

17.10.08

G - R

Gesetzesbeschluss
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 184. Sitzung am 17. Oktober 2008 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 16/10609 – den von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)
– Drucksachen 16/9559, 16/10070 –

in beigefügter Fassung angenommen.

Fristablauf: 07.11.08
Erster Durchgang: Drs. 342/08

Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der
gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetz-
buch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

0. In § 6 Abs. 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 1 oder 5 bis 12“ durch die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13“ ersetzt.

1. Dem § 26 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 hinzuwirken. Zur Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Stellen der Länder nach Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen.“

1a. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie die §§ 35, 126 und 127 gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend.“

b) Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind.“

c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(5) Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, wenn eine diätetische Intervention mit bilanzierten

Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 fest, unter welchen Voraussetzungen welche bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung vom Vertragsarzt verordnet werden können und veröffentlicht im Bundesanzeiger eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Produkte. § 34 Abs. 6 gilt entsprechend. In die Zusammenstellung sollen nur Produkte aufgenommen werden, die die Anforderungen der Richtlinie erfüllen. Für die Zuzahlung gilt § 31 Abs. 3 Satz 1 entsprechend. Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten § 126 und § 127 entsprechend. Bei Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu berücksichtigen.“

1b. § 33 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt“ gestrichen.

b) Absatz 7 Satz 2 wird aufgehoben.

1c. In § 35 Abs. 5 Satz 7 werden die Wörter „des Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Wörter „nach § 84 Abs. 5“ ersetzt.

1d. § 43 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse erbringt aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.“

1e. § 69 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 und Satz 2 aufgehoben.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten für die in Absatz 1 genannten Rechtsbeziehungen entsprechend; die §§ 97 bis 115 und 128 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sind anzuwenden, soweit die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Satz 1 gilt nicht für

Verträge von Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamtregelung gilt. Die in Satz 1 genannten Vorschriften gelten mit der Maßgabe, dass der Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen besonders zu berücksichtigen ist.“

If. § 73b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 bis 4 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a beantragen. Ist ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden, können Verträge auch abgeschlossen werden mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.

Finden die Krankenkassen in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung keinen Vertragspartner, der die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, haben sie zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots

nach Absatz 1 Verträge mit einem oder mehreren der in Satz 3 genannten Vertragspartnern zu schließen. In den Fällen der Sätze 3 und 4 besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien auszuschreiben.“

bb) Im bisherigen Satz 5 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Wörter „diesem Absatz“ ersetzt.

c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Beantragt eine Gemeinschaft gemäß Absatz 4 Satz 2 die Einleitung eines Schiedsverfahrens, haben sich die Parteien auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 festlegt. Einigen sich die Parteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson und die Festlegung des Vertragsinhalts haben keine aufschiebende Wirkung.“

lg In § 84 Abs. 7a Satz 9 wird die Angabe „§ 300 Abs. 2 Satz 4“ durch die Angabe „§ 300 Abs. 2 Satz 6“ ersetzt“.

lh. § 92 Abs. 3a wird wie folgt gefasst:

„(3a) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 ist den Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer, den betroffenen pharmazeutischen Unternehmern, den Berufsvertretungen der Apotheker und den maßgeblichen Dachverbänden der Ärztesgesellschaften der besonderen Therapierichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat unter Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Gutachten oder Empfehlungen von Sachverständigen, die er bei Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 sowie bei Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 zugrunde legt, bei Einleitung des Stimmnahmeverfahrens zu benennen und zu veröffentlichen sowie in den tragenden Gründen der Beschlüsse zu benennen.“

li. § 95 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 7 werden die Sätze 3 bis 9 durch folgende Sätze ersetzt:

„Für Vertragsärzte, die im Jahr 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben, findet § 95 Abs. 7 Satz 3 bis 9 in der bis zum 30. September 2008 geltenden Fassung keine Anwendung, es sei denn, der Vertragsarztsitz wird nach § 103 Abs. 4 fortgeführt. Die Zulassung endet in diesen Fällen zum 31. März 2009, es sei denn, der Vertragsarzt erklärt gegenüber dem Zulassungsausschuss die Wiederaufnahme seiner Tätigkeit. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt die Zulassung als ruhend. In den Fällen der Anstellung von Ärzten in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend.“

- b) In Absatz 9 wird Satz 4 durch folgenden Satz ersetzt:

„Absatz 7 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“

2. § 101 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2013 sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Leistungserbringern nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, vorbehalten ist.

- b) In Satz 6 werden vor dem Wort „Versorgungsanteile“ die Wörter „in Satz 5 bestimmten“ eingefügt und die Wörter „von 40 Prozent“ gestrichen.

- 2a. Nach § 103 Abs. 4 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt.

„Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung der Zulassung.“

- 2b. § 126 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden das Semikolon und die Wörter „die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind“ gestrichen.

- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Krankenkassen stellen sicher, dass

die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllt sind. Sie haben von der Erfüllung auszugehen, wenn eine Bestätigung einer geeigneten Stelle vorliegt. Die näheren Einzelheiten des Verfahrens nach Satz 2 einschließlich der Bestimmung und Überwachung der geeigneten Stellen, Inhalt und Gültigkeitsdauer der Bestätigungen, der Überprüfung ablehnender Entscheidungen und der Erhebung von Entgelten vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene. Dabei ist sicherzustellen, dass Leistungserbringer das Verfahren unabhängig von einer Mitgliedschaft bei einem der Vereinbarungspartner nach Satz 3 nutzen können und einen Anspruch auf Erteilung der Bestätigung haben, wenn sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllen. Erteilte Bestätigungen sind einzuschränken, auszusetzen oder zurückzuziehen, wenn die erteilende Stelle feststellt, dass die Voraussetzungen nicht oder nicht mehr erfüllt sind, soweit der Leistungserbringer nicht innerhalb einer angemessenen Frist die Übereinstimmung herstellt. Die in der Vereinbarung nach Satz 3 bestimmten Stellen dürfen die für die Feststellung und Bestätigung der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlichen Daten von Leistungserbringern erheben, verarbeiten und nutzen. Sie dürfen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über ausgestellte sowie über verweigerte, eingeschränkte, ausgesetzte und zurückgezogene Bestätigungen einschließlich der für die Identifizierung der jeweiligen Leistungserbringer erforderlichen Daten unterrichten. Der Spitzenverband Bund ist befugt, die übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen bekannt zu geben.“

- c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Für Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügten, gelten die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 bis zum 30. Juni 2010 insoweit als erfüllt. Bei wesentlichen Änderungen der betrieblichen Verhältnisse können die Krankenkassen ergänzende Nachweise verlangen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend. Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer bleiben abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2009 zur Versorgung der Versicherten berechtigt, soweit keine Ausschreibungen nach § 127 Abs. 1 erfolgen.“

- 2c. § 127 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „sollen“ durch das Wort „können“ ersetzt.

- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene geben erstmalig bis zum 30. Juni 2009 gemeinsam Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen ab. Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der nach Satz 1 bestimmten Frist nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer je zur Hälfte.“

- c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „zweckmäßig sind“ durch die Wörter „durchgeführt werden“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Satz“ die Angabe „2 und“ eingefügt.

- cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Über die Inhalte abgeschlossener Verträge sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren.“

- d) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Den Verträgen nach Absatz 2 Satz 1 können Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht aufgrund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Verträgen, die mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer abgeschlossen wurden, können auch Verbände und sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer beitreten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für fortgeltende Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden. § 126 Absatz 1a und 2 bleibt unberührt.“

- e) In Absatz 3 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend“ eingefügt.

2d. § 128 wird wie folgt gefasst:

„§ 128

Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten

(1) Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten ist unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

(2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer.

(3) Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße gegen die Verbote nach Absatz 1 und 2 angemessen geahndet werden. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße ist vorzusehen, dass Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden können.

(4) Sofern Vertragsärzte auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit Krankenkassen über die ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung obliegenden Aufgaben hinaus an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln mitwirken, sind die zusätzlichen Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen zu vergüten. Über eine Mitwirkung nach Satz 1 informieren die Krankenkassen die für die jeweiligen Vertragsärzte zuständige Ärztekammer.

(5) Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend, wenn Krankenkassen Auffälligkeiten bei der Ausführung von Verordnungen von Vertragsärzten bekannt werden, die auf eine mögliche Zuweisung von Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder eine sonstige Form unzulässiger Zusammenarbeit hindeuten.“

2e. § 130a Abs. 9 wird aufgehoben.

2f. § 132c wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen fest.“

2g. In § 137g Abs. 1 Satz 11 werden die Wörter „durch Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes von den Krankenkassen“ durch die Wörter „aus dem Gesundheitsfonds“ ersetzt.

2h. In § 140f Abs. 4 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 126 Abs. 1 Satz 3,“ die Angabe „§ 127 Abs. 1a Satz 1,“ eingefügt.

2i. In § 146a Satz 3 werden nach der Angabe „§ 155“ ein Komma und die Wörter „mit Ausnahme von Absatz 4 Satz 9,“ eingefügt.

3. § 155 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Scheidet ein Vorstand nach Auflösung oder Schließung aus dem Amt, bestimmt die Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Landesverbandes den Abwicklungsvorstand. § 35a Abs. 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Sind die Betriebskrankenkassen zur Erfüllung dieser Verpflichtungen nicht in der Lage, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen geltend.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 164 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann.“

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 3 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.

bbb) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. der in § 171d Abs. 1 Satz 3 genannten Verpflichtungen bis zum 31. Dezember 2049 sowie“.

ccc) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 4 Satz 5 und 6“ durch die Angabe „Absatz 4 Satz 5 bis 7“ ersetzt.

4. § 164 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 5 und 6“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 5 bis 7“ ersetzt.

bb) In Satz 7 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 7“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 8“ ersetzt.

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Jede Innungskrankenkasse ist verpflichtet, entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Versicherten aller Innungskrankenkassen dienstordnungsmäßige Stellungen nach Satz 1 nachzuweisen und Anstellungen nach Satz 3 anzubieten; die Nachweise und Angebote sind den Beschäftigten in geeigneter Form zugänglich zu machen.“

5. § 171 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt, nach der Angabe „§ 155 Abs. 1 bis 3“ die Angabe „und § 164 Abs. 2 bis 5“ und nach dem Wort „entsprechend“ die Wörter „mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann“ eingefügt.

b) In Satz 2 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 4 bis 6“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 4 bis 7“ ersetzt.

6. Nach § 171 wird folgende Überschrift eingefügt:

„Achter Titel

Kassenartenübergreifende Regelungen“.

7. § 171b wird wie folgt gefasst:

„§ 171b

Insolvenz von Krankenkassen

(1) Vom 1. Januar 2010 an findet § 12 Abs. 1 Nr. 2 der Insolvenzordnung auf Krankenkassen keine Anwendung. Von diesem Zeitpunkt an gilt die Insolvenzordnung für die Krankenkassen nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze.

(2) Wird eine Krankenkasse zahlungsunfähig

oder ist sie voraussichtlich nicht in der Lage, die bestehenden Zahlungspflichten im Zeitpunkt der Fälligkeit zu erfüllen (drohende Zahlungsunfähigkeit) oder tritt Überschuldung ein, hat der Vorstand der Krankenkasse dies der zuständigen Aufsichtsbehörde unter Beifügung aussagefähiger Unterlagen unverzüglich anzuzeigen. Verbindlichkeiten der Krankenkasse, für die nach § 171d Abs. 1 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haftet, sind bei der Feststellung der Überschuldung nicht zu berücksichtigen.

(3) Der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Krankenkasse kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. Liegen zugleich die Voraussetzungen für eine Schließung wegen auf Dauer nicht mehr gesicherter Leistungsfähigkeit vor, soll die Aufsichtsbehörde anstelle des Antrages nach Satz 1 die Krankenkasse schließen. Stellt die Aufsichtsbehörde den Antrag nach Satz 1 nicht innerhalb von drei Monaten nach Eingang der in Absatz 2 Satz 1 genannten Anzeige, ist die spätere Stellung eines Insolvenzantrages solange ausgeschlossen, wie der Insolvenzgrund, der zu der Anzeige geführt hat, fortbesteht.

(4) Die Aufsichtsbehörde hat den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich über die Antragstellung nach Absatz 3 Satz 1 zu unterrichten. Vor der Bestellung des Insolvenzverwalters hat das Insolvenzgericht die Aufsichtsbehörde zu hören. Der Aufsichtsbehörde ist der Eröffnungsbeschluss gesondert zuzustellen. Die Aufsichtsbehörde und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können jederzeit vom Insolvenzgericht und dem Insolvenzverwalter Auskünfte über den Stand des Verfahrens verlangen.

(5) Mit dem Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder dem Tag der Rechtskraft des Beschlusses, durch den die Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgelehnt worden ist, ist die Krankenkasse geschlossen mit der Maßgabe, dass die Abwicklung der Geschäfte der Krankenkasse im Fall der Eröffnung des Insolvenzverfahrens nach den Vorschriften der Insolvenzordnung erfolgt.

(6) Zum Vermögen einer Krankenkasse gehören die Betriebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen. Abweichend von § 260 Abs. 2 Satz 2 bleiben die Beitragsforderungen der Krankenkasse außer Betracht, soweit sie dem Gesundheitsfonds als Sondervermögen zufließen.“

8. Nach § 171b werden folgende §§ 171c bis 171f eingefügt:

„§ 171c

Aufhebung der Haftung nach
§ 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung

Vom 1. Januar 2009 an haften die Länder nicht mehr nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung für die Ansprüche der Beschäftigten von Krankenkassen auf Leistungen der Altersversorgung und auf Insolvenzgeld.

§ 171d

Haftung im Insolvenzfall

(1) Wird über das Vermögen einer Krankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung mangels Masse rechtskräftig abgewiesen (Insolvenzfall), haftet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Altersversorgungsverpflichtungen dieser Krankenkasse und für Verpflichtungen aus Darlehen, die zur Ablösung von Verpflichtungen gegenüber einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung zur betrieblichen Altersversorgung aufgenommen worden sind, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen durch den Insolvenzfall beeinträchtigt oder unmöglich wird. Soweit der Träger der Insolvenzversicherung nach dem Betriebsrentengesetz die unverfallbaren Altersversorgungsverpflichtungen einer Krankenkasse zu erfüllen hat, ist ein Rückgriff gegen die anderen Krankenkassen oder ihre Verbände ausgeschlossen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Erfüllung seiner Haftungsverpflichtung erforderlichen Beträge bei den übrigen Krankenkassen der Kassenart sowie bis zum 31. Dezember 2049 anteilig auch bei den Krankenkassen geltend, die aus einer Vereinigung nach § 171a hervorgegangen sind, wenn an der Vereinigung eine Krankenkasse beteiligt war, die dieser Kassenart angehört hat. Sind die in Satz 3 genannten Krankenkassen nicht in der Lage, die Verpflichtungen nach Satz 1 zu erfüllen, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen geltend. § 155 Abs. 4 Satz 7 und § 164 Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend.

(2) Das Nähere zur Geltendmachung der Beträge nach Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie nach § 155 Abs. 4 Satz 5 und 6 und Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 und 5 regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Dabei ist vorzusehen, dass Betriebs- und Innungskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält, an der Finanzierung mit einer Quote in Höhe von 20 Prozent des an sich zu zahlenden Betrags beteiligt werden. In der Rechtsverordnung kann auch geregelt werden, welche Angaben die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Durchführung des Absatzes 1 Satz 3 und 4 mitzuteilen haben, einschließlich der Zeitpunkte für die Übermittlung dieser Angaben.

(3) Im Fall der Insolvenz einer Krankenkasse, bei der vor dem 1. Januar 2010 das Insolvenzverfahren nicht zulässig war, umfasst der Insolvenzschutz nach dem Vierten Abschnitt des Betriebsrentengesetzes nur die Ansprüche und Anwartschaften aus Versorgungszusagen, die nach dem 31. Dezember 2009 entstanden sind. Die §§ 7 bis 15 des Betriebsrentengesetzes gelten nicht für Krankenkassen, die aufgrund Landesgesetz Pflichtmitglied beim Kommunalen Versorgungsverband Baden-Württemberg oder Sachsen sind. Hiervon ausgenommen ist die AOK Baden-Württemberg. Falls die Mitgliedschaft endet, gilt Satz 1 entsprechend.

(4) Hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grund des Absatzes 1 Leistungen zu erbringen, gilt § 9 Abs. 2 bis 3a mit Ausnahme des Absatzes 3 Satz 1 letzter Halbsatz des Betriebsrentengesetzes entsprechend für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die Ansprüche nach Satz 1 im Insolvenzverfahren zu Gunsten der Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 3 und 4 geltend.

(5) Für die in § 155 Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 und 5 genannten Ansprüche und Forderungen haften im Insolvenzfall die übrigen Krankenkassen der Kassenart. Übersteigen die Verpflichtungen nach Satz 1 ein Prozent des Gesamtbetrages der Zuweisungen, den die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart aus dem Gesundheitsfonds jährlich erhalten, haften hierfür auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten. § 155 Abs. 4 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend. Soweit Krankenkassen nach Satz 1 oder Satz 2 Leistungen zu erbringen haben, gehen die Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer auf sie über. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 171e

Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

(1) Krankenkassen haben für Versorgungszusagen, die eine direkte Einstandspflicht nach § 1 Abs. 1 Satz 3 des Betriebsrentengesetzes auslösen sowie für ihre Beihilfeverpflichtungen durch mindestens jährliche Zuführungen vom 1. Januar 2010 an bis spätestens zum 31. Dezember 2049 ein wertgleiches Deckungskapital zu bilden, mit dem der voraussichtliche Barwert dieser Verpflichtungen an diesem Tag vollständig ausfinanziert wird. Auf der Passivseite der Vermögensrechnung sind Rückstellungen in Höhe des vorhandenen Deckungskapitals zu bilden. Satz 1 gilt nicht, soweit eine Krankenkasse der Aufsichtsbehörde durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachweist, dass für ihre Verpflichtungen aus Versorgungsanwartschaften und -ansprüchen sowie für ihre Beihilfeverpflichtungen ein Deckungskapital

besteht, das die in Satz 1 und in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 genannten Voraussetzungen erfüllt. Der Nachweis ist bei wesentlichen Änderungen der Berechnungsgrundlagen, in der Regel alle fünf Jahre, zu aktualisieren. Das Deckungskapital darf nur zweckentsprechend verwendet werden.

(2) Soweit Krankenversicherungsträger vor dem 31. Dezember 2009 Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung geworden sind, werden die zu erwartenden Versorgungsleistungen im Rahmen der Verpflichtungen nach Absatz 1 entsprechend berücksichtigt. Wurde vor dem 31. Dezember 2009 Deckungskapital bei aufsichtspflichtigen Unternehmen im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gebildet, wird dieses anteilig berücksichtigt, sofern es sich um Versorgungszusagen nach Absatz 1 Satz 1 handelt. Soweit Krankenversicherungsträger dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes oder entsprechender Landesgesetze unterliegen, ist das nach den Vorgaben dieser Gesetze gebildete Kapital ebenfalls zu berücksichtigen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die Abgrenzung der Versorgungsverpflichtungen, für die das Deckungskapital zu bilden ist,
2. die allgemeinen versicherungsmathematischen Vorgaben für die Ermittlung des Barwerts der Versorgungsverpflichtungen,
3. die Höhe der für die Bildung des Deckungskapitals erforderlichen Zuweisungsbeträge und über die Überprüfung und Anpassung der Höhe der Zuweisungsbeträge,
4. das Zahlverfahren der Zuweisungen zum Deckungskapital,
5. die Anrechnung von Deckungskapital bei den jeweiligen Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung sowie über die Anlage des Deckungskapitals.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Befugnis nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesversicherungsamt übertragen. In diesem Fall gilt für die dem Bundesversicherungsamt entstehenden Ausgaben § 271 Abs. 6 entsprechend.

(4) Die Ermittlung der Höhe des erforderlichen Deckungskapitals durch die Krankenkasse und die Zuführungspläne zum Deckungskapital sind von der Aufsichtsbehörde zu genehmigen.

(5) Für Amtshandlungen nach Absatz 4 werden

Gebühren und Auslagen erhoben. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die gebührenpflichtigen Tatbestände, die Höhe der Gebühren und die Auslagenerstattung zu bestimmen. Es kann dafür feste Sätze, auch in Form von Zeitgebühren, und Rahmensätze vorsehen. Die Gebührensätze sind so zu bemessen, dass der mit den Amtshandlungen verbundene gesamte Personal- und Sachaufwand der Aufsichtsbehörde gedeckt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Verordnungsermächtigung nach Satz 2 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesversicherungsamt übertragen.

§ 171f

Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden

Die §§ 171b bis 171e gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.“

9. Vor § 172 wird die Überschrift „Achter Titel Kassenartenübergreifende Regelungen“ aufgehoben.

10. § 172 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 172

Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen“.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verband, der im Fall ihrer Auflösung oder Schließung ihre Verpflichtungen gegenüber den Gläubigern zu erfüllen hat,“ durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt: „Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass in der letzten Vierteljahresrechnung einer Krankenkasse die Ausgaben die Einnahmen um einen Betrag überstiegen haben, der größer ist als 0,5 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für den zu beurteilenden Berichtszeitraum, so hat er hierüber die zuständige Aufsichtsbehörde zu unterrichten. Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Aufsichtsbehörden die in den Jahresrechnungen zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres ausgewiesenen Betriebsmittel, Rücklagen und Geldmittel zur An-

schaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen einer Krankenkasse mitzuteilen. Die Aufsichtsbehörde hat unter Berücksichtigung der in den Sätzen 2 und 3 genannten Finanzdaten vom Vorstand einer Krankenkasse unverzüglich die Vorlage der in Satz 1 genannten Unterlagen und Auskünfte zu verlangen, wenn sich daraus Anhaltspunkte für eine dauerhafte Gefährdung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Kasse ergeben.“

cc) In dem bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „den Sätzen 1 und 4“ ersetzt.

c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Stellt die Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass bei einer Krankenkasse nur durch die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse die Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert oder der Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung vermieden werden kann, kann dieser der Aufsichtsbehörde Vorschläge für eine Vereinigung dieser Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse vorlegen. Kommt bei der in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Krankenkasse ein Beschluss über eine freiwillige Vereinigung innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nicht zustande, ersetzt die Aufsichtsbehörde diesen Beschluss.“

11. Dem § 195 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Klagen gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 2 haben keine aufschiebende Wirkung.“

11a. In § 207 Abs. 1 Satz 3 wird die Angabe „vorbehaltlich des § 212 Abs. 1 Satz 2“ durch die Wörter „mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes“ ersetzt.

11b. § 211 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die für die Finanzierung der Aufgaben eines Landesverbandes erforderlichen Mittel werden von seinen Mitgliedskassen sowie von den Krankenkassen derselben Kassenart mit Mitgliedern mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes aufgebracht. Die mitgliedschaftsrechtliche Zuordnung der Krankenkassen nach § 207 Abs. 1 Satz 3 bleibt unberührt. Das Nähere zur Aufbringung der Mittel nach Satz 1 vereinbaren die Landesverbände. Kommt die Vereinbarung nach Satz 3 nicht bis zum 1. November eines Jahres zustande, wird der Inhalt der Vereinbarung durch eine von den Vertragsparteien zu bestimmende Schiedsperson festgelegt.“

11c. § 220 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken bei der Verwaltung des Gesundheitsfonds durch das Bundesversicherungsamt gelten die §§ 67 bis 69, § 70 Abs. 5, § 72 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz, die §§ 73 bis 77 Abs. 1a und § 79 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches entsprechend.“

12. § 252 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Das 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.“

b) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 3 bis 5 angefügt:

„(3) Schuldet ein Mitglied Auslagen, Gebühren, Beiträge, den Zusatzbeitrag nach § 242, Prämien nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen, Bußgelder oder Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. Innerhalb 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 Beitragfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 durch die Krankenkassen, auch abweichend von § 274.“

13. § 265a wird wie folgt gefasst:

„§ 265a

Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse

(1) Die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat bis zum 31. März 2009 Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen, die zur Abwendung von Haftungsrisiken für notwendig erachtet werden, vorzusehen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfen regelt die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. In der Satzung ist vorzusehen, dass die Hilfen nur gewährt werden, wenn finanzielle Hilfe nach § 265b in ausreichender Höhe gewährt wird. Die Satzungsregelungen werden mit 70 Prozent der nach § 217c Abs. 1 Satz 2 gewichteten Stimmen der Mitglieder beschlossen.

(2) Der Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe nach Absatz 1 kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. Der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entscheidet über die Gewährung der Hilfe nach Absatz 1. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Sie sind zu befristen und mit Auflagen zu versehen, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Finanzierung der Hilfen erforderlichen Beträge durch Bescheid bei seinen Mitgliedschaften mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen geltend. Bei der Aufteilung der Finanzierung der Hilfen sind die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen sowie bereits geleistete Hilfen nach § 265b angemessen zu berücksichtigen. Klagen gegen die Bescheide, mit denen die Beträge zur Finanzierung der Hilfeleistungen angefordert werden, haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Ansprüche und Verpflichtungen auf Grund der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung des § 265a bleiben unberührt.“

14. Nach § 265a wird folgender § 265b eingefügt:

„§ 265b

Freiwillige finanzielle Hilfen

(1) Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, um

1. deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten,

2. Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 und 5 und § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 insbesondere durch die Unterstützung von freiwilligen Vereinigungen zu verhindern oder
3. die Aufteilung der Beträge nach § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 abweichend von der nach § 171d Abs. 2 erlassenen Rechtsverordnung zu regeln.

In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln. § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Verträge sind von den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.“

14a. Nach § 271 wird folgender § 271a eingefügt:

„§ 271a

Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds

(1) Steigen die Beitragsrückstände einer Krankenkasse erheblich an, so hat die Krankenkasse nach Aufforderung durch das Bundesversicherungsamt diesem die Gründe hierfür zu berichten und innerhalb einer Frist von vier Wochen glaubhaft zu machen, dass der Anstieg nicht auf eine Pflichtverletzung zurückzuführen ist. Entscheidungserhebliche Tatsachen sind durch geeignete Unterlagen glaubhaft zu machen.

(2) Werden die entscheidungserheblichen Unterlagen nicht vorgelegt oder reichen diese nicht zur Glaubhaftmachung eines unverschuldeten Beitragsrückstandes aus, wird die Krankenkasse säumig. Für jeden angefangenen Monat nach Aufforderung zur Berichtslegung wird vorläufig ein Säumniszuschlag in Höhe von 10 Prozent von dem Betrag erhoben, der sich aus der Rückstandsquote des die Berichtspflicht auslösenden Monats abzüglich der des Vorjahresmonats oder der des Vorjahresdurchschnitts der Krankenkasse multipliziert mit dem insgesamt zum Soll gestellten Beiträgen der Krankenkasse des die Berichtspflicht auslösenden Monats, ergibt. Es wird der jeweils niedrigere Wert zur Berechnung der Säumniszuschläge in Ansatz gebracht.

(3) Die Krankenkasse erhält ihre Säumniszuschläge zurück, wenn sie innerhalb einer angemessenen, vom Bundesversicherungsamt festzusetzenden Frist, die im Regelfall drei Monate nach Eintritt der Säumnis nach Absatz 2 nicht unterschreiten soll, glaubhaft macht, dass die Beitragsrückstände nicht auf eine Pflichtverletzung ihrerseits zurückzuführen sind. Anderenfalls werden die Säumniszuschlä-

ge endgültig festgesetzt und verbleiben dem Gesundheitsfonds.

(4) Bleiben die Beitragsrückstände auch nach Ablauf der Frist nach Absatz 3 erheblich im Sinne des Absatzes 1 und ist die Krankenkasse säumig im Sinne des Absatzes 2, ist von einer fortgesetzten Pflichtverletzung auszugehen. In diesem Fall soll das Bundesversicherungsamt den Säumniszuschlag um weitere 10 Prozentpunkte pro Monat bis zur vollen Höhe des für die Berechnung der Säumniszuschläge zugrunde gelegten Differenzbetrages nach Absatz 2 erhöhen. Diese Säumniszuschläge gelten als endgültig festgesetzt und verbleiben dem Gesundheitsfonds.

(5) Klagen gegen die Erhebung von Säumniszuschlägen haben keine aufschiebende Wirkung.

(6) § 28r des Vierten Buches und § 251 Abs. 5 Satz 2 bleiben unberührt.“

14b. § 272 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist sicherzustellen, dass sich die Belastungen auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen in jährlichen Schritten von jeweils höchstens 100 Millionen Euro aufbauen. Hierfür stellt das Bundesversicherungsamt für jedes Ausgleichsjahr und für jedes Land die Höhe der fortgeschriebenen Einnahmen der Krankenkassen für die in einem Land wohnhaften Versicherten den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ohne Berücksichtigung der sich aus Absatz 2 ergebenden Zuweisungserhöhungen gegenüber. Dabei sind als Einnahmen die fiktiven Beitragseinnahmen auf Grund der am 30. Juni 2008 geltenden Beitragssätze, bereinigt um Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung und fortgeschrieben entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 zu berücksichtigen.

(2) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1 Satz 2, dass die Belastungswirkungen in Bezug auf die in einem Land tätigen Krankenkassen den nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag übersteigen, sind die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte mit Wohnsitz in den jeweiligen Ländern im Jahresausgleich für das jeweilige Ausgleichsjahr so zu verändern, dass dieser Betrag genau erreicht wird. Die zur Erhöhung der Zuweisungen nach Satz 1 erforderlichen Beträ-

ge werden aus Mitteln der Liquiditätsreserve nach § 271 Abs. 2 aufgebracht.

(3) Die Regelungen der Absätze 1 und 2 finden letztmalig in dem Jahr Anwendung, das dem Jahr vorausgeht, in dem erstmalig in keinem Bundesland eine Überschreitung des nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrages festgestellt wurde.“

b) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben der Absätze 1 und 2, insbesondere zur Bestimmung der Beitragssätze, der Einnahmen und ihrer Fortschreibung und der Zuweisungen, sowie die Festlegung der Abschlagszahlungen regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7.“

14c. § 300 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

a) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Rechenzentren übermitteln die Daten nach Absatz 1 auf Anforderung den Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Abs. 8, § 84 und § 305a erforderlich sind, sowie dem Bundesministerium für Gesundheit oder einer von ihm benannten Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. Dem Bundesministerium für Gesundheit oder der von ihm benannten Stelle sind die Daten nicht arzt- und nicht versichertenbezogen zu übermitteln. Vor der Verarbeitung der Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist der Versichertenbezug durch eine von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung räumlich, organisatorisch und personell getrennten Stelle zu pseudonymisieren.“

b) Der bisherige Satz 4 wird Satz 6.

14d. In § 302 Abs. 1 wird die Angabe „§ 128“ durch die Angabe „§ 139“ ersetzt.

14e. In § 305 Abs. 3 Satz 3 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

15. Dem § 307a wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Wer es als Mitglied des Vorstands einer Krankenkasse entgegen § 171b Abs. 2 Satz 1 unterlässt, der Aufsichtsbehörde die in § 55 Abs. 1 des Kreditwesengesetzes genannten Sachverhalte anzuzeigen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.“

16. Die folgenden §§ 316 bis 318 werden angefügt:

„§ 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 Arzneimittelrichtlinie in der Fassung vom 25. August 2005 (BAnz. Nr. 165 (S. 13 241) vom 1. September 2005).

§ 317

Psychotherapeuten

Abweichend 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.

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

§ 318

Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

Die 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 Sozialgesetzbuch getrennt im Haushaltsplan ausweist sowie die Rechnungslegung und den Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchführt. Satz 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. Entsprechend gilt Satz 1 für den Jahresausgleich nach § 41 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung nur, wenn das Bundesversicherungsamt 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 Sozialgesetzbuch für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchgeführt hat.“

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 86, 466), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 77 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Jahresrechnung einer Krankenkasse einschließlich der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, soweit sie die Krankenversicherung nach dem Fünften Buch durchführt, hat ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkasse zu vermitteln. Die gesetzlichen Vertreter der Krankenkasse haben bei der Unterzeichnung der Jahresrechnung nach bestem Wissen schriftlich zu versichern, dass die Jahresrechnung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild im Sinne des Satzes 1 vermittelt. Dabei sind bei der Bewertung der in der Jahresrechnung oder den ihr zu Grunde liegenden Büchern und Aufzeichnungen ausgewiesenen Vermögensgegenstände und Verbindlichkeiten insbesondere folgende Grundsätze zu beachten:

1. Die Saldenvorträge zu Beginn des Rechnungsjahres müssen mit den entsprechenden Schlussalden der Jahresrechnungen des vorhergehenden Rechnungsjahres übereinstimmen.
2. Die Jahresrechnung muss klar und übersichtlich sein: Insbesondere dürfen keine Veränderungen vorgenommen werden, die
 - a) dazu führen, dass der ursprüngliche Inhalt einer Eintragung oder Aufzeichnung nicht mehr feststellbar ist oder

- b) es ungewiss lassen, ob sie ursprünglich oder erst später gemacht worden sind.

3. Die Vermögensgegenstände und Verbindlichkeiten müssen zum Abschlussstichtag einzeln bewertet sein.
4. Es ist vorsichtig zu bewerten, namentlich sind alle vorhersehbaren Risiken und Verluste, die bis zum Abschlussstichtag entstanden sind, zu berücksichtigen, selbst wenn diese erst zwischen dem Abschlussstichtag und dem Tag der Aufstellung der Jahresrechnung bekannt geworden sind; Gewinne sind nur zu berücksichtigen, wenn sie am Abschlussstichtag realisiert sind.
5. Aufwendungen und Erträge des Rechnungsjahres sind unabhängig von den Zeitpunkten der entsprechenden Zahlungen in der Jahresrechnung zu berücksichtigen.
6. Die auf die vorhergehende Jahresrechnung angewandten Bewertungsmethoden sollen beibehalten werden.“

2. Dem § 78 wird folgender Satz angefügt:

„Ausführungsbestimmungen über die Grundsätze nach § 77 Abs. 1a können in die Rechtsverordnung nach Satz 1 aufgenommen werden, soweit dies erforderlich ist, um nach einheitlichen Kriterien geschaffene Unterlagen zur Bewertung der von den Krankenkassen aufgestellten Jahresrechnungen und ihrer Finanzlage zu erhalten.“

3. § 79 Abs.1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Unterlagen für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sind dem im jeweiligen Versicherungszweig im gesamten Geltungsbereich dieses Buches zuständigen Verband maschinell verwertbar und geprüft zuzuleiten. Nach Aufbereitung leitet dieser die Unterlagen in maschinell verwertbarer Form an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie an die zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder an die von ihnen bestimmten Stellen weiter.“

4. Dem § 111 werden folgende Absätze 5 und 6 angefügt:

„(5) Ordnungswidrig handelt auch, wer entgegen § 77 Abs. 1a oder entgegen der Rechtsverordnung nach § 78 als Mitglied eines vertretungsberechtigten Organs einer Krankenkasse

1. bei der Aufstellung oder Feststellung eines Jahresabschlusses den Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung

zuwiderhandelt,

2. gegen die Pflicht zur Offenlegung des Jahresabschlusses oder anderer Unterlagen der Rechnungslegung verstößt oder
3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 bei hierfür finanzbegründenden Unterlagen falsche Erklärungen abgibt oder herbeiführt.

(6) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 5 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro geahndet werden. Die Geldbuße kann mehrmals festgesetzt werden.“

5. In § 112 Abs. 1 Nr. 5 wird die Angabe „§ 111 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 111 Abs. 3 und 5“ ersetzt.

Artikel 2a

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBI. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 60 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 252 Abs. 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, dass die Beiträge zur Pflegeversicherung den Beiträgen zur Krankenversicherung gleichstehen.“

2. § 61 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 wird die Angabe „2, 4 und 5“ durch die Angabe „2, 3 und 4“ ersetzt.
- b) In Absatz 6 wird die Angabe „Absatz 6“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.

Artikel 2b

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu den §§ 123 bis 142 folgende Angabe eingefügt:

„Sechster Unterabschnitt. Verfahren in vergaberechtlichen Streitigkeiten § 142a“.

2. § 29 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) In Streitigkeiten über Entscheidungen von

Vergabekammern, die Rechtsbeziehungen nach § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betreffen, entscheidet ausschließlich das für den Sitz der Vergabekammer zuständige Landessozialgericht. Mehrere Länder können durch Vereinbarung die den Landessozialgerichten nach Satz 1 zugewiesenen Aufgaben dem zuständigen Gericht eines Landes auch für das Gebiet eines anderen Landes übertragen.“

3. Nach § 142 wird folgender Sechster Unterabschnitt eingefügt:

„Sechster Unterabschnitt

Verfahren in vergaberechtlichen Streitigkeiten

§ 142a

(1) In Streitigkeiten über Entscheidungen von Vergabekammern, die Rechtsbeziehungen nach § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betreffen, sind § 115 Abs. 2 Satz 2 bis 5, § 116 Abs. 1 und 2, die §§ 117 bis 123 sowie §§ 125 und 126 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen entsprechend anzuwenden.

(2) Bei der Entscheidung des Beschwerdegerichts über die sofortige Beschwerde wirken die ehrenamtlichen Richter nicht mit.

(3) Wird wegen eines Verstoßes gegen Vergabevorschriften Schadensersatz begehrt und hat ein Verfahren vor der Vergabekammer stattgefunden, ist das zuständige Gericht an die bestandskräftige Entscheidung der Vergabekammer und die Entscheidung des Landessozialgerichts sowie gegebenenfalls des nach Absatz 4 angerufenen Bundessozialgerichts über die Beschwerde gebunden.

(4) Will ein Landessozialgericht von einer Entscheidung eines anderen Landessozialgerichts oder des Bundessozialgerichts abweichen oder hält es den Rechtsstreit wegen beabsichtigter Abweichung von Entscheidungen eines Oberlandesgerichts oder des Bundesgerichtshofs für grundsätzlich bedeutsam, so legt es die Sache dem Bundessozialgericht vor. Das Bundessozialgericht entscheidet anstelle des Landessozialgerichts. § 124 Abs. 2 Satz 3 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gilt entsprechend.“

4. Nach § 206 wird folgender § 207 eingefügt:

„§ 207

Verfahren in Streitigkeiten über Entscheidungen von Vergabekammern, die Rechtsbeziehungen nach § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betreffen und die am ... [einfügen: Tag nach der Verkündung dieses Gesetzes] bei den Oberlandes-

gerichten anhängig sind, gehen in dem Stadium, in dem sie sich befinden, auf das für den Sitz der Vergabekammer zuständige Landessozialgericht und in den Fällen des § 124 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen auf das Bundessozialgericht über. Dies gilt nicht für Verfahren, die sich in der Hauptsache erledigt haben. Soweit ein Oberlandesgericht an eine Frist nach § 121 Abs. 3 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gebunden ist, beginnt der Lauf dieser Frist mit dem Eingang der Akten bei dem zuständigen Landessozialgericht von neuem. Die Sätze 1 bis 3 gelten für Verfahren in Streitigkeiten über Entscheidungen von Vergabekammern, die Rechtsbeziehungen nach § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betreffen und die am ... [einfügen: Tag nach der Verkündung dieses Gesetzes] bei den Sozialgerichten anhängig sind, entsprechend.“

Artikel 2c

Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Juli 2005 (BGBl. I S. 2114), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 116 Abs. 3 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „für Streitigkeiten über Entscheidungen von Vergabekammern, die Rechtsbeziehungen nach § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betreffen, sind die Landessozialgerichte zuständig“ eingefügt.
2. In § 124 Abs. 2 Satz 1 werden vor dem Komma die Wörter „oder hält es den Rechtsstreit wegen beabsichtigter Abweichung von Entscheidungen eines Landessozialgerichts oder des Bundessozialgerichts für grundsätzlich bedeutsam“ eingefügt.

Artikel 2d

Änderung der Reichsversicherungsordnung

In § 196 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird die Angabe „Abs. 7 Satz 2 und“ gestrichen.

Artikel 2e

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

In § 23 Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I

S. 1433), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird die Angabe „Abs. 7 Satz 2 und“ gestrichen.

Artikel 3

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. Dem § 17 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Vorschriften des Achten Titels des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen keine Anwendung.“

2. Dem § 34 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die §§ 171f und 172 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung nicht anzuwenden.“

3. § 54 wird wie folgt gefasst:

„§ 54

Finanzausgleich für aufwändige Leistungsfälle

Die Satzung des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung kann eine Umlage der Verbandsmitglieder vorsehen, um die Kosten für aufwändige Leistungsfälle und andere aufwändige Belastungen ganz oder teilweise zu decken; § 265 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist entsprechend anzuwenden.“

Artikel 4

Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), das zuletzt durch ..., (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Artikel 1 Nr. 144 wird Absatz 1 wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Gesellschaften sind bis zum 31. Dezember 2012 verpflichtet, den bei den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden unbefristet tätigen Angestellten ein neues Be-

schäftigungsverhältnis zu vermitteln. Solange sind betriebsbedingte Kündigungen unzulässig.“

- b) Im neuen Satz 5 wird die Angabe „31. Dezember 2008“ durch die Angabe „31. Dezember 2012“ ersetzt.
2. In Artikel 1 Nr. 145 wird Absatz 1 wie folgt geändert:
- a) Satz 8 wird wie folgt gefasst:
- „Der Landesverband oder die Krankenkasse, der oder die einen Dienstordnungsangestellten oder einen übrigen Beschäftigten anstellt, dessen Arbeitsplatz bei einem der bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbände oder bei einer der in Satz 1 genannten Gesellschaften bürgerlichen Rechts weggefallen ist, hat einen Ausgleichsanspruch gegen die übrigen Landesverbände oder Krankenkassen der Kassenart.“
- b) Folgender Satz wird angefügt:
- „Die Sätze 6 bis 9 gelten auch für die Beschäftigten der Verbände der Ersatzkassen.“
3. In Artikel 1 Nr. 182 wird § 271 Abs. 2 wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Einnahmen“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Einnahmeausfälle“ die Wörter „und die Aufwendungen für die Erhöhung der Zuweisungen nach § 272 Abs. 2“ eingefügt.
- b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Die Liquiditätsreserve ist ab dem Jahr 2009 in vier jährlichen Schritten aufzubauen und muss spätestens nach Ablauf des Geschäftsjahres 2012 und der jeweils folgenden Geschäftsjahre mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen.“
4. Artikel 2 Nr. 29 wird wie folgt gefasst:
- „29. § 221 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 3 und 4 wird aufgehoben.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen des Bundes nach Absatz 1 Satz 3 den auf die Landwirtschaftlichen Krankenkassen entfallenden Anteil an der Beteiligung des Bundes an den Spitzenverband der landwirtschaftli-

chen Sozialversicherung zur Weiterleitung an die Landwirtschaftlichen Krankenkassen. Der Überweisungsbetrag nach Satz 1 bemisst sich nach dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten dieser Krankenkassen zu der Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen; maßgebend sind die Verhältnisse am 1. Juli des Vorjahres.“

Artikel 4a

Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes

Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853), das zuletzt durch ...geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) Das Wort „jeweils“ wird gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt:
- „Dabei ist das Benehmen mit der Bundesärztekammer herzustellen.“
2. Dem Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt:
- „Die Höhe der finanziellen Beteiligung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 eine angemessene Vergütung erhalten. In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden. Die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen soll insgesamt mindestens 5 000 Stellen betragen.“
3. Folgender Absatz wird angefügt:
- „(5) In den Verträgen nach Absatz 2 kann auch vereinbart werden, dass
1. die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,
2. auch eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin erfolgt,
3. in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.“

Artikel 4b

Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung

Der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S.152), die zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) geändert worden ist, wird folgender Neunter Abschnitt angefügt:

„Neunter Abschnitt

Beitragsnachweisverfahren für sonstige
Beiträge

§ 42

Beitragsnachweisverfahren für sonstige
Beiträge

§ 26 gilt entsprechend für Beitragszahlungen und Beitragsweiterleitungen nach § 252 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 5

Änderung der Sozialversicherungs- Rechnungsverordnung

§ 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung vom 15. Juli 1999 (BGBl. I S. 1627), die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Für eine Verpflichtung aus einer Altersvorsorgezusage für Bedienstete ist eine Rückstellung zu bilden. Soweit sich aus anderen Rechtsvorschriften nichts Abweichendes ergibt, bestimmt sich der Höchstwert der Rückstellungen nach dem für den jeweiligen Versicherungszweig geltenden versicherungsmathematisch ermittelten aktuellen Wert der späteren Zahlungen. Dieser Wert ist bei wesentlichen Änderungen der Berechnungsgrundlagen, in der Regel alle fünf Jahre, zu aktualisieren. Die Altersrückstellungen und das Deckungskapital dürfen nur zweckentsprechend aufgelöst werden.“

2. Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Soweit für Verpflichtungen einer Krankenkasse, für die nach § 171d Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haftet, eine Zuführung zu den Rückstellungen erforderlich ist, darf dieser Betrag wie das nach § 171e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu bildende Deckungskapital bis spätestens zum 31. Dezember 2049 angesammelt werden

und muss der Gesamtbetrag des Rückstellungsbedarfs solange nur in einer Fußnote der Jahresrechnung ausgewiesen werden.“

Artikel 5a

Änderung der Beitragsverfahrensverordnung

Nach § 6 der Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S.1138), die zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) geändert worden ist, wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a

Weiterleitung und Abrechnung sonstiger Beiträge

(1) Die §§ 5 und 6 gelten entsprechend für Beitragszahlungen und Beitragsweiterleitungen nach § 252 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Krankenkasse hat dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds die für die Erstellung der Abrechnung nach Absatz 1 erforderlichen Datengrundlagen auf Anforderung vorzulegen. Das Bundesversicherungsamt bestimmt das Nähere über die Datenlieferungen nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.“

Artikel 6

Änderung der Risikostruktur- Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

0. § 31 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Risikozuschläge“ die Wörter „für das folgende Ausgleichsjahr“ eingefügt und die Wörter „31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres, erstmals bis zum 1. Juli 2008“ durch die Angabe „30. September“ ersetzt.

b) In Satz 4 wird das Wort „Berichtsjahr“ durch das Wort „Ausgleichsjahr“ ersetzt.

c) Nach Satz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Das Bundesversicherungsamt kann nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Festlegungen nach Satz 1 unterjährig anpassen, wenn die allgemein gültige Kodierung der Diagnosen oder die Arzneimittelklassifikation aktualisiert wird. Die

Anpassungen nach Satz 6 sind in geeigneter Weise bekannt zu geben.“

0a. § 33 wird wie folgt gefasst:

„§ 33

Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds - Begriffsbestimmungen

(1) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben des § 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird in den §§ 33a bis 33c geregelt, für die die folgenden Absätze gelten.

(2) Eine in einem Land tätige Krankenkasse ist eine Krankenkasse, die Versicherte mit Wohnsitz in dem jeweiligen Land aufweist. Alle in einem Land tätigen Krankenkassen sind alle Krankenkassen, die Versicherte mit Wohnsitz in dem jeweiligen Land aufweisen.

(3) Versicherte mit Wohnsitz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland bleiben unberücksichtigt.“

0b. Nach § 33 werden die folgenden §§ 33a bis 33c eingefügt:

„§ 33a

Ermittlung der fortgeschriebenen Einnahmen

(1) Die Höhe der fortgeschriebenen Einnahmen der in einem Land tätigen Krankenkassen im Sinne des § 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird nach Maßgabe der folgenden Absätze ermittelt. Grundlage sind die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 sowie Abs. 1a für das Berichtsjahr 2008 erhobenen Daten. Abweichend von Satz 2 ist für das monatliche Abschlagsverfahren im Jahr 2009 das Berichtsjahr 2007 maßgeblich.

(2) Die am 30. Juni 2008 geltenden Beitragssätze der Krankenkassen sind die am 30. Juni 2008 geltenden allgemeinen Beitragssätze nach § 241 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zuzüglich des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung, bereinigt um die nach § 222 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in der Satzung der Krankenkasse ausgewiesenen Beitragssatzanteile. Die so bereinigten Beitragssätze aller in einem Land tätigen Krankenkassen werden je Krankenkasse mit der Summe ihrer in dem Land wohnhaften Mitglieder vervielfacht. Der bundeslandspezifische Beitragssatz wird ermittelt, indem die Summe der Ergebnisse nach Satz 2 aller in einem Land tätigen Krankenkassen durch die Summe der in dem Land

wohnhaften Mitglieder geteilt wird.

(3) Die Summe der Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergibt sich, indem die beitragspflichtigen Einnahmen aus Arbeitsentgelt der Mitglieder aller in einem Land tätigen Krankenkassen nach § 34 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 mit dem nach Absatz 2 ermittelten jeweiligen bundeslandspezifischen Beitragssatz vervielfacht und durch die Zahl 100 geteilt wird. Das Ergebnis nach Satz 1 wird anschließend mit den Beiträgen nach § 34 Abs. 1a Satz 1 Nr. 2 bis 8 und Satz 6 für alle in einem Land tätigen Krankenkassen zusammengezählt.

(4) Die nach Absatz 3 ermittelten Einnahmen sind nach Maßgabe der Absätze 5 und 6 um die ab 2009 ermittelten Ausgleichsansprüche und Ausgleichsverpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu bereinigen. Die bereinigten Einnahmen werden auf das jeweilige Ausgleichsjahr entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fortgeschrieben.

(5) Die Ausgleichsansprüche und Ausgleichsverpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs werden wie folgt ermittelt:

1. Der Beitragsbedarf aller in einem Land tätigen Krankenkassen wird aus der Summe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 6 aller in einem Land tätigen Krankenkassen anhand der nach § 34 Abs. 1 erhobenen Daten in entsprechender Anwendung des § 10 ermittelt;
2. die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergeben sich, indem die Summe der Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen nach Absatz 3 durch den bundeslandspezifischen Beitragssatz nach Absatz 2 geteilt und mit der Zahl 100 vervielfacht wird;
3. die Finanzkraft aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergibt sich, indem die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller in einem Land tätigen Krankenkassen nach Nummer 2 mit dem ab 2009 nach Nummer 4 zu ermittelnden Ausgleichsbedarfssatz vervielfacht und durch die Zahl 100 geteilt werden;
4. der anzuwendende Ausgleichsbedarfssatz ergibt sich, indem die Summe der nach Nummer 1 berechneten Beitragsbedarfe aller Krankenkassen durch die Summe der nach Nummer 2 ermittelten beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen geteilt und mit der Zahl 100 vervielfacht wird;
5. die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der

Ausgleichsverpflichtung aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergibt sich durch einen Vergleich des nach Nummer 1 berechneten Beitragsbedarfs mit der nach Nummer 3 ermittelten Finanzkraft in entsprechender Anwendung des § 16;

6. die nach Absatz 3 ermittelte Summe der Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen ist um die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung nach Nummer 5 zu bereinigen.

(6) Die Ausgleichsansprüche und Ausgleichsverpflichtungen auf Grund des Risikopools werden wie folgt ermittelt:

1. Die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben aller in einem Land tätigen Krankenkassen werden in entsprechender Anwendung des § 28a Abs. 4 Nr. 1 ermittelt;
2. die Finanzkraft aller in einem Land tätigen Krankenkassen wird in entsprechender Anwendung des § 28a Abs. 4 Nr. 2 und von Absatz 5 Nr. 3 ermittelt;
3. die nach Absatz 5 Nr. 6 ermittelte Summe der bereinigten Einnahmen ist um die nach Nummer 1 ermittelten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu erhöhen und um die nach Nummer 2 ermittelte Finanzkraft zu vermindern.

§ 33b

Ermittlung der Zuweisungen

(1) Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für ihre in einem Land wohnhaften Versicherten im Sinne des § 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden nach Maßgabe der folgenden Absätze auf der Grundlage der nach § 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 erhobenen Daten ermittelt.

(2) Die Zuweisungen, die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben nach den §§ 266 und 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung für ihre Versicherten erhalten, werden anteilig um die Beteiligungen des Bundes an Aufwendungen nach § 221 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung nach § 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gekürzt.

(3) Die nach Absatz 2 ermittelten Zuweisungen werden je Krankenkasse durch die Versicherungstage der Versicherten der Krankenkasse geteilt und mit den Versicherungstagen der in dem Land wohnhaften Versicherten vervielfacht. Die Summe der Ergebnisse nach Satz 1 aller in einem Land tä-

tigen Krankenkassen ergibt die bundeslandspezifischen Zuweisungen. Außer Betracht bleiben die aufgrund der Anwendung des § 33c Abs. 2 eingetretenen Veränderungen der Zuweisungen an die Krankenkassen für die in einem Land wohnhaften Versicherten.

§ 33c

Durchführung der Übergangsregelungen

(1) Das Bundesversicherungsamt stellt für jedes Ausgleichsjahr und für jedes Land die Höhe der nach § 33a ermittelten bereinigten Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen den nach § 33b ermittelten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen für ihre in diesem Land wohnhaften Versicherten gegenüber. Dabei ist sicherzustellen, dass die Summe der Zuweisungen an alle Krankenkassen der Summe der bereinigten Einnahmen aller Krankenkassen entspricht, indem die Summe der Zuweisungen an alle Krankenkassen durch die Summe der bereinigten Einnahmen aller Krankenkassen geteilt wird und das Ergebnis jeweils mit den bereinigten Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen im Sinne des § 33a vervielfacht wird. Ergibt die Gegenüberstellung, dass die Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen ihre Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in der Summe übersteigen, liegt eine Belastung vor.

(2) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1, dass die Belastung aller in einem Land tätigen Krankenkassen im Jahr 2009 einen Betrag von 100 Millionen Euro (Schwellenwert) übersteigt, sind die Zuweisungen an die Krankenkassen für ihre Versicherten mit Wohnsitz in diesem Land im Jahresausgleich so zu erhöhen, dass die Belastung den Schwellenwert genau erreicht; die Differenz zwischen der Belastung aller in einem Land tätigen Krankenkassen und dem Schwellenwert ergibt den Kappungsbetrag. Der Betrag, um den die Zuweisungen an die Krankenkassen für ihre Versicherten mit Wohnsitz in diesem Land zu erhöhen sind, wird ermittelt, indem der Kappungsbetrag durch die Versicherungstage der in dem Land wohnhaften Versicherten geteilt und je Krankenkasse mit den Versicherungstagen der in dem Land wohnhaften Versicherten vervielfacht wird. Ab 2010 erhöht sich der Schwellenwert nach Satz 1 in jährlichen Schritten um jeweils 100 Millionen Euro. § 39 Abs. 1 bis 4 gilt entsprechend.

(3) Die Regelungen des Absatzes 2 finden nur Anwendung, wenn die Gegenüberstellung nach Absatz 1 eine Überschreitung des Schwellenwertes im Sinne des Absatzes 2 ergibt. Die Regelungen der §§ 33 bis 33b sowie der Absätze 1 und 2 finden letztmalig in dem Jahr Anwendung, das dem Jahr vorausgeht, in dem erstmalig in keinem Land eine Überschreitung des Schwellenwertes nach Absatz

2 festgestellt wurde.“

0c. Die Überschrift des § 34 wird wie folgt gefasst:

„§ 34

Datenerhebungen und Gutachtenerstellung zu den
Übergangsregelungen zur
Einführung des Gesundheitsfonds“.

1. Nach § 34 wird folgender Achter Abschnitt eingefügt:

„Achter Abschnitt

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
(Risikostrukturausgleich) ab 2009

§ 35

Anwendbare Regelungen

(1) Vom Berichtsjahr 2009 an gelten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und die Durchführung des Risikostrukturausgleichs die Vorschriften dieses Abschnitts. Der Erste bis Siebte Abschnitt dieser Verordnung sind weiterhin anzuwenden, soweit in den nachfolgenden Vorschriften oder im Fünften Buch Sozialgesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Für die Durchführung des Jahresausgleichs nach § 19, des Risikopools nach § 28a und des Zwischenausgleichs nach § 17 Abs. 3a für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 sind die §§ 1 bis 28h in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu Grunde zu legen.

§ 36

Ermittlung der Höhe der Grundpauschale

(1) Die Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale bilden die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die um auf diese Leistungsausgaben entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38 zu bereinigen sind, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten. Die bereinigten Ausgaben sind durch die voraussichtliche Summe der Versicherten aller Krankenkassen zu teilen.

(2) Das Bundesversicherungsamt stellt die Grundpauschale im Voraus für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen fest.

(3) Die Bekanntmachung der vom Bundesversi-

cherungsamt für das Folgejahr ermittelten Grundpauschale sowie der Werte nach § 266 Abs. 5 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt jährlich bis zum 15. November, die Bekanntmachung für das Jahr 2009 erfolgt bis zum 1. Januar 2009. Die Krankenkassen geben ihren Versicherten die für das Folgejahr ermittelte Grundpauschale einschließlich ihrer Erläuterung jährlich in geeigneter Form bis zum 31. Dezember bekannt, die Bekanntmachung der für das Jahr 2009 ermittelten Grundpauschalen erfolgt bis zum 15. Januar 2009.

§ 37

Zuweisungen für sonstige Ausgaben

(1) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungskosten. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugrunde liegenden Prognosen wie folgt:

1. Die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen sind zusammenzuzählen, die von Dritten erstatteten Aufwendungen für Verwaltungskosten sowie die auf Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten, bleiben außer Betracht;
2. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen;
3. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für alle Krankenkassen zu teilen und mit der Zuweisung nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkasse zu vervielfachen;
4. die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse ergibt sich aus der Summe der nach den Nummern 2 und 3 ermittelten Ergebnisse.

(2) Die Prozentwerte nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 gelten bis zum 31. Dezember 2010. Vor Ablauf dieses Zeitraumes überprüft das Bundesministerium für Gesundheit anhand der für das Jahr 2009 erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen die finanziellen Auswirkungen der Anwendung der Prozentwerte nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 auf die Krankenkassen. Auf der Grundlage dieser Überprüfung sind durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Prozentwerte ab dem 1. Januar 2011 festzulegen. Bis zum Inkrafttreten der

Rechtsverordnung nach Satz 3 ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der monatlichen Zuweisungen nach Maßgabe des Absatzes 1.

(3) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugrunde liegenden Prognosen wie folgt: die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 sind durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung zu vervielfachen. Die so ermittelte Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung ist von den Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 abzuziehen. Absatz 2 gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugrunde liegenden Prognosen wie folgt:

1. Die Aufwendungen aller Krankenkassen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, sind zusammenzuzählen, wobei Satzungsleistungen auf Grund von § 2 Abs. 1 Satz 2 und 3 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Krankenversicherung und Aufwendungen für Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Betracht bleiben.
2. Das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen.
3. Das Ergebnis nach Nummer 2 ist mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen.

(5) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen, der

vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen sowie der Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen erfolgt jährlich bis zum 15. November, die Bekanntmachung für das Jahr 2009 erfolgt bis zum 1. Januar 2009.“

2. Der bisherige § 33 wird § 38.
3. Nach § 38 wird folgender § 39 angefügt:

„§ 39

Durchführung des Zahlungsverkehrs
und Kostentragung

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben nach § 266 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit. Die monatlichen Zuweisungen ergeben sich auf der Grundlage der Feststellung nach Satz 1, monatlich angepasst an die Veränderungen der Versichertenzahl. § 3 Abs. 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet für alle Krankenkassen jeweils zum 31. März und zum 30. September die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 Satz 1 unter Berücksichtigung der Datenmeldung nach § 32 neu und teilt diese den Krankenkassen mit. Die bis dahin geleisteten Zuweisungen für das Ausgleichsjahr werden auf der Grundlage der Feststellung nach Satz 1 neu ermittelt. § 17 Abs. 3a Sätze 4 bis 6 und § 14 Abs. 3 und 4 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass das für den Zahlungsverkehr zuständige Bundesversicherungsamt an die Stelle der Deutschen Rentenversicherung Bund tritt.

(4) Das Bundesversicherungsamt zahlt die Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren in Teilbeträgen aus, die sich insbesondere an den monatlichen Hauptfälligkeitzeitpunkten der beim Gesundheitsfonds eingehenden Beträge orientieren. Die Zuweisungen für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des diesem Monat folgenden Monats ausgezahlt.

(5) Die dem Bundesversicherungsamt auf Grund der Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach

§ 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.“

4. Die folgenden §§ 40 bis 41 werden angefügt:

„§ 40

Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse im Voraus für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der von der Bundesregierung festgelegten Beitragssätze nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der Beitragssatzfestlegung zugrunde liegenden Prognosen wie folgt den Betrag, um den die monatlichen Zuweisungen für jede Krankenkasse zu verändern sind:

1. Die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist um die für den Aufbau der Liquiditätsreserve nach § 271 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Einnahmen, die Ausgaben nach § 39 Abs. 5 sowie die nach § 137g Abs. 1 Satz 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme entstehenden Vorhaltekosten zu bereinigen;
2. von dem Wert nach Nummer 1 ist die Höhe der voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Höhe der voraussichtlichen standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen, bereinigt um die auf standardisierte Leistungsausgaben sowie Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten, abzuziehen;
3. das Ergebnis nach Nummer 2 ist durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen und die Zahl 12 zu teilen;
4. das Ergebnis nach Nummer 3 ist für jede Krankenkasse mit der Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, zu vervielfachen.

(2) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt für das Folgejahr ermittelten Beträge erfolgt jährlich bis zum 15. November, die Bekanntmachung für das Jahr 2009 erfolgt bis zum 1. Januar 2009.

§ 41

Jahresausgleich

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr) folgende Zahlen neu:

1. Die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge;
2. die Werte nach § 37 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 sowie Abs. 4 Satz 2 Nr. 2;
3. die Erhöhung der Zuweisungen nach § 33c Abs. 2.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse wie folgt den Betrag, um den die Zuweisungen für jede Krankenkasse im Jahresausgleich nach Absatz 3 zu verändern sind:

1. Von dem Wert nach § 40 Abs. 1 Nr. 1 ist die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Höhe der standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Krankenkassen, bereinigt um die auf standardisierte Leistungsausgaben sowie Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten, abzuziehen;
2. das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen zu teilen;
3. das Ergebnis nach Nummer 2 ist für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder zu vervielfachen.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der nach den Absätzen 1 und 2 ermittelten Zahlen sowie der Grundpauschalen nach § 36 für jede Krankenkasse die Höhe der Zuweisungen nach den §§ 266 Abs. 2 Satz 1 und 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich. Für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, ist eine gemeinsame Berechnung vorzunehmen.

(4) Das Bundesversicherungsamt gibt die nach den Absätzen 1 und 2 Nr. 2 ermittelten Werte in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen die nach den Absätzen 2 und 3 ermittelten Beträge mit. Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, steht der Krankenkasse der überschießende Betrag zu. Unterschreitet die Höhe der nach Ab-

satz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Die Beträge nach den Sätzen 2 und 3 sind mit ihrer Bekanntgabe an die Krankenkassen fällig.

(5) Der Jahresausgleich ist bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Kalenderjahres durchzuführen.“

Artikel 6a

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

In § 12c Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Art. 4 des Gesetzes vom 13. August 2008 (BGBl. I S. 1690) geändert worden ist, wird nach Nummer 2a folgende Nummer 2b eingefügt:

„2b. nähere Bestimmungen zum Wechsel in den Basis-
tarif gemäß § 12 Abs. 1b und zu einem darauf fol-
genden Wechsel aus dem Basistarif zu erlassen,“

Artikel 7

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2009 in Kraft, soweit in den nachfolgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 2a Nr. 2 tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2008 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nr. 1i tritt mit Wirkung vom 1. Oktober 2008 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nr. 11b tritt am ... [einfügen: Tag der dritten Lesung] in Kraft.

(5) Artikel 1 Nr. 1d, Nr. 1e, Nr. 2e, Nr. 2f, Nr. 14e, Artikel 2b, Artikel 2c und Artikel 4 treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(6) Artikel 1 Nr. 2d tritt am 1. April 2009 in Kraft.

(7) Artikel 1 Nr. 1b, Nr. 6, Nr. 7, in Nummer 8 die §§ 171d bis 171f, Nr. 9, Nr. 15, Artikel 2 Nr. 1, Nr. 2, Nr. 4, Nr. 5, Artikel 2d, Artikel 2e, Artikel 3 Nr. 1, Nr. 2 und Artikel 5 treten am 1. Januar 2010 in Kraft.“