

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

(Auszug)

Vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477)

Zuletzt geändert durch
Artikel 4 des Gesetzes zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung und zur Änderung anderer Gesetze
(Betriebsrentenstärkungsgesetz)
vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214)

Inhaltsübersicht

Erstes Kapitel Allgemeine Vorschriften

- § 4 Krankenkassen
- § 4a Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren

Zweites Kapitel Versicherter Personenkreis

Erster Abschnitt Versicherung kraft Gesetzes

- § 5 Versicherungspflicht
- § 6 Versicherungsfreiheit
- § 7 Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung
- § 8 Befreiung von der Versicherungspflicht

Zweiter Abschnitt Versicherungsberechtigung

- § 9 Freiwillige Versicherung

Dritter Abschnitt Versicherung der Familienangehörigen

- § 10 Familienversicherung

Drittes Kapitel Leistungen der Krankenversicherung

Zweiter Abschnitt Gemeinsame Vorschriften

- § 19 Erlöschen des Leistungsanspruchs

Fünfter Abschnitt Leistungen bei Krankheit

Zweiter Titel Krankengeld

- § 44 Krankengeld
- § 44a Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen
- § 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes
- § 46 Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld
- § 47 Höhe und Berechnung des Krankengeldes
- § 47a Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen
- § 47b Höhe und Berechnung des Krankengeldes bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld
- § 48 Dauer des Krankengeldes
- § 49 Ruhen des Krankengeldes
- § 50 Ausschluß und Kürzung des Krankengeldes
- § 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

**Sechstes Kapitel
Organisation der Krankenkassen**

**Zweiter Abschnitt
Wahlrechte der Mitglieder**

- § 173 Allgemeine Wahlrechte
- § 174 Besondere Wahlrechte
- § 175 Ausübung des Wahlrechts
- §§ 176 bis 185 (weggefallen)

**Dritter Abschnitt
Mitgliedschaft und Verfassung**

**Erster Titel
Mitgliedschaft**

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

**Vierter Abschnitt
Meldungen**

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

**Achtes Kapitel
Finanzierung**

**Erster Abschnitt
Beiträge**

**Erster Titel
Aufbringung der Mittel**

- § 223 Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze
- § 224 Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld oder Elterngeld

**Zweiter Titel
Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder**

- § 226 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter
- § 227 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung und bisher nicht Versicherter
- § 228 Rente als beitragspflichtige Einnahmen
- § 232a Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld
- § 235 Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und Behinderten in Einrichtungen

**Dritter Titel
Beitragssätze, Zusatzbeitrag**

- § 241 Allgemeiner Beitragssatz
- § 242 Zusatzbeitrag
- § 242a Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz
- § 242b (weggefallen)

- § 243 Ermäßigter Beitragssatz
- § 244 Ermäßigter Beitrag für Wehrdienstleistende und Zivildienstleistende
- § 245 Beitragssatz für Studenten und Praktikanten
- § 246 Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Vierter Titel
Tragung der Beiträge

- § 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung
- § 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug
- § 249b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung
- § 249c Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld
- § 250 Tragung der Beiträge durch das Mitglied
- § 251 Tragung der Beiträge durch Dritte

Fünfter Titel
Zahlung der Beiträge

- § 252 Beitragszahlung
- § 256a Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen

Zweiter Abschnitt
Beitragszuschüsse

- § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte
- § 258 Beitragszuschüsse für andere Personen

Neuntes Kapitel
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Erster Abschnitt
Aufgaben

- § 275 Begutachtung und Beratung
- § 275a Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

Elftes Kapitel
Straf- und Bußgeldvorschriften

- § 306 Zusammenarbeit zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten
- § 307 Bußgeldvorschriften
- § 307a Strafvorschriften
- § 307b Strafvorschriften

Zwölftes Kapitel
Überleitungsregelungen aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands

- § 308 (weggefallen)
- § 309 Versicherter Personenkreis
- § 312 (weggefallen)
- § 313 (weggefallen)

Dreizehntes Kapitel
Weitere Übergangsvorschriften

- § 314 Beitragszuschüsse für Beschäftigte
- § 315 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz
- § 316 Übergangsregelung zur enteralen Ernährung
- § 317 Psychotherapeuten
- § 318 Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung
- § 319 Übergangsregelung zum Krankengeldwahltarif
- § 320 Übergangsregelung zur befristeten Weiteranwendung aufgehobener Vorschriften

Erstes Kapitel Allgemeine Vorschriften

§ 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) „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. „Krankenkassen können die Unterlassung unzulässiger Werbemaßnahmen von anderen Krankenkassen verlangen; § 12 Absatz 1 bis 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb gilt entsprechend.

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

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

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

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

§ 4 geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.01.2000; geändert durch G. v. 12.06.2003 (BGBl. I S. 844), m.W.v. 01.01.2003; geändert durch G. v. 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190; ber. BGBl. I 2004 S. 452; ber. BGBl. I 2004 S. 2014; ber. BGBl. I 2004 S. 3445), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 09.12.2004 (BGBl. I S. 3242), in Kraft ab 01.10.2005; geändert durch G. v. 22.12.2005 (BGBl. I S. 3686), m.W.v. 01.10.2005; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 19.12.2007 (BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305), in Kraft ab 28.12.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983; ber. BGBl. I 2012 S. 579), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 12.04.2012 (BGBl. I S. 579; ber. BGBl. I S. 2246), in Kraft ab 01.01.2013; geändert durch G. v. 26.06.2013 (BGBl. I S. 1738), in Kraft ab 30.06.2013

§ 4a Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren

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

§ 4a eingefügt durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007

Zweites Kapitel
Versicherter Personenkreis
Erster Abschnitt
Versicherung kraft Gesetzes

§ 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie 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 Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, 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,
- 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) 1Der 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. 2Bei 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. 3Auf die nach Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches) eine Zeit von drei Jahren angerechnet.

(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) 1Auszubildende, 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. 2Teilnehmer an dualen Studiengängen stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 1 gleich. 3Als 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) 1Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist. 2Bei 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.

(5a) 1Nach 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. 2Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit. 3Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. 4Personen 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) 1Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. 2Trifft 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) 1Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 bis 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus. 2Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) 1Nach Absatz 1 Nr. 11 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. 2Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entsprechend. 3Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in § 9 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) 1Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. 2Satz 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. ³Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. ⁴Der 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) ¹Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. ²Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. ³Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. ⁴Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. ⁵Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. ⁶Bei 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. ⁷Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) (unbesetzt)

(11) ¹Ausländer, 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. ²Angehörige 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. ³Bei 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.

§ 5 geändert durch G. v. 24.03.1997 (BGBl. I S. 594), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.01.2000; geändert durch G. v. 13.06.2001 (BGBl. I S. 1027), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 16.02.2001 (BGBl. I S. 266), in Kraft ab 01.08.2001; geändert durch G. v. 10.12.2001 (BGBl. I S. 3443), in Kraft ab 01.01.2002; geändert durch G. v. 23.03.2002 (BGBl. I S. 1169), in Kraft ab 29.03.2002; geändert durch G. v. 24.12.2003 (BGBl. I S. 2954; ber. BGBl. I 2004 S. 2014), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 07.09.2007 (BGBl. I S. 2246), in Kraft ab 14.09.2007; geändert durch G. v. 23.11.2007 (BGBl. I S. 2631), in Kraft ab 01.01.2008; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 1066; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 24.03.2011 (BGBl. I S. 453), m.W.v. 01.01.2011; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 3057), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 20.12.2011 (BGBl. I S. 2854), in Kraft ab 01.04.2012; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 25.07.2014; geändert durch G. v. 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211), in Kraft ab 23.07.2015; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2016; geändert durch G. v. 21.12.2015 (BGBl. I S. 2408), in Kraft ab 01.01.2016; Abs 1,7 und 8 geändert durch Art. 1a G. v. 21.12.2015 (BGBl. I S. 2408), in Kraft ab 01.01.2017; Abs. 1 und 2 geändert durch Art. 1 G. v. 04.04.2017 (BGBl. I S. 778), in Kraft ab 01.08.2017; Abs. 1 geändert durch G. v. 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234), in Kraft ab 01.01.2018

Zum 01.01.2020 wird § 5 durch G. v. 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234) wie folgt geändert:

In Absatz 8a Satz 2 werden die Wörter „nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches“ durch die Wörter „nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches, dem Teil 2 des Neunten Buches“ ersetzt.

§ 6 Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

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

3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
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) 1Die 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. 2Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

(3a) 1Personen, 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. 2Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. 3Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. 4Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

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

(5) (weggefallen)

(6) 1Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nr. 1 beträgt im Jahr 2003 45 900 Euro. 2Sie 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. 3Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. 4Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch fest.

(7) 1Abweichend 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. 2Absatz 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.

§ 6 geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.07.2000; geändert durch G. v. 16.02.2001 (BGBl. I S. 266), in Kraft ab 01.08.2001; geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4637), in Kraft ab 01.01.2003; geändert durch G. v. 23.12.2003 (BGBl. I S. 2848), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 24.12.2003 (BGBl. I S. 2954; ber. BGBl. I 2004 S. 2014), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 09.12.2004 (BGBl. I S. 3242), in Kraft ab 01.10.2005; geändert durch G. v. 02.12.2006 (BGBl. I S. 2742), in Kraft ab 12.12.2006; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), m.W.v. 02.02.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 28.12.2007; geändert durch G. v. 19.12.2007 (BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305), in Kraft ab 28.12.2007; geändert durch G. v. 28.05.2008 (BGBl. I S. 874), in Kraft ab 01.07.2008; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 15.12.2008 (BGBl. I S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 31.12.2010; geändert durch G. v. 22.06.2011 (BGBl. I S. 1202), in Kraft ab 29.06.2011

§ 7 Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung

(1) 1Wer 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.

2§ 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) 1Personen, 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. 2Sie werden auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit. 3§ 8 Abs. 2 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Zeitpunkts des Beginns der Versicherungspflicht der 1. April 2003 tritt. 4Die Befreiung ist auf die jeweilige Beschäftigung beschränkt.

(3) 1Personen, 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. 2Sie werden auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht nach Satz 1 befreit. 3§ 8 Absatz 2 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Zeitpunkts des Beginns der Versicherungspflicht der 1. Januar 2013 tritt.

§ 7 geändert durch G. v. 24.03.1999 (BGBl. I S. 388), in Kraft ab 01.04.1999; geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4621), in Kraft ab 01.04.2003; geändert durch G. v. 16.05.2008 (BGBl. I S. 842), in Kraft ab 01.06.2008; geändert durch G. v. 28.04.2011 (BGBl. I S. 687), in Kraft ab 03.05.2011; geändert durch G. v. 05.12.2012 (BGBl. I S. 2474), in Kraft ab 01.01.2013

§ 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 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) 1Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. 2Die 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. 3Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. 4Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

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

§ 8 geändert durch G. v. 16.12.1997 (BGBl. I S. 2970), in Kraft ab 01.04.1998; geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.01.2000; geändert durch G. v. 30.11.2000 (BGBl. I S. 1638), in Kraft ab 02.01.2001; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4637), in Kraft ab 01.01.2003; geändert durch G. v. 24.12.2003 (BGBl. I S. 2954; ber. BGBl. I 2004 S. 2014), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 05.12.2006 (BGBl. I S. 2748), in Kraft ab 01.01.2007; geändert durch G. v. 28.05.2008 (BGBl. I S. 874), in Kraft ab 01.07.2008; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 1066; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983; ber. BGBl. I 2012 S. 579), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 15.07.2013 (BGBl. I S. 2423), in Kraft ab 01.08.2013; geändert durch G. v. 23.12.2014 (BGBl. I S. 2462), in Kraft ab 01.01.2015; Abs. 1 geändert durch G. v. 21.12.2015 (BGBl. I S. 2408), in Kraft ab 01.01.2017

Zweiter Abschnitt Versicherungsberechtigung

§ 9 Freiwillige Versicherung

(1) „Der Versicherung können beitreten

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

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

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

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,
3. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,
4. im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 151 des Neunten Buches,
5. im Falle des Absatzes 1 Nummer 5 nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung der Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation.

(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 Registrierungsbescheinigung 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.

§ 9 geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.01.2000; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 16.02.2001 (BGBl. I S. 266), in Kraft ab 01.08.2001; geändert durch G. v. 23.03.2002 (BGBl. I S. 1169), in Kraft ab 29.03.2002; geändert durch G. v. 23.12.2003 (BGBl. I S. 2848), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 24.12.2003 (BGBl. I S. 2954; ber. BGBl. I 2004 S. 2014), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 22.12.2005 (BGBl. I S. 3676), in Kraft ab 31.12.2005; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 22.06.2011 (BGBl. I S. 1202), in Kraft ab 29.06.2011; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983), in Kraft ab 01.01.2012; Abs. 2 geändert durch G. v. 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234), in Kraft ab 01.01.2018

Dritter Abschnitt Versicherung der Familienangehörigen

§ 10 Familienversicherung

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

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei 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.

²Eine 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. ³Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2018 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. ⁴Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des 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) ¹Als 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). ²Kinder, 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. ³Stiefkinder 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) ¹Das 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. ²Der Spitzenver-

band Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

§ 10 geändert durch G. v. 16.12.1997 (BGBl. I S. 2998; ber. BGBl. I 1998 S. 3843; ber. BGBl. I 2000 S. 1827), in Kraft ab 01.07.1998; geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.01.2000; geändert durch G. v. 30.11.2000 (BGBl. I S. 1638), in Kraft ab 02.01.2001; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 16.02.2001 (BGBl. I S. 266), in Kraft ab 01.08.2001; geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4621), in Kraft ab 01.04.2003; geändert durch G. v. 24.12.2003 (BGBl. I S. 2954; ber. BGBl. I 2004 S. 2014), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 21.03.2005 (BGBl. I S. 818), in Kraft ab 30.03.2005; geändert durch G. v. 16.05.2008 (BGBl. I S. 842), in Kraft ab 01.06.2008; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.07.2008; geändert durch G. v. 10.12.2008 (BGBl. I S. 2403), in Kraft ab 16.12.2008; geändert durch G. v. 28.04.2011 (BGBl. I S. 687), in Kraft ab 03.05.2011; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983; ber. BGBl. I 2012 S. 579), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 05.12.2012 (BGBl. I S. 2474), in Kraft ab 01.01.2013; geändert durch G. v. 15.02.2013 (BGBl. I S. 250), in Kraft ab 21.02.2013; geändert durch G. v. 08.04.2013 (BGBl. I S. 730), in Kraft ab 13.04.2013; geändert durch G. v. 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211), in Kraft ab 23.07.2015; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2016; Abs. 1 geändert durch Art. 1a Nr. 3 G. v. 21.12.2015 (BGBl. I S. 2408), in Kraft ab 01.01.2017; Abs. 1 geändert durch G. v. 23.05.2017 (BGBl. I S. 1228), in Kraft ab 01.01.2018

Drittes Kapitel
Leistungen der Krankenversicherung
Zweiter Abschnitt
Gemeinsame Vorschriften

§ 19 Erlöschen des Leistungsanspruchs

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

(1a) 1Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die von dieser Krankenkasse getroffenen Leistungsentscheidungen mit Wirkung für die aufnehmende Krankenkasse fort. 2Hiervon ausgenommen sind Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen. 3Beim 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. 4Die Vorschriften des Zehnten Buches, insbesondere zur Rücknahme von Leistungsentscheidungen, bleiben hiervon unberührt.

(2) 1Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. 2Eine 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.

§ 19 geändert durch G. v. 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190; ber. BGBl. I 2004 S. 452; ber. BGBl. I 2004 S. 2014; ber. BGBl. I 2004 S. 3445), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983), m.W.v. 01.05.2011

Fünfter Abschnitt
Leistungen bei Krankheit
Zweiter Titel
Krankengeld

§ 44 Krankengeld

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

(2) 1Keinen Anspruch auf Krankengeld haben

1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben, und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig beschäftigt und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind,
2. hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, es sei denn, das Mitglied erklärt gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung),
3. Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, es sei denn, das Mitglied gibt eine Wahlerklärung ab, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Kranken-

geld umfassen soll. Dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages zum Arbeitsentgelt haben,

4. Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.

²Für die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 gilt § 53 Absatz 8 Satz 1 entsprechend. ³Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 6 unberührt.

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

(4) ¹Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. ²Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. ³Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. ⁴Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen. ⁵Das Bundesministerium für Gesundheit legt dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2018 einen Bericht über die Umsetzung des Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen nach diesem Absatz vor.

§ 44 geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 1066; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 17.07.2009 (BGBl. I S. 1990), in Kraft ab 01.08.2009; geändert durch G. v. 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211), in Kraft ab 23.07.2015

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

¹Spender von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 27 Absatz 1a Satz 1 haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Spende an Versicherte sie arbeitsunfähig macht. ²Das Krankengeld wird den Spendern von der Krankenkasse der Empfänger in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze geleistet. ³Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtige Spender ist das ausgefallene Arbeitseinkommen im Sinne von Satz 2 aus demjenigen Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die Spende zugrunde gelegen hat. ⁴§ 44 Absatz 3, § 47 Absatz 2 bis 4, die §§ 47b, 49 und 50 gelten entsprechend; Ansprüche nach § 44 sind gegenüber Ansprüchen nach dieser Vorschrift ausgeschlossen. ⁵Ansprüche nach dieser Vorschrift haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen.

§ 44a eingefügt durch G. v. 21.07.2012 (BGBl. I S. 1601), in Kraft ab 01.08.2012; geändert durch G. v. 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211), in Kraft ab 23.07.2015

§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

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

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

(3) ¹Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. ²Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichti-

gung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. ³Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

(4) ¹Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

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

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

(5) Anspruch auf unbezahlte Freistellung nach den Absätzen 3 und 4 haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 sind.

§ 45 geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 26.07.2002 (BGBl. I S. 2872), in Kraft ab 01.08.2002; geändert durch G. v. 17.07.2009 (BGBl. I S. 1990), in Kraft ab 01.08.2009; geändert durch G. v. 23.12.2014 (BGBl. I S. 2462), in Kraft ab 01.01.2015

§ 46 Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

¹Der Anspruch auf Krankengeld entsteht

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

²Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage. ³Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten sowie für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 abgegeben haben, entsteht der Anspruch von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an. ⁴Der Anspruch auf Krankengeld für die in Satz 3 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz entsteht bereits vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zu dem von der Satzung bestimmten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Tarif nach § 53 Abs. 6 gewählt hat.

§ 46 geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 1066; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 17.07.2009 (BGBl. I S. 1990), in Kraft ab 01.08.2009; geändert durch G. v. 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211), in Kraft ab 23.07.2015

§ 47 Höhe und Berechnung des Krankengeldes

(1) ¹Das Krankengeld beträgt 70 vom Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). ²Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 vom Hundert des bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechneten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen. ³Für die Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nach Satz 2 ist der sich aus dem kalendertäglichen Hinzurechnungsbetrag nach Absatz 2 Satz 6 ergebende Anteil am Nettoarbeitsentgelt mit dem Vomhundertsatz anzusetzen, der sich aus dem Verhältnis des kalendertäglichen Regelentgeltbetrages nach Absatz 2 Satz 1 bis 5 zu dem sich aus diesem Regelentgeltbetrag ergebenden Nettoarbeitsentgelt ergibt. ⁴Das nach Satz 1 bis 3 berechnete kalendertägliche Krankengeld darf das sich aus dem Arbeitsentgelt nach Absatz 2 Satz 1 bis 5 ergebende kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen. ⁵Das Regelentgelt wird nach den Absätzen 2, 4 und 6 berechnet. ⁶Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. ⁷Ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit dreißig Tagen anzusetzen. ⁸Bei der Berechnung des Regelentgelts nach Satz 1 und des Nettoarbeitsentgelts nach den Sätzen 2 und 4 sind die für die jeweilige Beitragsbemessung und Beitragstragung geltenden Besonderheiten der Gleitzone nach § 20 Abs. 2 des Vierten Buches nicht zu berücksichtigen.

(2) ¹Für die Berechnung des Regelentgelts ist das von dem Versicherten im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, mindestens das während der letzten abgerechneten vier Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt durch die Zahl der Stunden zu teilen, für die es gezahlt wurde. ²Das Ergebnis ist mit der Zahl der sich aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergebenden regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden zu vervielfachen und durch sieben zu teilen. ³Ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen oder ist eine Berechnung des Regelentgelts nach den Sätzen 1 und 2 nicht möglich, gilt der dreißigste Teil des im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Kalendermonat erzielten und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderten Arbeitsentgelts als Regelentgelt. ⁴Wenn mit einer Arbeitsleistung Arbeitsentgelt erzielt wird, das für Zeiten einer Freistellung vor oder nach dieser Arbeitsleistung fällig wird (Wertguthaben nach § 7b des Vierten Buches), ist für die Berechnung des Regelentgelts das im Bemessungszeitraum der Beitragsberechnung zugrundeliegende und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt maßgebend; Wertguthaben, die nicht ge-

mäß einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeitregelungen verwendet werden (§ 23b Abs. 2 des Vierten Buches), bleiben außer Betracht. ⁵Bei der Anwendung des Satzes 1 gilt als regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit die Arbeitszeit, die dem gezahlten Arbeitsentgelt entspricht. ⁶Für die Berechnung des Regelentgelts ist der dreihundertsechzigste Teil des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts, das in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit nach § 23a des Vierten Buches der Beitragsberechnung zugrunde gelegen hat, dem nach Satz 1 bis 5 berechneten Arbeitsentgelt hinzuzurechnen.

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

(4) ¹Für Seeleute gelten als Regelentgelt die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 233 Abs. 1. ²Für Versicherte, die nicht Arbeitnehmer sind, gilt als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war. ³Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte ist das Regelentgelt aus dem Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegen hat; dabei ist für den Kalendertag der dreihundertsechzigste Teil dieses Betrages anzusetzen. ⁴Die Zahl dreihundertsechzig ist um die Zahl der Kalendertage zu vermindern, in denen eine Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz nicht bestand oder für die nach § 234 Abs. 1 Satz 3 Arbeitseinkommen nicht zugrunde zu legen ist. ⁵Die Beträge nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 bleiben außer Betracht.

(5) (weggefallen)

(6) Das Regelentgelt wird bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 47 geändert durch G. v. 06.04.1998 (BGBl. I S. 688), m.W.v. 01.01.1998; geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2534), in Kraft ab 01.01.2000

Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Mai 2000 – 1 BvL 1/98, 1 BvL 4/98, 1 BvL 15/99 (BGBl. I S. 1082) (Auszug):

§ 47 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, verkündet als Artikel 1 § 47 Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), ist mit Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes unvereinbar, soweit danach einmalig gezahltes Arbeitsentgelt zu Sozialversicherungsbeiträgen herangezogen wird, ohne dass es bei der Berechnung sämtlicher beitragsfinanzierter Lohnersatzleistungen berücksichtigt wird.

§ 47 geändert durch G. v. 21.12.2000 (BGBl. I S. 1971), m.W.v. 22.06.2000; geändert durch G. v. 16.12.1997 (BGBl. I S. 2998; ber. BGBl. I 1998 S. 3843; ber. BGBl. I 2000 S. 1827), in Kraft ab 01.01.2001; geändert durch G. v. 21.03.2001 (BGBl. I S. 403), m.W.v. 01.01.2001; geändert durch G. v. 21.03.2001 (BGBl. I S. 403), in Kraft ab 27.03.2001; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4621), in Kraft ab 01.04.2003; geändert durch G. v. 21.03.2005 (BGBl. I S. 818), in Kraft ab 30.03.2005; geändert durch G. v. 21.12.2008 (BGBl. I S. 2940), in Kraft ab 01.01.2009

§ 47a Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen

(1) ¹Für Bezieher von Krankengeld, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die Krankenkassen auf Antrag des Mitglieds diejenigen Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. ²Die von der Krankenkasse zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die die Krankenkasse ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen hätte; sie dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Mitglied an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen.

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

§ 47a eingefügt durch G. v. 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211), in Kraft ab 01.01.2016

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

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

(2) ¹Ändern sich während des Bezuges von Krankengeld die für den Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld maßgeblichen Verhältnisse des Versicherten, so ist auf Antrag des Versicherten als Krankengeld derjenige Betrag zu gewähren, den der Versicherte als Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld erhalten würde, wenn er nicht erkrankt wäre. ²Ände-

rungen, die zu einer Erhöhung des Krankengeldes um weniger als zehn vom Hundert führen würden, werden nicht berücksichtigt.

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

(4) Für Versicherte, die arbeitsunfähig erkranken, bevor in ihrem Betrieb die Voraussetzungen für den Bezug von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch erfüllt sind, wird, solange Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle besteht, neben dem Arbeitsentgelt als Krankengeld der Betrag des Kurzarbeitergeldes gewährt, den der Versicherte erhielte, wenn er nicht arbeitsunfähig wäre. 2Der Arbeitgeber hat das Krankengeld kostenlos zu errechnen und auszuführen. 3Der Arbeitnehmer hat die erforderlichen Angaben zu machen.

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

(6) In den Fällen des § 232a Abs. 3 wird das Krankengeld abweichend von Absatz 3 nach dem Arbeitsentgelt unter Hinzurechnung des Winterausfallgeldes berechnet. 2Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend.

§ 47b geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4621), in Kraft ab 01.01.2003; geändert durch G. v. 24.12.2003 (BGBl. I S. 2954; ber. BGBl. I 2004 S. 2014), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 21.03.2005 (BGBl. I S. 818), m.W.v. 01.01.2005; geändert durch G. v. 24.04.2006 (BGBl. I S. 926), in Kraft ab 01.01.2007

§ 48 Dauer des Krankengeldes

(1) 1Versicherte erhalten Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. 2Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

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

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

(3) Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. 2Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

§ 49 Ruhen des Krankengeldes

(1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht,

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

(2) (weggefallen)

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

(4) (weggefallen)

§ 49 geändert durch G. v. 06.04.1998 (BGBl. I S. 688), m.W.v. 01.01.1998; geändert durch G. v. 21.07.1999 (BGBl. I S. 1648), in Kraft ab 01.08.1999; geändert durch G. v. 30.11.2000 (BGBl. I S. 1638), in Kraft ab 02.01.2001; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 24.12.2003 (BGBl. I S. 2954; ber. BGBl. I 2004 S. 2014), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 21.03.2005 (BGBl. I S. 818), m.W.v. 01.01.2005; geändert durch G. v. 21.03.2005 (BGBl. I S. 818), in Kraft ab 30.03.2005; geändert durch G. v. 24.04.2006 (BGBl. I S. 926), in Kraft ab 01.01.2007; geändert durch G. v. 05.12.2006 (BGBl. I S. 2748), in Kraft ab 01.01.2007; geändert durch G. v. 17.07.2009 (BGBl. I S. 1990), in Kraft ab 01.08.2009; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983), in Kraft ab 01.01.2012; Abs. 4 aufgehoben durch G. v. 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234), in Kraft ab 01.01.2018

§ 50 Ausschluß und Kürzung des Krankengeldes

(1) ¹Für Versicherte, die

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

beziehen, endet ein Anspruch auf Krankengeld vom Beginn dieser Leistungen an; nach Beginn dieser Leistungen entsteht ein neuer Krankengeldanspruch nicht. ²Ist über den Beginn der in Satz 1 genannten Leistungen hinaus Krankengeld gezahlt worden und übersteigt dieses den Betrag der Leistungen, kann die Krankenkasse den überschießenden Betrag vom Versicherten nicht zurückfordern. ³In den Fällen der Nummer 4 gilt das überzahlte Krankengeld bis zur Höhe der dort genannten Leistungen als Vorschuß des Trägers oder der Stelle; es ist zurückzuzahlen. ⁴Wird eine der in Satz 1 genannten Leistungen nicht mehr gezahlt, entsteht ein Anspruch auf Krankengeld, wenn das Mitglied bei Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist.

(2) Das Krankengeld wird um den Zahlbetrag

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

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

§ 50 geändert durch G. v. 20.12.2000 (BGBl. I S. 1827), in Kraft ab 01.01.2001

§ 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

(1) ¹Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. ²Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie entweder einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem Leistungsträger mit Sitz im Inland oder einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Inland zu stellen haben.

(2) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente oder Altersrente aus der Alterssicherung der Landwirte bei Vollendung des 65. Lebensjahres, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.

(3) ¹Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. ²Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

§ 51 geändert durch G. v. 20.12.2000 (BGBl. I S. 1827), in Kraft ab 01.01.2001; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001

Sechstes Kapitel
Organisation der Krankenkassen
Zweiter Abschnitt
Wahlrechte der Mitglieder

§ 173 Allgemeine Wahlrechte

(1) Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

1. die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
3. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,
4. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
- 4a. die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,
6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder der Lebenspartner versichert ist.

²Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt diese für die Gebiete der Länder, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinausgehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen. ³Eine Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 kann nicht widerrufen werden. ⁴Ist an der Vereinigung von Betriebskrankenkassen oder von Innungskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse. ⁵Satz 1 Nr. 4 und Satz 4 gelten nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. September 2003 keine Regelung nach Satz 1 Nr. 4 enthalten hat.

(2a) § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) geändert worden ist, gilt nicht für Personen, die nach dem 31. März 2007 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See werden.

(3) Studenten können zusätzlich die Ortskrankenkasse oder jede Ersatzkasse an dem Ort wählen, in dem die Hochschule ihren Sitz hat.

(4) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder nach § 9 versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 versicherte behinderte Menschen können zusätzlich die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.

(5) Versicherte Rentner können zusätzlich die Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht.

(6) Für nach § 10 Versicherte gilt die Wahlentscheidung des Mitglieds.

(7) War an einer Vereinigung nach § 171a eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse ohne Satzungsregelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 beteiligt, und gehört die aus der Vereinigung hervorgegangene Krankenkasse einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen an, ist die neue Krankenkasse auch für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, die ein Wahlrecht zu der Betriebs- oder Innungskrankenkasse gehabt hätten, wenn deren Satzung vor der Vereinigung eine Regelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten hätte.

§ 173 geändert durch G. v. 24.03.1997 (BGBl. I S. 594), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190; ber. BGBl. I 2004 S. 452; ber. BGBl. I 2004 S. 2014; ber. BGBl. I 2004 S. 3445), m.W.v. 26.09.2003; geändert durch G. v. 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190; ber. BGBl. I 2004 S. 452; ber. BGBl. I 2004 S. 2014; ber. BGBl. I 2004 S. 3445), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983), in Kraft ab 01.01.2012

§ 174 Besondere Wahlrechte

(1) (weggefallen)

(2) Für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, gilt § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 entsprechend.

(3) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, können eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse am Wohn- oder Beschäftigungsort wählen.

(4) (weggefallen)

(5) Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 gewählten Krankenkasse; § 173 gilt.

§ 174 geändert durch G. v. 09.12.2004 (BGBl. I S. 3242), in Kraft ab 01.10.2005; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 28.12.2007; geändert durch G. v. 19.12.2007 (BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305), in Kraft ab 28.12.2007

§ 175 Ausübung des Wahlrechts

(1) 1Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. 2Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren. 3Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.

(2) 1Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. 2Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. 3Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.

(2a) 1Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig abgelehnt hat oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, hat sie diesen Anhaltspunkten unverzüglich nachzugehen und die Krankenkasse zur Behebung einer festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen zu verpflichten. 2Als rechtswidrig ist insbesondere eine Beratung durch die angegangene Krankenkasse anzusehen, die dazu führt, dass von der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 ganz abgesehen wird oder diese nur unter erschwerten Bedingungen abgegeben werden kann. 3Die Verpflichtung der Krankenkasse nach Satz 1 ist mit der Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung zu verbinden. 4Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung. 5Vorstandsmitglieder, die vorsätzlich oder fahrlässig nicht verhindern, dass die Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig ablehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, sind der Krankenkasse zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. 6Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(3) 1Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. 2Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. 3Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(3a) 1Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 171b Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. 2Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam wird. 3Bei Stellung eines Insolvenzantrags erfolgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. 4Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. 5Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. 6Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.

(4) 1Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. 2Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. 3Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens je-

doch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. 4Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. 5Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragsatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragsatz erhöht wird. 6Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 5, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragsätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragsatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. 7Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragsatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. 8Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind, Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. 9Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

(5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest.

§ 175 geändert durch G. v. 19.12.1998 (BGBl. I S. 3853), in Kraft ab 01.01.1999; geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.01.2000; geändert durch G. v. 27.07.2001 (BGBl. I S. 1946), in Kraft ab 01.01.2002; geändert durch G. v. 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190; ber. BGBl. I 2004 S. 452; ber. BGBl. I 2004 S. 2014; ber. BGBl. I 2004 S. 3445), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), m.W.v. 02.02.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.07.2008; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015

§§ 176 bis 185 (weggefallen)

§ 176 aufgehoben durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; § 177 aufgehoben durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; §§ 178 bis 185 aufgehoben durch G. v. 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266), in Kraft ab 01.01.1996

**Dritter Abschnitt
Mitgliedschaft und Verfassung**

**Erster Titel
Mitgliedschaft**

§ 186 Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter beginnt mit dem Tag des Eintritts in das Beschäftigungsverhältnis.

(2) 1Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter (§ 179 Abs. 2) beginnt mit dem Tag der Aufnahme der unständigen Beschäftigung, für die die zuständige Krankenkasse erstmalig Versicherungspflicht festgestellt hat, wenn die Feststellung innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Beschäftigung erfolgt, andernfalls mit dem Tag der Feststellung. 2Die Mitgliedschaft besteht auch an den Tagen fort, an denen der unständig Beschäftigte vorübergehend, längstens für drei Wochen nicht beschäftigt wird.

(2a) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beginnt mit dem Tag, von dem an die Leistung bezogen wird.

(3) 1Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten beginnt mit dem Tage, an dem die Versicherungspflicht auf Grund der Feststellung der Künstlersozialkasse beginnt. 2Ist die Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz durch eine unständige Beschäftigung (§ 179 Abs. 2) unterbrochen worden, beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tage nach dem Ende der unständigen Beschäftigung. 3Kann nach § 9 des Künstlersozialversiche-

nungsgesetzes ein Versicherungsvertrag gekündigt werden, beginnt die Mitgliedschaft mit dem auf die Kündigung folgenden Monat, spätestens zwei Monate nach der Feststellung der Versicherungspflicht.

(4) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.

(5) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.

(6) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger behinderter Menschen beginnt mit dem Beginn der Tätigkeit in den anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen.

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an der Hochschule.

(8) ¹Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der berufspraktischen Tätigkeit. ²Die Mitgliedschaft von zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten beginnt mit dem Tag des Eintritts in die Beschäftigung.

(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruchs.

(10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175), beginnt die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse abweichend von den Absätzen 1 bis 9 mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

(11) ¹Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. ²Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. ³Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag.

§ 186 geändert durch G. v. 24.03.1997 (BGBl. I S. 594), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 06.04.1998 (BGBl. I S. 688), m.W.v. 01.01.1998; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 24.12.2003 (BGBl. I S. 2954; ber. BGBl. I 2004 S. 2014), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 15.07.2013 (BGBl. I S. 2423), in Kraft ab 01.08.2013

§ 187 Beginn der Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse

Die Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse beginnt für Versicherungspflichtige, für die diese Krankenkasse zuständig ist, mit dem Zeitpunkt, an dem die Errichtung der Krankenkasse wirksam wird.

§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.

(2) ¹Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10. ²Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung. ³Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11.

(3) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.

(4) ¹Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. ²Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. ³Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird. ⁴Bei Saisonarbeitnehmern, deren Versicherungspflicht mit der Beendigung der Saisonarbeitnehmer Tätigkeit endet, setzt sich die Versicherung nur dann nach Satz 1 fort, wenn diese Personen innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung gegenüber ihrer bisherigen Krankenkasse erklären und ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen. ⁵Ein Saisonarbeitnehmer nach Satz 4 ist ein Arbeitnehmer, der vorübergehend für eine versicherungspflichtige auf bis zu acht Monate befristete Beschäftigung in die Bundesrepublik Deutschland gekommen ist, um mit seiner Tätigkeit einen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken. ⁶Der Arbeitgeber hat den Saisonarbeitnehmer nach Satz 4 im Meldeverfahren nach § 28a des Vierten Buches gesondert zu kennzeichnen. ⁷Die Krankenkasse hat den Saisonarbeitnehmer nach Satz 4, nachdem der Arbeitgeber der Krankenkasse

den Beginn der Beschäftigungsaufnahme gemeldet hat, unverzüglich auf das Beitrittsrecht und seine Nachweispflicht nach Satz 4 hinzuweisen.

§ 188 geändert durch G. v. 23.03.2002 (BGBl. I S. 1169), in Kraft ab 29.03.2002; geändert durch G. v. 15.07.2013 (BGBl. I S. 2423), in Kraft ab 01.08.2013; Abs. 4 geändert durch G. v. 18.07.2017 (BGBl. I S. 2757), in Kraft ab 01.01.2018

§ 189 Mitgliedschaft von Rentenantragstellern

(1) „Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12 und Absatz 2, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen. „Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig oder nach § 6 Abs. 1 versicherungsfrei sind.

(2) „Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags. „Sie endet mit dem Tod oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird.

§ 189 Abs. 1 geändert durch G. v. 21.12.2015 (BGBl. I S. 2408), in Kraft ab 01.01.2017

§ 190 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet mit dem Tod des Mitglieds.

(2) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter endet mit Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis gegen Arbeitsentgelt endet.

(3) (weggefallen)

(4) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter endet, wenn das Mitglied die berufsmäßige Ausübung der unständigen Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt, spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung.

(5) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten endet mit dem Tage, an dem die Versicherungspflicht auf Grund der Feststellung der Künstlersozialkasse endet; § 192 Abs. 1 Nr. 2 und 3 bleibt unberührt.

(6) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, endet mit dem Ende der Maßnahme.

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben endet mit dem Ende der Maßnahme, bei Weiterzahlung des Übergangsgeldes mit Ablauf des Tages, bis zu dem Übergangsgeld gezahlt wird.

(8) Die Mitgliedschaft von versicherungspflichtigen behinderten Menschen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen endet mit Aufgabe der Tätigkeit.

(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.

(10) „Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten endet mit dem Tag der Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit. „Die Mitgliedschaft von zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten endet mit dem Tag der Aufgabe der Beschäftigung.

(11) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner endet

1. mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,
2. bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.

(11a) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Personen, die das Beitrittsrecht ausgeübt haben, sowie ihrer Familienangehörigen, 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 des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die bis zum 31. März 2002 nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, endet mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11.

(12) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch endet mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird.

(13) „Die Mitgliedschaft der in § 5 Abs. 1 Nr. 13 genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem

1. ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder
2. der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.

²Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.

§ 190 geändert durch G. v. 24.03.1997 (BGBl. I S. 594), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 16.12.1997 (BGBl. I S. 2998; ber. BGBl. I 1998 S. 3843; ber. BGBl. I 2000 S. 1827), in Kraft ab 01.01.1999; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 23.03.2002 (BGBl. I S. 1169), in Kraft ab 29.03.2002; geändert durch G. v. 24.12.2003 (BGBl. I S. 2954; ber. BGBl. I 2004 S. 2014), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 15.07.2013 (BGBl. I S. 2423), in Kraft ab 01.08.2013

§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. mit dem Tod des Mitglieds,
2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft oder
3. mit dem Wirksamwerden der Kündigung (§ 175 Abs. 4); die Satzung kann einen früheren Zeitpunkt bestimmen, wenn das Mitglied die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt.

§ 191 geändert durch G. v. 27.07.2001 (BGBl. I S. 1946), in Kraft ab 01.01.2002; geändert durch G. v. 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190; ber. BGBl. I 2004 S. 452; ber. BGBl. I 2004 S. 2014; ber. BGBl. I 2004 S. 3445), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 27.12.2003 (BGBl. I S. 3022), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007

§ 192 Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange

1. sie sich in einem rechtmäßigen Arbeitskampf befinden,
2. Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld besteht oder eine dieser Leistungen oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld oder Elterngeld bezogen oder Elternzeit in Anspruch genommen oder Pflegeunterstützungsgeld bezogen wird,
- 2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von sonstigen öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes bezogen werden oder diese beansprucht werden können,
3. von einem Rehabilitationsträger während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird oder
4. Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bezogen wird.

(2) Während der Schwangerschaft bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger auch erhalten, wenn das Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst oder das Mitglied unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden ist, es sei denn, es besteht eine Mitgliedschaft nach anderen Vorschriften.

§ 192 geändert durch G. v. 24.03.1997 (BGBl. I S. 594), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 16.12.1997 (BGBl. I S. 2998; ber. BGBl. I 1998 S. 3843; ber. BGBl. I 2000 S. 1827), in Kraft ab 01.01.1999; geändert durch G. v. 30.11.2000 (BGBl. I S. 1638), in Kraft ab 02.01.2001; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 24.04.2006 (BGBl. I S. 926), in Kraft ab 01.01.2007; geändert durch G. v. 05.12.2006 (BGBl. I S. 2748), in Kraft ab 01.01.2007; geändert durch G. v. 21.07.2012 (BGBl. I S. 1601), in Kraft ab 01.08.2012; geändert durch G. v. 23.12.2014 (BGBl. I S. 2462), in Kraft ab 01.01.2015; geändert durch G. v. 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211), in Kraft ab 23.07.2015

§ 193 Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Wehrdienst oder Zivildienst

(1) „Bei versicherungspflichtig Beschäftigten, denen nach § 1 Abs. 2 des Arbeitsplatzschutzgesetzes Entgelt weiterzuzuwähren ist, gilt das Beschäftigungsverhältnis als durch den Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 und § 6b Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes nicht unterbrochen. ²Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes, wenn sie den Einsatzunfall in einem Versicherungsverhältnis erlitten haben.

(2) „Bei Versicherungspflichtigen, die nicht unter Absatz 1 fallen, sowie bei freiwilligen Mitgliedern berührt der Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 und § 6b Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes eine bestehende Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nicht. ²Die versicherungspflichtige Mitgliedschaft gilt als fortbestehend, wenn die Versicherungspflicht am Tag vor dem Beginn des Wehrdienstes endet oder wenn zwischen dem letzten Tag der Mitgliedschaft und dem Beginn des Wehrdienstes ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag liegt. ³Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für den Zivildienst entsprechend.

(4) 1Die Absätze 1 und 2 gelten für Personen, die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten. 2Die Dienstleistungen und Übungen gelten nicht als Beschäftigungen im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 1 und § 6 Abs. 1 Nr. 3.

(5) Die Zeit in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes gilt nicht als Beschäftigung im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 1 und § 6 Abs. 1 Nr. 3.

§ 193 geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.01.2000; geändert durch G. v. 19.12.2000 (BGBl. I S. 1815), in Kraft ab 24.12.2000; geändert durch G. v. 22.04.2005 (BGBl. I S. 1106), in Kraft ab 30.04.2005; geändert durch G. v. 12.12.2007 (BGBl. I S. 2861), in Kraft ab 18.12.2007

Vierter Abschnitt Meldungen

§ 198 Meldepflicht des Arbeitgebers für versicherungspflichtig Beschäftigte

Der Arbeitgeber hat die versicherungspflichtig Beschäftigten nach den §§ 28a bis 28c des Vierten Buches an die zuständige Krankenkasse zu melden.

§ 199 Meldepflichten bei unständiger Beschäftigung

(1) 1Unständig Beschäftigte haben der nach § 179 Abs. 1 zuständigen Krankenkasse Beginn und Ende der berufsmäßigen Ausübung von unständigen Beschäftigungen unverzüglich zu melden. 2Der Arbeitgeber hat die unständig Beschäftigten auf ihre Meldepflicht hinzuweisen.

(2) 1Gesamtbetriebe, in denen regelmäßig unständig Beschäftigte beschäftigt werden, haben die sich aus diesem Buch ergebenden Pflichten der Arbeitgeber zu übernehmen. 2Welche Einrichtungen als Gesamtbetriebe gelten, richtet sich nach Landesrecht.

§ 200 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

(1) 1Eine Meldung nach § 28a Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches hat zu erstatten

- 1 für Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen oder in Werkstätten für behinderte Menschen, Blindenwerkstätten, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen tätig sind, der Träger dieser Einrichtung,
- 2 für Personen, die an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, der zuständige Rehabilitationsträger,
- 3 für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, der zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichtete.

2§ 28a Abs. 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

(2) 1Die staatlichen und die staatlich anerkannten Hochschulen haben versicherte Studenten, die Ausbildungsstätten versicherungspflichtige Praktikanten und zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte der zuständigen Krankenkasse zu melden. 2Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Inhalt, Form und Frist der Meldungen sowie das Nähere über das Meldeverfahren.

§ 200 geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 25.11.2003 (BGBl. I S. 2304), in Kraft ab 28.11.2003; geändert durch G. v. 31.10.2006 (BGBl. I S. 2407), in Kraft ab 08.11.2006

§ 201 Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug

(1) 1Wer eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, hat mit dem Antrag eine Meldung für die zuständige Krankenkasse einzureichen. 2Der Rentenversicherungsträger hat die Meldung unverzüglich an die zuständige Krankenkasse weiterzugeben.

(2) Wählen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine andere Krankenkasse, hat die gewählte Krankenkasse dies der bisherigen Krankenkasse und dem zuständigen Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen.

(3) 1Nehmen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf, für die eine andere als die bisherige Krankenkasse zuständig ist, hat die für das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zuständige Krankenkasse dies der bisher zuständigen Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger mitzuteilen. 2Satz 1 gilt entsprechend, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis endet.

(4) Der Rentenversicherungsträger hat der zuständigen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen

- 1 Beginn und Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, den Monat, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird,
- 2 den Tag der Rücknahme des Rentenantrags,
- 3 bei Ablehnung des Rentenantrags den Tag, an dem über den Rentenantrag verbindlich entschieden worden ist,
- 4 Ende, Entzug, Wegfall und sonstige Nichtleistung der Rente sowie
- 5 Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente.

(5) ¹Wird der Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, hat die Krankenkasse dies dem Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen. ²Satz 1 gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht aus einem anderen Grund als den in Absatz 4 Nr. 4 genannten Gründen endet.

(6) ¹Die Meldungen sind auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder durch Datenübertragung zu erstatten. ²Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Rentenversicherung Bund das Nähere über das Verfahren im Benehmen mit dem Bundesversicherungsamt.

§ 201 geändert durch G. v. 09.12.2004 (BGBl. I S. 3242), in Kraft ab 01.10.2005; geändert durch VO v. 31.10.2006 (BGBl. I S. 2407), in Kraft ab 08.11.2006; geändert durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015

§ 202 Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

(1) ¹Die Zahlstelle hat bei der erstmaligen Bewilligung von Versorgungsbezügen sowie bei Mitteilung über die Beendigung der Mitgliedschaft eines Versorgungsempfängers und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln und diesen Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende der Versorgungsbezüge und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b den Tag der Antragstellung unverzüglich mitzuteilen. ²Bei den am 1. Januar 1989 vorhandenen Versorgungsempfängern hat die Ermittlung der Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen. ³Der Versorgungsempfänger hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. ⁴Die Krankenkasse hat der Zahlstelle von Versorgungsbezügen und dem Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers und, soweit die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 237 Satz 1 Nummer 1 und 2 die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, deren Umfang mitzuteilen.

(2) ¹Die Zahlstelle hat der zuständigen Krankenkasse die Meldung durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen zu erstatten. ²Die Krankenkasse hat nach inhaltlicher Prüfung alle fehlerfreien Angaben elektronisch zu übernehmen, zu verarbeiten und zu nutzen. ³Alle Rückmeldungen der Krankenkasse an die Zahlstelle erfolgen arbeitstäglich durch Datenübertragung. ⁴Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.

(3) ¹Die Zahlstellen haben für die Durchführung der Meldeverfahren nach diesem Gesetzbuch eine Zahlstellenummer beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen elektronisch zu beantragen. ²Die Zahlstellenummern und alle Angaben, die zur Vergabe der Zahlstellenummer notwendig sind, werden in einer gesonderten elektronischen Datei beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen gespeichert. ³Die Sozialversicherungsträger, ihre Verbände und ihre Arbeitsgemeinschaften, die Künstlersozialkasse, die Behörden der Zollverwaltung, soweit sie Aufgaben nach § 2 des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes oder nach § 66 des Zehnten Buches wahrnehmen, sowie die zuständigen Aufsichtsbehörden und die Arbeitgeber dürfen die Zahlstellenummern verarbeiten, nutzen und übermitteln, soweit dies für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist. ⁴Andere Behörden, Gerichte oder Dritte dürfen die Zahlstellenummern verarbeiten, nutzen oder übermitteln, soweit dies für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe einer der in Satz 3 genannten Stellen erforderlich ist. ⁵Das Nähere zum Verfahren und den Aufbau der Zahlstellenummer regeln die Grundsätze nach Absatz 2 Satz 4.

§ 202 geändert durch G. v. 19.12.2007 (BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 19.12.2007 (BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 15.04.2015 (BGBl. I S. 583), in Kraft ab 01.07.2015; Abs. 1 geändert durch G. v. 21.12.2015 (BGBl. I S. 2408), in Kraft ab 01.01.2017; Abs. 1 geändert, Abs. 3 angefügt durch G. v. 11.11.2016 (BGBl. I S. 2500), in Kraft ab 01.01.2017

§ 203 Meldepflichten bei Bezug von Erziehungsgeld oder Elterngeld

Die Zahlstelle des Erziehungsgeldes oder Elterngeldes hat der zuständigen Krankenkasse Beginn und Ende der Zahlung des Erziehungsgeldes oder Elterngeldes unverzüglich mitzuteilen.

§ 203 geändert durch G. v. 05.12.2006 (BGBl. I S. 2748), in Kraft ab 01.01.2007

§ 203a Meldepflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld

Die Agenturen für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger erstatten die Meldungen hinsichtlich der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 2a Versicherten entsprechend §§ 28a bis 28c des Vierten Buches.

§ 203a eingefügt durch G. v. 24.03.1997 (BGBl. I S. 594), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 23.12.2003 (BGBl. I S. 2848), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 30.07.2004 (BGBl. I S. 1014), in Kraft ab 06.08.2004; geändert durch G. v. 24.12.2003 (BGBl. I S. 2954; ber. BGBl. I 2004 S. 1014), in Kraft ab 01.01.2005

§ 204 Meldepflichten bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst

(1) „Bei Einberufung zu einem Wehrdienst hat bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Arbeitgeber und bei Arbeitslosen die Agentur für Arbeit den Beginn des Wehrdienstes sowie das Ende des Grundwehrdienstes und einer Wehrübung oder einer Dienstleistung oder Übung nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden. ²Das Ende eines Wehrdienstes nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 des Wehrpflichtgesetzes hat das Bundesministerium der Verteidigung oder die von ihm bestimmte Stelle zu melden. ³Sonstige Versicherte haben die Meldungen nach Satz 1 selbst zu erstatten.

(2) „Absatz 1 gilt für den Zivildienst entsprechend. ²An die Stelle des Bundesministeriums der Verteidigung tritt das Bundesamt für den Zivildienst.

§ 204 geändert durch G. v. 19.12.2000 (BGBl. I S. 1815), in Kraft ab 24.12.2000; geändert durch G. v. 29.10.2001 (BGBl. I S. 2785), in Kraft ab 07.11.2001; geändert durch G. v. 23.12.2003 (BGBl. I S. 2848), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 22.04.2005 (BGBl. I S. 1106), in Kraft ab 30.04.2005

§ 205 Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) beziehen, haben ihrer Krankenkasse unverzüglich zu melden

1. Beginn und Höhe der Rente,
2. Beginn, Höhe, Veränderungen und die Zahlstelle der Versorgungsbezüge sowie
3. Beginn, Höhe und Veränderungen des Arbeitseinkommens.

§ 206 Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten

(1) „Wer versichert ist oder als Versicherter in Betracht kommt, hat der Krankenkasse, soweit er nicht nach § 280 des Vierten Buches auskunftspflichtig ist,

1. auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse übertragenen Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erheblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden, unverzüglich mitzuteilen.

²Er hat auf Verlangen die Unterlagen, aus denen die Tatsachen oder die Änderung der Verhältnisse hervorgehen, der Krankenkasse in deren Geschäftsräumen unverzüglich vorzulegen.

(2) Entstehen der Krankenkasse durch eine Verletzung der Pflichten nach Absatz 1 zusätzliche Aufwendungen, kann sie von dem Verpflichteten die Erstattung verlangen.

Achtes Kapitel Finanzierung

Erster Abschnitt Beiträge

Erster Titel Aufbringung der Mittel

§ 223 Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

(2) „Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen. ²Für die Berechnung ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen.

(3) „Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). ²Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

§ 223 geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4637), in Kraft ab 01.01.2003

§ 224 Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld oder Elterngeld

(1) „Beitragsfrei ist ein Mitglied für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld oder des Bezugs von Elterngeld oder Betreuungsgeld. ²Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen.

(2) Durch die Beitragsfreiheit wird ein Anspruch auf Schadensersatz nicht ausgeschlossen oder gemindert.

§ 224 geändert durch G. v. 05.12.2006 (BGBl. I S. 2748), in Kraft ab 01.01.2007; geändert durch G. v. 15.02.2013 (BGBl. I S. 254), in Kraft ab 01.08.2013

Zweiter Titel Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder

§ 226 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter

(1) ¹Bei versicherungspflichtig Beschäftigten werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung,
2. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
4. das Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

²Dem Arbeitsentgelt steht das Vorruhestandsgeld gleich. ³Bei Auszubildenden, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden, steht die Ausbildungsvergütung dem Arbeitsentgelt gleich.

(2) Die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen.

(3) Für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 erhalten bleibt, gelten die Bestimmungen der Satzung.

(4) Bei Arbeitnehmern, die gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen Grenzbetrag der Gleitzone (§ 20 Absatz 2 des Vierten Buches) mehr als geringfügig beschäftigt sind, gilt der Betrag der beitragspflichtigen Einnahme nach § 163 Absatz 10 Satz 1 bis 5 und 8 oder § 276b des Sechsten Buches entsprechend.

§ 226 geändert durch G. v. 10.12.2001 (BGBl. I S. 3443), in Kraft ab 01.01.2002; geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4621), in Kraft ab 01.04.2003; geändert durch G. v. 21.07.2004 (BGBl. I S. 1791), in Kraft ab 01.08.2004; geändert durch G. v. 09.12.2004 (BGBl. I S. 3242), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 29.06.2006 (BGBl. I S. 1402), in Kraft ab 01.07.2006; geändert durch G. v. 31.10.2006 (BGBl. I S. 2407), in Kraft ab 08.11.2006; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 15.07.2009 (BGBl. I S. 1939), in Kraft ab 22.07.2009; geändert durch G. v. 05.12.2012 (BGBl. I S. 2474), in Kraft ab 01.01.2013

§ 227 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung und bisher nicht Versicherter

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen gilt § 240 entsprechend.

§ 227 eingefügt durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007

§ 228 Rente als beitragspflichtige Einnahmen

(1) ¹Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gelten Renten der allgemeinen Rentenversicherung sowie Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung einschließlich der Steigerungsbeträge aus Beiträgen der Höherversicherung. ²Satz 1 gilt auch, wenn vergleichbare Renten aus dem Ausland bezogen werden.

(2) ¹Bei der Beitragsbemessung sind auch Nachzahlungen einer Rente nach Absatz 1 zu berücksichtigen, soweit sie auf einen Zeitraum entfallen, in dem der Rentner Anspruch auf Leistungen nach diesem Buch hatte. ²Die Beiträge aus der Nachzahlung gelten als Beiträge für die Monate, für die die Rente nachgezahlt wird.

§ 228 geändert durch G. v. 09.12.2004 (BGBl. I S. 3242), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 22.06.2011 (BGBl. I S. 1202), in Kraft ab 01.07.2011

§ 232a Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld

(1) ¹Als beitragspflichtige Einnahmen gelten

1. bei Personen, die Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden, durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, soweit es ein Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt; 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis sind abzuziehen,
2. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, das 0,2155fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.

²Bei Personen, die Teilarbeitslosengeld oder Teilunterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist Satz 1 Nr. 1 zweiter Teilsatz nicht anzuwenden. ³Ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit oder ab Beginn des zweiten Monats eines Ruhenszeitraumes wegen einer Urlaubsabgeltung gelten die Leistungen als bezogen.

(1a) ¹Der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Jahr 2018 im Hinblick auf die für die Berechnung maßgebliche Struktur der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II zu überprüfen. ²Bei Veränderungen ist der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Wirkung zum 1. Januar 2018 neu zu bestimmen. ³Das Nähere über das Verfahren einer nachträglichen Korrektur bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen.

(2) Soweit Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch gewährt wird, gelten als beitragspflichtige Einnahmen nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 80 vom Hundert des Unterschiedsbetrages zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt nach § 106 des Dritten Buches.

(3) § 226 gilt entsprechend.

§ 232a geändert durch G. v. 16.12.1997 (BGBl. I S. 2970), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 24.03.1999 (BGBl. I S. 388), in Kraft ab 01.04.1999; geändert durch G. v. 21.12.2000 (BGBl. I S. 1971), in Kraft ab 01.01.2001; geändert durch G. v. 10.12.2001 (BGBl. I S. 3443), in Kraft ab 01.01.2002; geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4607), in Kraft ab 01.01.2003; geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4637), in Kraft ab 01.01.2003; geändert durch G. v. 24.12.2003 (BGBl. I S. 2954; ber. BGBl. I 2004 S. 2014), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 29.06.2006 (BGBl. I S. 1402), in Kraft ab 01.07.2006; geändert durch G. v. 24.04.2006 (BGBl. I S. 926), in Kraft ab 01.01.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 1066; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.07.2008; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983; ber. BGBl. I 2012 S. 579), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 20.12.2011 (BGBl. I S. 2854), in Kraft ab 01.04.2012; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2016; Abs. 1 geändert durch G. v. 18.07.2016 (BGBl. I S. 1710), in Kraft ab 01.01.2017

§ 235 Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und Behinderten in Einrichtungen

(1) ¹Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 versicherungspflichtigen Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 vom Hundert des Regelentgelts, das der Berechnung des Übergangsgeldes zugrunde liegt. ²Das Entgelt ist um den Zahlbetrag der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie um das Entgelt zu kürzen, das aus einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung erzielt wird. ³Bei Personen, die Teilübergangsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist Satz 2 nicht anzuwenden. ⁴Wird das Übergangsgeld, das Verletztengeld oder das Versorgungskrankengeld angepaßt, ist das Entgelt um den gleichen Vohundertsatz zu erhöhen. ⁵Für Teilnehmer, die kein Übergangsgeld erhalten, sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen ein Arbeitsentgelt in Höhe von 20 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(2) ¹Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 3 erhalten bleibt, sind die vom zuständigen Rehabilitations-träger nach § 251 Abs. 1 zu tragenden Beiträge nach 80 vom Hundert des Regelentgelts zu bemessen, das der Berechnung des Übergangsgeldes, des Verletztengeldes oder des Versorgungskrankengeldes zugrunde liegt. ²Absatz 1 Satz 3 gilt. ³Bei Personen, die Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 beziehen, gelten abweichend von Satz 1 als beitragspflichtige Einnahmen 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens.

(3) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8 versicherungspflichtigen behinderten Menschen ist als beitragspflichtige Einnahmen das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, mindestens jedoch ein Betrag in Höhe von 20 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde zu legen.

(4) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend; bei Anwendung des § 230 Satz 1 ist das Arbeitsentgelt vorrangig zu berücksichtigen.

§ 235 geändert durch G. v. 16.12.1997 (BGBl. I S. 2970), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.01.2000; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 23.12.2014 (BGBl. I S. 2462), in Kraft ab 01.01.2015

Dritter Titel Beitragsätze, Zusatzbeitrag

§ 241 Allgemeiner Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 241 geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2008; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015

§ 242 Zusatzbeitrag

(1) ¹Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. ²Die Krankenkassen haben den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitragssatz). ³Der Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken; dabei ist die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen nach § 220 Absatz 2 Satz 2 je Mitglied zugrunde zu legen.

(2) ¹Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitragssatz nach Absatz 1 durch Änderung der Satzung zu erhöhen. ²Muss eine Krankenkasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitragssatz bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. ³Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes an. ⁴Klagen gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) ¹Die Krankenkasse hat den Zusatzbeitrag abweichend von Absatz 1 in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu erheben für

1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a,
2. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 und 6 und Absatz 4a Satz 1,
3. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 7 und 8, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Absatz 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt,
4. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 3 oder nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht,
5. Mitglieder, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen, sowie
6. Beschäftigte, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird.

²Auf weitere beitragspflichtige Einnahmen dieser Mitglieder findet der Beitragssatz nach Absatz 1 Anwendung.

(4) Die Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches gelten entsprechend.

(5) ¹Die Krankenkassen melden die Zusatzbeitragssätze nach Absatz 1 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. ²Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine laufend aktualisierte Übersicht, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in welcher Höhe, und veröffentlicht diese Übersicht im Internet. ³Das Nähere zu Zeitpunkt, Form und Inhalt der Meldungen sowie zur Veröffentlichung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

§ 242 geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 28.07.2011 (BGBl. I S. 1622), in Kraft ab 04.08.2011; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015

§ 242a Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, multipliziert mit 100.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert in Prozent jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.

§ 242a eingefügt durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 28.07.2011 (BGBl. I S. 1622), in Kraft ab 04.08.2011; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983; ber. BGBl. I 2012 S. 579), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.08.2014; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015

§ 242b (weggefallen)

§ 242b aufgehoben durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015

§ 243 Ermäßigter Beitragssatz

1Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. 2Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4b. 3Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 243 geändert durch G. v. 06.08.1998 (BGBl. I S. 2005), in Kraft ab 12.08.1998; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2008; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015; geändert durch G. v. 04.04.2017 (BGBl. I S. 778), in Kraft ab 01.01.2018

§ 244 Ermäßigter Beitrag für Wehrdienstleistende und Zivildienstleistende

(1) 1Bei Einberufung zu einem Wehrdienst wird der Beitrag für

1. Wehrdienstleistende nach § 193 Abs. 1 auf ein Drittel,
2. Wehrdienstleistende nach § 193 Abs. 2 auf ein Zehntel

des Beitrags ermäßigt, der vor der Einberufung zuletzt zu entrichten war. 2Dies gilt nicht für aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu bemessende Beiträge.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für die Beitragszahlung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 eine pauschale Beitragsabrechnung vorschreiben und die Zahlungsweise regeln.

(3) 1Die Absätze 1 und 2 gelten für Zivildienstleistende entsprechend. 2Bei einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 tritt an die Stelle des Bundesministeriums der Verteidigung das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

§ 244 geändert durch G. v. 25.11.2003 (BGBl. I S. 2304), in Kraft ab 28.11.2003; geändert durch G. v. 22.04.2005 (BGBl. I S. 1106), in Kraft ab 30.04.2005; geändert durch G. v. 31.10.2006 (BGBl. I S. 2407), in Kraft ab 08.11.2006

§ 245 Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Versicherungspflichtigen gelten als Beitragssatz sieben Zehntel des allgemeinen Beitragssatzes.

(2) Der Beitragssatz nach Absatz 1 gilt auch für Personen, deren Mitgliedschaft in der studentischen Krankenversicherung nach § 190 Abs. 9 endet und die sich freiwillig weiterversichert haben, bis zu der das Studium abschließenden Prüfung, jedoch längstens für die Dauer von sechs Monaten.

§ 245 geändert durch G. v. 29.10.2001 (BGBl. I S. 2785), in Kraft ab 07.11.2001; geändert durch G. v. 25.11.2003 (BGBl. I S. 2304), in Kraft ab 28.11.2003; geändert durch G. v. 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190; ber. BGBl. I 2004 S. 452; ber. BGBl. I 2004 S. 2014; ber. BGBl. I 2004 S. 3445), in Kraft ab 01.07.2005; geändert durch G. v. 31.10.2006 (BGBl. I S. 2407), in Kraft ab 08.11.2006; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009

§ 246 Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt als Beitragssatz der ermäßigte Beitragssatz nach § 243.

§ 246 neu gefasst durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009

Vierter Titel Tragung der Beiträge

§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

(1) 1Bei versicherungspflichtig Beschäftigten nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 und 13 trägt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt nach dem allgemeinen oder ermäßigten Beitragssatz; im Übrigen tragen die Beschäftigten die Beiträge. 2Bei geringfügig Beschäftigten gilt § 249b.

(2) Der Arbeitgeber trägt den Beitrag allein für Beschäftigte, soweit Beiträge für Kurzarbeitergeld zu zahlen sind.

(3) 1Abweichend von Absatz 1 werden die Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten mit einem monatlichen Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone nach § 20 Abs. 2 des Vierten Buches vom Arbeitgeber in Höhe der Hälfte des Betrages, der sich ergibt, wenn der allgemeine oder ermäßigte Beitragssatz auf das der Beschäftigung zugrunde liegende Arbeitsentgelt angewendet wird, im Übrigen vom Versicherten getragen. 2Dies gilt auch für Personen, für die § 7 Absatz 3 Anwendung findet.

§ 249 geändert durch G. v. 12.12.1996 (BGBl. I S. 1859), in Kraft ab 01.01.1997; geändert durch G. v. 16.12.1997 (BGBl. I S. 2970), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 24.03.1999 (BGBl. I S. 388), in Kraft ab 01.04.1999; geändert durch G. v. 23.10.2001 (BGBl. I S. 2702), in Kraft ab 01.01.2002; geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4621), in Kraft ab 01.04.2003; geändert durch G. v. 24.07.2003 (BGBl. I S. 1526), in Kraft ab 01.08.2003; geändert durch G. v. 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190; ber. BGBl. I 2004 S. 452; ber. BGBl. I 2004 S. 2014; ber. BGBl. I 2004 S. 3445), in Kraft ab 01.07.2005; geändert durch G. v. 24.04.2006 (BGBl. I S. 926), in Kraft ab 01.01.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983; ber. BGBl. I 2012 S. 579), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 05.12.2012 (BGBl. I S. 2474), in Kraft ab 01.01.2013; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015

§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

¹Bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Rentner die Beiträge. ²Bei Versicherungspflichtigen, die eine für sie nach § 237 Satz 2 beitragsfreie Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte. ³Die Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 tragen die Rentner allein.

§ 249a geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 1066; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 14.06.2007 (BGBl. I S. 1066), m.W.v. 01.04.2007; geändert durch G. v. 14.06.2007 (BGBl. I S. 1066), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.06.2011 (BGBl. I S. 1202), in Kraft ab 01.07.2011; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015; geändert durch G. v. 21.12.2015 (BGBl. I S. 2408), in Kraft ab 01.01.2017

§ 249b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung

¹Der Arbeitgeber einer Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches hat für Versicherte, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, einen Beitrag in Höhe von 13 vom Hundert des Arbeitsentgelts dieser Beschäftigung zu tragen. ²Für Beschäftigte in Privathaushalten nach § 8a Satz 1 des Vierten Buches, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, hat der Arbeitgeber einen Beitrag in Höhe von 5 vom Hundert des Arbeitsentgelts dieser Beschäftigung zu tragen. ³Für den Beitrag des Arbeitgebers gelten der Dritte Abschnitt des Vierten Buches sowie § 111 Abs. 1 Nr. 2 bis 4, 8 und Abs. 2 und 4 des Vierten Buches entsprechend.

§ 249b eingefügt durch G. v. 24.03.1999 (BGBl. I S. 388), in Kraft ab 01.04.1999; geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4621), in Kraft ab 01.04.2003; geändert durch G. v. 29.06.2006 (BGBl. I S. 1402), in Kraft ab 01.07.2006

§ 249c Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

¹Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, getragen

1. bei Personen, die einen in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und der Pflegekasse je zur Hälfte,
2. bei Personen, die einen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherungspflichtigen Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und dem privaten Versicherungsunternehmen je zur Hälfte,
3. bei Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von den Versicherten zur Hälfte und von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen jeweils anteilig,

im Übrigen von der Pflegekasse, dem privaten Versicherungsunternehmen oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen. ²Die Beiträge werden von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen allein oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen getragen, wenn das dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt 450 Euro nicht übersteigt.

§ 249c eingefügt durch G. v. 23.12.2014 (BGBl. I S. 2462), in Kraft ab 01.01.2015

§ 250 Tragung der Beiträge durch das Mitglied

(1) Versicherungspflichtige tragen die Beiträge aus

1. den Versorgungsbezügen,
2. dem Arbeitseinkommen,
3. den beitragspflichtigen Einnahmen nach § 236 Abs. 1

allein.

- (2) Freiwillige Mitglieder, in § 189 genannte Rentenantragsteller sowie Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 erhalten bleibt, tragen den Beitrag allein.
- (3) Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und nach § 228 Absatz 1 Satz 1 zu tragenden Beiträge allein.

§ 250 geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.06.2011 (BGBl. I S. 1202), in Kraft ab 01.07.2011; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015

§ 251 Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger trägt die auf Grund der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung (§ 5 Abs. 1 Nr. 6) oder des Bezugs von Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld (§ 192 Abs. 1 Nr. 3) zu zahlenden Beiträge.

(2) 1Der Träger der Einrichtung trägt den Beitrag allein

1. für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 versicherungspflichtigen Jugendlichen,
2. für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 versicherungspflichtigen behinderten Menschen, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Abs. 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt, im übrigen gilt § 249 Abs. 1 entsprechend.

2Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 versicherungspflichtigen behinderten Menschen sind die Beiträge, die der Träger der Einrichtung zu tragen hat, von den für die behinderten Menschen zuständigen Leistungsträgern zu erstatten. 3Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 gelten für einen anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches entsprechend.

(3) 1Die Künstlersozialkasse trägt die Beiträge für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder. 2Hat die Künstlersozialkasse nach § 16 Abs. 2 Satz 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes das Ruhen der Leistungen festgestellt, entfällt für die Zeit des Ruhens die Pflicht zur Entrichtung des Beitrages, es sei denn, das Ruhen endet nach § 16 Abs. 2 Satz 5 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. 3Bei einer Vereinbarung nach § 16 Abs. 2 Satz 6 des Künstlersozialversicherungsgesetzes ist die Künstlersozialkasse zur Entrichtung der Beiträge für die Zeit des Ruhens insoweit verpflichtet, als der Versicherte seine Beitragsanteile zahlt.

(4) 1Der Bund trägt die Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende im Falle des § 193 Abs. 2 und 3 sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II. 2Die Höhe der vom Bund zu tragenden Zusatzbeiträge für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II wird für ein Kalenderjahr jeweils im Folgejahr abschließend festgestellt. 3Hierzu ermittelt das Bundesministerium für Gesundheit den rechnerischen Zusatzbeitragssatz, der sich als Durchschnitt der im Kalenderjahr geltenden Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen nach § 242 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Zahl ihrer Mitglieder ergibt. 4Weicht der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a von dem für das Kalenderjahr nach Satz 2 ermittelten rechnerischen Zusatzbeitragssatz ab, so erfolgt zwischen dem Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt ein finanzieller Ausgleich des sich aus der Abweichung ergebenden Differenzbetrags. 5Den Ausgleich führt das Bundesversicherungsamt für den Gesundheitsfonds nach § 271 und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen für den Bund durch. 6Ein Ausgleich findet nicht statt, wenn sich ein Betrag von weniger als einer Million Euro ergibt.

(4a) Die Bundesagentur für Arbeit trägt die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch.

(4b) Für 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, trägt die geistliche Genossenschaft oder ähnliche religiöse Gemeinschaft die Beiträge.

(4c) Für Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden, trägt der Träger der Einrichtung die Beiträge.

(5) 1Die Krankenkassen sind zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. 2In den Fällen der Absätze 3, 4 und 4a ist das Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. 3Ihm sind die für die Durchführung der Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. 4Das Bundesversicherungsamt kann die Prüfung durch eine Krankenkasse oder einen Landesverband wahrnehmen lassen; der Beauftragte muss zustimmen. 5Dem Beauftragten sind die erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. 6Der Beauftragte darf die erhobenen Daten nur zum Zweck der Durchführung der Prüfung verarbeiten und nutzen. 7Die Daten sind nach Abschluss der Prüfung zu löschen. 8Im Übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.

§ 251 geändert durch G. v. 24.03.1997 (BGBl. I S. 594), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.01.2000; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 10.12.2001 (BGBl. I S. 3443), in Kraft ab 01.01.2002; geändert durch G. v. 21.06.2002 (BGBl. I S. 2167), in Kraft ab 01.07.2002; geändert durch G. v. 23.12.2003 (BGBl. I S. 2848), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 24.12.2003

(BGBl. I S. 2954; ber. BGBl. I 2004 S. 2014), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 24.03.2011 (BGBl. I S. 453), m.W.v. 01.01.2011; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015; Abs. 2 geändert durch G. v. 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234), in Kraft ab 01.01.2018

Fünfter Titel Zahlung der Beiträge

§ 252 Beitragszahlung

(1) ¹Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. ²Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch.

(2) ¹Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. ²Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. ³Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. ⁴Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt.

(2a) ¹Die Pflegekassen zahlen für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 1 und 3. ²Die privaten Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die Dienstherren zahlen die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 2 und 3; der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und die Dienstherren vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge. ³Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(3) ¹Schuldet ein Mitglied Auslagen, Gebühren, insbesondere Mahn- und Vollstreckungsgebühren sowie wie Gebühren zu behandelnde Entgelte für Rücklastschriften, Beiträge, den Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung, Prämien nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen, Bußgelder oder Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. ²Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. ³Innerhalb der gleichen Schuldenart werden die einzelnen Schulden nach ihrer Fälligkeit, bei gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.

(4) Für die Haftung der Einzugsstellen wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Einzug von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 gilt § 28r Abs. 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 durch die Krankenkassen, auch abweichend von § 274.

(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge gegenüber dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds entgegen der Rechtsverordnung auf Grundlage der §§ 28n und 28p des Vierten Buches nicht, nicht vollständig, nicht richtig oder nicht fristgerecht abgibt, kann sie die Aufforderung zur Behebung der festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen mit der Androhung eines Zwangsgeldes bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbinden.

§ 252 geändert durch G. v. 24.03.1997 (BGBl. I S. 594), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 23.12.2003 (BGBl. I S. 2848), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 30.07.2004 (BGBl. I S. 2014), in Kraft ab 06.08.2004; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 15.12.2008 (BGBl. I S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309), in Kraft ab 01.01.2011; geändert durch G. v. 24.03.2011 (BGBl. I S. 453), m.W.v. 01.01.2011; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983; ber. BGBl. I 2012 S. 579), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015; geändert durch G. v. 23.12.2014 (BGBl. I S. 2462), in Kraft ab 01.01.2015; geändert durch G. v. 21.12.2015 (BGBl. I S. 2424), in Kraft ab 01.01.2016; Abs. 3 geändert durch G. v. 11.11.2016 (BGBl. I S. 2500), in Kraft ab 01.01.2017

§ 256a Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen

(1) Zeigt ein Versicherter das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 erst nach einem der in § 186 Absatz 11 Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkte an, soll die Krankenkasse die für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beiträge angemessen ermäßigen; darauf entfallende Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches sind vollständig zu erlassen.

(2) ¹Erfolgt die Anzeige nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 2013, soll die Krankenkasse den für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beitrag und die darauf entfallenden Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches erlassen. ²Satz 1 gilt für bis zum 31. Juli 2013 erfolgte Anzeigen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 für noch ausstehende Beiträge und Säumniszuschläge entsprechend.

(3) Die Krankenkasse hat für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 sowie für freiwillige Mitglieder noch nicht gezahlte Säumniszuschläge in Höhe der Differenz zwischen dem nach § 24 Absatz 1a des Vierten Buches in der bis zum 31. Juli 2013 geltenden Fassung erhobenen Säumniszuschlag und dem sich bei Anwendung des in § 24 Absatz 1 des Vierten Buches ergebenden Säumniszuschlag zu erlassen.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zur Ermäßigung und zum Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen nach den Absätzen 1 bis 3, insbesondere zu einem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen als Voraussetzung für die Ermäßigung oder den Erlass. Die Regelungen nach Satz 1 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und sind diesem spätestens bis zum 15. September 2013 vorzulegen.

§ 256a eingefügt durch G. v. 15.07.2013 (BGBl. I S. 2423), in Kraft ab 01.08.2013

Zweiter Abschnitt Beitragszuschüsse

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuß den Betrag, den der Arbeitgeber entsprechend § 249 Absatz 1 oder 2 bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 241 und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Beschäftigte, die bei Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, tritt an die Stelle des Beitragssatzes nach § 241 der Beitragssatz nach § 243. Soweit Kurzarbeitergeld bezogen wird, ist der Beitragszuschuss in Höhe des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten entsprechend § 249 Absatz 2 zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; für die Berechnung gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a erhöhte allgemeine Beitragssatz nach § 241. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. einen Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
- 2a. sich verpflichtet, Interessenten vor Abschluss der Versicherung das amtliche Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auszuhändigen, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt,
3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf einen Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(3) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 1 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Bezieher von Vorruhestandsgeld zu tragen hätte. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 2 hatten, bleibt der Anspruch für

die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. ²Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 243 und des Vorruhestandsgeldes bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 3) als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 257 geändert durch G. v. 24.03.1997 (BGBl. I S. 594), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.07.2000; geändert durch G. v. 16.02.2001 (BGBl. I S. 266), in Kraft ab 01.08.2001; geändert durch G. v. 21.06.2002 (BGBl. I S. 2167), in Kraft ab 01.07.2002; geändert durch G. v. 23.12.2002 (BGBl. I S. 4637), in Kraft ab 01.01.2003; geändert durch G. v. 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190; ber. BGBl. I 2004 S. 452; ber. BGBl. I 2004 S. 2014; ber. BGBl. I 2004 S. 3445), in Kraft ab 01.07.2005; geändert durch G. v. 24.04.2006 (BGBl. I S. 926), in Kraft ab 01.01.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 14.06.2007 (BGBl. I S. 1066), m.W.v. 01.04.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 1066; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 14.06.2007 (BGBl. I S. 1066), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983; ber. BGBl. I 2012 S. 579), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G. v. 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133), in Kraft ab 01.01.2015; geändert durch G. v. 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211), in Kraft ab 23.07.2015; geändert durch G. v. 01.04.2015 (BGBl. I S. 434), in Kraft ab 01.01.2016

§ 258 Beitragszuschüsse für andere Personen

¹In § 5 Abs. 1 Nr. 6, 7 oder 8 genannte Personen, die nach § 6 Abs. 3a versicherungsfrei sind, sowie Bezieher von Übergangsgeld, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 von der Versicherungspflicht befreit sind, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag. ²Als Zuschuß ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Krankenversicherungspflicht zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen ist. ³§ 257 Abs. 2a gilt entsprechend.

§ 258 geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.01.2000; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009

Neuntes Kapitel Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Erster Abschnitt Aufgaben

§ 275 Begutachtung und Beratung

(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,
2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen nach den §§ 14 bis 24 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,
3. bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder
 - b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit,

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

(1a) ¹Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen

- a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder
- b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.

²Die Prüfung hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Feststellung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. ³Der Arbeitgeber kann verlangen, daß die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. ⁴Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

(1b) „Der Medizinische Dienst überprüft bei Vertragsärzten, die nach § 106a Absatz 1 geprüft werden, stichprobenartig und zeitnah Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit. „Die in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner vereinbaren das Nähere.

(1c) „Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. „Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. „Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. „Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert.

(2) Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung (Anschlußheilbehandlung),
2. (weggefallen)
3. bei Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist (§ 18),
4. ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist (§ 37 Abs. 1),
5. ob Versorgung mit Zahnersatz aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist (§ 27 Abs. 2).

(3) Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen

1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,
2. bei Dialysebehandlung, welche Form der ambulanten Dialysebehandlung unter Berücksichtigung des Einzelfalls notwendig und wirtschaftlich ist,
3. die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen,
4. ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66).

(3a) Ergeben sich bei der Auswertung der Unterlagen über die Zuordnung von Patienten zu den Behandlungsbereichen nach § 4 der Psychiatrie-Personalverordnung in vergleichbaren Gruppen Abweichungen, so können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Zuordnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen; das zu übermittelnde Ergebnis der Überprüfung darf keine Sozialdaten enthalten.

(4) „Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst oder andere Gutachterdienste zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse. „Der Medizinische Dienst führt die Aufgaben nach § 116b Absatz 2 durch, wenn der erweiterte Landesausschuss ihn hiermit nach § 116b Absatz 3 Satz 8 ganz oder teilweise beauftragt.

(4a) „Soweit die Erfüllung der sonstigen dem Medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann er Beamte nach den §§ 44 bis 49 des Bundesbeamtengesetzes ärztlich untersuchen und ärztliche Gutachten fertigen. „Die hierdurch entstehenden Kosten sind von der Behörde, die den Auftrag erteilt hat, zu erstatten. „§ 281 Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend. „Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und das Bundesministerium des Innern vereinbaren unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Durchführung von Untersuchungen und zur Fertigung von Gutachten nach Satz 1 erklärt haben, das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kostenerstattung. „Die Medizinischen Dienste legen die Vereinbarung ihrer Aufsichtsbehörde vor, die der Vereinbarung innerhalb von drei Monaten nach Vorlage widersprechen kann, wenn die Erfüllung der sonstigen Aufgaben des Medizinischen Dienstes gefährdet wäre.

(5) „Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. „Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

§ 275 geändert durch G. v. 23.06.1997 (BGBl. I S. 1520), in Kraft ab 01.07.1997; geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.01.2000; geändert durch G. v. 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046), in Kraft ab 01.07.2001; geändert durch G. v. 23.04.2002 (BGBl. I S. 1412), in Kraft ab 01.01.2003; geändert durch G. v. 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190; ber. BGBl. I 2004 S. 452; ber. BGBl. I 2004 S. 2014; ber. BGBl. I 2004 S. 3445), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007; geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 1066; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.07.2008; geändert durch G. v. 17.03.2009 (BGBl. I S. 534), in Kraft ab 25.03.2009; geändert durch G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983; ber. BGBl. I 2012 S. 579), in Kraft ab 01.01.2012; geändert durch G.

v. 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211), in Kraft ab 23.07.2015; geändert durch G. v. 10.12.2015 (BGBl. I S. 2229), in Kraft ab 01.01.2016; Abs. 1b geändert durch Art. 2 G. v. 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211), in Kraft ab 01.01.2017; Abs. 1 geändert durch G. v. 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234), in Kraft ab 01.01.2018

§ 275a Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

(1) ¹Der Medizinische Dienst führt nach Maßgabe der folgenden Absätze und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern durch. ²Voraussetzung für die Durchführung einer solchen Kontrolle ist, dass der Medizinische Dienst hierzu von einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle oder einer Stelle nach Absatz 4 beauftragt wurde. ³Die Kontrollen sind aufwandsarm zu gestalten und können unangemeldet durchgeführt werden.

(2) ¹Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Kontrollen bestimmen sich abschließend nach dem konkreten Auftrag, den die in den Absätzen 3 und 4 genannten Stellen erteilen. ²Der Auftrag muss in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen, die Auslöser für die Kontrollen sind. ³Gegenstand dieser Aufträge können sein

1. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c,
2. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und
3. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.

⁴Werden bei Durchführung der Kontrollen Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Kontrollauftrags liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese dem Auftraggeber nach Absatz 3 oder Absatz 4 sowie dem Krankenhaus unverzüglich mit. ⁵Satz 2 gilt nicht für Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten nach § 137 Absatz 3 Satz 1.

(3) ¹Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür bestimmten Stellen beauftragen den Medizinischen Dienst nach Maßgabe der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 und 2. ²Soweit der Auftrag auch eine Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 beinhaltet, sind dem Medizinischen Dienst vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst im Rahmen der Kontrolle zu prüfen hat.

(4) Der Medizinische Dienst kann auch von den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 beauftragt werden.

§ 275a eingefügt durch G. v. 10.12.2015 (BGBl. I S. 2229), in Kraft ab 01.01.2016; Abs. 2 geändert durch Art. 8 G. v. 18.07.2017 (BGBl. I S. 2757), in Kraft ab 29.07.2017

Elftes Kapitel Straf- und Bußgeldvorschriften

§ 306 Zusammenarbeit zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten

¹Zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten arbeiten die Krankenkassen insbesondere mit der Bundesagentur für Arbeit, den Behörden der Zollverwaltung, den Rentenversicherungsträgern, den Trägern der Sozialhilfe, den in § 71 des Aufenthaltsgesetzes genannten Behörden, den Finanzbehörden, den nach Landesrecht für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz zuständigen Behörden, den Trägern der Unfallversicherung und den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen, wenn sich im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte ergeben für

1. Verstöße gegen das Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz,
2. eine Beschäftigung oder Tätigkeit von nichtdeutschen Arbeitnehmern ohne den erforderlichen Aufenthaltstitel nach § 4 Abs. 3 des Aufenthaltsgesetzes, eine Aufenthaltsgestattung oder eine Duldung, die zur Ausübung der Beschäftigung berechtigten, oder eine Genehmigung nach § 284 Abs. 1 des Dritten Buches,
3. Verstöße gegen die Mitwirkungspflicht nach § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Ersten Buches gegenüber einer Dienststelle der Bundesagentur für Arbeit, einem Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung oder einem Träger der Sozialhilfe oder gegen die Meldepflicht nach § 8a des Asylbewerberleistungsgesetzes,
4. Verstöße gegen das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz,
5. Verstöße gegen die Vorschriften des Vierten und des Siebten Buches über die Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen, soweit sie im Zusammenhang mit den in den Nummern 1 bis 4 genannten Verstößen stehen,
6. Verstöße gegen Steuergesetze,
7. Verstöße gegen das Aufenthaltsgesetz.

²Sie unterrichten die für die Verfolgung und Ahndung zuständigen Behörden, die Träger der Sozialhilfe sowie die Behörden nach § 71 des Aufenthaltsgesetzes. ³Die Unterrichtung kann auch Angaben über die Tatsachen enthalten, die für die

Einziehung der Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung erforderlich sind. 4Die Übermittlung von Sozialdaten, die nach den §§ 284 bis 302 von Versicherten erhoben werden, ist unzulässig.

§ 306 geändert durch G. v. 16.12.1997 (BGBl. I S. 2970), in Kraft ab 01.01.1998; geändert durch G. v. 23.07.2002 (BGBl. I S. 2787), in Kraft ab 01.08.2002; geändert durch G. v. 23.12.2003 (BGBl. I S. 2848), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 30.07.2004 (BGBl. I S. 1950), in Kraft ab 01.01.2005; geändert durch G. v. 14.03.2005 (BGBl. I S. 721), in Kraft ab 18.03.2005

§ 307 Bußgeldvorschriften

(1) Ordnungswidrig handelt, wer entgegen § 291a Abs. 8 Satz 1 eine dort genannte Gestattung verlangt oder mit dem Inhaber der Karte eine solche Gestattung vereinbart.

(1a) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 291b Absatz 6 Satz 2 und 4 eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vornimmt.

(1b) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 291b Absatz 8 Satz 2 einer verbindlichen Anweisung nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig Folge leistet.

(1c) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 291b Absatz 8 Satz 3 einer verbindlichen Anweisung nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig Folge leistet.

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder leichtfertig

1. a) als Arbeitgeber entgegen § 204 Abs. 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1, oder
b) entgegen § 204 Abs. 1 Satz 3, auch in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1, oder § 205 Nr. 3 oder
c) als für die Zahlstelle Verantwortlicher entgegen § 202 Absatz 1 Satz 1

eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,

2. entgegen § 206 Abs. 1 Satz 1 eine Auskunft oder eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder mitteilt oder
3. entgegen § 206 Abs. 1 Satz 2 die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt.

(3) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 1 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro, in den übrigen Fällen mit einer Geldbuße bis zu zweitausendfünfhundert Euro geahndet werden.

(4) Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist in den Fällen der Absätze 1a bis 1c das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik.

§ 307 geändert durch G. v. 23.10.2001 (BGBl. I S. 2702), in Kraft ab 01.01.2002; geändert durch G. v. 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190; ber. BGBl. I 2004 S. 452; ber. BGBl. I 2004 S. 2014; ber. BGBl. I 2004 S. 3445), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 30.05.2016 (BGBl. I S. 1254), in Kraft ab 04.06.2016; Abs. 1 geändert, Abs. 1a bis 1c eingefügt, Abs. 4 angefügt durch G. v. 23.06.2017 (BGBl. I S. 1885), in Kraft ab 30.06.2017

§ 307a Strafvorschriften

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen § 171b Absatz 2 Satz 1 die Zahlungsunfähigkeit oder die Überschuldung nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig anzeigt.

(2) Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

§ 307a eingefügt durch G. v. 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190; ber. BGBl. I 2004 S. 452; ber. BGBl. I 2004 S. 2014; ber. BGBl. I 2004 S. 3445), in Kraft ab 01.01.2004; geändert durch G. v. 15.12.2008 (BGBl. I S. 2426), in Kraft ab 01.01.2010; eingefügt durch G. v. 24.07.2010 (BGBl. I S. 983), in Kraft ab 30.07.2010

§ 307b Strafvorschriften

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen § 291a Absatz 4 Satz 1 oder Absatz 5a Satz 1 erster Halbsatz oder Satz 2 auf dort genannte Daten zugreift.

(2) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen Anderen zu bereichern oder einen Anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe.

(3) 1Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. 2Antragsberechtigt sind der Betroffene, der Bundesbeauftragte für den Datenschutz oder die zuständige Aufsichtsbehörde.

§ 307b umbenannt und geändert durch G. v. 24.07.2010 (BGBl. I S. 983), in Kraft ab 30.07.2010; geändert durch G. v. 12.07.2012 (BGBl. I S. 1504), in Kraft ab 01.11.2012

Zwölftes Kapitel

Überleitungsregelungen aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands

§ 308 (weggefallen)

§ 308 aufgehoben durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2657), in Kraft ab 01.01.2001

§ 309 Versicherter Personenkreis

(1) Soweit Vorschriften dieses Buches

1. an die Bezugsgröße anknüpfen, gilt vom 1. Januar 2001 an die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet,
2. an die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung anknüpfen, gilt von dem nach Nummer 1 maßgeblichen Zeitpunkt an die Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 des Sechsten Buches auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.

(2) bis (4) (weggefallen)

(5) 1Zeiten der Versicherung, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 1990 in der Sozialversicherung oder in der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der Staatlichen ehemaligen Versicherung der Deutschen Demokratischen Republik oder in einem Sonderversorgungssystem (§ 1 Abs. 3 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes) zurückgelegt wurden, gelten als Zeiten einer Pflichtversicherung bei einer Krankenkasse im Sinne dieses Buches. 2Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 gilt Satz 1 vom 1. Januar 1991 an entsprechend für Personen, die ihren Wohnsitz und ihre Versicherung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand vom 2. Oktober 1990 hatten und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt waren, wenn sie nur wegen Überschreitung der in diesem Gebiet geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 nicht überschritten wurde.

§ 309 geändert durch G. v. 24.03.1999 (BGBl. I S. 388), in Kraft ab 01.04.1999; geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626; ber. BGBl. I 2002 S. 684), in Kraft ab 01.01.2000; geändert durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2657), in Kraft ab 01.01.2001; geändert durch G. v. 09.12.2004 (BGBl. I S. 3242), in Kraft ab 01.01.2005

§ 312 (weggefallen)

§ 312 aufgehoben durch G. v. 22.12.1999 (BGBl. I S. 2657), in Kraft ab 01.01.2001

§ 313 (weggefallen)

§ 313 aufgehoben durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I S. 1066; ber. BGBl. I S. 3024; ber. BGBl. I S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.04.2007

Dreizehntes Kapitel

Weitere Übergangsvorschriften

§ 314 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Versicherungsverträge, die den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zum Gegenstand haben, werden auf Antrag der Versicherten auf Versicherungsverträge nach dem Basistarif gemäß § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

(2) 1Zur Gewährleistung der in § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Begrenzung bleiben im Hinblick auf die ab 1. Januar 2009 weiterhin im Standardtarif Versicherten alle Versicherungsunternehmen, die die nach § 257 Abs. 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. 2Für in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2c in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

§ 314 geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 1066; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009; geändert durch G. v. 01.04.2015 (BGBl. I S. 434), in Kraft ab 01.01.2016

§ 315 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) 1Personen, die weder

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch
5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,

können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. ²Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. ³Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. ⁴Abweichend von Satz 1 Nr. 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.

(2) ¹Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. ²§ 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, § 26 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Zweiten Buches sowie § 32 Absatz 5 des Zwölften Buches gelten für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

(3) ¹Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. ²Abweichend von § 257 Abs. 2b sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Absatz 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

§ 315 geändert durch G. v. 26.03.2007 (BGBl. I S. 378; ber. BGBl. I 2007 S. 1066; ber. BGBl. I 2007 S. 3024; ber. BGBl. I 2007 S. 3305; ber. BGBl. I 2008 S. 2426), in Kraft ab 01.07.2007; geändert durch G. v. 01.04.2015 (BGBl. I S. 434), in Kraft ab 01.01.2016; geändert durch G. v. 26.07.2016 (BGBl. I S. 1824), in Kraft ab 01.01.2017

Änderungen zum 01.01.2017: § 315 Abs. 2 geändert durch Art. 3 Abs. 1, G. v. 26.07.2016 (BGBl. I S. 1824)

§ 316 Übergangsregelung zur enteralen Ernährung

Versicherte haben bis zur Veröffentlichung der Zusammenstellung nach § 31 Abs. 5 Satz 2 im Bundesanzeiger Anspruch auf enterale Ernährung nach Maßgabe des Kapitels E der Arzneimittel-Richtlinien in der Fassung vom 25. August 2005 (BAnz. S. 13 241).

§ 316 eingefügt durch G. v. 15.12.2008 (BGBl. I S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009

§ 317 Psychotherapeuten

¹Abweichend von § 95 Abs. 10 werden Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn sie

1. eine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz und den Fachkundenachweis nach § 95c Satz 2 Nr. 3 haben,
2. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum teilgenommen haben und diese Tätigkeit vergleichbar mit der in der gesetzlichen Krankenversicherung war und
3. bis zum 30. Juni 2009 die Approbationsurkunde vorlegen und den Antrag auf Erteilung der Zulassung gestellt haben.

²Der Zulassungsausschuss hat über die Zulassungsanträge bis zum 30. September 2009 zu entscheiden.

§ 317 eingefügt durch G. v. 15.12.2008 (BGBl. I S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009

§ 318 Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

¹Die Regelung des § 37 Abs. 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist nicht anzuwenden, wenn die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung abweichend von § 71 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches getrennt im Haushaltsplan ausweist sowie die Rechnungslegung und den Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchführt. ²Satz 1 gilt nur, wenn das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor der Bekanntmachung nach § 37 Abs. 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das folgende Ausgleichsjahr auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt im Haushaltsplan ausgewiesen sind. ³Entsprechend gilt Satz 1 für den Jahresausgleich nach § 41 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung nur, wenn das Bundes-

versicherungsamt rechtzeitig vor der Durchführung des Jahresausgleichs auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass sie die Rechnungslegung und den Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchgeführt hat.

§ 318 eingefügt durch G. v. 15.12.2008 (BGBl. I S. 2426), in Kraft ab 01.01.2009

§ 319 Übergangsregelung zum Krankengeldwahltarif

(1) Wahltarife, die Versicherte auf der Grundlage der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Fassung des § 53 Absatz 6 abgeschlossen haben, enden zu diesem Zeitpunkt.

(2) ¹Versicherte, die am 31. Juli 2009 Leistungen aus einem Wahltarif nach § 53 Absatz 6 bezogen haben, haben Anspruch auf Leistungen nach Maßgabe ihres Wahltarifs bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat. ²Aufwendungen nach Satz 1 bleiben bei der Anwendung des § 53 Absatz 9 Satz 1 unberücksichtigt.

(3) ¹Die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 kann bis zum 30. September 2009 mit Wirkung vom 1. August 2009 abgegeben werden. ²Wahltarife nach § 53 Absatz 6 können bis zum 30. September 2009 oder zu einem in der Satzung der Krankenkasse festgelegten späteren Zeitpunkt mit Wirkung vom 1. August 2009 neu abgeschlossen werden. ³Abweichend von den Sätzen 1 und 2 können Versicherte nach Absatz 2 innerhalb von acht Wochen nach dem Ende des Leistungsbezugs rückwirkend zu dem Tag, der auf den letzten Tag des Leistungsbezugs folgt, die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 abgeben oder einen Wahltarif wählen.

§ 319 eingefügt durch G. v. 17.07.2009 (BGBl. I S. 1990), in Kraft ab 01.08.2009

§ 320 Übergangsregelung zur befristeten Weiteranwendung aufgehobener Vorschriften

§ 120 Absatz 6 und § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 in der Fassung des Artikels 15 Nummer 6a Buchstabe c und Nummer 13a Buchstabe b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) sind bis zum 1. Juli 2011 weiter anzuwenden.

§ 320 eingefügt durch G. v. 24.07.2010 (BGBl. I S. 983), m.W.v. 01.07.2010

Änderungen ab 2010

Ifd. Nr.	Ändernde Vorschrift	Datum Inkrafttreten	Fundstelle	Geänderte §§
1	Gesetz zur Stabilisierung der Finanzlage der Sozialversicherungssysteme und zur Einführung eines Sonderprogramms mit Maßnahmen für Milchviehhalter sowie zur Änderung anderer Gesetze (Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz – SozVersStabG)	14.04.2010 in Kraft 01.01.2010	BGBl. I S. 410	221a, 271
2	Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften	24.07.2010 in Kraft z.T. 01.01.2010, 01.07.2010, 30.07.2010	BGBl. I S. 983	130a, 171b, 171d, 217b, 217c, 274, 291-291b, 307a, 307b, 320
3	Haushaltsbegleitgesetz 2011 (HBegIG 2011)	09.12.2010 in Kraft 01.01.2011	BGBl. I S. 1885	221a
4	Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG)	22.12.2010 in Kraft z.T. 28.12.2010, 01.01.2011, 01.01.2012	BGBl. I S. 2262	13, 31, 34-35c, 65b, 69, 73d, 84, 91, 92, 106, 129-132e, 140a, 140b
5	Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)	22.12.2010 in Kraft z.T. 01.01.2008, 01.01.2010, 22.09.2010, 31.12.2010, 01.01.2011, 02.01.2011, 01.01.2012	BGBl. I S. 2309	4, 6, 8, 9, 13, 43b, 53, 71, 73b, 85, 87-87e, 105, 120, 129, 171a, 190, 194, 201, 220-221b, 232a, 241-243, 251, 252, 255, 256, 271, 284, 291a
6	Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch	24.03.2011 in Kraft 01.01.2011	BGBl. I S. 453	5, 221b, 251, 252
7	Gesetz zur Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes	28.04.2011 in Kraft 03.05.2011	BGBl. I S. 687	7, 10
8	Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze	22.06.2011 in Kraft z.T. 29.06.2011, 01.07.2011	BGBl. I S. 1202	6, 9, 13, 140e, 219a-219c, 228, 240, 247, 249a, 250, 255, 291a
9	Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze	28.07.2011 in Kraft z.T. 04.08.2011, 01.01.2013	BGBl. I S. 1622	87, 111, 111b, 137, 171d, 242-242b, 274, 279, 281, 282, 285, 293, 295a
10	Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt	20.12.2011 in Kraft z.T. 28.12.2011, 01.04.2012	BGBl. I S. 2854	5, 232a, 240, 242b

Ifd. Nr.	Ändernde Vorschrift	Datum Inkrafttreten	Fundstelle	Geänderte §§
11	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)	22.12.2011 in Kraft z.T. 01.05.2011, 23.09.2011, 01.12.2011, 01.01.2012, 01.07.2012, 01.01.2013, 01.01.2014	BGBl. I S. 2983ber. , 2012 S. 579	2, 4, 8-11, 19-21, 24b, 28, 32-35c, 37b-40, 47a, 49, 55, 62, 64, 64a, 71, 73, 73b, 75, 77, 79-81a, 84-85c, 87-87d, 90-92, 95, 95d, 98, 99, 101, 103, 105, 106, 111b-112, 115a-116b, 119b, 120, 126-128, 130a, 130b, 133-137g, 140a-140f, 142, 146a, 153, 155, 163, 170-173, 175, 197a, 201, 212, 217b-217g, 220-222, 225, 232a, 242-242b, 249, 251, 252, 256, 257, 261, 263a-271, 275, 284, 285, 295, 299, 300, 302-303f, 305, 305b, 313a, 321
12	Gesetz zur Änderung von Vorschriften über Verkündung und Bekanntmachungen sowie der Zivilprozessordnung, des Gesetzes betreffend die Einführung der Zivilprozessordnung und der Abgabenordnung	22.12.2011 in Kraft 01.04.2012	BGBl. I S. 3044	291b
13	Viertes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze	22.12.2011 in Kraft 01.01.2012	BGBl. I S. 3057	5
14	Gesetz zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-Neuordnungsgesetz – LSV-NOG)	12.04.2012 in Kraft 01.01.2013	BGBl. I S. 579ber. , S. 2246	4, 82, 90, 155, 166, 217c, 219a, 221, 255, 265a-267, 278
15	Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz	12.07.2012 in Kraft 01.11.2012	BGBl. I S. 1504	291a, 307b
16	Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes	21.07.2012 in Kraft 01.08.2012	BGBl. I S. 1601	11, 27, 44a, 92, 115a, 116b, 192
17	Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)	21.07.2012 in Kraft z.T. 01.08.2012, 01.01.2013	BGBl. I S. 1613	64, 64b, 118, 118a, 120, 137, 137e, 139c, 291a, 301
18	Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften	19.10.2012 in Kraft z.T. 28.06.2012, 26.10.2012	BGBl. I S. 2192	35a, 91, 106, 129-130b, 171e
19	Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG)	23.10.2012 in Kraft 30.10.2012	BGBl. I S. 2246	11, 16, 17, 23-24i, 28, 33, 40, 63, 87, 87a, 92, 111, 116, 119b, 120, 132a, 134a, 166, 301a
20	Gesetz zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung	05.12.2012 in Kraft 01.01.2013	BGBl. I S. 2474	7, 10, 226, 249
21	Haushaltsbegleitgesetz 2013 (HBegIG 2013)	20.12.2012 in Kraft 01.01.2013	BGBl. I S. 2781	221, 221a, 271

lfd. Nr.	Ändernde Vorschrift	Datum Inkrafttreten	Fundstelle	Geänderte §§
22	Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	20.12.2012 in Kraft z.T. 28.12.2012, 01.01.2013, 02.01.2013	BGBl. I S. 2789	11, 28, 43b, 106a, 271, 295
23	Gesetz zur zusätzlichen Förderung von Kindern unter drei Jahren in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege	15.02.2013 in Kraft 21.02.2013	BGBl. I S. 250	10
24	Gesetz zur Einführung eines Betreuungsgeldes (Betreuungsgeldgesetz)	15.02.2013 in Kraft 01.08.2013	BGBl. I S. 254	224
25	Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten	20.02.2013 in Kraft 26.02.2013	BGBl. I S. 277	13, 66, 73b, 73c, 99, 135a, 137, 140a-140h, 217f, 219a, 219d
26	Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG)	03.04.2013 in Kraft 09.04.2013	BGBl. I S. 617	25, 25a, 62, 65c, 92, 116b, 136a, 137, 285, 295
27	Fünftehtes Gesetz zur Änderung des Soldatengesetzes	08.04.2013 in Kraft 13.04.2013	BGBl. I S. 730	10
28	Gesetz zur Umsetzung des Seearbeitsübereinkommens 2006 der Internationalen Arbeitsorganisation	20.04.2013 in Kraft 01.08.2013	BGBl. I S. 868	16, 17
29	Achtes Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen	26.06.2013 in Kraft 30.06.2013	BGBl. I S. 1738	4, 172a
30	Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung	15.07.2013 in Kraft 01.08.2013	BGBl. I S. 2423	8, 53, 75, 186, 188, 190, 256a, 271
31	Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften	07.08.2013 in Kraft z.T. 13.08.2013, 01.01.2014	BGBl. I S. 3108	35a, 71, 73c, 79, 91, 101, 130b, 132e, 139d, 217b, 280, 282, 294a, 303e
32	Dreizehntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (13. SGB V-Änderungsgesetz – 13. SGBVÄndG)	22.12.2013 in Kraft 01.01.2014	BGBl. I S. 4382	130a
33	Vierzehntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (14. SGB V-Änderungsgesetz – 14. SGB V-ÄndG)	27.03.2014 in Kraft z.T. 01.01.2014, 01.04.2014	BGBl. I S. 261	35a, 35b, 73b, 129-130b
34	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)	21.07.2014 in Kraft z.T. 06.06.2014, 25.07.2014, 01.08.2014, 01.01.2015, 01.01.2016	BGBl. I S. 1133	5, 10, 53, 65b, 92, 132e, 134a, 136-137f, 171d, 175, 194, 201, 220, 221b, 232a, 240-243, 247-252, 255-257, 261, 266, 268-272, 284, 299, 303b, 304, 322
35	Haushaltsbegleitgesetz 2014	11.08.2014 in Kraft 16.08.2014	BGBl. I S. 1346	221, 271
36	Gesetz zur Änderung des Freizügigkeitsgesetzes/EU und weiterer Vorschriften	02.12.2014 in Kraft 09.12.2014	BGBl. I S. 1922	20d
37	Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I)	17.12.2014 in Kraft 24.12.2014	BGBl. I S. 2222	64c

Ifd. Nr.	Ändernde Vorschrift	Datum Inkrafttreten	Fundstelle	Geänderte §§
38	Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf	23.12.2014 in Kraft 01.01.2015	BGBl. I S. 2462	8, 45, 192, 232b, 235, 249c, 252
39	Gesetz zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen	01.04.2015 in Kraft 01.01.2016	BGBl. I S. 434	75, 171e, 257, 314, 315
40	Fünftes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (5. SGB IV-ÄndG)	15.04.2015 in Kraft z.T. 01.03.2015, 01.07.2015	BGBl. I S. 583	24a, 202, 256
41	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)	16.07.2015 in Kraft z.T. 23.07.2015, 24.07.2015, 01.01.2016, 01.01.2017	BGBl. I S. 1211	5, 10, 11, 16, 22a-24i, 27-28, 32, 33, 35, 39-41, 43b-44a, 46, 47a, 53, 55-57, 60, 63-64a, 71, 73-73c, 75-76, 79-79c, 81, 84, 87-87b, 90-92b, 95, 100, 101, 103, 105-106d, 112, 113, 115-120, 125, 129-130c, 132, 132e, 134a, 135, 137-137h, 139a-140f, 192, 217f, 219d-221, 248, 257, 267, 270, 271, 274, 275, 278, 279, 283-285, 295-297, 299, 300, 304-305a
42	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – Prävg)	17.07.2015 in Kraft z.T. 25.07.2015, 01.01.2016	BGBl. I S. 1368	1, 2b, 11, 20-20i, 23-26, 65a, 91, 130a, 132e, 132f, 140f, 300
43	Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz	20.10.2015 in Kraft z.T. 24.10.2015, 01.11.2016	BGBl. I S. 1722	264, 291
44	Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)	01.12.2015 in Kraft z.T. 08.12.2015, 01.04.2016	BGBl. I S. 2114	27, 37, 37b, 39a, 39b, 73, 87, 87a, 92, 119b, 132d, 132g, 284
45	Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)	10.12.2015 in Kraft z.T. 01.01.2016, 02.01.2016	BGBl. I S. 2229	37-39c, 65c, 75, 81, 87-87b, 90a-92a, 109-110a, 113, 115-117, 120, 121, 132h, 135a-137e, 140f, 221, 271, 275-277, 279, 281, 285, 299, 301, 303e
46	Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze	21.12.2015 in Kraft z.T. 29.12.2015, 01.01.2016, 01.01.2017	BGBl. I S. 2408	5, 8, 10, 15, 20i, 31a, 63, 67, 73, 87, 87a, 89, 129, 130b, 132a, 140f, 189, 202, 225, 237, 249a, 264, 267, 284, 291-291g

lfd. Nr.	Ändernde Vorschrift	Datum Inkrafttreten	Fundstelle	Geänderte §§
47	Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)	21.12.2015 in Kraft z.T. 01.01.2016, 01.01.2017	BGBl. I S. 2424	22a, 33, 37, 87, 252
48	Gesetz zur Modernisierung des Vergaberechts (Vergaberechtsmodernisierungsgesetz – VergRModG)	17.02.2016 in Kraft 18.04.2016	BGBl. I S. 203	69, 130a, 291b
49	Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen	30.05.2016 in Kraft 04.06.2016	BGBl. I S. 1254	81a, 197a, 307
50	Gesetz zur Stärkung der beruflichen Weiterbildung und des Versicherungsschutzes in der Arbeitslosenversicherung (Arbeitslosenversicherungsschutz- und Weiterbildungsstärkungsgesetz – AWStG)	18.07.2016 in Kraft z.T. 01.08.2016, 01.01.2017	BGBl. I S. 1710	71, 232a
51	Neuntes Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Rechtsvereinfachung – sowie zur vorübergehenden Aussetzung der Insolvenzantragspflicht	26.07.2016 in Kraft 01.01.2017	BGBl. I S. 1824	315
52	Zweites Gesetz zur Änderung des Buchpreisbindungsgesetzes	31.07.2016 in Kraft 06.08.2016	BGBl. I S. 1937	69
53	Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze	11.10.2016 in Kraft 01.11.2016	BGBl. I S. 2233	92a, 299
54	Sechstes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (6. SGB IV-Änderungsgesetz – 6. SGB IV-ÄndG)	11.11.2016 in Kraft z.T. 17.11.2016, 01.01.2017	BGBl. I S. 2500	171e, 202, 252
55	Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz)	08.12.2016 in Kraft 14.12.2016	BGBl. I S. 2838	40
56	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)	19.12.2016 in Kraft z.T. 01.08.2014, 10.11.2016, 01.01.2017	BGBl. I S. 2986	39, 65d, 115d, 118, 132b, 136, 136a, 136c, 137, 137a, 137h, 269, 271, 293, 295, 301
57	Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)	23.12.2016 in Kraft 01.01.2017	BGBl. I S. 3191	11, 37, 38, 39c, 132a, 275b, 281, 302
58	Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)	23.12.2016 in Kraft z.T. 01.01.2018, 01.01.2020	BGBl. I S. 3234	2, 5, 9, 11, 13, 23, 40, 43, 43a, 49, 60, 137d, 251, 264, 275, 284
59	Gesetz zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz)	21.02.2017 in Kraft 01.03.2017	BGBl. I S. 265	77, 77b, 78, 78a, 78b, 78c, 79a, 80, 91, 91a, 217b, 217d, 217f, 217h, 217i, 217j, 219, 274, 282
60	Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften	06.03.2017 in Kraft 10.03.2017	BGBl. I S. 403	31
61	Gesetz zum Abbau verzichtbarer Anordnungen der Schriftform im Verwaltungsrecht des Bundes	29.03.2017 in Kraft 05.04.2017	BGBl. I S. 626	25a, 63, 91, 95d, 110

Ifd. Nr.	Ändernde Vorschrift	Datum Inkrafttreten	Fundstelle	Geänderte §§
62	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)	04.04.2017 in Kraft z.T. 11.04.2017, 01.08.2017, 01.01.2018, 30.04.2018, 31.07.2018	BGBl. I S. 778	5, 24i, 31, 33, 36, 37, 64d, 66, 71, 73, 73b, 83, 92, 117, 120, 124, 125, 126, 127, 128, 131, 132a, 139, 140a, 140f, 217f, 231, 240, 243, 268, 269, 273, 276, 279, 284, 294a, 295, 299, 301, 302, 303, 305, 305a
63	Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG)	04.05.2017 in Kraft z.T. 13.05.2017, 01.03.2018	BGBl. I S. 1050	31, 35, 35a, 73, 87, 92, 129, 129a, 130, 130a, 130b, 130c, 132e, 300
64	Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts	23.05.2017 in Kraft z.T. 30.05.2017, 01.01.2018	BGBl. I S. 1228	10, 24i
65	Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/1148 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. Juli 2016 über Maßnahmen zur Gewährleistung eines hohen gemeinsamen Sicherheitsniveaus von Netz- und Informationssystemen in der Union	23.06.2017 in Kraft 30.06.2017	BGBl. I S. 1885	291b, 307
66	Gesetz zur Neuordnung des Rechts zum Schutz vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung	27.06.2017 in Kraft 31.12.2018	BGBl. I S. 1966	25
67	Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG)	17.07.2017 in Kraft 01.01.2020	BGBl. I. S. 2581	63
68	Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten	17.07.2017 in Kraft 25.07.2017	BGBl. I. S. 2615	137i, 291d
69	Gesetz zur Durchführung der Verordnung (EU) Nr. 910/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Juli 2014 über elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste für elektronische Transaktionen im Binnenmarkt und zur Aufhebung der Richtlinie 1999/93/EG (eIDAS-Durchführungsgesetz)	18.07.2017 in Kraft 29.07.2017	BGBl. I S. 2745	291f
70	Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften	18.07.2017 in Kraft z.T. 29.07.2017, 01.01.2018	BGBl. I S. 2757	35, 39, 40, 65c, 87, 94, 127, 136c, 137, 188, 220, 275a, 293, 302
71	Gesetz zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung und zur Änderung anderer Gesetze (Betriebsrentenstärkungsgesetz)	17.08.2017 in Kraft 01.01.2018	BGBl. I S. 3214	229