übergangsregelung für die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137g Absatz 1 ..... | 432 |
| § 322 | Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen .....                           | 433 |



## II. SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

### Erstes Kapitel: Allgemeine Vorschriften

#### § 1 Solidarität und Eigenverantwortung

<sup>1</sup>Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. <sup>2</sup>Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. <sup>23</sup>Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. <sup>34</sup>Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

#### § 2 Leistungen

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

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

(2) <sup>1</sup>Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. <sup>2</sup>Die Leistungen können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden; § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches finden Anwendung. <sup>3</sup>Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

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

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

## § 2a Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen

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

## § 2b Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

## § 3 Solidarische Finanzierung

<sup>1</sup>Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge finanziert. <sup>2</sup>Dazu entrichten die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. <sup>3</sup>Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.

## § 4 Krankenkassen

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

(2) Die Krankenversicherung ist in folgende Kassenarten gegliedert:

Allgemeine Ortskrankenkassen,

Betriebskrankenkassen,

Innungskrankenkassen,

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

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

Ersatzkassen.

(3) <sup>1</sup>Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeiten die Krankenkassen und ihre Verbände sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen. <sup>2</sup>Krankenkassen können die Unterlassung unzulässiger Werbemaßnahmen von anderen Krankenkassen verlangen; § 12 Absatz 1 bis 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb gilt entsprechend.

(4) <sup>1</sup>Die Krankenkassen haben bei der Durchführung ihrer Aufgaben und in ihren Verwaltungsangelegenheiten sparsam und wirtschaftlich zu verfahren und dabei ihre Ausgaben so auszurichten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten. <sup>2</sup>Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 gegenüber dem Jahr 2010 nicht erhöhen. <sup>3</sup>Zu den Verwaltungsausgaben zählen auch die Kosten der Krankenkasse für die Durchführung ihrer Verwaltungsaufgaben durch Dritte. <sup>4</sup>Abweichend von Satz 2 sind

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

zu berücksichtigen. <sup>5</sup>In Fällen unabweisbaren personellen Mehrbedarfs durch gesetzlich neu zugewiesene Aufgaben kann die Aufsichtsbehörde eine Ausnahme von Satz 2 zulassen,

soweit die Krankenkasse nachweist, dass der Mehrbedarf nicht durch Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gedeckt werden kann. <sup>6</sup>Die Sätze 2 und 3, Satz 4 Nummer 2 und Satz 5 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.

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

(6) <sup>1</sup>Bei Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2011 nicht an mindestens 10 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten nach § 291a ausgegeben haben, reduzieren sich abweichend von Absatz 4 Satz 2 die Verwaltungsausgaben im Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2010 um 2 Prozent. <sup>2</sup>Bei Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2012 nicht an mindestens 70 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten nach § 291a ausgegeben haben, dürfen sich die Verwaltungsausgaben im Jahr 2013 gegenüber dem Jahr 2012 nicht erhöhen. <sup>3</sup>Absatz 4 Satz 4 Nummer 1 und Satz 5 sowie § 291a Absatz 7 Satz 7 gelten entsprechend. <sup>4</sup>Für die Bestimmung des Versichertenanteils ist die Zahl der Versicherten am 1. Juli 2011 maßgeblich.

#### **§ 4a Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren**

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

## **Zweites Kapitel: Versicherter Personenkreis**

### **Erster Abschnitt: Versicherung kraft Gesetzes**

#### **§ 5 Versicherungspflicht**

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.  
 Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversiche-

- runnungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
  6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
  7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
  8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
  9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
  10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
  11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,
  - 11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,

*[Nr. 11b ab 1.1.2017]*

- 11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch*
- a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder*
  - b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war,*

*erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,*

12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,
13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
  - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
  - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) <sup>1</sup>Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. <sup>2</sup>Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte.

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

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

(4a) <sup>1</sup>Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. <sup>2</sup>Teilnehmer an dualen Studiengängen stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 1 gleich. <sup>3</sup>Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(5) <sup>1</sup>Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist. <sup>2</sup>Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft. <sup>3</sup>Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. <sup>4</sup>Personen nach Satz 1, die am 31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10 erfüllt haben, sind ab dem 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.

(5a) <sup>1</sup>Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer zuletzt vor dem Bezug von

Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. <sup>2</sup>Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit. <sup>3</sup>*Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. <sup>4</sup>Personen nach Satz 1, die am 31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10 erfüllt haben, sind ab dem 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.*

(6) <sup>1</sup>Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. <sup>2</sup>Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(7) <sup>1</sup>Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert. *[Abs. 7 S. 1 ab 1.1.2017] <sup>1</sup>Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 bis 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 hinaus.* <sup>2</sup>Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) <sup>1</sup>Nach Absatz 1 Nr. 11 oder 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. *[Abs. 8 S. 1 ab 1.1.2017] <sup>1</sup>Nach Absatz 1 Nr. 11 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist.* <sup>2</sup>Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entsprechend. <sup>3</sup>Bei Beziehen einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Personen abgeleitet worden ist, geht die Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 vor.

(8a) <sup>1</sup>Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. <sup>2</sup>Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. <sup>3</sup>Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. <sup>4</sup>Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(9) <sup>1</sup>Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vor-

herige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. <sup>2</sup>Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Altersrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. <sup>3</sup>Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. <sup>4</sup>Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. <sup>5</sup>Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. <sup>6</sup>Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages. <sup>7</sup>Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) (nicht belegt)

(11) <sup>1</sup>Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. <sup>2</sup>Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. <sup>3</sup>Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

## § 6 Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

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

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

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

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

(3a)<sup>1</sup>Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. <sup>2</sup>Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. <sup>3</sup>Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. <sup>4</sup>Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

(4)<sup>1</sup>Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. <sup>2</sup>Dies gilt nicht, wenn das Entgelt die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. <sup>3</sup>Rückwirkende Erhöhungen des Entgelts werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.

(5)(aufgehoben)

(6)<sup>1</sup>Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nr. 1 beträgt im Jahr 2003 45.900 Euro. <sup>2</sup>Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. <sup>3</sup>Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. <sup>4</sup>Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch fest.

(7)<sup>1</sup>Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41.400 Euro. <sup>2</sup>Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(8) Der Ausgangswert für die Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2004 beträgt für die in Absatz 6 genannten Arbeiter und Angestellten 45.594,05 Euro und für die in Absatz 7 genannten Arbeiter und Angestellten 41.034,64 Euro.

(9) (aufgehoben)

## **§ 7 Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung**

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

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

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

(2)<sup>1</sup>Personen, die am 31. März 2003 nur in einer Beschäftigung versicherungspflichtig waren, die die Merkmale einer geringfügigen Beschäftigung nach den §§ 8, 8a des Vierten Buches erfüllt, und die nach dem 31. März 2003 nicht die Voraussetzungen für eine Versicherung nach § 10 erfüllen, bleiben in dieser Beschäftigung versicherungspflichtig. <sup>2</sup>Sie werden auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit. <sup>3</sup>§ 8 Abs. 2 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Zeitpunkts des Beginns der Versicherungspflicht der 1. April 2003 tritt. <sup>4</sup>Die Befreiung ist auf die jeweilige Beschäftigung beschränkt.

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

## **§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht**

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird

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

nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer einer Freistellung oder die Dauer der Familienpflegezeit,

3. weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird; dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluß an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das die Voraussetzungen des vorstehenden Halbsatzes erfüllt, sowie für Beschäftigte, die im Anschluß an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeitgesetzes ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des ersten Teilsatzes aufnehmen, das bei Vollbeschäftigung zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 führen würde; Voraussetzung ist ferner, daß der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist; Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeitgesetzes werden angerechnet,
4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6, 11 oder 12),  
*[Nr. 4 ab 1.1.2017] durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6, 11 bis 12),*
5. durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10),
6. durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,
7. durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8).

(2)<sup>1</sup>Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. <sup>2</sup>Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. <sup>3</sup>Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. <sup>4</sup>Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

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

## **Zweiter Abschnitt: Versicherungsberechtigung**

### **§ 9 Freiwillige Versicherung**

(1)<sup>1</sup>Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht be-

- zogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
  3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
  4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,
  5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
  6. innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren,
  7. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

<sup>2</sup>Für die Berechnung der Vorversicherungszeiten nach Satz 1 Nr. 1 gelten 360 Tage eines Bezugs von Leistungen, die nach § 339 des Dritten Buches berechnet werden, als zwölf Monate.

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

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,
3. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,
4. im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 68 des Neunten Buches,
5. im Falle des Absatzes 1 Nummer 5 nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung der Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation.

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

Bescheinigung beantragt wurde.

### Dritter Abschnitt: Versicherung der Familienangehörigen

#### § 10 Familienversicherung

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

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind, nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,

*[Nr. 2 ab 1.1.2017] nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind,*

3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

<sup>2</sup>Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. <sup>3</sup>Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2015 31. Dezember 2018 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. <sup>4</sup>Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3

versichert war.

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

(4)<sup>1</sup>Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches).

<sup>2</sup>Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. <sup>3</sup>Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

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

(6)<sup>1</sup>Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. <sup>2</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

## Drittes Kapitel: Leistungen der Krankenversicherung

### Erster Abschnitt: Übersicht über die Leistungen

#### § 11 Leistungsarten

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

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b),
3. zur **Erfassung von gesundheitlichen Risiken** und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches.

(2)<sup>1</sup>Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. <sup>2</sup>Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. <sup>3</sup>Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.

(3) Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten oder bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 oder einer Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtung nach § 107 Absatz 2 die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen.

(4)<sup>1</sup>Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung

von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. <sup>2</sup>Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. <sup>3</sup>Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. <sup>4</sup>In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. <sup>5</sup>Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. <sup>6</sup>Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nach § 140a nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

(5) <sup>1</sup>Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. <sup>2</sup>Dies gilt auch in Fällen des § 12a des Siebten Buches.

(6) <sup>1</sup>Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. <sup>2</sup>Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. <sup>3</sup>Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

## **Zweiter Abschnitt: Gemeinsame Vorschriften**

### **§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot**

(1) <sup>1</sup>Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. <sup>2</sup>Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

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

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

### **§ 13 Kostenerstattung**

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

(2) <sup>1</sup>Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen.

<sup>2</sup>Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. <sup>3</sup>Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. <sup>4</sup>Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. <sup>5</sup>Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. <sup>6</sup>Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. <sup>7</sup>Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. <sup>8</sup>Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. <sup>9</sup>Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. <sup>10</sup>Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. <sup>11</sup>Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. <sup>12</sup>Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

(3) <sup>1</sup>Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. <sup>2</sup>Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.

(3a) <sup>1</sup>Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. <sup>2</sup>Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. <sup>3</sup>Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. <sup>4</sup>Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. <sup>5</sup>Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. <sup>6</sup>Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. <sup>7</sup>Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. <sup>8</sup>Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. <sup>9</sup>Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

(4) <sup>1</sup>Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder

unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. <sup>2</sup>Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. <sup>3</sup>Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. <sup>4</sup>Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. <sup>5</sup>Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbeitrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. <sup>6</sup>Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) <sup>1</sup>Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. <sup>2</sup>Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

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

#### § 14 Teilkostenerstattung

(1) <sup>1</sup>Die Satzung kann für Angestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung nach § 351 der Reichsversicherungsordnung gilt, und für Beamte, die in einer Betriebskrankenkasse oder in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind, bestimmen, daß an die Stelle der nach diesem Buch vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung tritt. <sup>2</sup>Sie hat die Höhe des Erstattungsanspruchs in Vomhundertsätzen festzulegen und das Nähere über die Durchführung des Erstattungsverfahrens zu regeln.

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

#### § 15 Ärztliche Behandlung, ~~Krankenversichertenkarte~~ elektronische Gesundheitskarte

(1) <sup>1</sup>Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist. <sup>2</sup>Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.

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

ihre elektronische Gesundheitskarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen auszuhändigen.

(3)<sup>1</sup>Für die Inanspruchnahme anderer Leistungen stellt die Krankenkasse den Versicherten Berechtigungsscheine aus, soweit es zweckmäßig ist.<sup>2</sup>Der Berechtigungsschein ist vor der Inanspruchnahme der Leistung dem Leistungserbringer auszuhändigen.

(4)<sup>1</sup>In den Berechtigungsscheinen sind die Angaben nach § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9, bei befristeter Gültigkeit das Datum des Fristablaufs, aufzunehmen.<sup>2</sup>Weitere Angaben dürfen nicht aufgenommen werden.

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

(6)<sup>1</sup>Jeder Versicherte erhält die ~~Krankenversichertenkarte~~ elektronische Gesundheitskarte bei der erstmaligen Ausgabe und bei Beginn der Versicherung bei einer Krankenkasse sowie bei jeder weiteren, nicht vom Versicherten verschuldeten erneuten Ausgabe gebührenfrei.<sup>2</sup>Die Krankenkassen haben einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken.<sup>3</sup>Muß die Karte auf Grund von vom Versicherten ~~zu vertretenden Umständen~~ verschuldeten Gründen neu ausgestellt werden, ~~wird eine Gebühr von 5 Euro erhoben kann eine Gebühr von 5 Euro erhoben werden~~; diese Gebühr ist auch von den nach § 10 Versicherten zu zahlen.<sup>4</sup>~~Satz 3 gilt entsprechend, wenn die Karte aus vom Versicherten verschuldeten Gründen nicht ausgestellt werden kann und von der Krankenkasse ein zur Überbrückung von Übergangszeiten befristete Ersatzbescheinigung zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahmen von Leistungen ausgestellt wird.~~<sup>5</sup>Die wiederholte Ausstellung einer Bescheinigung nach Satz 4 kommt nur in Betracht, wenn der Versicherte bei der Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte mitwirkt; hierauf ist der Versicherte bei der erstmaligen Ausstellung einer Ersatzbescheinigung hinzuweisen.<sup>6</sup>Die Krankenkasse kann die Aushändigung der ~~Krankenversichertenkarte~~ elektronische Gesundheitskarte vom Vorliegen der Meldung nach § 10 Abs. 6 abhängig machen.

## § 16 Ruhen des Anspruchs

(1)<sup>1</sup>Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange Versicherte

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

<sup>2</sup>Satz 1 gilt nicht für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld.

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

(3)<sup>1</sup>Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit durch das Seearbeitsgesetz für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist.<sup>2</sup>Er ruht insbesondere, solange sich das

Besatzungsmitglied an Bord des Schiffes oder auf der Reise befindet, es sei denn, das Besatzungsmitglied hat nach § 100 Absatz 1 des Seearbeitsgesetzes die Leistungen der Krankenkasse gewählt oder der Reeder hat das Besatzungsmitglied nach § 100 Absatz 2 des Seearbeitsgesetzes an die Krankenkasse verwiesen.

(3a) <sup>1</sup>Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. <sup>2</sup>Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind ~~oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden~~. <sup>3</sup>Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. <sup>4</sup>**Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder werden.**

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

### **§ 17 Leistungen bei Beschäftigung im Ausland**

(1) <sup>1</sup>Mitglieder, die im Ausland beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken oder bei denen Leistungen bei Schwangerschaft oder Mutterschaft erforderlich sind, erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber. <sup>2</sup>Satz 1 gilt entsprechend für die nach § 10 versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen.

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

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

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

(1) <sup>1</sup>Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen. <sup>2</sup>Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesem Fall nicht.

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

(3) <sup>1</sup>Ist während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Behandlung unverzüglich erforderlich, die auch im Inland möglich wäre, hat die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung in-

soweit zu übernehmen, als Versicherte sich hierfür wegen einer Vorerkrankung oder ihres Lebensalters nachweislich nicht versichern können und die Krankenkasse dies vor Beginn des Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum festgestellt hat. <sup>2</sup>Die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären, und nur für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen werden. <sup>3</sup>Eine Kostenübernahme ist nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben. <sup>4</sup>Die Sätze 1 und 3 gelten entsprechend für Auslandsaufenthalte, die aus schulischen oder Studiengründen erforderlich sind; die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe übernommen werden, in der sie im Inland entstanden wären.

### **§ 19 Erlöschen des Leistungsanspruchs**

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

(1a) <sup>1</sup>Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die von dieser Krankenkasse getroffenen Leistungsentscheidungen mit Wirkung für die aufnehmende Krankenkasse fort. <sup>2</sup>Hiervon ausgenommen sind Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen. <sup>3</sup>Beim Abschluss von Wahlтарifen, die ein Mitglied zum Zeitpunkt der Schließung in vergleichbarer Form bei der bisherigen Krankenkasse abgeschlossen hatte, dürfen von der aufnehmenden Krankenkasse keine Wartezeiten geltend gemacht werden. <sup>4</sup>Die Vorschriften des Zehnten Buches, insbesondere zur Rücknahme von Leistungsentscheidungen, bleiben hiervon unberührt.

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

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

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

#### **§ 20 Prävention und Selbsthilfe**

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

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