

§ 137i Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überprüfen bis zum 31. August eines Jahres, erstmals bis zum 31. August 2021, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen und vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung zum 1. Januar eines Jahres, erstmals zum 1. Januar 2022, eine Weiterentwicklung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern sowie der zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen. Darüber hinaus legen sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 1. Januar eines Jahres weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern fest, für die sie Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 bis zum 31. August des jeweils selben Jahres mit Wirkung für das Folgejahr im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren. Für jeden pflegesensitiven Bereich im Krankenhaus sind die Pflegepersonaluntergrenzen nach den Sätzen 1 und 2 differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand, der sich nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelten Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand bestimmt, festzulegen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat den Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand zum Zweck der Weiterentwicklung und Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern jährlich zu aktualisieren. Für die Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen sind alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen zu berücksichtigen. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5 bleiben unberührt. In den pflegesensitiven Bereichen sind die dazugehörigen Intensiveinheiten, in begründeten Fällen auch Intensiveinheiten außerhalb von pflegesensitiven Krankenhausbereichen, sowie die Besetzungen im Nachtdienst zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben geeignete Maßnahmen vorzusehen, um Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen zu vermeiden. Sie bestimmen notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sowie die Anforderungen an deren Nachweis. Für den Fall der Nichterfüllung, der nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Erfüllung

zinprodukts zu Lasten der Krankenkassen erbringen wollen, sind verpflichtet, an einer Erprobung nach § 137e teilzunehmen. Die Anforderungen an die Erprobung nach § 137e Absatz 2 haben unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität die tatsächliche Durchführbarkeit der Erprobung und der Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Erprobung ist in der Regel innerhalb von zwei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Erprobungszeit erforderlich ist. Nach Abschluss der Erprobung entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c.“

Artikel 1 Nr. 79 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „Nummer 3“ durch „Nummer 2“ und „Absatz 2 Satz 1 der“ durch „Absatz 4 Satz 1 der“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 79 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „ , auf deren Wunsch auch unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus,“ nach „Medizinprodukten“ und „sowie zu dem Verfahren einer Erprobung einschließlich der Möglichkeit, anstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung nach § 137e Absatz 5 Satz 2 zu beauftragen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 79 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 6 bis 8 eingefügt.

26.05.2021.—Artikel 4 Nr. 5 des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) in Verbindung mit Artikel 15 Abs. 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat in Abs. 2 Satz 1 „Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. L 169 vom 12.7.1993, S. 1), die zuletzt durch Artikel 2 der Richtlinie 2007/47/EG (ABl. L 247 vom 21.9.2007, S. 21) geändert worden ist, oder den aktiven implantierbaren Medizinprodukten“ durch „Artikel 51 in Verbindung mit Anhang VIII der Verordnung (EU) 2017/745“ ersetzt.

von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten sowie für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen bestimmen die Vertragsparteien nach Satz 1 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes insbesondere die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Sanktionen nach den Absätzen 4b und 5 und schreiben die zu diesem Zweck zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft getroffene Vereinbarung über Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen vom 26. März 2019, die auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht ist, entsprechend fort. Kommt eine Fortschreibung der in Satz 10 genannten Vereinbarung nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen. Zur Unterstützung bei der Festlegung der pflegesensitiven Bereiche sowie zur Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen können sie im Bedarfsfall fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen. Bei der Ausarbeitung und Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen sind insbesondere der Deutsche Pflegeverband e. V. – DPR, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. qualifiziert zu beteiligen, indem ihnen insbesondere in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen sind und ihre Stellungnahmen zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen sind.

(2) Bei der Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 steht das Bundesministerium für Gesundheit im ständigen fachlichen Austausch mit den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und beteiligt den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege bei dem in Satz 4 vorgesehenen Verfahrensschritt. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Unterstützung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 das Institut nach § 137a mit Gutachten beauftragen; § 137a Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit ist berechtigt, an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 teilzunehmen, und erhält deren fachliche Unterlagen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit fortlaufend, insbesondere wenn die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 gefährdet ist, und auf dessen Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Beratungen zu geben und mögliche Lösungen für Vereinbarungshindernisse vorzulegen.

(3) Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf die Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 bis 9 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 können Mitteilungspflichten der Krankenhäuser zur Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche sowie Regelungen zu Sanktionen für den Fall geregelt werden, dass ein Krankenhaus Verpflichtungen, die sich aus der Rechtsverordnung oder dieser Vorschrift ergeben, nicht einhält. Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 Datenerhebungen oder Auswertungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann insbesondere das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Institut nach § 137a mit Auswertungen oder Sachverständigengutachten beauftragen; diese können sich auf die Prüfung der Frage erstrecken, inwiefern Pflegepersonaluntergrenzen in Notaufnahmen Anwendung finden können. Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. Für die Aufgaben, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder nach einer Rechtsverordnung nach Satz 1 und nach dieser Vorschrift übertragen sind, gilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus als von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt. Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Num-

mer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist. Für die Aufwendungen des Instituts nach § 137a gilt § 137a Absatz 4 Satz 3 entsprechend.

(3a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet das Konzept zur Abfrage und Übermittlung von Daten, die für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen im Sinne des Absatzes 1 als Datengrundlage erforderlich sind. Soweit für die Herstellung der repräsentativen Datengrundlage nicht Daten aller Krankenhäuser erforderlich sind, legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem Konzept nach Satz 1 auch die Auswahl der Krankenhäuser und die von ihnen zu übermittelnden Daten fest. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bestimmt auf der Grundlage des Konzepts nach Satz 1, welche Krankenhäuser an der Herstellung der repräsentativen Datengrundlage teilnehmen, und verpflichtet sie zur Übermittlung der für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten. Die für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten, die von den Krankenhäusern nicht bereits nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt werden, sind erstmals spätestens bis zum 31. Mai 2019 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf maschinenlesbaren Datenträgern zu übermitteln. Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren Pauschalen, mit denen der Aufwand, der bei den ausgewählten Krankenhäusern bei der Übermittlung der Daten nach Satz 2 entsteht, abgegolten wird. Die Pauschalen sollen in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. Die Pauschalen nach Satz 4 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der entsprechend zu erhöhen ist. Das Institut bereitet diese Daten in einer Form auf, die eine stations- und schichtbezogene sowie eine nach dem Pflegeaufwand gemäß Absatz 1 Satz 3 entsprechend differenzierte Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen ermöglicht, und stellt sie für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen im Sinne des Absatzes 1 zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 zur Verfügung.

(4) Für die Jahre ab 2019 haben die Krankenhäuser durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde den Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen, die in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, in einer Vereinbarung nach Absatz 1 oder in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 festgelegt wurden, differenziert nach Berufsbezeichnungen und unter Berücksichtigung des Ziels der Vermeidung von Personalverlagerungseffekten, nachzuweisen. Zu diesem Zweck schreiben die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes die zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft getroffene Vereinbarung über den Nachweis zur Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen vom 28. November 2018, die auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht ist, jährlich bis zum 1. November, erstmals für das Jahr 2020 zum 1. November 2019, entsprechend den in einer Vereinbarung nach Absatz 1 oder in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 festgelegten Vorgaben zu den Pflegepersonaluntergrenzen fort. Die Krankenhäuser übermitteln den Nachweis zum 30. Juni jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 2019 zum 30. Juni 2020. Der Erfüllungsgrad der Einhaltung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, in einer Vereinbarung nach Absatz 1 oder in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 festgelegten Vorgaben, differenziert nach Berufsbezeichnungen, ist in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen. Kommt eine Fortschreibung der in Satz 2 genannten Vereinbarung bis zum 1. November des jeweiligen Jahres nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen. Die Krankenhäuser teilen zusätzlich den jeweiligen Ver-

tragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal die Anzahl der Schichten mit, in denen die in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, in einer Vereinbarung nach Absatz 1 oder in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind. Die Mitteilung muss spätestens bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Beginn des folgenden Quartals, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach der Art der Schicht, erfolgen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, den jeweils zuständigen Landesbehörden, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie auf Anforderung dem Bundesministerium für Gesundheit einmal je Quartal eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 6.

(4a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 15. Februar eines Jahres, erstmals zum 15. Februar 2019, auf seiner Internetseite für jedes Krankenhaus unter Nennung des Namens und des Institutionskennzeichens des jeweiligen Krankenhauses und soweit möglich für jeden Standort eines Krankenhauses gesondert

1. die Angaben der Krankenhäuser über die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern, die diese auf Grund der in § 5 Absatz 3 und 4 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, in einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 oder in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 festgelegten Mitteilungspflichten übermittelt haben,
2. die jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen und
3. den auf der Grundlage des Katalogs zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand ermittelten Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen in den Krankenhäusern.

Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist.

(4b) Für Krankenhäuser, die ihre nach § 5 Absatz 3 und 4 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, in einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 oder ihre in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 festgelegten Mitteilungspflichten nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10 Vergütungsabschläge zu vereinbaren. Zudem haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10 Vergütungsabschläge für Krankenhäuser, die nach Absatz 3a Satz 2 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zur Lieferung von Daten ausgewählt wurden und ihre Pflicht zur Übermittlung von Daten nach Absatz 3a Satz 3 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen, zu vereinbaren. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes über Verstöße gegen die in den Sätzen 1 und 2 genannten Pflichten der Krankenhäuser.

(4c) Widerspruch und Klage gegen Maßnahmen zur Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern, gegen Maßnahmen zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern sowie gegen Maßnahmen zur Begründung der Verpflichtung der Krankenhäuser zur Übermittlung von Daten nach Absatz 3a Satz 2 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Hält ein Krankenhaus die in einer Vereinbarung nach Absatz 1 oder in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 3 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bestimmter Ausnahmetatbestand vorliegt oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 3 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bestimmten Übergangsregelung erfüllt sind, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ab dem 1. April 2019 entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10 Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu ver-

einbaren. Verringerungen der Fallzahl sind mindestens in dem Umfang zu vereinbaren, der erforderlich ist, um die Unterschreitung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze auszugleichen. Vergütungsabschläge sind in einer Höhe zu vereinbaren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Nichteinhaltung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze steht. Die in Satz 1 genannten Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen ausgesetzt werden.

(6) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2023 einen wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vor.³¹⁶

316 QUELLE

25.07.2017.—Artikel 8b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 11 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Satz 1 in Abs. 1 durch die Sätze 1 bis 4 ersetzt. Satz 1 lautete: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus fest, für die sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung spätestens bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser vereinbaren.“

Artikel 7 Nr. 11 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 10 „Vergütungsabschlägen“ durch „Sanktionen nach Absatz 5“ ersetzt.

Artikel 7 Nr. 11 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 13 „Vergütungsabschläge nach Satz 7“ durch „Sanktionen nach Satz 10“ und „30. Juni 2018“ durch „31. Januar 2019“ ersetzt.

Artikel 7 Nr. 11 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „den in den Sätzen 4 bis 6 vorgesehenen Verfahrensschritten“ durch „dem in Satz 4 vorgesehenen Verfahrensschritt“ ersetzt.

Artikel 7 Nr. 11 lit. b litt. bb und cc desselben Gesetzes hat die Sätze 4 bis 6 in Abs. 2 durch Satz 4 ersetzt. Die Sätze 4 bis 6 lauteten: „Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich, spätestens bis zum 31. August 2017, einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen für die Entwicklung und Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 vor. Sie sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit fortlaufend, insbesondere wenn die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 oder die Erreichung der konkreten Zeitziele des Zeitplans gefährdet sind, und auf dessen Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Beratungen zu geben und mögliche Lösungen für Vereinbarungshindernisse vorzulegen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Januar 2018 einen Zwischenbericht über die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 vor.“

Artikel 7 Nr. 11 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 geändert. Abs. 3 lautete:

„(3) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf die Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Zum Erlass der Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 kann das Bundesministerium für Gesundheit auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 Datenerhebungen oder Auswertungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann insbesondere das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Institut nach § 137a mit Auswertungen oder Sachverständigengutachten beauftragen. Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren; für die Aufwendungen des Instituts nach § 137a gilt § 137a Absatz 4 Satz 3 entsprechend.“

Artikel 7 Nr. 11 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

Artikel 7 Nr. 11 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 und 4 jeweils „Personalgruppen und“ nach „differenziert nach“ gestrichen.

Artikel 7 Nr. 11 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „Satz 5“ durch „Satz 8“ ersetzt.

Artikel 7 Nr. 11 lit. e litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 6 bis 8 eingefügt.

Artikel 7 Nr. 11 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 4a bis 4c eingefügt.

Artikel 7 Nr. 11 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Hält ein Krankenhaus die nach Absatz 1 oder Absatz 3 festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 bestimmter Ausnahmetatbestand vorliegt oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 bestimmten Übergangsregelung erfüllt sind, ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein nach Absatz 1 Satz 7 bestimmter Vergütungsabschlag zu vereinbaren.“

Artikel 7 Nr. 11 lit. h desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „ , nur für das Jahr 2019,“ nach „Satz 1“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 79a lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 3 Satz 5 „erforderlichenfalls“ nach „der“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 79a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4b Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 79a lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4c neu gefasst. Abs. 4c lautete:

„(4c) Widerspruch und Klage gegen die Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern und gegen die für die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen haben keine aufschiebende Wirkung.“

Artikel 1 Nr. 79a lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 6 aufgehoben und Abs. 7 in Abs. 6 unnummeriert. Abs. 6 lautete:

„(6) Für die nach Absatz 1 oder Absatz 3 festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen treffen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, nur für das Jahr 2019, unter Schätzung der personellen und finanziellen Folgen eine Rahmenvereinbarung darüber, welche Mehrkosten, die bei der Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen, in Art und Umfang von den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes bei der Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c des Krankenhausentgeltgesetzes zu berücksichtigen sind. Dabei haben die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 auf Grundlage von Auswertungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus festzustellen, inwieweit die Pflegepersonaluntergrenzen bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach diesem Gesetz finanziert werden. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

16.08.2019.—Artikel 12 Nr. 15 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) hat Abs. 3 Satz 1 und 2 eingefügt.

Artikel 12 Nr. 15 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 6 „oder nach einer Rechtsverordnung nach Satz 1“ vor „und“ eingefügt.

Artikel 12 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Für die Jahre ab 2019 haben die Krankenhäuser durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde den Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 1 oder Absatz 3, differenziert nach Berufsbezeichnungen und unter Berücksichtigung des Ziels der Vermeidung von Personalverlagerungseffekten, nachzuweisen. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes die nähere Ausgestaltung der Nachweise. Die Krankenhäuser übermitteln den Nachweis zum 30. Juni jedes Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 2019 zum 30. Juni 2020. Der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 oder Absatz 3, differenziert nach Berufsbezeichnungen, ist in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen. Kommt eine Vereinbarung über die nähere Ausgestaltung der Nachweise nach Satz 2 unter Einschluss der gemäß Absatz 1 Satz 8 vorzusehenden Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungseffekten nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen. Die Krankenhäuser teilen zusätzlich den jeweiligen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal die Anzahl der Schichten mit, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder nach den Vorgaben einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach

Absatz 1 nicht eingehalten worden sind. Die Mitteilung muss spätestens bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Beginn des folgenden Quartals, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach der Art der Schicht, erfolgen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und den jeweils zuständigen Landesbehörden einmal je Quartal eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 6.“

Artikel 12 Nr. 15 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4a Satz 1 Nr. 1 „oder in einer“ durch „ , in einer“ ersetzt und „oder in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 festgelegten Mitteilungspflichten“ nach „Absatz 1“ eingefügt.

Artikel 12 Nr. 15 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4b Satz 1 „oder in“ durch „ , in“ ersetzt und „oder ihre in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1“ nach „Absatz 1“ eingefügt.

Artikel 12 Nr. 15 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „nach Absatz 1 oder“ durch „in einer Vereinbarung nach Absatz 1 oder in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 oder“ ersetzt und „oder Absatz 3“ jeweils nach „Satz 9“ eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 10 „der Nichterfüllung, der nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Erfüllung von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten sowie für den Fall“ nach „Fall“ eingefügt und „Absatz 5“ durch „den Absätzen 4b und 5 und schreiben die zu diesem Zweck zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft getroffene Vereinbarung über Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen vom 26. März 2019, die auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht ist, entsprechend fort“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. bb und cc desselben Gesetzes hat die Sätze 11 bis 13 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 11 bis 13 lauteten: „Zur Unterstützung bei der Festlegung der pflegesensitiven Bereiche sowie zur Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen können sie im Bedarfsfall fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen. Bei der Ausarbeitung und Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen sind insbesondere der Deutsche Pflegerat e. V. – DPR, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. qualifiziert zu beteiligen, indem ihnen insbesondere in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen sind und ihre Stellungnahmen zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen sind. Kommt eine Vereinbarung über die Sanktionen nach Satz 10 bis zum 31. Januar 2019 nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 1 „spätestens bis zum 31. Januar 2019 ein Konzept“ durch „das Konzept“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 2 „repräsentativen“ nach „Herstellung der“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 3a Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3a Satz 4 „der“ durch „von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4b Satz 1 „ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein Vergütungsabschlag zu vereinbaren“ durch „haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10 Vergütungsabschläge zu vereinbaren“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4b Satz 2 „entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10“ nach „Krankenhausentgeltgesetzes“ und „ , zu vereinbaren“ am Ende eingefügt sowie „vereinbaren“ durch „haben“ ersetzt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 10a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 4 Satz 8 „Satz 1 und“ durch „Satz 1,“ ersetzt und „ , den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie auf Anforderung dem Bundesministerium für Gesundheit“ nach „Landesbehörden“ eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 48 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 1 „2019“ durch „eines Jahres, erstmals bis zum 31. August 2021,“ und „2020“ durch „eines Jahres, erstmals zum 1. Januar 2022,“ ersetzt.

§ 137j Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich, erstmals zum 31. Mai 2020, für jedes nach § 108 zugelassene Krankenhaus einen Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. Der Pflegepersonalquotient ist für jeden Standort eines Krankenhauses zu ermitteln. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. Für die Zahl der in Satz 1 genannten Vollzeitkräfte sind die dem Institut nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zu Grunde zu legen, mit Ausnahme der den Mindestvorgaben zu Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 unterfallenden Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Das nach Satz 4 für die Zahl der in Satz 1 genannten Vollzeitkräfte zugrunde zu legende Pflegepersonal, das nicht über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 des Pflegeberufgesetzes, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes oder § 64 des Pflegeberufgesetzes, auch in Verbindung mit § 66 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes, verfügt, ist bis zur Höhe des jeweils obersten Quartils des an allen Standorten mit den jeweiligen Berufsbezeichnungen eingesetzten Pflegepersonals einzubeziehen. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands erstellt das Institut bis zum 31. Mai 2020 einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands, mit dem für die Entgelte nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar sind. Das Institut aktualisiert den Katalog jährlich und veröffentlicht ihn auf seiner Internetseite. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands ermittelt das Institut auf der Grundlage dieses Katalogs aus den ihm nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten für jeden Standort eines Krankenhauses die Summe seiner Bewertungsrelationen. Das Institut veröffentlicht unter Angabe des Namens und der Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und 6 eine vergleichende Zusammenstellung der für jeden Standort eines Krankenhauses ermittelten Pflegepersonalquotienten bis zum 31. August eines Jahres, erstmals bis zum 31. August 2021, barrierefrei auf seiner Internetseite. In der Veröffentlichung weist das Institut standortbezogen auch die prozentuale Zusammensetzung des Pflegepersonals nach Berufsbezeich-

Artikel 1 Nr. 48 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Darüber hinaus

1. vereinbaren sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 31. August 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und Herzchirurgie,
2. legen sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 1. Januar eines Jahres, erstmals bis zum 1. Januar 2020, weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern fest, für die sie Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser bis zum 31. August des jeweils selben Jahres mit Wirkung für das Folgejahr, erstmals bis zum 31. August 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren.“

Artikel 1 Nr. 48 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 6 „§ 136a Absatz 2 Satz 2“ durch „§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 48 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „2022“ durch „2023“ ersetzt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 3 Satz 4 „; diese können sich auf die Prüfung der Frage erstrecken, inwiefern Pflegepersonaluntergrenzen in Notaufnahmen Anwendung finden können“ am Ende eingefügt.

nungen auf Grundlage der nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten aus.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf der Grundlage der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist. Für den Fall, dass der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die in der Rechtsverordnung nach Satz 1 festgelegte Untergrenze unterschreitet, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die Vertragspartner nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes die Höhe und nähere Ausgestaltung der Sanktionen nach Absatz 2a. Kommt eine Vereinbarung über die Sanktionen nach Satz 2 bis zum 30. Juni 2019 nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei nach Satz 2 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 regelt das Nähere

1. zur Festlegung der Untergrenze, die durch den Pflegepersonalquotienten eines Krankenhauses nicht unterschritten werden darf und

2. zu dem Budgetjahr, für das erstmals Sanktionen nach Absatz 2a Satz 1 zu vereinbaren sind.

Das Bundesministerium für Gesundheit prüft spätestens nach Ablauf von drei Jahren die Notwendigkeit einer Anpassung der Untergrenze. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 kann auch geregelt werden, dass die nach Satz 2 von den Vertragspartnern nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.

(2a) Unterschreitet der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die in der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Satz 1 festgelegte Untergrenze, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu vereinbaren. Verringerungen der Fallzahl sind mindestens in dem Umfang zu vereinbaren, der erforderlich ist, um die Unterschreitung des Pflegepersonalquotienten auszugleichen. Vergütungsabschläge sind in einer Höhe zu vereinbaren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Unterschreitung steht. Die in Satz 1 genannten Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.

(3) Für die Aufgaben nach Absatz 1 gilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus als von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt. Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.³¹⁷

317 QUELLE

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 12 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 49 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Sätze 5 bis 9 in Abs. 1 durch die Sätze 5 bis 10 ersetzt. Die Sätze 5 bis 9 lauteten: „Für die Ermittlung des Pflegeaufwands erstellt das Institut bis zum 31. Mai 2020 einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands, mit dem für die Entgelte nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar sind. Das Institut aktualisiert den Katalog jährlich und veröffentlicht ihn auf seiner Internetseite. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands ermittelt das Institut auf der Grundlage dieses Katalogs aus den ihm nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten für jeden Standort eines Krankenhauses die Summe seiner

§ 137k Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten und das für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personal sicherzustellen. Zu diesem Zweck haben sie nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach den Absätzen 4 und 5 Folgendes zu ermitteln und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln:

1. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Pflegekräfte,
2. den Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern und
3. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte.

Sie haben außerdem die Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte schrittweise an die Anzahl der einzusetzenden Pflegekräfte anzupassen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den jeweils zuständigen Landesbehörden und dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 2.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer) mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung eines im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzepts zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern sowie der intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Kindern. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:

1. die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, und
2. die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte.

Der Auftragnehmer kann die Form und das Verfahren der Datenübermittlung festlegen. Weitere nach § 108 zugelassene Krankenhäuser können sich an der Erprobung beteiligen. Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. August 2023 einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse der Erprobung bei Erlass der Rechtsverordnung nach den Absätzen 4 und 5 zu berücksichtigen.

(3) Das Bundesministerium der Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Oktober 2023 einen Auftragnehmer mit der Entwicklung und modellhaften Erprobung eines Verfahrens zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auf-

Bewertungsrelationen. Das Institut übermittelt eine vergleichende Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten der einzelnen Krankenhäuser nach Satz 1 an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes leiten die Zusammenstellung an die betroffenen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und an die jeweils zuständigen Landesbehörden weiter.“

Artikel 1 Nr. 49 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 2 Satz 4 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. zur Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser.“

Artikel 1 Nr. 49 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 1 „erstmalig für das Budgetjahr 2020“ nach „Satz 2“ gestrichen.

16.12.2023.—Artikel 8h des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat in Abs. 1 Satz 5 „Absatz 1“ nach „§ 1“ gestrichen.

tragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:

1. die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, und
2. die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte.

Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. August 2024 einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Entwicklung und Erprobung vorzulegen. Absatz 2 Satz 4, 5 und 7 gilt entsprechend.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen, erstmals bis zum 30. November 2023, Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern erlassen. In der Rechtsverordnung kann das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere bestimmen

1. zur Ermittlung des täglichen Pflegebedarfs durch die Festlegung von Pflegekategorien sowie den ihnen zugrunde zulegenden Minutenwerten für die pflegerische Versorgung je Patientin oder Patient,
2. zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen des Pflegepersonals,
3. zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden
 - a) Anzahl der in der jeweiligen Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Ist-Personalbesetzung) und
 - b) Anzahl der in der jeweiligen Station auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Soll-Personalbesetzung),
4. zur Übermittlung der von den Krankenhäusern erfassten Daten nach Nummer 3 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einschließlich der Form und des Verfahrens der Übermittlung,
5. zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten,
6. zur Auswertung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und
7. zur Übermittlung nach Absatz 1 Satz 4.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, aufgrund der in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 vorgesehenen Datenerfassung zur Festlegung des konkreten erforderlichen Erfüllungsgrads der Soll-Personalbesetzung in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 mit Zustimmung des Bundesrates und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen Regelungen zu treffen

1. zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung durch das Krankenhaus,
2. zum Nachweis der Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und
3. zu Vergütungsabschlägen, wenn ein Krankenhaus es unterlässt,
 - a) die Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung anzupassen oder
 - b) die Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung nachzuweisen.

(6) Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5 bleiben unberührt.

(7) Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung der Aufgaben nach dieser Vorschrift sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.³¹⁸

§ 137l Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus

(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Vorgaben zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus nach § 137k Absatz 4 sicher, insbesondere im Hinblick auf die bedarfsgerechte personelle Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage seiner jeweiligen nach § 137k Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 bestimmten beruflichen Qualifikationen sowie im Hinblick auf die standardisierte und digitale Anwendung der Vorgaben nach § 137k Absatz 4. Zudem legen sie Vorschläge zur Personalbemessung in der Pflege in Notaufnahmen vor. Die Vertragsparteien nach Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse der wissenschaftlichen Weiterentwicklung nach den Sätzen 1 und 2 bis zum 31. Dezember 2024 vor. Die Vertragsparteien nach Satz 1 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit der Weiterentwicklung auf ihre Kosten fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige; dabei trägt die Deutsche Krankenhausgesellschaft 50 Prozent der Kosten, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen 46,5 Prozent der Kosten und der Verband der Privaten Krankenversicherung 3,5 Prozent der Kosten. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt.

(2) Bei der Durchführung des Auftrags nach Absatz 1 Satz 4 sind insbesondere der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege, der Deutsche Pflegerat e. V. – DPR, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. zu beteiligen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Beauftragung nach Absatz 1 Satz 4 und spätestens bis zum 31. März 2023 eine Beschreibung des Inhalts der Beauftragung sowie einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen vor. Die Beauftragung nach Absatz 1 Satz 4 hat spätestens bis zum 30. September 2023 zu erfolgen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit fortlaufend, insbesondere wenn die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 oder die Erreichung der gesetzlich oder in dem Zeitplan nach Satz 1 festgelegten Zeitziele gefährdet sind, und auf dessen Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Entwicklung, Erprobung und der Auftragsvergabe sowie über Problembereiche und mögliche Lösungen zu geben.

(4) Wird ein gesetzlich oder ein in dem Zeitplan nach Absatz 3 Satz 1 festgelegtes Zeitziel nicht fristgerecht erreicht und ist deshalb die fristgerechte Weiterentwicklung gefährdet, kann das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf einzelne Verfahrensschritte selbst durchführen. Haben sich die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. März 2023 nicht über den Inhalt der Beauftragung nach Absatz 1 Satz 4 geeinigt, beauftragt das Bundesministerium für Gesundheit

318 QUELLE

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 49a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

UMNUMMERIERUNG

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 3a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat § 137k in § 137l umnummeriert.

QUELLE

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat die Vorschrift eingefügt.

die Entwicklung und Erprobung nach Absatz 1 Satz 4 spätestens bis zum 31. Dezember 2023 auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1.³¹⁹

§ 138 Neue Heilmittel

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dürfen neue Heilmittel nur verwenden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat.³²⁰

§ 139 Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufzuführen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

(2) Soweit dies zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist, sind im Hilfsmittelverzeichnis indikations- oder einsatzbezogen besondere Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel festzulegen. Besondere Qualitätsanforderungen nach Satz 1 können auch festgelegt werden, um eine ausreichend lange Nutzungsdauer oder in geeigneten Fällen den Wiedereinsatz von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten zu ermöglichen. Im Hilfsmittelverzeichnis sind auch die Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen zu regeln.

319 UMNUMMERIERUNG

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 3a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat § 137k in § 137l umnummeriert.

ÄNDERUNGEN

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 3a lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus“.

Artikel 1 Nr. 3a lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat die Sätze 1 bis 3 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 1 bis 3 lauteten: „Die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher. Die Entwicklung und Erprobung ist spätestens bis zum 31. Dezember 2024 abzuschließen. Es ist ein bedarfsgerechtes, standardisiertes, aufwandsarmes, transparentes, digital anwendbares und zukunftsfähiges Verfahren über einen analytischen Ansatz unter Hinzuziehung empirischer Daten zu entwickeln, durch das eine fachlich angemessene pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern gewährleistet wird.“

Artikel 1 Nr. 3a lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „Wissenschaftlichkeit des Verfahrens“ durch „Wissenschaftlichkeit der Weiterentwicklung“ ersetzt und „mit der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens“ nach „Sachverständige“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 3a lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „15. Dezember 2021“ durch „31. März 2023“ ersetzt und „für die Entwicklung und Erprobung des Verfahrens nach Absatz 1 Satz 1 bis 3“ nach „Zeitzielen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 3a lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „30. Juni 2022“ durch „30. September 2023“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3a lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „Entwicklung oder Erprobung“ durch „Weiterentwicklung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3a lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „15. Dezember 2021“ durch „31. März 2023“ und „31. August 2022“ durch „31. Dezember 2023“ ersetzt.

320 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 87 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat „kassen- und“ nach „an der“ gestrichen.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 110 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

(3) Die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis erfolgt auf Antrag des Herstellers. Über die Aufnahme entscheidet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen; er kann vom Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt sind. Hält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Prüfung des Antrags eine Klärung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für erforderlich, ob der Einsatz des Hilfsmittels untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode ist, holt er hierzu unter Vorlage der ihm vorliegenden Unterlagen sowie einer Begründung seiner Einschätzung eine Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses ein. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auskunft innerhalb von sechs Monaten zu erteilen. Kommt der Gemeinsame Bundesausschuss zu dem Ergebnis, dass das Hilfsmittel untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode ist, beginnt unmittelbar das Verfahren zur Bewertung der Methode nach § 135 Absatz 1 Satz 1, wenn der Hersteller den Antrag auf Eintragung des Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis nicht innerhalb eines Monats zurücknimmt, nachdem ihm der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Ergebnis der Auskunft mitgeteilt hat.

(4) Das Hilfsmittel ist aufzunehmen, wenn der Hersteller die Funktionstauglichkeit und Sicherheit, die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 2 und, soweit erforderlich, den medizinischen Nutzen nachgewiesen hat und es mit den für eine ordnungsgemäße und sichere Handhabung erforderlichen Informationen in deutscher Sprache versehen ist. Auf Anfrage des Herstellers berät der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Hersteller im Rahmen eines Antragsverfahrens zur Aufnahme von neuartigen Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis über Qualität und Umfang der vorzulegenden Antragsunterlagen. Die Beratung erstreckt sich insbesondere auf die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des medizinischen Nutzens des Hilfsmittels. Sofern Produkte untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode sind, bezieht sich die Beratung nicht auf das Verfahren nach § 135 Absatz 1 Satz 1. Erfordert der Nachweis des medizinischen Nutzens klinische Studien, kann die Beratung unter Beteiligung der für die Durchführung der Studie vorgesehenen Institution erfolgen. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Verfahrensordnung nach Absatz 7 Satz 1. Für die Beratung kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Gebühren nach pauschalierten Gebührensätzen erheben. Hat der Hersteller Nachweise nach Satz 1 nur für bestimmte Indikationen erbracht, ist die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis auf diese Indikationen zu beschränken. Nimmt der Hersteller an Hilfsmitteln, die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, Änderungen vor, hat er diese dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen. Die Mitteilungspflicht gilt auch, wenn ein Hilfsmittel nicht mehr hergestellt wird.

(5) Für Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nummer 1 des Medizinproduktegesetzes in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung gilt der Nachweis der Funktionstauglichkeit und der Sicherheit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vergewissert sich von der formalen Rechtmäßigkeit der CE-Kennzeichnung anhand der Konformitätserklärung und, soweit zutreffend, der Zertifikate der an der Konformitätsbewertung beteiligten Benannten Stelle. Aus begründetem Anlass können zusätzliche Prüfungen vorgenommen und hierfür erforderliche Nachweise verlangt werden. Prüfungen nach Satz 3 können nach erfolgter Aufnahme des Produkts auch auf der Grundlage von Stichproben vorgenommen werden. Ergeben sich bei den Prüfungen nach Satz 2 bis 4 Hinweise darauf, dass Vorschriften des Medizinprodukterechts nicht beachtet sind, sind unbeschadet sonstiger Konsequenzen die danach zuständigen Behörden hierüber zu informieren.

(6) Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, ist ihm eine angemessene Frist, die insgesamt sechs Monate nicht übersteigen darf, zur Nachreichung fehlender Unterlagen einzuräumen. Wenn nach Ablauf der Frist die für die Entscheidung über den Antrag erforderlichen Unterlagen nicht vollständig vorliegen, ist der Antrag abzulehnen. Ansonsten entscheidet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen. Bis zum Eingang einer im Einzelfall nach Absatz 3 Satz 3 angeforderten Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Lauf der Frist nach Satz 3 unterbrochen. Über die Entscheidung

ist ein Bescheid zu erteilen. Die Aufnahme ist zu widerrufen, wenn die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 nicht mehr erfüllt sind.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt bis zum 31. Dezember 2017 eine Verfahrensordnung, in der er nach Maßgabe der Absätze 3 bis 6, 8 und 9 das Nähere zum Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis, zu deren Streichung und zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses sowie das Nähere zum Verfahren der Auskunftseinholung beim Gemeinsamen Bundesausschuss regelt. Er kann dabei vorsehen, dass von der Erfüllung bestimmter Anforderungen ausgegangen wird, sofern Prüzfertifikate geeigneter Institutionen vorgelegt werden oder die Einhaltung einschlägiger Normen oder Standards in geeigneter Weise nachgewiesen wird. In der Verfahrensordnung legt er insbesondere Fristen für die regelmäßige Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses fest. Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist vor Beschlussfassung innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Für Änderungen der Verfahrensordnung gelten die Sätze 4 und 5 entsprechend. Sofern dies in einer Rechtsverordnung nach Absatz 8 vorgesehen ist, erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Gebühren zur Deckung seiner Verwaltungsausgaben nach Satz 1.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen, dass für das Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis Gebühren von den Herstellern zu erheben sind. Es legt die Höhe der Gebühren unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwandes und der Bedeutung der Angelegenheit für den Gebührenschuldner fest. In der Rechtsverordnung kann vorgesehen werden, dass die tatsächlich entstandenen Kosten auf der Grundlage pauschalierter Kostensätze zu berechnen sind.

(9) Das Hilfsmittelverzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat bis zum 31. Dezember 2018 sämtliche Produktgruppen, die seit dem 30. Juni 2015 nicht mehr grundlegend aktualisiert wurden, einer systematischen Prüfung zu unterziehen und sie im erforderlichen Umfang fortzuschreiben. Er legt dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages über das Bundesministerium für Gesundheit einmal jährlich zum 1. März einen Bericht über die im Berichtszeitraum erfolgten sowie über die begonnenen, aber noch nicht abgeschlossenen Fortschreibungen vor. Die Fortschreibung umfasst die Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2, die Aufnahme neuer Hilfsmittel sowie die Streichung von Hilfsmitteln.

(10) Zum Zweck der Fortschreibung nach Absatz 9 Satz 1, 2 und 4 kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von dem Hersteller für seine im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Produkte innerhalb einer in der Verfahrensordnung festgelegten angemessenen Frist die zur Prüfung der Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 erforderlichen Unterlagen anfordern. Bringt der Hersteller die angeforderten Unterlagen nicht fristgemäß bei, verliert die Aufnahme des Produktes in das Hilfsmittelverzeichnis ihre Wirksamkeit und das Produkt ist unmittelbar aus dem Hilfsmittelverzeichnis zu streichen. Ergibt die Prüfung, dass die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt sind, ist die Aufnahme zurückzunehmen oder zu widerrufen. Nach Eintritt der Bestandskraft des Rücknahme- oder Widerrufsbescheids ist das Produkt aus dem Hilfsmittelverzeichnis zu streichen. Für die Prüfung, ob ein Hilfsmittel noch hergestellt wird, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Streichung auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann.

(11) Vor einer Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2 ist den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann auch Stellungnahmen von medizinischen Fachgesellschaften sowie Sachverständigen aus Wissenschaft und Technik einholen. Soweit vor einer Weiterentwicklung und Änderung der Systematik und der An-

forderungen nach Absatz 2 mögliche Berührungspunkte des voraussichtlichen Fortschreibungsbedarfs mit digitalen oder technischen Assistenzsystemen festgestellt werden, ist zusätzlich mindestens eine Stellungnahme eines Sachverständigen oder unabhängigen Forschungsinstituts aus dem Bereich der Technik einzuholen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.³²¹

321 ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 111 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 2 Satz 3 bis 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 111 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 139 Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich sollen zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen, funktionsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln für bestimmte Hilfsmittel Qualitätsstandards entwickeln. Die Qualitätsstandards sind im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 zu veröffentlichen.

(2) Voraussetzung der Aufnahme neuer Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis ist, daß der Hersteller die Funktionstauglichkeit und den therapeutischen Nutzen des Hilfsmittels sowie seine Qualität nachweist. Über die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich, nachdem der Medizinische Dienst die Voraussetzungen geprüft hat. Das Verfahren zur Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen. Dabei ist darauf hinzuwirken, dass die Unterlagen innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung vollständig vorliegen, und sicherzustellen, dass die Entscheidung spätestens sechs Monate nach Vorlage der vollständigen Unterlagen getroffen wird. Über die Entscheidung ist ein Bescheid zu erteilen.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geben produktgruppenbezogene Empfehlungen zur Fortbildung der Leistungserbringer von Hilfsmitteln und zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung ab.“

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

Artikel 2 Nr. 26 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Über die Aufnahme entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich; sie können vom Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt sind.“

Artikel 2 Nr. 26 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vergewissern“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vergewissert“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 26 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „entscheiden die Spitzenverbände“ durch „entscheidet der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 26 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „regeln die Spitzenverbände“ durch „regelt der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 26 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 2 „Sie können“ durch „Er kann“ ersetzt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 2 Satz 1 „können“ durch „sind“ und „festgelegt werden“ durch „festzulegen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „können“ durch „sind“ und „geregelt werden“ durch „zu regeln“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 bis 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 bis 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 6 „Satz 1“ nach „Absatz 4“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 7 neu gefasst. Abs. 7 lautete:

„(7) Das Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Maßgabe der Absätze 3 bis 6. Er kann dabei vorsehen, dass von der Erfüllung bestimmter Anforderungen ausgegangen wird, sofern Prüfzertifikate geeigneter Instituti-

§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und ist dessen Träger. Hierzu kann eine Stiftung des privaten Rechts errichtet werden.

(2) Die Bestellung der Institutsleitung hat im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu erfolgen. Wird eine Stiftung des privaten Rechts errichtet, erfolgt das Einvernehmen innerhalb des Stiftungsvorstands, in den das Bundesministerium für Gesundheit einen Vertreter entsendet.

(3) Das Institut wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen insbesondere auf folgenden Gebieten tätig:

1. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
2. Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,
3. Recherche des aktuellen medizinischen Wissensstandes als Grundlage für die Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien,
4. Bewertungen evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
5. Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
6. Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln,
7. Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung,
8. Beteiligung an internationalen Projekten zur Zusammenarbeit und Weiterentwicklung im Bereich der evidenzbasierten Medizin.

(4) Das Institut hat zu gewährleisten, dass die Bewertung des medizinischen Nutzens nach den international anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin und die ökonomische Bewertung nach den hierfür maßgeblichen international anerkannten Standards, insbesondere der Ge-

onen vorgelegt werden oder die Einhaltung einschlägiger Normen oder Standards in geeigneter Weise nachgewiesen wird.“

Artikel 1 Nr. 14 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 8 durch Abs. 8 bis 11 ersetzt. Abs. 8 lautete:

„(8) Das Hilfsmittelverzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben. Die Fortschreibung umfasst die Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2, die Aufnahme neuer Hilfsmittel sowie die Streichung von Produkten, deren Aufnahme zurückgenommen oder nach Absatz 6 Satz 5 widerrufen wurde. Vor einer Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2 ist den Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) in Verbindung mit Artikel 15 Abs. 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 4 Satz 2 bis 7 eingefügt. 01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 5a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat Abs. 11 Satz 3 eingefügt.

26.05.2021.—Artikel 4 Nr. 6 lit. b des Gesetzes vom 28. April 2021 (BGBl. I S. 960) in Verbindung mit Artikel 15 Abs. 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) sowie Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 12. Mai 2021 (BGBl. I S. 1087) haben in Abs. 5 Satz 1 „Nr. 1 des Medizinproduktegesetzes“ durch „Nummer 1 des Medizinproduktegesetzes in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung“ ersetzt.

sundheitsökonomie erfolgt. Es hat in regelmäßigen Abständen über die Arbeitsprozesse und -ergebnisse einschließlich der Grundlagen für die Entscheidungsfindung öffentlich zu berichten.

(5) Das Institut hat in allen wichtigen Abschnitten des Bewertungsverfahrens Sachverständigen der medizinischen, pharmazeutischen und gesundheitsökonomischen Wissenschaft und Praxis, den Arzneimittelherstellern sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Bei der Bearbeitung von Aufträgen zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Absatz 3 Nummer 1 findet lediglich ein Stellungnahmeverfahren zum Vorbericht statt.

(6) Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts haben die Beschäftigten vor ihrer Einstellung alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen zu legen.³²²

§ 139b Aufgabendurchführung

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt das Institut mit Arbeiten nach § 139a Abs. 3. Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen, das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten können die Beauftragung des Instituts beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Bearbeitung von Aufgaben nach § 139a Abs. 3 unmittelbar beim Institut beantragen. Das Institut kann einen Antrag des Bundesministeriums für Gesundheit als unbegründet ablehnen, es sei denn, das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags.

(3) Zur Erledigung der Aufgaben nach § 139a Absatz 3 Nummer 1 bis 6 soll das Institut wissenschaftliche Forschungsaufträge an externe Sachverständige vergeben. Diese haben alle Beziehungen

322 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 112 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

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

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 117 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Nr. 5 „und der Kosten“ nach „Nutzens“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 117 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 6 „sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 117 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 4 und 5 neu gefasst. Abs. 4 und 5 lauteten:

„(4) Das Institut hat in regelmäßigen Abständen über die Arbeitsprozesse und -ergebnisse einschließlich der Grundlagen für die Entscheidungsfindung öffentlich zu berichten.

(5) Den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten ist im Rahmen der Aufgabenerfüllung des Instituts Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 67 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 3 Nr. 6 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 3 Nr. 7 eingefügt.

18.12.2019.—Artikel 2 Nr. 6 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494) hat Abs. 5 Satz 3 eingefügt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 21 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Nr. 3 bis 7 in Abs. 3 in Nr. 4 bis 8 unnummeriert und Abs. 3 Nr. 3 eingefügt.

zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen zu legen.

(4) Das Institut leitet die Arbeitsergebnisse der Aufträge nach den Absätzen 1 und 2 dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 als Empfehlungen zu. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen.

(5) Versicherte und sonstige interessierte Einzelpersonen können beim Institut Bewertungen nach § 139a Absatz 3 Nummer 1 und 2 zu medizinischen Verfahren und Technologien vorschlagen. Das Institut soll die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten besonders bedeutsamen Vorschläge auswählen und bearbeiten.

(6) Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften kann dem Bundesministerium für Gesundheit für Beauftragungen des Instituts mit Recherchen nach § 139a Absatz 3 Nummer 3 Themen zur Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien vorschlagen; sie hat den Förderbedarf für diese Leitlinienthemen zu begründen. Das Bundesministerium für Gesundheit wählt Themen für eine Beauftragung des Instituts mit Evidenzrecherchen nach § 139a Absatz 3 Nummer 3 aus. Für die Beauftragung des Instituts durch das Bundesministerium für Gesundheit können jährlich bis zu 2 Millionen Euro aus Mitteln zur Finanzierung des Instituts nach § 139c aufgewendet werden. Absatz 2 Satz 2 findet keine Anwendung.³²³

§ 139c Finanzierung

Die Finanzierung des Instituts nach § 139a Abs. 1 erfolgt jeweils zur Hälfte durch die Erhebung eines Zuschlags für jeden abzurechnenden Krankenhausfall und durch die zusätzliche Anhebung der Vergütungen für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung nach den §§ 85 und 87a um einen entsprechenden Vomhundertsatz. Die im stationären Bereich erhobenen Zuschläge werden in der Rechnung des Krankenhauses gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein. Der Zuschlag für jeden Krankenhausfall, die Anteile der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie das Nähere zur Weiterleitung dieser Mittel an eine zu benennende Stelle werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.³²⁴

323 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 112 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

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

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 3 Satz 1 „Abs. 3 Nr. 1 bis 5 hat“ durch „Absatz 3 Nummer 1 bis 6 soll“ ersetzt und „zu“ nach „Sachverständige“ gestrichen.

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

324 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 112 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 118 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Regelung nach Absatz 1 gilt nur, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zur Errichtung des Instituts nach § 139a Abs. 1 eine Stiftung des privaten Rechts gegründet hat. Wird eine Stiftung nicht gegründet, erfolgt die Finanzierung des Instituts jeweils zur Hälfte durch die Verbände der Leistungserbringer und die Spitzenverbände der Krankenkassen.“

Artikel 1 Nr. 118 lit. c desselben Gesetzes hat in Satz 1 „und 85a“ durch „und 87a“ ersetzt.

01.01.2013.—Artikel 4 Nr. 7 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat Satz 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die im stationären Bereich erhobenen Zuschläge werden in der Rechnung des Krankenhauses gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in die Gesamtbeträge nach den §§ 3 und 4 des Kranken-

§ 139d Erprobung von Leistungen und Maßnahmen zur Krankenbehandlung

Gelangt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Leistung oder Maßnahme zur Krankenbehandlung, die kein Arzneimittel ist und die nicht der Bewertung nach § 135 oder § 137c unterliegt, zu der Feststellung, dass sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, kann der Gemeinsame Bundesausschuss unter Aussetzung seines Bewertungsverfahrens im Einzelfall und nach Maßgabe der hierzu in seinen Haushalt eingestellten Mittel eine wissenschaftliche Untersuchung zur Erprobung der Leistung oder Maßnahme in Auftrag geben oder sich an einer solchen beteiligen. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.³²⁵

§ 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a. Das Verzeichnis ist nach Gruppen von digitalen Gesundheitsanwendungen zu strukturieren, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind. Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen und im Internet zu veröffentlichen.

(2) Die Aufnahme in das Verzeichnis erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Gesundheitsanwendung

1. den Anforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität einschließlich der Interoperabilität des Medizinproduktes entspricht,
2. den Anforderungen an den Datenschutz entspricht und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und
3. positive Versorgungseffekte aufweist.

Ein positiver Versorgungseffekt nach Satz 2 Nummer 3 ist entweder ein medizinischer Nutzen oder eine patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung in der Versorgung. Der Hersteller hat die nach Absatz 8 Satz 1 veröffentlichten Antragsformulare für seinen Antrag zu verwenden.

(3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen durch Bescheid. Die Entscheidung umfasst auch die Bestimmung der ärztlichen Leistungen, der Leistungen der Heilmittelerbringer oder der Leistungen der Hebammenhilfe, die jeweils zur Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind, sowie die Bestimmung der Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten, die nach § 374a von der digitalen Gesundheitsanwendung verarbeitet werden. Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, hat ihn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte aufzufordern, den Antrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu ergänzen. Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor und hat der Hersteller keine Erprobung nach Absatz 4 beantragt, ist der Antrag abzulehnen.

(4) Ist dem Hersteller der Nachweis positiver Versorgungseffekte nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 noch nicht möglich, kann er nach Absatz 2 auch beantragen, dass die digitale Gesundheitsanwendung für bis zu zwölf Monate in das Verzeichnis zur Erprobung aufgenommen wird. Der Hersteller hat dem Antrag neben den Nachweisen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 eine plausible Begründung des Beitrags der digitalen Gesundheitsanwendung zur Verbesserung der Versorgung und ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis positiver Versorgungseffekte beizufügen. Im Bescheid nach Absatz 3 Satz 1 hat

hausentgeltgesetzes oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein.“

325 QUELLE

13.08.2013.—Artikel 3 Nr. 7 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat die Vorschrift eingefügt.

das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Hersteller zum Nachweis der positiven Versorgungseffekte zu verpflichten und das Nähere zu den entsprechenden erforderlichen Nachweisen, einschließlich der zur Erprobung erforderlichen ärztlichen Leistungen oder der Leistungen der Heilmittelerbringer oder der Hebammen, zu bestimmen. Die Erprobung und deren Dauer sind im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen kenntlich zu machen. Der Hersteller hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums die Nachweise für positive Versorgungseffekte der erprobten digitalen Gesundheitsanwendung vorzulegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die endgültige Aufnahme der erprobten digitalen Gesundheitsanwendung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise durch Bescheid. Sind positive Versorgungseffekte nicht hinreichend belegt, besteht aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Zeitraum der vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung um bis zu zwölf Monate verlängern. Lehnt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine endgültige Aufnahme in das Verzeichnis ab, so hat es die zur Erprobung vorläufig aufgenommene digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen. Eine erneute Antragstellung nach Absatz 2 ist frühestens zwölf Monate nach dem ablehnenden Bescheid des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und auch nur dann zulässig, wenn neue Nachweise für positive Versorgungseffekte vorgelegt werden. Eine wiederholte vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung ist nicht zulässig.

(5) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert die Vertragspartner nach § 87 Absatz 1 zeitgleich mit der Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen in das Verzeichnis über die ärztlichen Leistungen, die als erforderlich für die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung oder für deren Erprobung bestimmt wurden. Wurde eine Leistung eines Heilmittelerbringers oder einer Hebamme als erforderlich für die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung oder für deren Erprobung bestimmt, informiert das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Vertragspartner nach § 125 Absatz 1 oder § 134a Absatz 1 über diese Leistung.

(6) Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen, die in das Verzeichnis aufgenommen wurden, sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unverzüglich anzuzeigen,

1. dass sie wesentliche Veränderungen an den digitalen Gesundheitsanwendungen vorgenommen haben oder
2. dass Änderungen an den im Verzeichnis veröffentlichten Informationen notwendig sind.

Der Hersteller hat die nach Absatz 8 Satz 1 veröffentlichten Anzeigeformulare für seine Anzeigen zu verwenden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet innerhalb von drei Monaten nach der Anzeige durch Bescheid darüber, ob das Verzeichnis anzupassen ist oder ob die digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen ist. Erlangt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kenntnis von anzeigepflichtigen Veränderungen einer digitalen Gesundheitsanwendung, so hat es dem jeweiligen Hersteller eine Frist zur Anzeige zu setzen, die in der Regel nicht mehr als vier Wochen betragen darf. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann dem Hersteller gleichzeitig ein Zwangsgeld von bis zu 100 000 Euro androhen und dieses Zwangsgeld im Falle der Nichteinhaltung der Frist zur Anzeige festsetzen. Kommt der Hersteller der Aufforderung zur Anzeige wesentlicher Veränderungen nicht innerhalb der gesetzten Frist nach, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis streichen. Der Hersteller ist verpflichtet, Veränderungen an der digitalen Gesundheitsanwendung zu dokumentieren. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann die Vorlage der Dokumentation verlangen, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kenntnis davon erhält, dass der Hersteller der Anzeigepflicht nach Satz 1 nicht nachgekommen ist. Auf Antrag des Herstellers ist eine digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen.

(7) Die Kosten des Verwaltungsverfahrens nach den Absätzen 2, 3, 4 und 6, einschließlich des Widerspruchsverfahrens gegen einen auf Grund dieser Vorschriften erlassenen Verwaltungsakt oder gegen die auf Grund der Rechtsverordnung nach Absatz 9 erfolgte Festsetzung von Gebühren und Auslagen, trägt der Hersteller. Die Verwaltungskosten werden nach pauschalierten Gebührensätzen erhoben. Kosten für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen, die nicht in die Gebühren einbezogen sind, werden als Auslagen gesondert in der tatsächlich entstandenen Höhe erhoben. Für die Erhebung der Gebühren und Auslagen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gelten die §§ 13 bis 21 des Bundesgebührengesetzes entsprechend.

(8) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht im Internet einen Leitfaden zu Antrags- und Anzeigeverfahren sowie elektronische Formulare für vollständige Antrags- und Anzeigeunterlagen in deutscher und englischer Sprache. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berät die Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zu den Antrags- und Anzeigeverfahren sowie zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung nach § 33a zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden kann. Für die Beratung können Gebühren nach pauschalierten Gebührensätzen erhoben werden; Absatz 7 Satz 4 gilt entsprechend.

(9) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu

1. Den Inhalten des Verzeichnisses, dessen Veröffentlichung, der Interoperabilität des elektronischen Verzeichnisses mit elektronischen Transparenzportalen Dritter und der Nutzung der Inhalte des Verzeichnisses durch Dritte.
2. den nach Absatz 2 Satz 2 nachzuweisenden Anforderungen, einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität und die Erfüllung der Verpflichtung zur Integration von Schnittstellen, sowie zu den positiven Versorgungseffekten,
3. den nach Absatz 4 Satz 2 zu begründenden Versorgungsverbesserungen und zu dem nach Absatz 4 Satz 2 beizufügenden Evaluationskonzept zum Nachweis positiver Versorgungseffekte,
4. den nach Absatz 6 Satz 1 anzeigepflichtigen Veränderungen und der Verpflichtung der Hersteller zur Dokumentation der Vornahme von Veränderungen an der digitalen Gesundheitsanwendung nach Absatz 6 Satz 7,
5. den Einzelheiten der Antrags- und Anzeigeverfahren und des Formularwesens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte,
6. den Gebühren und Gebührensätzen für die von den Herstellern zu tragenden Kosten sowie den Auslagen nach den Absätzen 7 und 8 Satz 3,
7. der Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle nach § 134, der Erstattung der baren Auslagen und der Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle nach § 134, dem Verfahren, dem Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit und der Patientenorganisationen nach § 140f an den Sitzungen der Schiedsstelle nach § 134 sowie der Verteilung der Kosten.

Die Regelungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 erfolgen unter Berücksichtigung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin.

(10) Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik legt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erstmals bis zum 1. Januar 2024 und dann in der Regel jährlich die von digitalen Gesundheitsanwendungen nachzuweisenden Anforderungen an die Datensicherheit nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bietet ab dem 1. Juni 2024 Verfahren zur Prüfung der Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 sowie Verfahren zur Bestätigung der Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 durch entsprechende Zertifikate an. Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die Datensicherheit durch den Hersteller ist spätestens ab dem 1. Januar 2025 unter Vorlage eines Zertifikates nach Satz 2 zu führen.

(11) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erstmals bis zum 31. März 2022 und dann in der Regel jährlich die Prüfkriterien für die von digitalen Gesundheitsanwendungen nachzuweisenden Anforderungen an den Datenschutz nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest. Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz durch den Hersteller ist ab dem 1. August 2024 durch Vorlage eines anhand der Prüfkriterien nach Satz 1 ausgestellten Zertifikates nach Artikel 42 der Verordnung (EU) 2016/679 zu führen.

(12) In das Verzeichnis nach Absatz 1 können auch digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen werden, die durch die Träger der Rentenversicherung als Leistungen zur Teilhabe nach dem Sechsten Buch erbracht werden. Die Absätze 1 bis 4a und 6 bis 10 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass für digitale Gesundheitsanwendungen nach Satz 1 neben dem Nachweis positiver Versorgungseffekte nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 zusätzlich der Nachweis des Erhalts der Erwerbsfähigkeit zu führen ist. Nähere Regelungen zu dem zusätzlichen Nachweis des Erhalts der Erwerbsfähigkeit durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 Satz 1 bedürfen des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Durch die Regelungen in den Sätzen 1 und 2 werden keine Leistungsverpflichtungen für die Krankenkassen begründet.³²⁶

Zehnter Abschnitt Eigeneinrichtungen der Krankenkassen

§ 140 Eigeneinrichtungen

326 QUELLE

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 „einschließlich der Interoperabilität“ nach „Qualität“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Entscheidung umfasst auch die Bestimmung der ärztlichen Leistungen, die zur Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind.“

Artikel 1 Nr. 16 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „oder der Leistungen der Heilmittelerbringer oder der Hebammen“ nach „Leistungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 7 und 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat Nr. 1 in Abs. 9 Satz 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. den Inhalten des Verzeichnisses und dessen Veröffentlichung.“

Artikel 1 Nr. 16 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 1 Nr. 2 „Anforderungen und“ durch „Anforderungen, einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität und die Erfüllung der Verpflichtung zur Integration von Schnittstellen, sowie zu den“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. f litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 1 Nr. 4 „und der Verpflichtung der Hersteller zur Dokumentation der Vornahme von Veränderungen an der digitalen Gesundheitsanwendung nach Absatz 6 Satz 7“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 10 und 11 eingefügt.

10.06.2021.—Artikel 5 des Gesetzes vom 2. Juni 2021 (BGBl. I S. 1387) hat Abs. 12 eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 10 Satz 1 „31. Dezember 2021“ durch „1. Januar 2024“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Satz 2 „2022“ durch „2024“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Satz 3 „2023“ durch „2025“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 11 Satz 2 „1. April 2023“ durch „1. August 2024“ ersetzt.

(1) Krankenkassen dürfen der Versorgung der Versicherten dienende eigene Einrichtungen, die am 1. Januar 1989 bestehen, weiterbetreiben. Die eigenen Einrichtungen können nach Art, Umfang und finanzieller Ausstattung an den Versorgungsbedarf unter Beachtung der Landeskrankenhausplanung und der Zulassungsbeschränkungen im vertragsärztlichen Bereich angepasst werden; sie können Gründer von medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 sein.

(2) Sie dürfen neue eigene Einrichtungen nur errichten, soweit sie die Durchführung ihrer Aufgaben bei der Gesundheitsvorsorge und der Rehabilitation auf andere Weise nicht sicherstellen können. Die Krankenkassen oder ihre Verbände dürfen eigene Einrichtungen auch dann errichten, wenn mit ihnen der Sicherstellungsauftrag nach § 72a Abs. 1 erfüllt werden soll.³²⁷

Elfter Abschnitt

Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung³²⁸

§ 140a Besondere Versorgung

(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Die Verträge ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften. Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die besondere Versorgung regional beschränken. Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, sind spätestens bis zum 31. Dezember 2024 durch Verträge nach dieser Vorschrift zu ersetzen oder zu beenden. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. Satz 4 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

(2) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20i, 25, 26, 27b, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Die Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die abweichende Regelung muss dem Sinn und der Eigenart der besonderen Versorgung entsprechen, sie muss insbesondere darauf ausgerichtet sein, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Wenn Verträge über eine besondere Versorgung zur Durchführung von nach § 92a Absatz 1 Satz 1 und 2 geförderten neuen Versorgungsformen abgeschlossen werden, gelten die Anforderungen an eine besondere Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 und 2 und

327 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 88 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 6a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

328 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 58 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

ÄNDERUNGEN

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 69 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung“.

die Anforderungen nach Satz 4 als erfüllt. Das gilt auch für Verträge zur Fortführung von nach § 92a Absatz 1 Satz 1 und 2 geförderten neuen Versorgungsformen oder wesentlicher Teile daraus sowie für Verträge zur Übertragung solcher Versorgungsformen in andere Regionen. Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die allein die Organisation der Versorgung betreffen. Die Partner eines Vertrages nach Absatz 1 können sich darauf verständigen, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung durch die Vertragspartner oder Dritte erbracht werden; § 11 Absatz 4 Satz 5 gilt entsprechend. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

(3) Die Krankenkassen können nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 Verträge abschließen mit:

1. nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
3. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,
- 3a. anderen Leistungsträgern nach § 12 des Ersten Buches und den Leistungserbringern, die nach den für diese Leistungsträger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechnete sind,
- 3b. privaten Kranken- und Pflegeversicherungen, um Angebote der besonderen Versorgung für Versicherte in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung zu ermöglichen,
4. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,
5. pharmazeutischen Unternehmern,
6. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne der Verordnung (EU) 2017/745,
7. Kassenärztlichen Vereinigungen oder Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1 zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen,
8. Anbietern von digitalen Diensten und Anwendungen nach § 68a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und 3.

Die Partner eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist. Bei Verträgen mit Anbietern von digitalen Diensten und Anwendungen nach Nummer 8 sind die Zugänglichkeitskriterien für Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.

(3a) Gegenstand der Verträge kann sein

1. die Förderung einer besonderen Versorgung, die von den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern selbständig durchgeführt wird, oder
2. die Beteiligung an Versorgungsaufträgen anderer Leistungsträger nach § 12 des Ersten Buches.

Die Förderung und Beteiligung nach Satz 1 dürfen erfolgen, soweit sie dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dienen.

(3b) Gegenstand der Verträge kann eine besondere Versorgung im Wege der Sach- oder Dienstleistung sein

1. im Einzelfall, wenn medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen, oder
2. in den Fällen, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung der vom Versicherten selbst beschafften Leistungen vorliegen.

Verträge nach Satz 1 können auch mit nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden, wenn eine dem Versorgungsniveau in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

(4) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich oder elektronisch gegenüber ihrer Krankenkasse. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeerklärungen. Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärungen zu enthalten. Die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.

(4a) Krankenkassen können Verträge auch mit Herstellern von Medizinprodukten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 über die besondere Versorgung der Versicherten mit digitalen Versorgungsangeboten schließen. Absatz 1 Satz 2 ist nicht anzuwenden. In den Verträgen ist sicherzustellen, dass über eine individualisierte medizinische Beratung einschließlich von Therapievorschlügen hinausgehende diagnostische Feststellungen durch einen Arzt zu treffen sind. Bei dem einzubeziehenden Arzt muss es sich in der Regel um einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt handeln.

(5) Die Verarbeitung der für die Durchführung der Verträge nach Absatz 1 erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner nach Absatz 1 darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen.

(6) Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorabeschiebung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. Die Krankenkasse kann bei Verträgen nach Absatz 1 auf die Bereinigung verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen einer Krankenkasse für einen Vertrag nach Absatz 1 geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung. Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zur Höhe des Schwellenwertes für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu der pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 sowie zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert der betroffenen Krankenkasse zu machen.³²⁹

329 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 58 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 113 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Integrierte Versorgungsformen auf Grund der Verträge nach den §§ 140b und 140d ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag nach § 140b und, soweit es die vertragsärztliche Versorgung einschließt, aus den Rahmenvereinbarungen nach § 140d.“

Artikel 1 Nr. 113 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Dieses Recht besteht auch gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern und ihren Zusammenschlüssen.“

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 119 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 119 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat Satz 5 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Die für die ambulante Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung notwendige Versorgung mit Arzneimitteln soll durch Verträge nach § 130a Abs. 8 erfolgen.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 58a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 2 Satz 3 und 4 eingefügt.

26.02.2013.—Artikel 2 Nr. 9 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) hat Abs. 2 Satz 2 bis 5 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 69 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 140a Integrierte Versorgung

(1) Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung.

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. § 73b Absatz 3 Satz 8 gilt entsprechend. Ein behandelnder Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Abs. 3 die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140b Absatz 1 Nummer 4 dürfen die für die Durchführung der zum Versorgungsmanagement notwendigen Steuerungsaufgaben im Rahmen der integrierten Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Absatz 3 nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Für die Vertragspartner nach § 140b Absatz 1 Nummer 4 gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend.

(3) Die Versicherten haben das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden.“

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 14a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 80 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 2 Satz 2 „§§ 20d, 25, 26, 27b, 37a“ durch „§§ 20i, 25, 26, 27b, 37a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 80 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „oder elektronisch“ nach „schriftlich“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 80 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „in Textform“ durch „schriftlich, elektronisch“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 80 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „in Textform“ durch „schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 22 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 5 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 4a eingefügt.

§ 140b³³⁰

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat in Abs. 1 Satz 2 „Sie“ durch „Die Verträge“ und „unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge“ durch „besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 4 „gelten fort“ durch „sind spätestens bis zum 31. Dezember 2024 durch Verträge nach dieser Vorschrift zu ersetzen oder zu beenden“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 2 durch die Sätze 3 bis 6 ersetzt. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „Die Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat und die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entspricht, sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 6 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. c litt. aa litt. aaa desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 1 Nr. 3a und 3b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. c litt. aa litt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 „oder Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1“ nach „Vereinigungen“ eingefügt und den Punkt durch ein Komma ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. c litt. aa litt. ccc desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 1 Nr. 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

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

26.05.2021.—Artikel 4 Nr. 7 des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) in Verbindung mit Artikel 15 Abs. 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 „des Gesetzes über Medizinprodukte“ durch „der Verordnung (EU) 2017/745“ ersetzt.

330 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 58 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2003.—Artikel 1 Nr. 6a lit. a des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 4 Satz 1 „ , des Krankenhausentgeltgesetzes“ nach „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „oder nach § 3 oder § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes“ nach „Bundespflegesatzverordnung“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 114 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Krankenkassen können mit den in Absatz 2 genannten Vertragspartnern Verträge über integrierte Versorgungsformen abschließen. Die Vertragspartner haben die Integrationsversorgung nach Maßgabe des Absatzes 4 und, soweit sie die vertragsärztliche Versorgung einschließt, der auf Grund von § 140d getroffenen Rahmenvereinbarungen zu regeln. In den Verhandlungen über den Abschluss eines Vertrages nach Satz 1 können sich Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beraten lassen. Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte, die Vertragspartner nach Satz 1 sind, können mit der Verteilung der auf die Gemeinschaft entfallenden Vergütungen oder Vergütungsanteile ihre Kassenärztliche Vereinigung beauftragen.“

Artikel 1 Nr. 114 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Verträge nach Absatz 1 können nur mit

- Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte sowie einzelnen sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
- Kassenärztlichen Vereinigungen,

- Trägern zugelassener Krankenhäuser, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,
- Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer,

abgeschlossen werden.“

Artikel 1 Nr. 114 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „die Bundesausschüsse“ durch „der Gemeinsame Bundesausschuss“ und „haben“ durch „hat“ ersetzt sowie „der Ausschuss nach § 137c Abs. 2“ nach „Nr. 5 und“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 114 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 4 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Wird infolge einer Vereinbarung nach Satz 1 für das Krankenhaus ein Budget nach § 12 der Bundespflegegesetzverordnung oder nach § 3 oder § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes nicht vereinbart, sind die von den Krankenkassen gemeinsam mit dem Krankenhausträger in einem Vertrag nach Absatz 1 vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen.“

Artikel 1 Nr. 114 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat in Abs. 4 Satz 2 „2006“ durch „2008“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 120 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Nr. 5 in Abs. 1 in Nr. 6 unnummeriert und Abs. 1 Nr. 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 120 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 4 eingefügt.

25.03.2009.—Artikel 3 Nr. 8 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat in Abs. 1 Nr. 6 ein Komma am Ende eingefügt und Abs. 1 Nr. 7 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat in Abs. 1 Nr. 7 ein Komma am Ende eingefügt und Abs. 1 Nr. 8 und 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 58b lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 4 Satz 3 „Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus“ nach „Ermächtigungsstatus“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 58b lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „Die Krankenhäuser sind“ durch „Bis zum 31. Dezember 2014 sind die Krankenhäuser“ ersetzt und „in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung“ nach „Abs. 3“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 58b lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 5 eingefügt.

AUFHEBUNG

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 69 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 140b Verträge zu integrierten Versorgungsformen

(1) Die Krankenkassen können die Verträge nach § 140a Abs. 1 nur mit

1. einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten und einzelnen sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,
3. Trägern von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 oder deren Gemeinschaften,
4. Trägern von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
5. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,
6. Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften,
7. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1,
8. pharmazeutischen Unternehmern,
9. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte

abschließen. Für pharmazeutische Unternehmer und Hersteller von Medizinprodukten nach den Nummern 8 und 9 gilt § 95 Absatz 1 Satz 6 zweiter Teilsatz nicht.

(2) (weggefallen)

§ 140c³³¹

(3) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2 und 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach diesem Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen. Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach den Absätzen 1 und 2 dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(4) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2008 abgeschlossen werden, nicht. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist. Bis zum 31. Dezember 2014 sind die Krankenhäuser unabhängig von Satz 3 im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung zur ambulanten Behandlung der im Katalog nach § 116b Abs. 3 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen berechtigt. Die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 4 sind im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung nach Maßgabe des § 116b Absatz 2 Satz 1 zur Erbringung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt.

(5) Ein Beitritt zu Verträgen der integrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich.“

331 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 58 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 115 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 2 „der einbezogenen Leistungen“ durch „des vertraglichen Versorgungsauftrags“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 115 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern.“

AUFHEBUNG

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 69 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 140c Vergütung

(1) Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden, zu vergüten. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, soweit die Versicherten von an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leis-

§ 140d³³²

tungserbringern an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden oder aus sonstigen, in dem Vertrag zur integrierten Versorgung geregelten Gründen berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.

(2) Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierbare Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.“

332 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 58 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 140d Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 75 als Bestandteil der Bundesmantelverträge Rahmenvereinbarungen über die integrierte Versorgung nach § 140a ab. Zu vereinbaren sind insbesondere:

1. Regelungen zum Inhalt und zu den Mindeststandards des Versorgungsauftrags der integrierten Versorgung,
2. Regelungen zu den Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung bei der Übernahme eines Versorgungsauftrags auf der Basis der nach §§ 135a, 136a, 136b und 137e Abs. 3 bestimmten Richtlinien,
3. Regelungen über die inhaltlichen Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte an der integrierten Versorgung einschließlich der Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte sowie Regelungen zur Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 Satz 2, wenn die integrierte Versorgung nach § 140b Abs. 1 eine oder mehrere der in § 73 Abs. 2 Nr. 1 und 3 bis 12 genannten Leistungen einschließt,
4. Regelungen zur Finanzierung der integrierten Versorgung und ihrer Vergütung sowie Regelungen zur rechnerischen Bereinigung der Gesamtvergütungen, die sicherstellen, dass Gesamtvergütungen entsprechend einem in den Rahmenvereinbarungen festzulegenden Maßstab bereinigt werden, soweit die budgetzugehörigen Leistungsbereiche Bestandteil der integrierten Versorgung geworden sind. Die Regelungen zur Vergütung und zur Bereinigung haben die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.

(2) Die Vertragspartner haben die Rahmenvereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 30. Juni 2000 zu treffen. Kommt bis zu diesem Zeitpunkt eine Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, setzt das Bundesschiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest.“

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat in Abs. 1 Satz 1 „2006“ durch „2008“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 „spätestens zum 31. März 2009“ nach „verwendeten Mittel“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „2006“ durch „2008“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „bis zum 31. Dezember 2008 nur“ nach „Vergütung werden“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 121 lit. a litt. bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 5 „ , soweit die Mittel in den Jahren 2007 und 2008 einbehalten wurden,“ nach „Krankenhäuser“ eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 121 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 Satz 2 bis 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 121 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „und der Risikostruktur“ nach „Zahl“ gestrichen und „ ; ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden“ durch „ , so-

weit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 121 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Der“ durch „Ab dem 1. Januar 2009 ist der“ und „§ 85a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1“ durch „§ 87a Abs. 3 Satz 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 121 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 121 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 27 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 5 Satz 1 „den Spitzenverbänden“ durch „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 58c lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in der Überschrift „Anschubfinanzierung,“ am Anfang gestrichen.

Artikel 1 Nr. 58c lit. b bis d desselben Gesetzes hat Abs. 1 und 2 durch Abs. 1 ersetzt und Abs. 3 in Abs. 2 unnummeriert. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2008 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind. Sie dürfen nur für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen verwendet werden; dies gilt nicht für Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben. Satz 2 gilt nicht für Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen worden sind. Die Krankenkassen müssen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen. Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen zu verwenden. Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden. Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel spätestens zum 31. März 2009 an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser, soweit die Mittel in den Jahren 2007 und 2008 einbehalten wurden, entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuführen.“

(2) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2004 bis einschließlich 2008 entsprechend der Zahl der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 ist entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.“

Artikel 1 Nr. 58c lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 und 5 aufgehoben. Abs. 4 und 5 lauteten:

(4) Mit der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 mit Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütung werden bis zum 31. Dezember 2008 nur die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder dem § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.

(5) Die Krankenkassen melden der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildeten gemeinsamen Registrierungsstelle die Einzelheiten über die Verwendung der einbehaltenen Mittel nach Absatz 1 Satz 1. Die Registrierungsstelle veröffentlicht einmal jährlich einen Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgung. Der Bericht soll auch Informationen über Inhalt und Umfang der Verträge enthalten.“

Zwölfter Abschnitt
Beziehungen zu Leistungserbringern europäischer Staaten³³³

§ 140e Verträge mit Leistungserbringern europäischer Staaten

Krankenkassen dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Absatz 4 Satz 2 in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz abschließen.³³⁴

AUFHEBUNG

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 69 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 140d Bereinigung

(1) Die Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. Kommt eine Einigung über eine Verringerung des Behandlungsbedarfs nach Satz 1 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.

(2) Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben die Ausgabenvolumen rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Ausgabenvolumen sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.“

333 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 118 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 14a des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat die Überschrift des Abschnitts geändert. Die Überschrift lautete: „Beziehungen zu Leistungserbringern im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum“.

29.06.2011.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Beziehungen zu Leistungserbringern in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden ist“.

334 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 58 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 117 und 118 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 140e Rahmenvereinbarungen mit den Spitzenorganisationen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Rahmenvereinbarung über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung nach § 140a schließen, soweit sie Leistungen der stationären Versorgung einschließt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern Rahmenvereinbarungen über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung schließen.“

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 14b des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

Dreizehnter Abschnitt
Beteiligung von Patientinnen und Patienten, Beauftragte oder Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten³³⁵

§ 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

(1) Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sind in Fragen, die die Versorgung betreffen, nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu beteiligen.

(2) Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 und in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesem Gremium entsprechen. Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt. Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 56 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2, § 116b Abs. 4, § 135 Absatz 2 Satz 2, den §§ 136 bis 136b, 137a, 137b, 137c und 137f erhalten die Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Organisationen nach Satz 5 in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den benannten Personen zu treffen. Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben.

(3) Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten in

1. den Landesausschüssen nach § 90 sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3,
2. dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a,

„§ 140e Verträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

Krankenkassen dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Abs. 4 Satz 2 im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum abschließen.“

29.06.2011.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 140e Verträge mit Leistungserbringern in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden ist

Krankenkassen dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Abs. 4 Satz 2 in Staaten abschließen, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist.“

335 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 118 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

3. den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen betroffen sind über
 - a) die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3,
 - b) die Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte,
 - c) die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,
4. den Zulassungsausschüssen nach § 96, soweit Entscheidungen betroffen sind über
 - a) die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,
 - b) die Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 10,
 - c) die Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage der Entscheidungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden nach § 103 Absatz 2 Satz 4,
 - d) die Verlegung eines Vertragsarztsitzes oder einer genehmigten Anstellung nach § 24 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte,

ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt.

(4) Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, § 111 Absatz 7 Satz 1, § 111c Absatz 5 Satz 1, § 112 Absatz 5, § 115 Abs. 5, § 126 Abs. 1 Satz 3, § 127 Absatz 8 und 9, §§ 132a, 132c Absatz 2, § 132d Abs. 2, § 132l Absatz 1 Satz 1, § 133 Absatz 4 und § 217f Absatz 4a vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 wirken die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen beratend mit. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

(5) Die sachkundigen Personen erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen die Gremien, in denen sie als sachkundige Personen mitberatend tätig sind.

(6) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 2 vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Stabstelle Patientenbeteiligung einrichten. Die Unterstützung erfolgt insbesondere durch Organisation von Fortbildung und Schulungen, Aufbereitung von Sitzungsunterlagen, koordinatorische Leitung des Benennungsverfahrens auf Bundesebene und bei der Ausübung des in Absatz 2 Satz 4 genannten Antragsrechts. Der Anspruch auf Unterstützung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gilt ebenso für die Wahrnehmung der Antrags-, Beteiligungs- und Stellungnahmerechte nach § 137a Absatz 4 und 7, § 139a Absatz 5 sowie § 139b Absatz 1. Der Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall nach Absatz 5 besteht auch für die Teilnahme der sachkundigen Personen an Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie an Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.

(7) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihrer gesetzlich vorge-

sehenen Beteiligungsrechte auf Landesebene von den Landesausschüssen nach § 90 durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Landesausschuss nach § 90 eine Stabsstelle Patientenbeteiligung einrichten. Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen, auf die Aufbereitung von Sitzungsunterlagen sowie die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4. Wird durch den Landesausschuss nach § 90 keine Stabsstelle Patientenbeteiligung eingerichtet, erstattet er den in Satz 1 genannten Organisationen die Aufwendungen für die anfallenden koordinierenden Maßnahmen. Die sachkundigen Personen haben gegenüber dem Landesausschuss nach § 90 einen Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall nach Absatz 5 für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie für Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.

(8) Die von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung nach § 140g anerkannten Organisationen zur Koordinierung ihrer Beteiligungsrechte eingerichtete Stelle (Koordinierungsstelle) erhält für ihren Aufwand einen Betrag in Höhe von 120 Euro für jede neu für ein Gremium benannte sachkundige Person. Der Anspruch der Koordinierungsstelle richtet sich gegen das jeweilige Gremium, in dem die sachkundige Person tätig ist. Eine in Satz 1 genannte Neubenennung liegt vor, wenn

1. eine Person erstmals als sachkundige Person für das betreffende Gremium benannt wird,
2. eine bereits in der Vergangenheit als sachkundige Person für das betreffende Gremium benannte Person zu einem neuen Beratungsthema für das betreffende Gremium als sachkundige Person benannt wird oder
3. eine bereits in der Vergangenheit als sachkundige Person für das betreffende Gremium benannte Person für die Beratung in einem neu eingerichteten Untergremium des betreffenden Gremiums als sachkundige Person benannt wird.

Die Koordinierungsstelle erhält von den Gremien, für die sachkundige Personen benannt wurden, für jedes Quartal einen Bericht über die erfolgten Neubenennungen. Ab dem Kalenderjahr 2024 erhöht oder vermindert sich der in Satz 1 genannte Betrag für jedes Kalenderjahr entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches.³³⁶

336 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 58 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

31.12.2001.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3773) hat in Abs. 2 Satz 1 „das Arznei- und Heilmittelbudget“ durch „die Ausgabenvolumen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Budgets“ durch „Ausgabenvolumen“ ersetzt.

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

„(3) Schließt die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln nicht ein, sind die Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140b Abs. 2 im Falle einer Überschreitung des Budgets nach § 84 Abs. 1 am Ausgleich der Budgetüberschreitung entsprechend des auf die integrierte Versorgung entfallenden Anteils an der Summe der von den Krankenkassen nach § 85 gezahlten Gesamtvergütungen zu beteiligen.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 117 und 118 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautet:

„§ 140f Bereinigung, Ausgleiche

(1) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 85 haben die Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung nach § 140d Abs. 1 Nr. 4 rechnerisch zu bereinigen.

(2) Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben die Ausgabenvolumen rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Ausgabenvolumen sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.“

01.09.2005.—Artikel 9 des Gesetzes vom 26. Mai 2005 (BGBl. I S. 1418) hat in Abs. 5 Satz 1 „den Vorschriften über Reisekostenvergütung der Beamten des Bundes oder des Landes nach der Reisekostenstufe C“ durch „dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung“ ersetzt.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Satz 3“ durch „Satz 1 Nr. 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung“ am Ende eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 122 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 Satz 1 „§ 126 Abs. 2“ durch „§ 126 Abs. 1 Satz 3“, „§ 128“ durch „§ 139“ und „§§ 132a und 132b Abs. 2“ durch „§§ 132a, 132b Abs. 2 und § 132d Abs. 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 122 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 122 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 3 „den Spitzenverbänden“ durch „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 122 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „§ 91 Abs. 4 bis 7“ durch „§ 56 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2, § 116b Abs. 4, § 136 Abs. 2 Satz 2, §§ 137, 137a, 137b, 137c und 137f“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 122 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „der Spitzenverbände“ durch „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 17 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 3 Satz 1 „ärztlich geleiteten“ nach „Ärzten und“ gestrichen.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 2h des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat in Abs. 4 Satz 1 „§ 127 Abs. 1a Satz 1,“ nach „Satz 3,“ eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 59 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 2 Satz 1 „und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303b“ nach „§ 91“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 59 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „diesen Gremien“ durch „diesem Gremium“ ersetzt.

26.02.2013.—Artikel 2 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) hat Abs. 2 Satz 6 und 7 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „In den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 oder über die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen betroffen sind, erhalten die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „§§ 111b, 112 Abs. 5“ durch „§ 112 Absatz 5“ und „§§ 132a, 132b Abs. 2 und § 132d Abs. 2“ durch „§§ 132a, 132c Absatz 2, § 132d Abs. 2, § 133 Absatz 4 und § 217f Absatz 4a“ ersetzt sowie „und Absatz 6“ nach „Abs. 1a Satz 1“ eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 70 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 „sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 70 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 7 eingefügt.

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat in Abs. 2 Satz 1 „und in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1“ nach „§ 91“ eingefügt.

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 6e des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat Abs. 2 Satz 8 und 9 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 19 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 2 Satz 5 „§ 136 Abs. 2 Satz 2, §§ 137, 137a, 137b, 137c“ durch „§ 135b Absatz 2 Satz 2, den §§ 136 bis 136b, 136d, 137a, 137b, 137c“ ersetzt.

§ 140g Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zu den Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, sowie zum Verfahren der Patientenbeteiligung zu regeln.³³⁷

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 14 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 4 Satz 1 „§ 84 Abs. 7 Satz 6,“ nach „§ 21 Abs. 2,“ gestrichen.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 4 Satz 1 „Abs. 1a Satz 1 und Absatz 6“ durch „Absatz 1a Satz 1, Absatz 5b und 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 4 und 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 8 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 80a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 4 Satz 1 „§ 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1, § 126 Abs. 1 Satz 3, § 127 Absatz 1a Satz 1, Absatz 5b und 6“ durch „§ 126 Abs. 1 Satz 3, § 127 Absatz 8 und 9“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 10a lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 Buchstabe b „Satz 9“ durch „Satz 10“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 7 neu gefasst. Abs. 7 lautete:

„(7) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 3 von den Landesausschüssen nach § 90 unterstützt. Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausschlag entsprechend Absatz 5 für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen, auf Fortbildungen und Schulungen der sachkundigen Personen sowie auf die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4.“

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 14a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 4 Satz 1 „§ 111 Absatz 7 Satz 1, § 111c Absatz 5 Satz 1,“ nach „§ 21 Abs. 2,“ und „§ 132l Absatz 1 Satz 1,“ nach „§ 132d Abs. 2,“ eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 49b des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 Buchstabe c und d eingefügt.

27.07.2023.—Artikel 2 Nr. 9b des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 197) hat Abs. 8 neu gefasst. Abs. 8 lautete:

„(8) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung nach § 140g anerkannten Organisationen erhalten für den Aufwand zur Koordinierung ihrer Beteiligungsrechte einen Betrag in Höhe von 120 Euro für jede neu für ein Gremium benannte sachkundige Person. Der Anspruch richtet sich gegen das jeweilige Gremium, in dem die sachkundige Person tätig ist. Der Anspruch ist durch den von den anerkannten Organisationen gebildeten Koordinierungsausschuss geltend zu machen.“

337 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 58 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 117 und 118 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 140g Bonus in der integrierten Versorgung

Versicherten kann nach Maßgabe der Satzung der Krankenkasse ein Bonus gewährt werden, wenn sie die Teilnahmebedingungen mindestens ein Jahr eingehalten haben und die Versorgungsform zu Einsparungen geführt hat. Aus den erzielten Einsparungen kann die Krankenkasse auch einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer und zur Förderung der Versorgungsform verwenden. Das Nähere zu dem Anspruch der Vertragspartner auf den Anteil ist in den Vereinbarungen nach den §§ 140b und 140d zu regeln.“

§ 140h Amt, Aufgabe und Befugnisse der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

(1) Die Bundesregierung bestellt eine Beauftragte oder einen Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten. Der beauftragten Person ist die für die Erfüllung ihrer Aufgabe notwendige Personal- und Sachausstattung zur Verfügung zu stellen. Das Amt endet, außer im Falle der Entlassung, mit dem Zusammentreten eines neuen Bundestages.

(2) Aufgabe der beauftragten Person ist es, darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden. Sie setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern beachtet und in der medizinischen Versorgung sowie in der Forschung geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Die beauftragte Person soll die Rechte der Patientinnen und Patienten umfassend, in allgemein verständlicher Sprache und in geeigneter Form zusammenstellen und zur Information der Bevölkerung bereithalten.

(3) Zur Wahrnehmung der Aufgabe nach Absatz 2 beteiligen die Bundesministerien die beauftragte Person bei allen Gesetzes-, Verwaltungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben, soweit sie Fragen der Rechte und des Schutzes von Patientinnen und Patienten behandeln oder berühren. Alle Bundesbehörden und sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes unterstützen die beauftragte Person bei der Erfüllung der Aufgabe.³³⁸

Fünftes Kapitel

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen³³⁹

§ 141³⁴⁰

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

338 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 58 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 117 und 118 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 140h Auswertung der integrierten Versorgung

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der integrierten Versorgung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der integrierten Versorgung nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards veranlassen.“

26.02.2013.—Artikel 2 Nr. 11 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

339 ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 119 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Kapitels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“.

340 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 32 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 3 Satz 1 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit sowie der Bundesminister für Wirtschaft sind“ durch „Wirtschaft ist“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 89 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 89 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Der Bundesminister für Gesundheit beruft in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Vertreter der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhausträger, der Apotheker, der Arzneimittelhersteller, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände. Der Bundesminister für Wirtschaft ist zu beteiligen.“

19.05.1995.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

14.10.1997.—Artikel 39 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390) hat in Abs. 3 Satz 1 „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“, in Abs. 3 Satz 2 „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“, „der Bundesminister für Arbeit“ durch „das Bundesministerium für Arbeit“ und „der Bundesminister für Familien und Senioren“ durch „das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend“ sowie in Abs. 4 „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 59 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 2 Satz 3 „vermieden“ durch „ausgeschlossen“ und „unter“ durch „nach“ ersetzt sowie „(Grundsatz der Beitragssatzstabilität)“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 59 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von drei Jahren, erstmals im Jahre 1991, über die Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierte Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.“

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 3 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 3 Satz 2 „und Technologie“ nach „Wirtschaft“ eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 120 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 141 Konzertierte Aktion

(1) Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwickeln gemeinsam mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen

1. medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und
2. Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

und stimmen diese miteinander ab (Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Auf der Grundlage der medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten sind die einzelnen Versorgungsbereiche nach der Vorrangigkeit ihrer Aufgaben, insbesondere hinsichtlich des Abbaus von Überversorgung und des Ausgleichs von Unterversorgung, zu bewerten und Möglichkeiten zum Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen.

(2) Die Konzertierte Aktion gibt Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen ab, auch über die Veränderung der Vergütungen. Die Empfehlungen können für die Dauer eines Jahres oder für einen längeren Zeitraum abgegeben werden. In den Empfehlungen sind die inhaltlichen Vorgaben so zu gestalten, daß Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten. Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die Beteiligten berichten über die durchgeführten Maßnahmen und erzielten Ergebnisse.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit beruft in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Vertreter der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhausträger, der Apotheker, der Arzneimittelhersteller, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände der Länder und der kommunalen Spitzenverbände sowie je einen Vertreter der Gesundheitshandwerker, der Heilmittelerbringer, des Kur- und Bäderwesens, der Pflegeberufe, der freien Wohlfahrtspflege, der Behindertenverbände und der Verbraucherverbände. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und das Bun-

§ 142 Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung einschließlich der Pflege mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von kurzfristigen Stellungnahmen beauftragen.

(3) Der Sachverständigenrat erstellt seine Gutachten in der Regel im Abstand von zwölf Monaten und leitet sie dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar nach Fertigstellung zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt jedes Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.³⁴¹

desministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sind zu beteiligen. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gibt sich mit mindestens drei Viertel der Stimmen ihrer Mitglieder eine Geschäftsordnung.“

341 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 33 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 und 2 jeweils „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 60 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Unterstützung der Konzertierten Aktion“.

Artikel 1 Nr. 60 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Der Bundesminister für Gesundheit kann einen Sachverständigenrat berufen, der die Konzertierte Aktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt.“

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. b der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 1 „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 121 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat, der die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.“

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

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 59a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 3 „ , erstmals im Jahr 2005,“ durch „eines Jahres“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 80b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Unterstützung der Konzertierten Aktion; Sachverständigenrat“.

**Sechstes Kapitel
Organisation der Krankenkassen**

**Erster Abschnitt
Arten der Krankenkassen³⁴²**

**Erster Titel
Ortskrankenkassen³⁴³**

§ 143 Ortskrankenkassen

(1) Ortskrankenkassen bestehen für abgegrenzte Regionen.

(2) Die Landesregierung kann die Abgrenzung der Regionen durch Rechtsverordnung regeln. Die Landesregierung kann die Ermächtigung auf die nach Landesrecht zuständige Behörde übertragen.

(3) Die betroffenen Länder können durch Staatsvertrag vereinbaren, dass sich die Region über mehrere Länder erstreckt.³⁴⁴

§ 144 Betriebskrankenkassen

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Sachverständigenrat“.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „und in der Pflege“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „einschließlich der Pflege“ nach „Versorgung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „Sondergutachten“ durch „kurzfristigen Stellungnahmen“ ersetzt.

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

„(3) Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit in der Regel zum 15. April eines Jahres zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.“

342 ÄNDERUNGEN

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Arten der Krankenkassen“.

343 ÄNDERUNGEN

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Überschrift des Titels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Ortskrankenkassen“.

344 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 90 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 143 Bezirke der Ortskrankenkassen

(1) Ortskrankenkassen bestehen für örtliche Bezirke, in der Regel für den Bezirk kreisfreier Städte oder Landkreise.

(2) Die Landesregierung kann durch Rechtsverordnung die Bezirke der Ortskrankenkassen an Grenzen der Gebietskörperschaften anpassen. Die Landesregierung kann die Ermächtigung auf die nach Landesrecht zuständige Behörde übertragen.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 143 Bezirk der Ortskrankenkassen

(1) Ortskrankenkassen bestehen für abgegrenzte Regionen.

(2) Die Landesregierung kann die Abgrenzung der Regionen durch Rechtsverordnung regeln. Die Landesregierung kann die Ermächtigung auf die nach Landesrecht zuständige Behörde übertragen.

(3) Die betroffenen Länder können durch Staatsvertrag vereinbaren, daß sich die Region über mehrere Länder erstreckt.“

(1) Betriebskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch den Arbeitgeber für einen oder mehrere Betriebe errichtet wurden.

(2) Eine Betriebskrankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass sie durch alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten gewählt werden kann. Die Satzungsregelung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen und kann nicht widerrufen werden. Satz 1 gilt 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 enthalten hat.

(3) Falls die Satzung eine Regelung nach Absatz 2 Satz 1 enthält, gilt diese für die Gebiete der Länder, in denen Betriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebskrankenkasse ergibt; soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinausgehendes Gebiet ergolten hat, bleibt dies unberührt.³⁴⁵

§ 145 Innungskrankenkassen

(1) Innungskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch eine Handwerksinnung allein oder gemeinsam mit anderen Handwerksinnungen für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder, die in die Handwerksrolle eingetragen sind, errichtet wurden. § 144 Absatz 3 gilt entsprechend.

(2) Eine Satzungsregelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen und kann nicht widerrufen werden.³⁴⁶

345 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 91 lit. b des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Der Beschluß bedarf der Genehmigung der nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde.“

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 91 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „Vertreterversammlungen“ durch „Verwaltungsräte“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 123 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Ortskrankenkassen können sich auf Beschluß ihrer Verwaltungsräte vereinigen.“

Artikel 1 Nr. 123 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „und“ durch ein Komma ersetzt und „ , ein Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur der neuen Krankenkasse einschließlich der Zahl und der Verteilung ihrer Geschäftsstellen“ nach „Organe“ eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 144 Freiwillige Vereinigung

(1) Ortskrankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte auch dann vereinigen, wenn sich der Bezirk der neuen Krankenkasse nach der Vereinigung über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

(2) Die beteiligten Krankenkassen fügen dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe, ein Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur der neuen Krankenkasse einschließlich der Zahl und der Verteilung ihrer Geschäftsstellen sowie eine Vereinbarung über die Rechtsbeziehungen zu Dritten bei.

(3) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird.

(4) Mit diesem Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.“

346 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 34 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Nr. 2 „Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs“ durch „Inland“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 92 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

§ 146 Landwirtschaftliche Krankenkasse

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der Krankenversicherung der Landwirte führt die Krankenversicherung nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte durch; sie führt in Angelegenheiten der Krankenversicherung die Bezeichnung landwirtschaftliche Krankenkasse.³⁴⁷

„(1) Die Landesregierung kann auf Antrag einer Ortskrankenkasse oder des zuständigen Landesverbands durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände vereinigen, wenn

1. der Bedarfssatz der antragstellenden Krankenkasse den landesdurchschnittlichen Bedarfssatz der Ortskrankenkassen um mehr als 12,5 vom Hundert überschritten hat,
2. ein Finanzausgleich nach § 266 bei der antragstellenden Krankenkasse zu einem Beitragssatz führen würde, der den durchschnittlichen Beitragssatz aller Ortskrankenkassen im Inland um mehr als 12,5 vom Hundert übersteigt, und
3. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

(2) Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen ohne die nach § 269 ausgleichsfähigen Aufwendungen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ohne die in § 270 Satz 4 Nr. 1 und 2 genannten Beträge im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben für Leistungen und die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Zu den Ausgaben zählt auch der von jeder Krankenkasse zu tragende Finanzierungsanteil nach § 270 Satz 1.“

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 3 Satz 2 „besteht und“ durch „besteht,“ ersetzt und „und um den nach § 269 erhaltenen Ausgleich aus dem Risikopool“ eingefügt.

Artikel 4 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Zu den Ausgaben zählt auch der zu tragende Risikostrukturausgleich nach § 266.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 145 Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag

(1) Die Landesregierung kann auf Antrag einer Ortskrankenkasse oder des Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände vereinigen, wenn

1. durch Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen verbessert werden kann oder
2. der Bedarfssatz einer Ortskrankenkasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Ortskrankenkassen auf Bundes- oder Landesebene um mehr als 5 vom Hundert übersteigt. § 313 Abs. 10 Buchstabe a gilt entsprechend.

(2) Die Landesregierung vereinigt auf Antrag des Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände, wenn

1. die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt sind und
2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist. Erstreckt sich der Bezirk nach der Vereinigung der Ortskrankenkassen über das Gebiet eines Landes hinaus, gilt § 143 Abs. 3 entsprechend.

(3) Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben für Leistungen, um die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, um den nach § 266 erhaltenen Risikostrukturausgleich und um den nach § 269 erhaltenen Ausgleich aus dem Risikopool. Zu den Ausgaben zählen auch die nach den §§ 266 und 269 zu tragenden Ausgleiche.“

347 01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 146 Verfahren bei Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag

§ 146a³⁴⁸

*Zweiter Titel*³⁴⁹

§ 147 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Krankenversicherung nach den Vorschriften dieses Buches durch.³⁵⁰

(1) Werden Ortskrankenkassen nach § 145 vereinigt, legen sie der Aufsichtsbehörde eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe und eine Vereinbarung über die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten vor.

(2) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird.

(3) Mit diesem Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.

(4) Kommen die beteiligten Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Absatz 1 nicht innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nach, setzt die Aufsichtsbehörde die Satzung fest, bestellt die Mitglieder der Organe, regelt die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird. Absatz 3 gilt.“

348 QUELLE

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 93 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 2i des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat in Satz 3 „ , mit Ausnahme von Absatz 4 Satz 9,“ nach „§ 155“ eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 59b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Satz 2 „ , wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen“ am Ende eingefügt.

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 146a Schließung

Eine Ortskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen. § 155, mit Ausnahme von Absatz 4 Satz 9, und § 164 Abs. 2 bis 5 gelten entsprechend.“

349 AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Betriebskrankenkassen“.

350 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 94 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Nr. 1 „vierhundertfünfzig“ durch „1 000“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 94 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 94 lit. b des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Der Arbeitgeber bestellt auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen. Nicht bestellt werden dürfen Personen, die im Personalbereich des Betriebes oder Dienstbetriebes tätig sein dürfen.“

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

„(1) Der Arbeitgeber kann für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn

1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 1 000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden,

2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist und
3. sie den Bestand oder die Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen nicht gefährdet.

Die Leistungsfähigkeit ist insbesondere dann gefährdet, wenn der Bedarfssatz einer betroffenen Ortskrankenkasse den landesdurchschnittlichen Bedarfssatz aller Ortskrankenkassen um mehr als 10 vom Hundert oder den bundesdurchschnittlichen Bedarfssatz aller Ortskrankenkassen um mehr als 12,5 vom Hundert übersteigt. § 313 Abs. 1 gilt entsprechend.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 122 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Arbeitgeber kann auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellen.“

Artikel 1 Nr. 122 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 4 bis 11 in Abs. 2 durch die Sätze 4 bis 7 ersetzt. Die Sätze 4 bis 11 lauteten: „Bei am 1. Januar 1996 bereits errichteten Betriebskrankenkassen kann der Arbeitgeber die weitere Übernahme der Kosten des für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personals ablehnen. Die Ablehnung ist bis zum 31. März 1996 gegenüber dem Vorstand der Betriebskrankenkasse zu erklären. In diesem Fall übernimmt die Betriebskrankenkasse spätestens nach Ablauf von drei Jahren nach Zugang der Ablehnungserklärung beim Vorstand der Betriebskrankenkasse die bisher mit der Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse beauftragten Personen, wenn diese zustimmen. Die Betriebskrankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein; § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuches ist entsprechend anzuwenden. Neueinstellungen nimmt ab dem 1. April 1996 die Betriebskrankenkasse vor, wenn der Arbeitgeber die Übernahme der Kosten der für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen abgelehnt hat. Die Entscheidung des Arbeitgebers über die Bestellung des Personals ist unwiderruflich. Sofern eine Betriebskrankenkasse in ihrer Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 vorsieht, kann der Arbeitgeber erneut entscheiden, ob er weiterhin das für die Führung der Geschäfte erforderliche Personal auf seine Kosten bestellen will. Die Sätze 4 bis 10 gelten entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 122 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 und 4 eingefügt.

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 10a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 2a eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 147 Errichtung

(1) Der Arbeitgeber kann für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn

1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 1 000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und
2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist.

(2) Bei Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält, kann der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellen. Nicht bestellt werden dürfen Personen, die im Personalbereich des Betriebes oder Dienstbetriebes tätig sein dürfen. Wird eine Betriebskrankenkasse nach dem 31. Dezember 1995 errichtet, ist in der dem Antrag auf Genehmigung nach § 148 Abs. 3 beigefügten Satzung zu bestimmen, ob der Arbeitgeber auf seine Kosten das Personal bestellt. Lehnt der Arbeitgeber die weitere Übernahme der Kosten des für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personals durch unwiderrufliche Erklärung gegenüber dem Vorstand der Krankenkasse ab, übernimmt die Betriebskrankenkasse spätestens zum 1. Januar des auf den Zugang der Erklärung folgenden übernächsten Kalenderjahres die bisher mit der Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse beauftragten Personen, wenn diese zustimmen. Die Betriebskrankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein; § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist entsprechend anzuwenden. Neueinstellungen nimmt vom Tag des Zugangs der Erklärung nach Satz 4 an die Betriebskrankenkasse vor. Die Sätze 4 bis 6 gelten entsprechend, wenn die Betriebskrankenkasse in ihrer Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 vorsieht, vom Tag des Wirksamwerdens dieser Satzungsbestimmung an.

(2a) Betriebskrankenkassen nach Absatz 2 Satz 1, bei denen der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt, leiten 85 vom Hundert ihrer Zuweisungen, die sie nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c erhalten, an den Arbeitgeber weiter. Trägt der Arbeitgeber die Kosten der für die Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse erforderlichen Personen nur anteilig, reduziert sich der von der Betriebskrankenkasse an den Arbeitgeber weiterzulei-

§ 148 Ersatzkassen

Ersatzkassen sind am 31. Dezember 1992 bestehende Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 1995 durch Ausübung des Wahlrechts erlangen konnten. Der Zuständigkeitsbereich von Ersatzkrankenkassen erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet.³⁵¹

Zweiter Titel

Besondere Vorschriften zur Errichtung, zur Ausdehnung und zur Auflösung von Betriebskrankenkassen sowie zum Ausscheiden von Betrieben aus Betriebskrankenkassen³⁵²

§ 149 Errichtung von Betriebskrankenkassen

(1) Der Arbeitgeber kann für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn

1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 5 000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und
2. die Leistungsfähigkeit der Betriebskrankenkasse auf Dauer gesichert ist.

tende Betrag entsprechend. Die weitergeleiteten Beträge sind gesondert auszuweisen. Der weiterzuleitende Betrag nach den Sätzen 1 und 2 ist auf die Höhe der Kosten begrenzt, die der Arbeitgeber tatsächlich trägt.

(3) Betriebskrankenkassen, deren Satzung am 1. Januar 2004 eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält und bei denen der Arbeitgeber die Kosten des für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personals trägt, übernehmen spätestens bis zum 31. Dezember 2004 die mit der Führung der Geschäfte beauftragten Personen, wenn diese zustimmen. Absatz 2 Satz 5 gilt entsprechend. Neueinstellungen nimmt ab dem 1. Januar 2004 die Betriebskrankenkasse vor.

(4) Absatz 1 gilt nicht für Betriebe, die als Leistungserbringer zugelassen sind oder deren maßgebliche Zielsetzung die Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen von Leistungserbringern ist, soweit sie nach diesem Buch Verträge mit den Krankenkassen oder deren Verbänden zu schließen haben. Satz 1 gilt nicht für Leistungserbringer, die nicht überwiegend Leistungen auf Grund von Verträgen mit den Krankenkassen oder deren Verbänden erbringen.“

351 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 95 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 2 „vierhundertfünfzig“ durch „1 000“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 95 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Mehrheit der abstimmenden im Betrieb beschäftigten volljährigen Arbeitnehmer, die der Krankenkasse nach der Errichtung angehören oder angehören können.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 123 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 3 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Die Aufsichtsbehörde gibt den betroffenen Ortskrankenkassen Gelegenheit, sich zu äußern.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 148 Verfahren bei Errichtung

(1) Die Errichtung der Betriebskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 147 Abs. 1 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht 1 000 Mitglieder haben wird.

(2) Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Mehrheit der im Betrieb Beschäftigten. Die Aufsichtsbehörde oder die von ihr beauftragte Behörde leitet die Abstimmung. Die Abstimmung ist geheim.

(3) Der Arbeitgeber hat dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung beizufügen. Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Errichtung wirksam wird.“

352 QUELLE

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Überschrift des Titels eingefügt.

(2) Bei Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält, kann der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellen. Nicht bestellt werden dürfen Personen, die im Personalbereich des Betriebes tätig sein dürfen. In der dem Antrag auf Genehmigung nach § 150 Absatz 2 beigefügten Satzung ist zu bestimmen, ob der Arbeitgeber auf seine Kosten das Personal bestellt. Lehnt der Arbeitgeber die weitere Übernahme der Kosten des für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personals durch unwiderrufliche Erklärung gegenüber dem Vorstand der Betriebskrankenkasse ab, übernimmt die Betriebskrankenkasse spätestens zum 1. Januar des auf den Zugang der Erklärung folgenden übernächsten Kalenderjahres die bisher mit der Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse beauftragten Personen, wenn diese nicht widersprechen. Die Betriebskrankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein; § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist entsprechend anzuwenden. Neueinstellungen nimmt vom Tag des Zugangs der Erklärung nach Satz 4 an die Betriebskrankenkasse vor. Die Sätze 4 bis 6 gelten entsprechend, wenn die Betriebskrankenkasse in ihrer Satzung eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 vorsieht, vom Tag des Wirksamwerdens dieser Satzungsbestimmung an.

(3) Betriebskrankenkassen nach Absatz 2 Satz 1, bei denen der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt, leiten 85 Prozent ihrer Zuweisungen, die sie nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erhalten, an den Arbeitgeber weiter. Trägt der Arbeitgeber die Kosten der für die Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse erforderlichen Personen nur anteilig, reduziert sich der von der Betriebskrankenkasse an den Arbeitgeber weiterzuleitende Betrag entsprechend. Die weitergeleiteten Beträge sind gesondert auszuweisen. Der weiterzuleitende Betrag nach den Sätzen 1 und 2 ist auf die Höhe der Kosten begrenzt, die der Arbeitgeber tatsächlich trägt.

(4) Absatz 1 gilt nicht für Betriebe, die als Leistungserbringer zugelassen sind oder deren maßgebliche Zielsetzung die Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen von Leistungserbringern ist, soweit sie nach diesem Buch Verträge mit den Krankenkassen oder deren Verbänden zu schließen haben. Satz 1 gilt nicht für Leistungserbringer, die nicht überwiegend Leistungen auf Grund von Verträgen mit den Krankenkassen oder deren Verbänden erbringen.³⁵³

§ 150 Verfahren bei Errichtung

(1) Die Errichtung der Betriebskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 149 Absatz 1 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht 2 500 Mitglieder haben wird.

(2) Der Arbeitgeber hat dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung beizufügen. Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und bestimmt den Zeitpunkt, zu dem die Errichtung wirksam wird.³⁵⁴

353 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 96 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Satz 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 147 Abs. 1 Nr. 3 und § 148 gelten entsprechend.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 124 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Satz 1 „ , deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält,“ nach „Betriebskrankenkasse“ eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 149 Ausdehnung auf weitere Betriebe

Eine Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält, kann auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden. § 148 gilt entsprechend.“

354 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 97 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

§ 151 Ausdehnung auf weitere Betriebe

Die Zuständigkeit einer Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält, kann auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden. § 150 gilt entsprechend.³⁵⁵

§ 152 Ausscheiden von Betrieben

(1) Geht von mehreren Betrieben desselben Arbeitgebers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, ein Betrieb auf einen anderen Arbeitgeber über, kann jeder beteiligte Arbeitgeber das Ausscheiden des übergegangenen Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse beantragen.

(2) Besteht für mehrere Betriebe verschiedener Arbeitgeber eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, kann jeder beteiligte Arbeitgeber beantragen, mit seinem Betrieb aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse auszuscheiden. Satz 1 gilt nicht für gemeinsame Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, deren Satzung eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält.

(3) Über den Antrag auf Ausscheiden des Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, zu dem das Ausscheiden wirksam wird.³⁵⁶

„(1) Betriebskrankenkassen für Betriebe desselben Arbeitgebers können sich auf Beschluß ihrer Vertreterversammlungen zu einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse vereinigen. Das gleiche gilt für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, wenn die Betriebe organisatorisch und wirtschaftlich eine Einheit bilden. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde.

(2) § 144 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 150 Freiwillige Vereinigung

(1) Betriebskrankenkassen können sich auf Beschluß ihrer Verwaltungsräte zu einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

(2) § 144 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend. Für Betriebskrankenkassen, deren Satzungen eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten, gelten die §§ 145 und 146 entsprechend; für die Vereinigung einer oder mehrerer bundesunmittelbarer Betriebskrankenkassen mit anderen Betriebskrankenkassen gilt § 168a Abs. 2 entsprechend.“

355 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 98 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 151 Ausscheiden von Betrieben

(1) Geht von mehreren Betrieben desselben Arbeitgebers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, einer auf einen anderen Arbeitgeber über, kann jeder beteiligte Arbeitgeber das Ausscheiden des übergegangenen Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse beantragen.

(2) Besteht für mehrere Betriebe verschiedener Arbeitgeber eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, kann jeder beteiligte Arbeitgeber beantragen, mit seinem Betrieb aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse auszuscheiden. Satz 1 gilt nicht für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält.

(3) Über den Antrag auf Ausscheiden des Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem das Ausscheiden wirksam wird.“

356 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 99 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Satz 1 „Vertreterversammlung“ durch „Verwaltungsrat“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 99 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 4 und 5 eingefügt.

§ 153 Auflösung

(1) Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des Arbeitgebers aufgelöst werden, wenn der Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt.

(2) Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird.

(3) Absatz 1 gilt nicht, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält.

(4) Für die gemeinsame Betriebskrankenkasse mehrerer Arbeitgeber ist der Antrag nach Absatz 1 von allen beteiligten Arbeitgebern zu stellen.³⁵⁷

§ 154 Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen

Die §§ 149 bis 153, 159 Absatz 2, § 166 Absatz 2 und § 167 Absatz 4 gelten entsprechend für Dienstbetriebe von Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände oder der Gemeinden. An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Verwaltung.³⁵⁸

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 152 Auflösung

Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des Arbeitgebers aufgelöst werden, wenn der Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält. Für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, die nach dem 31. Dezember 1995 vereinigt wurden, ist der Antrag nach Satz 1 von allen beteiligten Arbeitgebern zu stellen.“

357 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 100 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Nr. 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. der Betrieb schließt, für den sie errichtet worden ist,“.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 59c des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Satz 2 „ , wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen“ am Ende eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 153 Schließung

Eine Betriebskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn

1. der Betrieb schließt, für den sie errichtet worden ist und die Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält,
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen oder
3. ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist.

Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen.“

358 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 101 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 154 Auseinandersetzung

Treten wegen des Ausscheidens eines Betriebes aus einer Betriebskrankenkasse oder wegen der Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse Mitglieder dieser Krankenkasse zu anderen Krankenkassen über, findet eine Auseinandersetzung über das Vermögen statt. Beim Ausscheiden kann die Auseinandersetzung unterbleiben, wenn die beteiligten Krankenkassen dies beantragen. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde der aufnehmenden Krankenkasse.“

Dritter Titel
Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen³⁵⁹

§ 155 Freiwillige Vereinigung

(1) Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

(2) Die beteiligten Krankenkassen fügen dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe, ein Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur der neuen Krankenkasse einschließlich der Zahl und der Verteilung ihrer Geschäftsstellen sowie eine Vereinbarung über die Rechtsbeziehungen zu Dritten bei. Bei einer kassenartenübergreifenden Vereinigung ist dem Antrag auf Genehmigung auch eine Erklärung beizufügen, welche Kassenartzugehörigkeit aufrechterhalten bleiben soll.

(3) Die beteiligten Krankenkassen können Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, die notwendig sind, um ihre Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Vereinigung zu erhalten. In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln. § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Die Verträge sind von den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.

(4) Ist bei einer Vereinigung von Betriebskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse; § 144 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(5) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, zu dem die Vereinigung wirksam wird.

(6) Mit dem nach Absatz 5 bestimmten Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.³⁶⁰

QUELLE

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift eingefügt.

359 QUELLE

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Überschrift des Titels eingefügt.

360 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 102 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, ist es auf die Krankenkassen zu verteilen, die Mitglieder aufgenommen haben. Die Höhe der Anteile richtet sich nach der Anzahl der aufgenommenen Mitglieder. Die Sätze 1 und 2 gelten auch im Fall des Ausscheidens nach § 151.“

Artikel 1 Nr. 102 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 4 und 5 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 125 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 4 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 125 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 124 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 2 „Bundesverbandes über“ durch „Spitzenverband Bund der Krankenkassen über, der dieses auf die übrigen Betriebskrankenkassen verteilt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 124 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 3 bis 5 in Abs. 4 durch die Sätze 3 bis 6 ersetzt. Die Sätze 3 bis 5 lauteten: „Reicht das Vermögen des Arbeitgebers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Landesverband der Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Falle hat der Landesverband die Verpflichtungen zu erfüllen.“

Die Verpflichtungen hat der Bundesverband zu erfüllen, wenn der Landesverband nicht besteht oder die Betriebskrankenkasse keinem Landesverband angehört.

Artikel 1 Nr. 124 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Die Landesverbände können in ihrer Satzung die Bildung eines Fonds vorsehen, dessen Mittel zur Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtung nach Absatz 4 zu verwenden sind. Satz 1 gilt entsprechend für den Bundesverband mit der Maßgabe, dass die Mittel des Fonds auch dazu verwendet werden können, die Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtung zu unterstützen.“

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 „sowie“ durch ein Komma ersetzt, Nr. 4 in Abs. 5 Satz 1 in Nr. 5 unnummeriert und Abs. 5 Satz 1 Nr. 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 4 „und 6“ durch „bis 7“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 60 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 2 Satz 5 bis 7 eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 4 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat in Abs. 4 Satz 6 „Landwirtschaftlichen Krankenkassen“ durch „landwirtschaftlichen Krankenkasse“ ersetzt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 155 Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen

(1) Der Vorstand einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse wickelt die Geschäfte ab. Bis die Geschäfte abgewickelt sind, gilt die Betriebskrankenkasse als fortbestehend, soweit es der Zweck der Abwicklung erfordert. 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.

(2) Der Vorstand macht die Auflösung oder Schließung öffentlich bekannt. Die Befriedigung von Gläubigern, die ihre Forderungen nicht innerhalb von sechs Monaten nach der Bekanntmachung anmelden, kann verweigert werden, wenn die Bekanntmachung einen entsprechenden Hinweis enthält. Bekannte Gläubiger sind unter Hinweis auf diese Folgen zur Anmeldung besonders aufzufordern. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Ansprüche aus der Versicherung sowie für Forderungen auf Grund zwischen- oder überstaatlichen Rechts. Der Vorstand hat unverzüglich nach Zustellung des Schließungsbescheids jedem Mitglied einen Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen und den von der gewählten Krankenkasse für die Erbringung von Leistungen benötigten Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann. Er hat die einzelnen Mitgliedergruppen ferner auf die besonderen Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts nach § 175 Absatz 3a hinzuweisen sowie auf die Folgen einer nicht rechtzeitigen Ausübung des Wahlrechts. Der Abwicklungsvorstand hat außerdem die zur Meldung verpflichtete Stelle über die Schließung zu informieren sowie über die Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts und für die Anmeldung des Mitglieds, wenn das Wahlrecht nicht rechtzeitig ausgeübt wird.

(3) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, geht dieses auf den Landesverband über. Das Vermögen geht auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über, der dieses auf die übrigen Betriebskrankenkassen verteilt, wenn der Landesverband nicht besteht oder die Betriebskrankenkasse keinem Landesverband angehört.

(4) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Arbeitgeber die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind mehrere Arbeitgeber beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht das Vermögen des Arbeitgebers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haben die übrigen Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Fall haben die übrigen Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Erfüllung der Verpflichtungen nach den Sätzen 3 und 4 kann nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden, der die Verteilung auf die einzelnen Betriebskrankenkassen vornimmt und die zur Tilgung erforderlichen Beträge von den Betriebskrankenkassen

§ 156 Vereinigung auf Antrag

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Antrag einer bundesunmittelbaren Krankenkasse durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Krankenkassen dieser Kassenart nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen vereinigen, wenn

1. durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen erhöht werden kann und
2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

(2) Die Landesregierung kann auf Antrag einer landesunmittelbaren Krankenkasse durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Krankenkassen dieser Kassenart des Landes nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen vereinigen, wenn

1. durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen erhöht werden kann und
2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Betriebskrankenkassen, deren Satzungen keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthalten.³⁶¹

kassen anfordert. 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 Krankenkasse geltend. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge und gegen ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung. Übersteigen die Verpflichtungen einer Betriebskrankenkasse ihr Vermögen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsbestimmung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4, hat der Arbeitgeber den Unterschiedsbetrag innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Satzungsbestimmung auszugleichen. § 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.

(5) Für die Erfüllung

1. einer am 1. Januar 2008 bestehenden Verschuldung,
2. der sonstigen Schließungskosten, wenn die Auflösung oder Schließung innerhalb von zehn Jahren nach dem 1. Januar 2008 erfolgt und die an diesem Tag bestehende Verschuldung nach Nummer 1 zum Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung noch nicht getilgt war,
3. der Ansprüche der Leistungserbringer und der Ansprüche aus der Versicherung,
4. der in § 171d Abs. 1 Satz 3 genannten Verpflichtungen bis zum 31. Dezember 2049 sowie
5. der Forderungen auf Grund zwischen- und überstaatlichen Rechts

einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse haftet auch die neue Krankenkasse, wenn sich eine Betriebskrankenkasse nach dem 1. April 2007 mit einer anderen Krankenkasse nach § 171a vereinigt und die neue Krankenkasse einer anderen Kassenart angehört. Die Haftung nach Satz 1 wird nicht dadurch berührt, dass sich die aufgelöste oder geschlossene Betriebskrankenkasse nach dem 1. April 2007 mit einer anderen Krankenkasse nach § 171a vereinigt hat und die neue Krankenkasse einer anderen Kassenart angehört. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt für jede Betriebskrankenkasse die Höhe der am 1. Januar 2008 bestehenden Verschuldung fest und nimmt ihre Verteilung auf die einzelnen Betriebskrankenkassen bei Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse vor. Absatz 4 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.“

361 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 103 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Satz 1 „Satz 2“ nach „Abs. 4“ gestrichen.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 156 Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen

Die §§ 147 bis 155 Abs. 4 gelten entsprechend für Dienstbetriebe von Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände oder der Gemeinden. An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Verwaltung.“

*Dritter Titel*³⁶²**§ 157 Verfahren bei Vereinigung auf Antrag**

(1) Werden Krankenkassen nach § 156 vereinigt, legen sie der Aufsichtsbehörde eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe und eine Vereinbarung über die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten vor.

(2) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, zu dem die Vereinigung wirksam wird.

(3) Kommen die beteiligten Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Absatz 1 nicht innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nach, setzt die Aufsichtsbehörde die Satzung fest, bestellt die Mitglieder der Organe, regelt die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten und bestimmt den Zeitpunkt, zu dem die Vereinigung wirksam wird.

(4) Mit dem nach Absatz 2 oder Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.³⁶³

§ 158 Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von Krankenkassen

(1) Bei der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen finden die Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle nach Kapitel Sieben des Ersten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen nach Maßgabe des Absatzes 2 sowie die §§ 48, 49, 50f Absatz 2, die §§ 54 bis 81 Absatz 2 und 3 Nummer 3, die §§ 81a bis 81g, 82 und die §§ 83 bis 86a des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen entsprechende Anwendung.

(2) Finden die Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle Anwendung, darf die Genehmigung nach § 155 Absatz 5 erst erfolgen, wenn das Bundeskartellamt die Vereinigung nach § 40 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen freigegeben hat oder sie als freigegeben gilt. Hat der Vorstand einer an der Vereinigung beteiligten Krankenkasse eine Anzeige nach § 160 Absatz 2 Satz 1 abgegeben, beträgt die Frist nach § 40 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sechs Wochen. Vor einer Untersagung ist mit den zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 90 des Vierten Buches das Benehmen herzustellen. Neben die obersten Landesbehörden

362 AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Innungskrankenkassen“.

363 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 104 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2 Nr. 1 „vierhundertfünfzig“ durch „1 000“ ersetzt.

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 104 lit. b und c des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2 Nr. 2 „und“ durch ein Komma ersetzt und Nr. 3 in Abs. 2 aufgehoben. Nr. 3 lautete:

„3. sie den Bestand oder die Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen nicht gefährdet.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 126 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 3 eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 157 Errichtung

(1) Eine oder mehrere Handwerksinnungen können für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder, die in die Handwerksrolle eingetragen sind, eine Innungskrankenkasse errichten.

(2) Eine Innungskrankenkasse darf nur errichtet werden, wenn

1. in den Handwerksbetrieben der Mitglieder der Handwerksinnung regelmäßig mindestens 1 000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden,

2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist.

(3) Absatz 1 gilt nicht für Handwerksbetriebe, die als Leistungserbringer zugelassen sind, soweit sie nach diesem Buch Verträge mit den Krankenkassen oder deren Verbänden zu schließen haben.“

nach § 42 Absatz 5 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen treten die zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 90 des Vierten Buches. § 41 Absatz 3 und 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gilt nicht.³⁶⁴

§ 159 Schließung

(1) Eine Krankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist.

(2) Eine Betriebskrankenkasse wird auch dann von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn

1. der Betrieb schließt, für den sie errichtet worden ist, und die Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält oder
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen und die Voraussetzungen der Errichtung auch zum Zeitpunkt der Schließung nicht vorliegen.

(3) Eine Innungskrankenkasse wird auch dann von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn sie nicht hätte errichtet werden dürfen und die Voraussetzungen der Errichtung auch zum Zeitpunkt der Schließung nicht vorliegen.

(4) Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, zu dem die Schließung wirksam wird, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen.³⁶⁵

364 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 105 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 2 „vierhundertfünfzig“ durch „1 000“ ersetzt.

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 105 lit. b des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Innungsversammlung sowie des Gesellenausschusses der Handwerksinnung.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 127 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 3 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Die Aufsichtsbehörde gibt den betroffenen Ortskrankenkassen Gelegenheit, sich zu äußern.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 158 Verfahren bei Errichtung

(1) Die Errichtung der Innungskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 157 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht 1 000 Mitglieder haben wird.

(2) Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Innungsversammlung und der Mehrheit der in den Innungsbetrieben Beschäftigten.

(3) Für das Verfahren gilt § 148 Abs. 2 Satz 2 und 3 und Abs. 3 entsprechend. An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Handwerksinnung.“

19.01.2021.—Artikel 7 Nr. 2 des Gesetzes vom 18. Januar 2021 (BGBl. I S. 2) hat in Abs. 1 „§§ 48, 49, 50c Absatz 2, die §§ 54 bis 80 und 81 Absatz 2 und 3 Nummer 3, Absatz 4 bis 10“ durch „§§ 48, 49, 50f Absatz 2, die §§ 54 bis 81 Absatz 2 und 3 Nummer 3, die §§ 81a bis 81g, 82“ ersetzt.

365 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 106 lit. b des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2 Satz 2 „450“ durch „1 000“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 106 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Erstreckt sich die Innungskrankenkasse nach der Anpassung über die Bezirke mehrerer Aufsichtsbehörden, trifft die Entscheidung nach Absatz 2 die Aufsichtsbehörde, die nach der Anpassung zuständig ist. Sie gibt den betroffenen Ortskrankenkassen Gelegenheit, sich zu äußern.“

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 106 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „der Gesellenausschuß der vereinigten Handwerksinnung“ durch „die Mehrheit der in den Innungsbetrieben Beschäftigten“ ersetzt und „und 3“ nach „Nr. 2“ gestrichen.

§ 160 Insolvenz von Krankenkassen

(1) Die Insolvenzordnung gilt für 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, so hat der Vorstand der Krankenkasse dies der zuständigen Aufsichtsbehörde unverzüglich anzuzeigen. Der Anzeige sind aussagefähige Unterlagen beizufügen. Verbindlichkeiten der Krankenkasse, für die nach § 169 Absatz 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 keinen Antrag nach Satz 1 stellen, sondern 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. § 165 Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend, wenn die Aufsichtsbehörde den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt hat.

(4) Die Aufsichtsbehörde hat den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich über die Anzeige nach Absatz 2 Satz 1 und die Antragstellung nach Absatz 3 Satz 1 zu unterrichten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterrichtet hierüber unverzüglich die Krankenkassen. 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 vom 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. Im Falle der Eröffnung des Insolvenzverfahrens erfolgt die Abwicklung der Geschäfte der Krankenkasse nach den Vorschriften der Insolvenzordnung.

(6) Zum Vermögen einer Krankenkasse gehören die Betriebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen. Abweichend von § 260 Absatz 2 Satz 3 bleiben die Beitragsforderungen der Krankenkasse außer Betracht, soweit sie dem Gesundheitsfonds als Sondervermögen zufließen.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 128 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 2 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Sie geben den betroffenen Ortskrankenkassen Gelegenheit, sich zu äußern.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 159 Ausdehnung auf weitere Handwerksinnungen

(1) Wird eine Handwerksinnung, die allein oder gemeinsam mit anderen Handwerksinnungen eine Innungskrankenkasse errichtet hat (Trägerinnung), mit einer anderen Handwerksinnung vereinigt, für die keine Innungskrankenkasse besteht, so gehören die in den Betrieben der anderen Handwerksinnung versicherungspflichtigen Beschäftigten der Innungskrankenkasse an, wenn die Mehrheit der in den Innungsbetrieben Beschäftigten zustimmt; § 157 Abs. 2 Nr. 2 gilt entsprechend. Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Trägerinnung ihren Zuständigkeitsbereich örtlich oder sachlich erweitert. § 158 gilt entsprechend.

(2) Wird auf Grund von Änderungen des Handwerksrechts der Kreis der Innungsmitglieder einer Trägerinnung verändert, hat die zuständige Aufsichtsbehörde den Mitgliederkreis der Innungskrankenkasse entsprechend anzupassen. Sind von der Anpassung mehr als 1 000 Beschäftigte von Innungsmitgliedern der Trägerinnung betroffen, gelten die §§ 157, 158 entsprechend.

(3) Erstreckt sich die Innungskrankenkasse nach der Anpassung über die Bezirke mehrerer Aufsichtsbehörden, treffen die Entscheidung nach Absatz 2 die Aufsichtsbehörden, die vor der Anpassung zuständig waren.“

(7) Für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Wertguthaben aus Altersteilzeitvereinbarungen sind die Verpflichtungen nach § 8a des Altersteilzeitgesetzes vollständig spätestens ab dem 1. Januar 2015 zu erfüllen.³⁶⁶

§ 161 Aufhebung der Haftung nach § 12 Absatz 2 der Insolvenzordnung

Die Länder haften nicht nach § 12 Absatz 2 der Insolvenzordnung für die Ansprüche der Beschäftigten von Krankenkassen auf Leistungen der Altersversorgung und auf Insolvenzgeld.³⁶⁷

§ 162 Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden

Die §§ 160, 161, 169 und 170 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.³⁶⁸

366 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 107 lit. b des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 2 „nach“ durch „vor“ und „Aufsichtsbehörde“ durch „Aufsichtsbehörden“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 107 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Landesregierung kann auf Antrag einer Innungskrankenkasse oder des zuständigen Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Innungskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Innungskrankenkassen und ihrer Landesverbände vereinigen. Die §§ 145 und 146 gelten entsprechend.“

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 107 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „Vertreterversammlungen“ durch „Verwaltungsräte“ ersetzt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 160 Vereinigung von Innungskrankenkassen

(1) Innungskrankenkassen können sich auf Beschluß ihrer Verwaltungsräte miteinander vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. Für das Verfahren gilt § 144 Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(2) Innungskrankenkassen werden vereinigt, wenn sich ihre Trägerinnungen vereinigen. Für das Verfahren gilt § 146 entsprechend.

(3) Für die Vereinigung von Innungskrankenkassen durch die Landesregierung gelten die §§ 145 und 146 entsprechend.“

367 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 108 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Satz 4 eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 161 Ausscheiden einer Handwerksinnung

Eine Handwerksinnung kann das Ausscheiden aus einer gemeinsamen Innungskrankenkasse beantragen. Über den Antrag auf Ausscheiden entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem das Ausscheiden wirksam wird. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für Innungskrankenkassen, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält.“

368 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 109 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Satz 1 „Vertreterversammlung“ durch „Verwaltungsrat“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 109 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 4 eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 162 Auflösung

Eine Innungskrankenkasse kann auf Antrag der Innungsversammlung nach Anhörung des Gesellenausschusses, eine gemeinsame Innungskrankenkasse auf Antrag aller Innungsversammlungen nach Anhörung der Gesellenausschüsse aufgelöst werden, wenn die Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält.“

§ 163 Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Finanzlage der Krankenkassen auf der Grundlage der jährlichen und der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse zu überprüfen und ihre Leistungsfähigkeit zu bewerten. Hierbei sind insbesondere das Vermögen, das Rechnungsergebnis, die Liquidität und die Versichertenentwicklung zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert die Krankenkassen über das Ergebnis seiner Bewertung. Bewertet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse als gefährdet, so hat die Krankenkasse dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen

1. unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die dieser zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich hält, oder
2. ihm die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann verlangen, dass die Krankenkassen die Unterlagen elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen. Kommt eine Krankenkasse den Verpflichtungen nach den Sätzen 4 und 5 nicht nach, ist die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse hierüber zu unterrichten.

(2) Hält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage dieser Unterlagen und Auskünfte die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse für bedroht, so hat er die Krankenkasse über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten. Zudem hat er umgehend die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse über die finanzielle Situation, die Ergebnisse und die Bewertungen der Überprüfung nach Satz 1 sowie über die vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterrichten. Das konkrete Verfahren zur Bewertung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Satzung zu veröffentlichen.

(3) Stellt eine 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 der Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung vermieden werden kann, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen 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.³⁶⁹

§ 164 Vorübergehende finanzielle Hilfen

369 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 110 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Satz 3 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 60a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Satz 2 „ , wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen“ am Ende eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 163 Schließung

Eine Innungskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn

1. die Handwerksinnung, die sie errichtet hat, aufgelöst wird, eine gemeinsame Innungskrankenkasse dann, wenn alle beteiligten Handwerksinnungen aufgelöst werden,
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen oder
3. ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist.

Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen. Satz 1 Nr. 1 gilt nicht, wenn die Satzung der Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält.“

(1) Die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat Bestimmungen über die Gewährung vorübergehender finanzieller Hilfen an Krankenkassen vorzusehen, die für notwendig erachtet werden, um

1. Vereinigungen von Krankenkassen zur Abwendung von Haftungsrisiken zu erleichtern oder zu ermöglichen sowie
2. die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse zu erhalten.

Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Dauer, Finanzierung und Durchführung der Hilfen regelt die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Satzungsregelungen werden mit 70 Prozent der Stimmen der Mitglieder des Verwaltungsrates 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 Mitgliedskassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse geltend. Bei der Aufteilung der Finanzierung der Hilfen ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen angemessen zu berücksichtigen. Klagen gegen die Bescheide, mit denen die Beträge zur Finanzierung der Hilfeleistungen angefordert werden, haben keine aufschiebende Wirkung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Zwischenfinanzierung der finanziellen Hilfen ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 350 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen; § 167 Absatz 6 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

(4) Ansprüche und Verpflichtungen auf Grund des § 265a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bleiben unberührt.³⁷⁰

370 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 111 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 129 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 Satz 7 und 8 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 125 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Sätze 4 bis 6 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 4 bis 6 lauteten: Reicht das Vermögen der Handwerksinnung nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Landesverband der Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Besteht kein Landesverband mehr, hat der Bundesverband der Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Sätze 2 bis 4 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Fall gilt § 155 Abs. 4 Satz 4 und 5 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 125 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 7 „Satz 6“ durch „Satz 7“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 125 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 8 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 8 lautete: „§ 155 Abs. 5 gilt für die Landesverbände und den Bundesverband der Innungskrankenkassen entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 125 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „und § 155 Abs. 5“ nach „Absatz 1“ eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat in Abs. 1 Satz 6 „und 6“ durch „bis 7“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 7 „Satz 7“ durch „Satz 8“ ersetzt.

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

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 164 Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte, Haftung bei Verpflichtungen, Dienstordnungsangestellte

(1) Bei Auflösung und Schließung von Innungskrankenkassen gelten die §§ 154 und 155 Abs. 1 bis 3 entsprechend. Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Innungskrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat die Handwerksinnung die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind

Vierter Titel
Folgen der Auflösung, der Schließung und der Insolvenz³⁷¹

§ 165 Abwicklung der Geschäfte

(1) Der Vorstand einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse wickelt die Geschäfte ab. Bis die Geschäfte abgewickelt sind, gilt die Krankenkasse als fortbestehend, soweit es der Zweck der Abwicklung erfordert. 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 Absatz 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Der Vorstand macht die Auflösung oder Schließung öffentlich bekannt. Die Befriedigung von Gläubigern, die ihre Forderungen nicht innerhalb von sechs Monaten nach der Bekanntmachung anmelden, kann verweigert werden, wenn die Bekanntmachung einen entsprechenden Hinweis enthält. Bekannte Gläubiger sind unter Hinweis auf diese Folgen zur Anmeldung besonders aufzufordern. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Ansprüche aus der Versicherung sowie für Forderungen auf Grund zwischen- oder überstaatlichen Rechts. Der Vorstand hat unverzüglich nach Zustellung des Schließungsbescheids jedem Mitglied einen Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen und den von der gewählten Krankenkasse für die Erbringung von Leistungen benötigten Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann. Er hat die einzelnen Mitgliedergruppen ferner auf die besonderen Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts nach

mehrere Handwerksinnungen beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht das Vermögen der Handwerksinnung nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haben die übrigen Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Sätze 2 bis 4 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Fall haben die übrigen Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Für die Haftung nach den Sätzen 4 und 5 gilt § 155 Abs. 4 Satz 5 bis 7 und Abs. 5 entsprechend. Für die Haftung im Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsbestimmung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 gilt § 155 Abs. 4 Satz 8 entsprechend.

(2) Die Versorgungsansprüche der am Tag der Auflösung oder Schließung einer Innungskrankenkasse vorhandenen Versorgungsempfänger und ihrer Hinterbliebenen bleiben unberührt.

(3) Die dienstordnungsmäßigen Angestellten sind verpflichtet, eine vom Landesverband der Innungskrankenkassen nachgewiesene dienstordnungsmäßige Stellung bei ihm oder einer anderen Innungskrankenkasse anzutreten, wenn die Stellung nicht in auffälligem Mißverhältnis zu den Fähigkeiten der Angestellten steht. Entstehen hierdurch geringere Besoldungs- oder Versorgungsansprüche, sind diese auszugleichen. Den übrigen Beschäftigten ist bei dem Landesverband der Innungskrankenkassen oder einer anderen Innungskrankenkasse eine Stellung anzubieten, die ihnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und bisherigen Dienststellung zuzumuten ist. 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.

(4) Die Vertragsverhältnisse der Beschäftigten, die nicht nach Absatz 3 untergebracht werden, enden mit dem Tag der Auflösung oder Schließung. Vertragsmäßige Rechte, zu einem früheren Zeitpunkt zu kündigen, werden hierdurch nicht berührt.

(5) Für die Haftung aus den Verpflichtungen nach den Absätzen 2 bis 4 gilt Absatz 1 und § 155 Abs. 5 entsprechend.“

371 AUFHEBUNG

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „See-Krankenkasse“.

QUELLE

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Überschrift des Titels eingefügt.

§ 175 Absatz 3a hinzuweisen sowie auf die Folgen einer nicht rechtzeitigen Ausübung des Wahlrechts. Der Vorstand hat außerdem die zur Meldung verpflichtete Stelle über die Schließung zu informieren sowie über die Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts und für die Anmeldung des Mitglieds, wenn das Wahlrecht nicht rechtzeitig ausgeübt wird.

(3) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, geht dieses auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über, der dieses auf die übrigen Krankenkassen verteilt.³⁷²

*Fünfter Titel*³⁷³

372 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 8 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat in Abs. 1 Satz 1 „(§ 1375 der Reichsversicherungsordnung)“ durch „(Sechstes Buch Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Errichtung, Organe“.

Artikel 6 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 und 2 neu gefasst. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Die See-Krankenversicherung wird von der Seekasse (Sechstes Buch Sozialgesetzbuch) in einer besonderen Abteilung unter dem Namen See-Krankenkasse durchgeführt.

(2) Die Vertreterversammlung der Seekasse erläßt für die See-Krankenkasse eine eigene Satzung, nach der die Organe der Seekasse die See-Krankenkasse verwalten.“

Artikel 6 Nr. 13 lit. c und d desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben und Abs. 4 in Abs. 3 unnummeriert. Abs. 3 lautete:

„(3) Über die Einnahmen und Ausgaben der See-Krankenkasse ist eine gesonderte Rechnung zu führen. Ihre Mittel sind getrennt zu verwalten. Das für die See-Krankenkasse bestimmte Vermögen darf nur für deren Zwecke verwendet werden.“

23.12.2007.—Artikel 5 Nr. 6 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat Abs. 4 eingefügt.

AUFHEBUNG

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 165 See-Krankenkasse

(1) Die See-Krankenversicherung wird von der See-Krankenkasse durchgeführt. Es gelten die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung.

(2) Die Beschäftigten der See-Krankenkasse können Beschäftigte der See-Berufsgenossenschaft sein. Die Beschäftigungsverhältnisse der Beschäftigten der See-Krankenkasse richten sich nach den für die See-Berufsgenossenschaft maßgeblichen Vorschriften.

(3) Die Versicherten der See-Krankenkasse erhalten die ihnen zustehenden Leistungen im Auftrage und für Rechnung dieser Krankenkasse von der Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts, soweit sie nicht durch die See-Krankenkasse selbst gewährt werden. Die Satzung kann bestimmen, daß andere Krankenkassen mit der Leistungsgewährung beauftragt werden. Hat die See-Krankenkasse eigene Verträge geschlossen, sind diese maßgebend; im übrigen gelten die Verträge der beauftragten Krankenkasse. Die See-Krankenkasse hat der beauftragten Krankenkasse neben den Leistungsaufwendungen 5 vom Hundert dieses Betrages als Verwaltungskosten zu erstatten. § 91 Abs. 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(4) Auf Beschluss ihrer Vertreterversammlungen können die See-Krankenkasse und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vereinbaren, dass die See-Krankenkasse und die Seepflegekasse aufgelöst und in die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See eingegliedert werden. Die Vereinbarung, die auch ein Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur nach der Eingliederung umfasst, bedarf der Genehmigung der vor der Eingliederung zuständigen Aufsichtsbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Bundesministerium der Finanzen.“

QUELLE

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift eingefügt.

373 ÄNDERUNGEN

§ 166 Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung

(1) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haften die übrigen Krankenkassen.

(2) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält, nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Arbeitgeber die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind mehrere Arbeitgeber beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht das Vermögen des Arbeitgebers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, findet Absatz 1 Anwendung. Übersteigen die Verpflichtungen einer Krankenkasse ihr Vermögen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsbestimmung nach § 144 Absatz 2 Satz 1, hat der Arbeitgeber den Unterschiedsbetrag innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Satzungsbestimmung auszugleichen. Dies gilt auch bei Vereinigungsverfahren gemäß § 155, wenn Betriebskrankenkassen beteiligt sind, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält.³⁷⁴

*Sechster Titel*³⁷⁵

§ 167 Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen

(1) Die Erfüllung der Verpflichtungen nach § 166 Absatz 1 und 2 Satz 3 kann nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden, der die Verteilung auf die einzelnen Krankenkassen vornimmt und die zur Tilgung erforderlichen Beträge von den Krankenkassen anfordert. Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Betrag wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen wie folgt ermittelt:

1. der aufzuteilende Betrag wird durch die Summe der Mitglieder aller Krankenkassen geteilt;

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 5 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat die Überschrift des Titels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Landwirtschaftliche Krankenkassen“.

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Landwirtschaftliche Krankenkasse“.

374 ÄNDERUNGEN

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 6 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) in der Fassung des Artikels 13 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift neu gefasst. Die neue Fassung der Vorschrift lautet:

„§ 166 Landwirtschaftliche Krankenkassen

Träger der Krankenversicherung der Landwirte sind die in § 17 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vorgesehenen Krankenkassen. Es gelten die Vorschriften der Gesetze über die Krankenversicherung der Landwirte.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 166 Landwirtschaftliche Krankenkasse

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der Krankenversicherung der Landwirte führt die Krankenversicherung nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte durch; sie führt in Angelegenheiten der Krankenversicherung die Bezeichnung landwirtschaftliche Krankenkasse.“

375 ÄNDERUNGEN

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 14 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat die Überschrift des Titels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Bundesknappschaft“.

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“.

2. das Ergebnis nach Nummer 1 wird mit der Zahl der Mitglieder jeder einzelnen Krankenkasse vervielfacht; maßgebend ist die Zahl der Mitglieder, die von den Krankenkassen für den Monat, der dem Monat vorausgeht, in dem die Aufteilung durchgeführt wird, erfasst wird.

(2) Übersteigen die Verpflichtungen innerhalb eines Kalenderjahres einen Betrag von 350 Millionen Euro, sind zur Erfüllung der darüber hinausgehenden Beträge die Finanzreserven der Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1 heranzuziehen, soweit diese das 0,5fache des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke übersteigen; § 260 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. Maßgebend für die Rechengrößen nach Satz 1 sind die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse, die von den Krankenkassen vor dem Zeitpunkt, an dem die Aufteilung durchgeführt wird, zuletzt vorgelegt wurden. Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Betrag wird wie folgt berechnet:

1. für jede Krankenkasse wird der Betrag an Finanzreserven ermittelt, der gemäß den Sätzen 1 und 2 die Obergrenze überschreitet;
2. übersteigt die Summe der Überschreibungsbeträge aller Krankenkassen nach Nummer 1 die noch zu erfüllenden Verpflichtungen, werden die noch zu erfüllenden Verpflichtungen durch die Summe der Überschreibungsbeträge nach Nummer 1 geteilt;
3. der aus Nummer 2 resultierende Faktor wird für jede Krankenkasse mit dem Betrag nach Nummer 1 multipliziert;
4. übersteigen die noch zu erfüllenden Verpflichtungen die Summe der nach Nummer 1 ermittelten Beträge, sind für jede Krankenkasse die Überschreibungsbeträge nach Nummer 1 zugrunde zu legen.

Reicht die Summe der Überschreibungsbeträge nach Satz 3 Nummer 1 nicht aus, um die Verpflichtungen zu erfüllen, oder verfügt keine Krankenkasse über Finanzreserven oberhalb des 0,5fachen einer Monatsausgabe nach den Sätzen 1 und 2, werden die Finanzreserven oberhalb von 0,4 Monatsausgaben in entsprechender Anwendung der Sätze 1 bis 3 herangezogen, um die verbleibenden Verpflichtungen zu erfüllen.

(3) Reicht der nach den Absätzen 1 und 2 ermittelte Betrag nicht aus, um die Verpflichtungen zu erfüllen, beziehungsweise verfügt keine Krankenkasse über Finanzreserven oberhalb des 0,4fachen einer Monatsausgabe, wird der verbleibende Betrag auf alle Krankenkassen gemäß Absatz 1 Satz 2 aufgeteilt.

(4) Für Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält, wird der nach den Absätzen 1 bis 3 ermittelte Betrag auf 20 Prozent dieses Betrags begrenzt. Die Summe der sich aus Satz 1 ergebenden Beträge wird auf die übrigen Krankenkassen gemäß Absatz 1 Satz 2 aufgeteilt.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die auf die einzelnen Krankenkassen nach den Absätzen 1 bis 4 entfallenden Beträge durch Bescheid geltend. Er kann Beträge zu unterschiedlichen Zeitpunkten fällig stellen und Teilbeträge verlangen. Die Krankenkasse hat die geltend gemachten Beträge innerhalb von zwei Monaten an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu überweisen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann eine kürzere Frist festlegen, wenn er hierauf zur Erfüllung seiner Zahlungsverpflichtungen angewiesen ist. Die Zahlung gilt mit der belastenden Wertstellung und Ausführung vor Bankannahmeschluss am jeweiligen Fälligkeitstag als erfüllt. Nach Überschreiten der Frist nach Satz 3 tritt ohne Mahnung Verzug ein. Im Falle des Verzugs sind Verzugszinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge und gegen ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung.

(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung. Ein zum 31. Dezember eines Jahres noch nicht getilgter Darlehensbetrag ist bis zum 28. Februar des

Folgejahres zurückzuzahlen. Überschreitet der zum Ende eines Kalendermonats festgestellte, für einen Schließungsfall aufgenommene Darlehensbetrag den Betrag von 50 Millionen Euro, ist dieser Betrag bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen. Die Inanspruchnahme eines Darlehens des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.³⁷⁶

*Siebter Titel*³⁷⁷

§ 168 Personal

(1) Die Versorgungsansprüche der am Tag der Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse vorhandenen Versorgungsempfänger und ihrer Hinterbliebenen bleiben unberührt.

(2) Die dienstordnungsmäßigen Angestellten sind verpflichtet, eine von einer anderen Krankenkasse nachgewiesene dienstordnungsmäßige Stellung anzutreten, wenn die Stellung nicht in auffälligem Missverhältnis zu den Fähigkeiten der Angestellten steht. Entstehen hierdurch geringere Besoldungs- oder Versorgungsansprüche, sind diese auszugleichen. Den übrigen Beschäftigten, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann, ist bei einem Landesverband der Krankenkassen oder einer anderen Krankenkasse eine Stellung anzubieten, die ihnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und ihrer bisherigen Dienststellung zuzumuten ist. Jede Krankenkasse ist verpflichtet, entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen dienstordnungsmäßige Stellungen nach Satz 1 nachzuweisen und Anstellungen nach Satz 3 anzubieten; die Nachweise und Angebote sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mitzuteilen, der diese den Beschäftigten in geeigneter Form zugänglich macht.

376 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 9 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Die knappschaftliche Krankenversicherung wird von der Bundesknappschaft durchgeführt. Es gelten die Vorschriften dieses Buches sowie ergänzend die Vorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes für die knappschaftliche Krankenversicherung einschließlich der dazu erlassenen Rechtsverordnungen.“

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 14 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Bundesknappschaft“.

Artikel 6 Nr. 15 desselben Gesetzes hat in Satz 1 „Bundesknappschaft“ durch „Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See unter dem Namen Knappschaft“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 127 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Die knappschaftliche Krankenversicherung wird von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See unter dem Namen Knappschaft durchgeführt. Es gelten die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 167 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Krankenversicherung nach den Vorschriften dieses Buches durch.“

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 2 Satz 1 „den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag“ durch „das 0,5fache des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrages“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „1,0fachen“ durch „0,5fachen“ und „0,75 Monatsausgaben“ durch „0,4 Monatsausgaben“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „0,75fachen“ durch „0,4fachen“ ersetzt.

377 ÄNDERUNGEN

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Ersatzkassen“.

(3) Die Vertragsverhältnisse der Beschäftigten, die nicht nach Absatz 2 untergebracht werden, enden mit dem Tag der Auflösung oder Schließung. Vertragsmäßige Rechte, zu einem früheren Zeitpunkt zu kündigen, werden hierdurch nicht berührt.³⁷⁸

§ 168a³⁷⁹

378 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 35 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 4 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 112 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Ersatzkassen sind Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft nicht kraft Gesetzes, sondern durch Ausübung des Wahlrechts erlangen.

(2) Eine Ersatzkasse darf nur solche Personen aufnehmen, die im Zeitpunkt der Aufnahme zu dem Mitgliederkreis gehören, den die Satzung in der am 1. Januar 1974 von der Aufsichtsbehörde genehmigten Fassung festgeschrieben hat und der durch Artikel 1 § 1 Nr. 22 des Gesetzes zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), durch Artikel 1 § 4 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069), durch § 51 des Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705) sowie zuletzt durch dieses Buch erweitert worden ist. Voraussetzung für die Aufnahme ist, daß diese Personen in dem durch die Satzung bestimmten Bezirk wohnen oder arbeiten.

(3) Die Kaufmännische Krankenkasse – KKH kann ihren Mitgliederkreis durch Satzung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes ändern, wenn die von der Änderung betroffenen Personen auch ohne die Satzungsänderung ein Wahlrecht zu mehreren Ersatzkassen haben.

(4) Der Bundesminister für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Mitgliederkreis entsprechend ändern, wenn die Berufsbilder der Mitglieder geändert werden, oder ihn bei betriebsartenbezogenen Ersatzkassen genauer bestimmen, wenn sich ohne eine solche Klarstellung Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 168 Ersatzkassen

(1) Ersatzkassen sind am 31. Dezember 1992 bestehende Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 1995 durch Ausübung des Wahlrechts erlangen können.

(2) Beschränkungen des aufnahmeberechtigten Mitgliederkreises sind nicht zulässig.

(3) Der Bezirk einer Ersatzkasse kann durch Satzungsregelung auf das Gebiet eines oder mehrerer Länder oder das Bundesgebiet erweitert werden. Die Satzungsregelung bedarf der Genehmigung der vor der Erweiterung zuständigen Aufsichtsbehörde.“

379 QUELLE

01.01.1995.—Artikel 1 Nr. 113 und Artikel 33 § 13 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) haben die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 113 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Ersatzkassen können sich auf Beschluss ihrer Vertreterversammlungen vereinigen.“

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. b und f der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 2 Satz 1 „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“ und in Abs. 2 Satz 2 „Bundesministers“ durch „Bundesministeriums“ ersetzt.

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

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

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 128 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 1 „oder eines Spitzenverbandes der Ersatzkassen“ nach „Ersatzkasse“ gestrichen.

AUFHEBUNG

§ 169 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 geltend. Für die Ermittlung der auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge und das Verfahren zur Geltendmachung der Beträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gilt § 167 entsprechend. Für das Personal gilt § 168 entsprechend.

(2) 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.

(3) Hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgrund des Absatzes 1 Leistungen zu erbringen, gehen die Ansprüche der Berechtigten auf ihn über; § 9 Absatz 2 bis 3a mit Ausnahme des Absatzes 3 Satz 1 zweiter Halbsatz des Betriebsrentengesetzes gilt 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 geltend.

(4) Für die Ansprüche der Leistungserbringer und die Ansprüche aus der Versicherung sowie für die Forderungen aufgrund zwischen- und überstaatlichen Rechts haften im Insolvenzfall die übrigen Krankenkassen. Für die Ermittlung der auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge gilt § 167 entsprechend. Soweit Krankenkassen nach Satz 1 Leistungen zu erbringen haben, gehen die Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer auf sie über. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, gilt § 167 Absatz 6 entsprechend.³⁸⁰

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 168a Vereinigung von Ersatzkassen

(1) Ersatzkassen können sich auf Beschluß ihrer Verwaltungsräte vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. Für das Verfahren gilt § 144 Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Antrag einer Ersatzkasse durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Ersatzkassen nach Anhörung der betroffenen Ersatzkassen vereinigen. Für die Vereinigung von Ersatzkassen durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit gelten die §§ 145 und 146 entsprechend.“

380 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 114 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 169 Auflösung

§ 170 Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen, Verordnungsermächtigung

(1) Krankenkassen haben für Versorgungszusagen, die eine direkte Einstandspflicht nach § 1 Absatz 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 4 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. Abweichend von Satz 1 sind die für das Jahr 2024 vorzunehmenden Zuführungen nach Satz 1 und die Zuführungen zum Deckungskapital für Verpflichtungen nach § 12 Absatz 1 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung im Jahr 2024 auf die für dieses Haushaltsjahr notwendigen Beträge begrenzt.

(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 Absatz 1 Nummer 1 und 5 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) (weggefallen)

(4) 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 Barwertes der Versorgungsverpflichtungen,
3. die Höhe der für die Bildung des Deckungskapitals erforderlichen Zuweisungsbeträge und 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.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Befugnis nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesamt für Soziale Sicherung übertragen. In diesem Fall gilt für die dem Bundesamt für Soziale Sicherung entstehenden Ausgaben § 271 Absatz 7 entsprechend.³⁸¹

Eine Ersatzkasse kann auf Antrag ihrer Vertreterversammlung mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder aufgelöst werden. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird.“

QUELLE

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift eingefügt.

381 ÄNDERUNGEN

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 60b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Satz 2 „ , wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen“ am Ende eingefügt.

§ 171³⁸²*Achter Titel*³⁸³

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 170 Schließung

Eine Ersatzkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen.“

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 50 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 4 Satz 3 „Absatz 6“ durch „Absatz 7“ ersetzt.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen gelten die Vorschriften des Vierten Titels des Vierten Abschnitts des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass eine Anlage auch in Euro-denominierten Aktien im Rahmen eines passiven, indexorientierten Managements zulässig ist. Die Anlageentscheidungen sind jeweils so zu treffen, dass der Anteil an Aktien maximal 20 Prozent des Deckungskapitals beträgt. Änderungen des Aktienkurses können vorübergehend zu einem höheren Anteil an Aktien am Deckungskapital führen. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für das Deckungskapital für Altersrückstellungen nach § 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung.“

16.12.2023.—Artikel 8i des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

382 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 115 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Satz 1 „Auflösung und“ nach „Bei“ gestrichen.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 130 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 3 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 129 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Sätze 2 und 3 durch Satz 2 ersetzt. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Ersatzkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Verband, dem die Ersatzkasse angehörte, die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Verbände der Ersatzkassen können in ihrer Satzung die Bildung eines Fonds vorsehen, dessen Mittel zur Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtung nach Satz 2 zu verwenden sind.“

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Satz 1 umfassend geändert. Satz 1 lautete: „Bei Schließung gelten die §§ 154 und 155 Abs. 1 bis 3 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 2 „bis 6“ durch „bis 7“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 171 Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen

Bei Schließung gelten die §§ 154, 155 Abs. 1 bis 3 und § 164 Abs. 2 bis 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann. Reicht das Vermögen einer geschlossenen Ersatzkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, gilt § 155 Abs. 4 Satz 4 bis 7 und Abs. 5 entsprechend.“

383 QUELLE

01.01.2010.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Überschrift des Titels eingefügt.

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Kassenartübergreifende Regelungen“.

§ 171a³⁸⁴

§ 171b³⁸⁵

384 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 130 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat in Abs. 1 Satz 1 „Vierten“ durch „Dritten“ ersetzt.

01.01.2010.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 1 Satz 1 „diesem“ durch „Siebten“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 171a Kassenartenübergreifende Vereinigung von Krankenkassen

(1) Die im Ersten bis Dritten und Siebten Titel dieses Abschnitts genannten Krankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte mit den in diesen Titeln genannten Krankenkassen anderer Kassenarten vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. § 144 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass dem Antrag auf Genehmigung auch eine Erklärung beizufügen ist, welche Kassenartzugehörigkeit aufrechterhalten bleiben soll. Soll danach die neue Krankenkasse Mitglied des Verbandes werden, dem die an der Vereinigung beteiligte Krankenkasse mit der kleinsten Mitgliederzahl am Tag der Beantragung der Genehmigung angehört hat, kann dieser die Mitgliedschaft der neuen Krankenkasse gegenüber den Aufsichtsbehörden nach Satz 2 ablehnen, wenn auf Grund einer von der Aufsichtsbehörde dieses Verbandes durchgeführten Prüfung einvernehmlich festgestellt wird, dass hierdurch seine finanziellen Grundlagen gefährdet würden.

(2) Die neue Krankenkasse hat für die Dauer von fünf Jahren nach dem Wirksamwerden der Vereinigung Zahlungsverpflichtungen auf Grund der Haftung nach Schließung einer Krankenkasse oder der Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265a gegenüber den Verbänden zu erfüllen, denen gegenüber die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen ohne die Vereinigung zahlungspflichtig geworden wären. § 155 Abs. 5 gilt. Die für die Ermittlung der Zahlungsverpflichtung maßgeblichen Größen sind auf die neue Krankenkasse unter Zugrundelegung des Verhältnisses anzuwenden, in dem diese Größen bei den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen am Tag der Stellung des Antrags auf Genehmigung der Vereinigung zueinander gestanden haben. Die neue Krankenkasse hat den betroffenen Verbänden die für die Ermittlung der Höhe des Zahlungsanspruchs erforderlichen Angaben mitzuteilen. Handelt es sich bei der neuen Krankenkasse um eine Betriebs- oder Ersatzkasse, gilt bei Schließung dieser Krankenkasse § 164 Abs. 2 bis 5 entsprechend.“

385 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 131 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2010.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) und Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) haben die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 171b Einführungsregelung zur Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen

Die Krankenkassen bilden vom 1. Januar 2010 an einen Kapitalstock zur Absicherung ihrer Verpflichtungen aus Versorgungszusagen, der im Insolvenzfall ausschließlich zur Befriedigung der unverfallbaren Versorgungsansprüche zur Verfügung steht und zum Zeitpunkt der Anwendbarkeit der Insolvenzordnung auf alle Krankenkassen eine Überschuldung wegen ungedeckter Versorgungsverpflichtungen ausschließt. Der Zeitpunkt, von dem an die Insolvenzordnung für alle Krankenkassen gelten soll, die Abgrenzung der Verpflichtungen aus Versorgungszusagen, die Festlegung der für die Krankenkassen nach Einführung der Insolvenzfähigkeit maßgeblichen Rechnungslegungsvorschriften sowie das Entfallen der Haftung der Länder nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung spätestens zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesundheitsfonds wird durch Bundesgesetz geregelt.“

§ 171c³⁸⁶

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 61 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 61 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „die Anzeige nach Absatz 2 Satz 1 und“ nach „über“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 61 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

15.12.2018.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat in Abs. 6 Satz 2 „Satz 2“ durch „Satz 3“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 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 so lange ausgeschlossen, wie der Insolvenzgrund, der zu der Anzeige geführt hat, fortbesteht. § 155 Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend, wenn die Aufsichtsbehörde den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt hat.

(4) Die Aufsichtsbehörde hat den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich über die Anzeige nach Absatz 2 Satz 1 und die Antragstellung nach Absatz 3 Satz 1 zu unterrichten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterrichtet hierüber unverzüglich die Krankenkassen derselben Kassenart oder deren Landesverbände. 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 3 bleiben die Beitragsforderungen der Krankenkasse außer Betracht, soweit sie dem Gesundheitsfonds als Sondervermögen zufließen.

(7) Für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Wertguthaben aus Altersteilzeitvereinbarungen sind die Verpflichtungen nach § 8a des Altersteilzeitgesetzes vollständig spätestens ab dem 1. Januar 2015 zu erfüllen.“

386 QUELLE

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 171c Aufhebung der Haftung nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung

§ 171d³⁸⁷

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.“

387 QUELLE

01.01.2010.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) und Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) haben die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 4a des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat Abs. 6 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 61a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 6 Satz 3 „30. Juni 2012“ durch „31. Dezember 2014“ ersetzt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 155 Absatz 4 oder 5 von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein Darlehen aufnehmen. Die Aufnahme eines Darlehens bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit, die nur erteilt werden darf, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nachweist, dass die Darlehensaufnahme erforderlich ist, um Ansprüche von Gläubigern innerhalb des Fälligkeitszeitraums zu erfüllen. Darlehen nach Satz 1 dürfen nur bis zum 31. Dezember 2014 aufgenommen und genehmigt werden. Der Darlehensbetrag ist spätestens nach Ablauf von zwölf Monaten zurückzuzahlen.“

01.01.2020.—Artikel 32 Nr. 14 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 6 Satz 2 „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 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 Altersversorgungs- und Altersteilzeitverpflichtungen 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.

(1a) Die Haftung für Altersteilzeitverpflichtungen nach Absatz 1 Satz 1 gilt nicht für Insolvenzfälle nach dem 1. Januar 2015.

(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 Satzungen keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten, an der Finanzierung mit einer Quote in Höhe von 20 Prozent des an sich zu zahlenden Betrages 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.

§ 171e³⁸⁸

(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 auf Grund 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, gehen die Ansprüche der Berechtigten auf ihn über; § 9 Absatz 2 bis 3a mit Ausnahme des Absatzes 3 Satz 1 letzter Halbsatz des Betriebsrentengesetzes gilt 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 1 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.

(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 155 Absatz 4 oder Absatz 5 von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung. Ein zum 31. Dezember eines Jahres noch nicht getilgter Darlehensbetrag ist bis zum 28. Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. Überschreitet der zum Ende eines Kalendermonats festgestellte, für einen Schließungsfall aufgenommene Darlehensbetrag den Betrag von 50 Millionen Euro, ist dieser Betrag bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen. Die darlehensweise Inanspruchnahme des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.“

388 QUELLE

01.01.2010.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

26.10.2012.—Artikel 12b Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) hat Abs. 4 und 5 aufgehoben. Abs. 4 und 5 lauteten:

„(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.“

01.01.2016.—Artikel 2 Abs. 21 Nr. 2 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) hat in Abs. 2 Satz 2 „Abs. 1 Nr. 1 und 2“ durch „Absatz 1 Nummer 1 und 5“ ersetzt.

17.11.2016.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 3 Nr. 1 lit. b deselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 „sowie über die Anlage des Deckungskapitals“ am Ende gestrichen.

§ 171f³⁸⁹

15.12.2018.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat in Abs. 2a Satz 2 „10 Prozent“ durch „20 Prozent“ ersetzt.

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

01.01.2020.—Artikel 32 Nr. 14 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 2 Satz 2 und 3 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 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 Absatz 1 Nummer 1 und 5 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.

(2a) Für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen gelten die Vorschriften des Vierten Teils des Vierten Abschnitts des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass eine Anlage auch in Euro-denominierten Aktien im Rahmen eines passiven, indexorientierten Managements zulässig ist. Die Anlageentscheidungen sind jeweils so zu treffen, dass der Anteil an Aktien maximal 20 Prozent des Deckungskapitals beträgt. Änderungen des Aktienkurses können vorübergehend zu einem höheren Anteil an Aktien am Deckungskapital führen. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für das Deckungskapital für Altersrückstellungen nach § 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung.

(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 Barwertes 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.

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

389 QUELLE

01.01.2010.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

*Achter Titel*³⁹⁰§ 172³⁹¹

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 171f Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden

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

390 ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 131 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Überschrift des Titels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Anhörung bei organisatorischen Änderungen“.

AUFHEBUNG

01.01.2010.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Kassenartenübergreifende Regelungen“.

391 ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 132 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 172 Anhörungsrecht der Verbände

Vor Errichtung, Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Krankenkassen sind die Verbände der beteiligten Krankenkassen zu hören.“

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Anhörungs- und Informationsrechte der Verbände“.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Verband, der im Fall ihrer Auflösung oder Schließung ihre Verpflichtungen gegenüber den Gläubigern zu erfüllen hat,“ durch „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

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

Artikel 1 Nr. 10 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 6 „Satz 1“ durch „den Sätzen 1 und 4“ ersetzt.

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

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 62 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Krankenkassen haben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die dieser zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich hält, oder ihm auf Verlangen die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten.“

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 172 Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen

(1) Vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4), Auflösung oder Schließung von Krankenkassen sind die Verbände der beteiligten Krankenkassen zu hören. Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Krankenkasse ihren Sitz in den Bezirk eines anderen Verbandes verlegt.

(2) Die Krankenkassen haben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Landesverband, dem sie angehören, auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die diese zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich halten, oder ihnen auf Verlangen die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten. 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 Anschaffung 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

§ 172a³⁹²

Zweiter Abschnitt Wahlrechte der Mitglieder³⁹³

Erster Titel³⁹⁴

wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Kasse ergeben. Hält der Verband auf Grund der nach Satz 1 übermittelten Informationen die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Krankenkasse für bedroht, hat er die Krankenkasse über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten und die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse über die finanzielle Situation der Krankenkasse und die vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterrichten. Kommt eine Krankenkasse ihren Verpflichtungen nach den Sätzen 1 und 4 nicht nach, ist die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse auch hierüber zu unterrichten.

(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.“

392 QUELLE

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

AUFHEBUNG

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 172a Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von Krankenkassen

(1) Bei der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen finden die Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle nach dem Siebten Abschnitt des Ersten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen nach Maßgabe des Absatzes 2 sowie die §§ 48, 49, 50c Absatz 2, §§ 54 bis 80 und 81 Absatz 2 und 3 Nummer 3, Absatz 4 bis 10 und die §§ 83 bis 86a des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen entsprechende Anwendung.

(2) Finden die Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle Anwendung, darf die Genehmigung nach § 144 Absatz 3 erst erfolgen, wenn das Bundeskartellamt die Vereinigung nach § 40 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen freigegeben hat oder sie als freigegeben gilt. Hat der Vorstand einer an der Vereinigung beteiligten Krankenkasse eine Anzeige nach § 171b Absatz 2 Satz 1 abgegeben, beträgt die Frist nach § 40 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sechs Wochen. Vor einer Untersagung ist mit den zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 90 des Vierten Buches das Benehmen herzustellen. Neben die obersten Landesbehörden nach § 42 Absatz 4 Satz 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen treten die zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 90 des Vierten Buches. § 41 Absatz 3 und 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gilt nicht.“

393 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Zuständigkeit und Wahlrechte“.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 132 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Wahlrechte und Zuständigkeit“.

394 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift des Titels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Zuständigkeit der Krankenkassen“.

AUFHEBUNG

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 132 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „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,
3. die Betriebskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht,
4. jede Betriebs- oder Innungskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts, deren Satzung eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 oder § 145 Absatz 2 enthält,
- 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.

(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 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 § 155 eine Betriebskrankenkasse ohne Satzungsregelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 beteiligt und handelt es sich bei der aus der Vereinigung hervorgegangenen Krankenkasse um eine Innungskrankenkasse, ist die neue Krankenkasse auch für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, die ein Wahlrecht zu der Betriebskrankenkasse gehabt hätten, wenn deren Satzung vor der Vereinigung eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthalten hätte.³⁹⁵

395 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 173 Zuständigkeit der Ortskrankenkassen

Versicherungspflichtige sind Mitglieder der Ortskrankenkassen, wenn in den folgenden Vorschriften, im Arbeitsförderungsgesetz oder im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte nichts Abweichendes bestimmt ist. Für versicherungspflichtig Beschäftigte ist die Ortskrankenkasse des Beschäftigungsorts, für andere Versicherungspflichtige die Ortskrankenkasse des Wohnorts zuständig.“

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 4 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat in Abs. 1 „ , im Arbeitsförderungsgesetz“ nach „Landwirte“ gestrichen.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 26 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 4 „berufsfördernden Maßnahmen“ durch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Behinderte“ jeweils durch „behinderte Menschen“ ersetzt.

§ 174 Besondere Wahlrechte

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

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, können eine Betriebskrankenkasse am Wohn- oder Beschäftigungsort wählen.

(3) 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,

26.09.2003.—Artikel 1 Nr. 133 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 3 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 133 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 3 und 4 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 133 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 Satz 1 Nr. 4a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 133 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „abgegrenzte Regionen im Sinne des § 143 Abs. 1“ durch „die Gebiete der Länder“ ersetzt und „soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinausgehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt;“ nach „ergibt;“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 133 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 133 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 63 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 „oder der Lebenspartner“ nach „Ehegatte“ eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 13 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat Nr. 2 bis 4 in Abs. 2 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 bis 4 lauteten:

- „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.“

Artikel 5 Nr. 13 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 5 in Abs. 2 aufgehoben. Die Sätze 2 bis 5 lauteten: „Falls 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. Eine Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 kann nicht widerrufen werden. Ist 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. Satz 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.“

Artikel 5 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „oder jede Ersatzkasse“ nach „Ortskrankenkasse“ gestrichen.

Artikel 5 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7 neu gefasst. Abs. 7 lautete:

„(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.“

andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 gewählten Krankenkasse; § 173 gilt.³⁹⁶

§ 175 Ausübung des Wahlrechts

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

(2) Hat vor der Ausübung des Wahlrechts zuletzt eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitgliedes. Die bisherige Krankenkasse bestätigt der gewählten Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Mitgliedschaft; ist der Zeitraum nach Absatz 4 Satz 1 oder § 53 Absatz 8 Satz 1 noch nicht abgelaufen, ist als Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft das Datum des Ablaufs des Zeitraums anzugeben.

(2a) Liegen 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. Das gilt auch, wenn die bisherige Krankenkasse einen Krankenkassenwechsel behindert oder die Meldung nach Absatz 2 Satz 1 nicht fristgerecht

396 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 174 Zuständigkeit der Betriebskrankenkassen

Versicherungspflichtige, die in einem Betrieb oder Dienstbetrieb beschäftigt sind, für den eine Betriebskrankenkasse besteht, sind Mitglieder dieser Betriebskrankenkasse.“

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 1 „Bundeskknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 jeweils „Bundeskknappschaft“ durch „Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 134 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 aufgehoben. Abs. 1 lautete:

„(1) Für versicherte Rentner, bei denen die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für die Feststellung der Rente zuständig ist, gilt § 173 nur, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Rentenantragstellung zu keinem Zeitpunkt Mitglied der knappschaftlichen Krankenversicherung gewesen sind; § 5 Abs. 2 gilt nicht.“

Artikel 1 Nr. 134 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „ , die bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See beschäftigten versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Arbeitnehmer können die Mitgliedschaft bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ nach „See-Krankenkasse“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 134 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

28.12.2007.—Artikel 2 Nr. 27b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Die bei der See-Berufsgenossenschaft beschäftigten versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Arbeitnehmer können die Mitgliedschaft bei der See-Krankenkasse wählen.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 13a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat Abs. 2, 3 und 5 in Abs. 1, 2 und 3 unnummeriert.

Artikel 5 Nr. 13a lit. a desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 „Betriebs- oder Innungskrankenkasse“ durch „Betriebskrankenkasse“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 13a lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 „Betriebs- oder Innungskrankenkassen“ durch „Betriebskrankenkassen“ und „Betriebs- oder Innungskrankenkasse“ durch „Betriebskrankenkasse“ ersetzt.

beantwortet. Als 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. Die Verpflichtung der Krankenkasse nach den Sätzen 1 und 2 ist mit der Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung zu verbinden. Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1, 2 und 4 haben keine aufschiebende Wirkung. Vorstandsmitglieder, 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. Die 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) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich Angaben über die gewählte Krankenkasse zu machen. Hat der Versicherungspflichtige der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht Angaben über die gewählte Krankenkasse gemacht, 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 bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse in Textform zu unterrichten. Nach Eingang der Anmeldung hat die Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle im elektronischen Meldeverfahren das Bestehen oder Nichtbestehen der Mitgliedschaft zurückzumelden. Für die Fälle, in denen der Versicherungspflichtige keine Angaben über die gewählte Krankenkasse macht und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(3a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 160 Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle Angaben über die gewählte Krankenkasse zu machen. Werden die Angaben nach Satz 1 über die gewählte Krankenkasse nicht oder nicht rechtzeitig gemacht, 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. Bei 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. Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. Die gewählten Krankenkassen haben die geschlossene oder insolvente Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitglieds zu informieren. Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt über die gewählte Krankenkasse zu informieren.

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 1 die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 1 bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach Absatz 1 Satz 1 bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach

Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Erhebt 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; Satz 4 gilt entsprechend. Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 6 und dessen Ausübung, 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. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 7 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 6 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind oder wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die 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.

(4a) Die Hinweispflicht der Krankenkassen nach § 175 Absatz 4 Satz 7 besteht nicht für eine Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes, die im Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis zum 30. Juni 2023 wirksam wird. Die Krankenkassen haben stattdessen spätestens einen Monat vor dem in Absatz 4 Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf andere geeignete Weise auf das Kündigungsrecht nach Absatz 4 Satz 6 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes nach § 242a, die Möglichkeit, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragsätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen. Absatz 4 Satz 8 gilt entsprechend.

(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; Absatz 2 gilt entsprechend.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Informationspflichten nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest und bestimmt die Inhalte für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach den Absätzen 2, 3a, 4 und 5 sowie für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den zur Meldung verpflichteten Stellen nach Absatz 3.³⁹⁷

397 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 175 Zuständigkeit der Innungskrankenkassen

(1) Versicherungspflichtige, die in einem Handwerksbetrieb eines Mitglieds einer Handwerksinnung beschäftigt sind, für die eine Innungskrankenkasse besteht, sind Mitglieder dieser Innungskrankenkasse. § 174 bleibt unberührt.

(2) Tritt ein Handwerker einer Handwerksinnung bei, für die eine Innungskrankenkasse besteht, beginnt die Mitgliedschaft der in seinem Handwerksbetrieb versicherungspflichtig Beschäftigten bei dieser Innungskrankenkasse mit dem Tag des Beitritts zur Handwerksinnung. Scheidet ein Handwerker aus der Handwerksinnung aus oder verlegt er seinen Handwerksbetrieb aus dem Innungsbezirk

hinaus, endet die Mitgliedschaft der bei ihm versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Innungskrankenkasse.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1518) und Artikel 1 Nr. 52 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) haben Abs. 4 Satz 3 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat Satz 3 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz oder verändert sie Leistungen, über deren Art und Umfang sie entscheiden kann, ist die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von den Sätzen 1 und 2 mit einer Frist von einem Monat zum Ende des auf den Tag des Inkrafttretens der Beitragserhöhung oder der Leistungsveränderung folgenden Kalendermonats möglich.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 61 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1946) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Mitgliedsbescheinigung ist der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich vorzulegen.“

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

Artikel 1 Nr. 1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Das Wahlrecht Versicherungspflichtiger ist spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht auszuüben.“

Artikel 1 Nr. 1 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „das Wahlrecht nicht ausgeübt“ durch „die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „das Wahlrecht nicht nach Absatz 1 Satz 1 ausgeübt“ durch „eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt“ ersetzt.

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

„(4) Der Versicherungspflichtige ist an die Wahl der Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres möglich. Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, ist die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von den Sätzen 1 und 2 mit einer Frist von einem Monat zum Ende des auf den Tag des Inkrafttretens der Beitragserhöhung folgenden Kalendermonats möglich. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 134 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 5 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht.“

02.02.2007.—Artikel 1 Nr. 135 lit. b litt. ee des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 4 Satz 8 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 135 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 Satz 4 „oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall“ nach „Mitgliedsbescheinigung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 135 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 6 „oder“ durch „ , Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt,“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 135 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 3 „vereinbaren die Spitzenverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Regeln über die Zuständigkeit“ durch „legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 135 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Die Spitzenverbände vereinbaren für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke.“

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 135 lit. b litt. bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 5 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten des der Beitragserhöhung folgenden Kalendermonats gekündigt werden.“

Artikel 1 Nr. 135 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 6 und 7 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 64 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 2 „oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren“ nach „ablehnen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 64 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 64 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 64 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4a eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 4 Satz 1 „, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 5 bis 7 in Abs. 4 neu gefasst. Die Sätze 5 bis 7 lauteten: „Erhebt die Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Beitragssatz oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringering gekündigt werden. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 10 in Abs. 4 aufgehoben. Satz 10 lautete: „Die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am 2. Februar 2007 oder später erfolgt, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, ist unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegen.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4a aufgehoben. Abs. 4a lautete:

„(4a) Mitglieder, die einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 zu zahlen haben, können ihre Mitgliedschaft abweichend von Absatz 4 Satz 1 nach Maßgabe dieses Absatzes kündigen. Erhebt die Krankenkasse erstmals einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 oder erhöht sich dieser, kann die Mitgliedschaft bis zur erstmaligen Fälligkeit des erhobenen oder erhöhten Differenzbetrags gekündigt werden; Absatz 4 Satz 6 gilt entsprechend. Satz 2 gilt entsprechend, wenn die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erstmalig oder erneut begründet wird. Mitglieder, die bereits vor dem 1. Januar 2012 einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 zu zahlen hatten, hat die Krankenkasse bis zum 29. Februar 2012 auf das Kündigungsrecht nach diesem Absatz hinzuweisen; das Kündigungsrecht kann bis zu einem Monat nach Zugang des Hinweises ausgeübt werden. Absatz 4 Satz 7 gilt für das Kündigungsrecht nach diesem Absatz entsprechend.“

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 13b des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 3a Satz 1 „§ 171b“ durch „§ 160“ ersetzt.

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 10b lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) und Artikel 5 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) haben Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat 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. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.“

Artikel 1 Nr. 10b lit. b litt. aa des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) und Artikel 5 Nr. 7 lit. b des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) haben Abs. 2a Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. b litt. bb des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat im neuen Abs. 2a Satz 4 „Satz 1“ durch „den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2a Satz 5 „Sätzen 1 und 3“ durch „Sätzen 1, 2 und 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. c desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3a neu gefasst. Satz 5 lautete: „Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln.“

Artikel 1 Nr. 10b lit. d litt. aa bis dd desselben Gesetzes und Artikel 5 Nr. 7 lit. e des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) haben die Sätze 1 bis 4 in Abs. 4 durch die Sätze 1 bis 5 ersetzt. Die Sätze 1 bis 4 lauteten: „Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wo-

*Zweiter Titel*³⁹⁸

chen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die 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.“

Artikel 1 Nr. 10b lit. d litt. ee des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat im neuen Abs. 4 Satz 6 „; Satz 4 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. d litt. ff desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 7 jeweils „Satz 5“ durch „Satz 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. d litt. gg desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 8 „Satz 6“ durch „Satz 7“ und „Satz 5“ durch „Satz 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. d litt. hh desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 9 „Die Sätze 1 und 4 gelten“ durch „Satz 1 gilt“ und „; Satz 1 gilt nicht,“ durch „oder“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. e desselben Gesetzes und Artikel 5 Nr. 7 lit. f des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) haben in Abs. 5 „; Absatz 2 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10b lit. f des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) und Artikel 5 Nr. 7 lit. g des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) haben in Abs. 6 „und bestimmt die Inhalte für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach den Absätzen 2, 3a, 4 und 5 sowie für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den zur Meldung verpflichteten Stellen nach Absatz 3“ am Ende eingefügt.

Artikel 5 Nr. 7 lit. c des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautet:

„(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird 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. Für 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.“

Artikel 5 Nr. 7 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 1 „eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen“ durch „Angaben über die gewählte Krankenkasse zu machen“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 7 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 2 „Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt“ durch „Werden die Angaben nach Satz 1 über die gewählte Krankenkasse nicht oder nicht rechtzeitig gemacht“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 7 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 6 „eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen“ durch „über die gewählte Krankenkasse zu informieren“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 7 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „Mitgliedsbescheinigungen“ durch „Informationspflichten“ ersetzt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 15a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 4a eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 6 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat in Abs. 4 Satz 4 „; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 1 bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach Absatz 1 Satz 1 bei der neuen Krankenkasse erklärt“ am Ende eingefügt.

Artikel 6 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 7 „und dessen Ausübung“ nach „nach Satz 6“ eingefügt.

398 QUELLE

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift des Titels eingefügt.

AUFHEBUNG

§ 176 Bestandschutzregelung für Solidargemeinschaften

(1) Die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft gilt nur dann als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 und als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, wenn die Solidargemeinschaft am 20. Januar 2021 bereits bestanden hat und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurde, sie beides dem Bundesministerium für Gesundheit nachweist und auf ihren alle fünf Jahre zu stellenden Antrag hin das Bundesministerium für Gesundheit jeweils das Vorliegen eines testierten Gutachtens über die dauerhafte Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 3 bestätigt.

(2) Die in Absatz 1 genannten Solidargemeinschaften sind ihren Mitgliedern zur Gewährung von Leistungen verpflichtet, die der Art, dem Umfang und der Höhe nach den Leistungen dieses Buches entsprechen. Hiervon kann durch Satzung der Solidargemeinschaft nicht zum Nachteil ihrer Mitglieder abgewichen werden. Die Kündigung der Mitgliedschaft in einer solchen Solidargemeinschaft wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(3) Um eine dauerhafte Leistungsfähigkeit nachzuweisen, hat eine Solidargemeinschaft alle fünf Jahre ein versicherungsmathematisches Gutachten beim Bundesministerium für Gesundheit einzureichen. Das Gutachten ist von einem unabhängigen und geeigneten Gutachter zu prüfen und zu testen. Voraussetzung für die Erteilung des Testats ist insbesondere, dass

1. die Beiträge der Solidargemeinschaft auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung der Wahrscheinlichkeitstafeln der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und anderer einschlägiger statistischer Daten berechnet sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit und zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos, und
2. die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verpflichtung nach Absatz 2 Satz 1 jederzeit gewährleistet ist.

(4) Die Regelungen zur Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung oder in die private Krankenversicherung nach dem Versicherungsvertragsgesetz bleiben unberührt.

(5) Erhebt eine in Absatz 1 genannte Solidargemeinschaft von einem Mitglied einen Beitrag, der höher ist als die Hälfte des nach § 152 Absatz 3 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung, und besteht bei dem Mitglied Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches oder würde allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entstehen, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit oder für die Zeit, in der Hilfebedürftigkeit entstehen würde, auf die Hälfte des nach § 152 Absatz 3 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Mitglieder mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass jeweils an die Stelle des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ein Beitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger auf Antrag des Mitglieds zu prüfen und zu bescheinigen.³⁹⁹

28.12.2007.—Artikel 1 Nr. 136a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Zuständigkeit“.

399 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Versicherungspflichtige Mitglieder der See-Krankenkasse sind

1. Seeleute deutscher Seeschiffe nach § 13 des Vierten Buches und
2. Seeleute von Beruf, die nicht für eine Fahrt angemustert sind, für die Zeit, während der sie vorübergehend auf einem deutschen Seeschiff in einem deutschen Hafen mit Diensten an Bord für Rechnung des Reeders beschäftigt sind,

wenn sie bei der See-Berufsgenossenschaft gegen Unfall versichert sind, sowie ferner

§ 177⁴⁰⁰

3. für die Seefahrt Auszubildende in der Ausbildung an Land und
4. Bezieher von Vorruhestandsgeld, die unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes bei der See-Krankenkasse versichert waren.“

01.01.1998.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2970) hat Nr. 3 und 4 in Abs. 1 in Nr. 4 und 5 unnummeriert und Abs. 1 Nr. 3 eingefügt.

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 7a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 2 „Nr. 2“ durch „Nr. 2, 2a“ ersetzt.

AUFHEBUNG

28.12.2007.—Artikel 1 Nr. 136a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 176 Zuständigkeit der See-Krankenkasse

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder der See-Krankenkasse sind abweichend von § 173

1. Seeleute deutscher Seeschiffe nach § 13 des Vierten Buches und
2. Seeleute von Beruf, die nicht für eine Fahrt angemustert sind, für die Zeit, während der sie vorübergehend auf einem deutschen Seeschiff in einem deutschen Hafen mit Diensten an Bord für Rechnung des Reeders beschäftigt sind,

wenn sie bei der See-Berufsgenossenschaft gegen Unfall versichert sind, sowie ferner

3. deutsche Seeleute, für die der Reeder einen Antrag gemäß § 2 Abs. 3 des Vierten Buches gestellt hat,
4. für die Seefahrt Auszubildende in der Ausbildung an Land und
5. Bezieher von Vorruhestandsgeld, die unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes bei der See-Krankenkasse versichert waren.

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2, 2a oder 5 bis 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der See-Krankenkasse an, wenn sie zuletzt bei der See-Krankenkasse versichert waren; § 173 gilt.“

QUELLE

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2023.—Artikel 5 des Gesetzes vom 6. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 146) hat Abs. 5 eingefügt.

400 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 4 Nr. 10 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Versicherungspflichtige Mitglieder der Bundesknappschaft sind die in einem knappschaftlichen Betrieb Beschäftigten sowie die Beschäftigten, die nach dem Reichsknappschaftsgesetz oder nach anderen Vorschriften knappschaftlich zu versichern sind.“

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Versicherungspflichtige Mitglieder der Bundesknappschaft sind die in den §§ 137 und 273 des Sechsten Buches genannten Personen.“

01.01.2005.—Artikel 6 Nr. 17 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 177 Zuständigkeit der Bundesknappschaft

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder der Bundesknappschaft sind abweichend von § 173 die in den §§ 137 und 273 des Sechsten Buches genannten Personen.

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren oder die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist; § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 und § 174 Abs. 1 gelten.

(3) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 5 bis 10 genannten Versicherungspflichtigen gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren; § 173 gilt.“

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 7b des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 3 „Nr. 2“ durch „Nr. 2, 2a“ ersetzt.

§ 178⁴⁰¹

§ 179⁴⁰²

§ 180⁴⁰³

§ 181⁴⁰⁴

AUFHEBUNG

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 136 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 177 Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind abweichend von § 173 die in den §§ 133 und 273 Abs. 1 bis 4 des Sechsten Buches genannten Personen, für die die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung zuständig ist.

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See an, wenn sie zuletzt bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See versichert waren oder die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung für die Feststellung der Rente zuständig ist; § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 und § 174 Abs. 1 gelten.

(3) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2, 2a oder Nr. 5 bis 10 genannten Versicherungspflichtigen gehören der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See an, wenn sie zuletzt bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See versichert waren; § 173 gilt.“

401 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 178 Zuständigkeit für Mehrfachbeschäftigte

Stehen versicherungspflichtig Beschäftigte gleichzeitig in mehreren Beschäftigungsverhältnissen, für die verschiedene Krankenkassen zuständig sind, richtet sich die Zuständigkeit nach der überwiegenden Beschäftigung. Im Zweifel ist das Beschäftigungsverhältnis maßgebend, das zuerst begründet wurde.“

402 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 179 Zuständigkeit für unständig Beschäftigte

(1) Personen, die berufsmäßig unständigen Beschäftigungen nachgehen, in denen sie versicherungspflichtig sind (unständig Beschäftigte), gehören der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse an.

(2) Unständig ist die Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache befristet zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag befristet ist.“

403 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 180 Zuständigkeit für Beschäftigte bei einer Krankenkasse

(1) Die bei einer Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse, der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeitnehmer sind Mitglieder dieser Krankenkasse.

(2) Die bei einer Ersatzkasse beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeitnehmer können Mitglieder dieser Ersatzkasse werden.“

404 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 181 Zuständigkeit für besondere Personengruppen

§ 182⁴⁰⁵*Zweiter Titel*⁴⁰⁶§ 183⁴⁰⁷

Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 10 Versicherungspflichtigen gehören der Krankenkasse an, bei der sie zuletzt versichert waren.“

405 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 182 Zuständigkeit für Rentner und Rentenantragsteller

(1) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Personen (versicherungspflichtige Rentner) und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der Krankenkasse an, bei der sie zuletzt versichert waren, soweit Absatz 2 und 3 nichts Abweichendes bestimmen.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Rentner und Rentenantragsteller gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren oder die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist.

(3) Wird eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse neu errichtet, gehören ihr auch versicherungspflichtige Rentner an, die während ihres letzten Beschäftigungsverhältnisses Mitglieder dieser Krankenkasse gewesen wären, wenn sie bereits bestanden hätte. Satz 1 gilt auch für die versicherten Hinterbliebenen.“

406 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Wahlrechte der Mitglieder“.

407 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 117 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 6 eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 183 Wahlrechte für versicherungspflichtig Beschäftigte

(1) Versicherungspflichtig Beschäftigte, für die eine Orts-, Betriebs- oder eine Innungskrankenkasse zuständig ist, können die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse wählen, wenn sie zu dem Mitgliederkreis gehören, den die gewählte Ersatzkasse aufnehmen darf. Mitglied der gewählten Ersatzkasse kann bleiben, wer nach dem Beitritt die Zugehörigkeit zu diesem Mitgliederkreis verliert.

(2) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der Ersatzkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

(3) Der Beschäftigte hat dem Arbeitgeber unverzüglich die Wahl der Ersatzkasse mitzuteilen. Diese hat dem Arbeitgeber den Beginn der Mitgliedschaft unverzüglich und kostenlos zu bescheinigen.

(4) Mitglieder von Ersatzkassen können die Mitgliedschaft bei der zuständigen Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen.

(5) Wird das Wahlrecht innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Beschäftigung ausgeübt und dies dem Arbeitgeber mitgeteilt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse am Tag des Eintritts in die Beschäftigung. Wird das Wahlrecht später ausgeübt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden übernächsten Monats. Scheidet ein versicherungspflichtig Beschäftigter aus einer Krankenkasse aus, hat diese dem Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen das Ende der Mitgliedschaft schriftlich mitzuteilen.

(6) Versicherungspflichtig Beschäftigte, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden, können die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wählen. Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der bisherigen Krankenkasse zu erklären. Die Absätze 3 und 5 gelten entsprechend.“

§ 184⁴⁰⁸

§ 185⁴⁰⁹

408 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 184 Wahlrechte besonderer Personengruppen

(1) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen und Behinderte können die Mitgliedschaft bei

1. der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse,
2. der Krankenkasse, bei der ein Elternteil versichert ist,
3. der Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist, oder
4. jeder Ersatzkasse

wählen.

(2) Versicherungspflichtige Studenten können die Mitgliedschaft bei der für den Sitz der Hochschule oder der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse oder bei einer Ersatzkasse für Angestellte wählen.

(3) Versicherungspflichtige Rentner können frühestens nach Ablauf des Monats, in dem der die Rente gewährende Bescheid bekanntgegeben wird, soweit Absatz 5 nichts Abweichendes bestimmt, die Mitgliedschaft bei

1. ihrer früheren Krankenkasse wählen, wenn wegen der Aufnahme einer Beschäftigung während des Rentenbezugs eine andere Krankenkasse zuständig ist,
2. einer Ersatzkasse wählen, wenn sie während ihrer Erwerbstätigkeit Mitglieder dieser Ersatzkasse hätten sein können.

Absatz 1 Nr. 1 und 3 gilt entsprechend.

(4) Hinterbliebene können frühestens nach Ablauf des Monats, in dem der die Rente gewährende Bescheid bekanntgegeben wird, die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse wählen, bei der die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zuletzt Mitglied war, soweit Absatz 5 nichts Abweichendes bestimmt.

(5) Versicherungspflichtige Rentner und Hinterbliebene, bei denen die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist, können die Mitgliedschaft bei

1. der Krankenkasse wählen, bei der sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zuletzt vor Rentenantragstellung versichert waren, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Rentenantragstellung zu keinem Zeitpunkt Mitglied bei der knappschaftlichen Krankenversicherung gewesen sind; § 5 Abs. 2 gilt nicht,
2. der Krankenkasse wählen, bei der der Ehegatte versichert ist.

(6) Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

(7) Wird das Wahlrecht innerhalb eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht ausgeübt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit Eintritt der Versicherungspflicht. Wird das Wahlrecht später ausgeübt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden übernächsten Monats.

(8) Bei versicherungspflichtigen Rentnern beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse abweichend von Absatz 7 Satz 1 mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden übernächsten Monats.“

409 AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 116 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 185 Wahlrecht für freiwillige Mitglieder

(1) Freiwillige Mitglieder können Mitglied der Krankenkasse bleiben, der sie vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört haben.

- (2) Beitrittsberechtigte nach § 9 und freiwillige Mitglieder können die Mitgliedschaft wählen bei
 1. der Krankenkasse, der sie angehören würden, wenn sie versicherungspflichtig wären,
 2. der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse,

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) Die 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. Die 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 Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beginnt mit dem Tag, von dem an die Leistung bezogen wird.

(3) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten beginnt mit dem Tage, an dem die Versicherungspflicht auf Grund der Feststellung der Künstlersozialkasse beginnt. Ist 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. Kann nach § 9 des Künstlersozialversicherungsgesetzes 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. Bei Hochschulen, in denen das Studienjahr in Trimester eingeteilt ist, tritt an die Stelle des Semesters das Trimester. Für Hochschulen, die keine Semestereinteilung haben, gelten als Semester im Sinne des Satzes 1 die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März.

(8) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der berufspraktischen Tätigkeit. Die 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.

-
3. der Krankenkasse, bei der unmittelbar vor Beginn der freiwilligen Versicherung eine Versicherung nach § 10 bestand oder bestanden hätte, wenn die Ausschlußgründe des § 10 Abs. 3 nicht vorgelegen hätten, oder
 4. einer Ersatzkasse, wenn sie zu dem Mitgliederkreis gehören, den die gewählte Ersatzkasse aufnehmen darf.
- (3) Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.“

(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) Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die 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. Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag.⁴¹⁰

§ 187 Beginn der Mitgliedschaft

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) Die 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. Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung. Die Mitglied-

410 ÄNDERUNGEN

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

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 118 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 10 eingefügt.

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

Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 6. April 1998 (BGBl. I S. 688) hat in Abs. 1 „die Beschäftigung“ durch „das Beschäftigungsverhältnis“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 27 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 5 „berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation“ durch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „Behinderter“ durch „behinderter Menschen“ und „Behinderte“ durch „behinderte Menschen“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat in Abs. 2a „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld“ durch „Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 137 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 11 eingefügt.

01.08.2013.—Artikel 1 Nr. 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat Satz 4 in Abs. 11 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach den in Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkten an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann.“

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Abs. 7 Satz 2 und 3 eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 12 Abs. 9 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) hat in Abs. 2a „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch“ durch „Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches“ ersetzt.

schaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus dem Dienst.

(3) Der Beitritt ist in Textform zu erklären. Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die Mitgliedschaftsberechtigten vor Abgabe ihrer Erklärung in geeigneter Weise in Textform über die Rechtsfolgen ihrer Beitrittserklärung informiert werden.

(4) Für 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. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 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. Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte. Bei Saisonarbeitnehmern, deren Versicherungspflicht mit der Beendigung der Saisonarbeitnehmertätigkeit 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 gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen. Ein Saisonarbeitnehmer nach Satz 5 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. Der Arbeitgeber hat den Saisonarbeitnehmer nach Satz 5 im Meldeverfahren nach § 28a des Vierten Buches gesondert zu kennzeichnen. Die Krankenkasse hat den Saisonarbeitnehmer nach Satz 5, nachdem der Arbeitgeber der Krankenkasse den Beginn der Beschäftigungsaufnahme gemeldet hat, unverzüglich auf das Beitrittsrecht und seine Nachweispflicht nach Satz 5 hinzuweisen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 4. Die Regelungen nach Satz 1 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.⁴¹¹

411 ÄNDERUNGEN

29.03.2002.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. März 2002 (BGBl. I S. 1169) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

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

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

01.01.2018.—Artikel 8 Nr. 10 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 4 Satz 4 bis 7 eingefügt.

15.12.2018.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat Abs. 4 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 5 „ständigen“ durch „gewöhnlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 6 bis 8 jeweils „Satz 4“ durch „Satz 5“ ersetzt.

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

01.01.2019.—Artikel 2 Nr. 2a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 81 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 3 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11.“

§ 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.⁴¹²

§ 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 mit Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, wenn sie

1. bis zum Ablauf oder mit Wirkung zum Ablauf dieses Semesters exmatrikuliert worden sind oder
2. bis zum Ablauf dieses Semesters das 30. Lebensjahr vollendet haben.

Bei Anerkennung von Hinderungsgründen, die eine Überschreitung der Altersgrenze nach Satz 1 Nummer 2 rechtfertigen, endet die Mitgliedschaft mit Ablauf des Verlängerungszeitraums zum Semesterende. Abweichend von Satz 1 Nummer 1 endet im Fall der Exmatrikulation die Mitgliedschaft mit Ablauf des Tages, an dem der Student seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs aufgegeben hat oder an dem er dauerhaft an seinen Wohnsitz oder Ort des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuchs zurückkehrt. Satz 1 Nummer 1 gilt nicht, wenn sich der Student nach Ablauf des Semesters, in dem oder mit Wirkung zu dessen Ablauf er exmatrikuliert wurde, innerhalb eines Monats an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule einschreibt. § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.“

412 ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 1a Nr. 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat in Abs. 1 Satz 1 „Abs. 1 Nr. 11 und 12 und Abs. 2“ durch „Absatz 1 Nummer 11 bis 12 und Absatz 2“ ersetzt.

(10) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten endet mit dem Tag der Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit oder vor Aufgabe des Praktikums mit Vollendung des 30. Lebensjahres. 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 Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung 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 Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches 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.

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.⁴¹³

413 ÄNDERUNGEN

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2606) hat Abs. 5 neu gefasst.

19.05.1995.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) hat Abs. 9 neu gefasst. Abs. 9 lautet:

„(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet sieben Monate nach Beginn des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, spätestens mit der Exmatrikulation.“

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 119 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 12 aufgehoben. Abs. 12 lautet:

„(12) Bei einer Ersatzkasse endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu den in den Absätzen 2 bis 11 genannten Zeitpunkten nur, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt. Absatz 3 Satz 2 gilt.“

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 6 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat Abs. 12 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 5 Nr. 4 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2998) hat in Abs. 2 „gegen Arbeitsentgelt“ nach „Beschäftigungsverhältnis“ eingefügt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 7 „berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation“ durch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 8 „Behinderten“ durch „behinderten Menschen“ und „Behinderte“ durch „behinderte Menschen“ ersetzt.

29.03.2002.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. März 2002 (BGBl. I S. 1169) hat Abs. 11a eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 5 Nr. 9 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat in Abs. 12 „Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe“ durch „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld“ ersetzt.

§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. mit dem Tod des Mitglieds,
2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft,
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 oder
4. mit Ablauf eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten rückwirkend ab dem Beginn dieses Zeitraums, in dem für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden, das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben und die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.⁴¹⁴

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 138 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 2 „ , es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 sind nicht erfüllt“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 138 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 13 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat in Abs. 3 Satz 2 „ , es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind nicht erfüllt“ am Ende eingefügt.

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

01.08.2013.—Artikel 1 Nr. 2c des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Mitgliedschaft von Personen, deren Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 erlischt, endet zu dem in dieser Vorschrift vorgesehenen Zeitpunkt nur, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind nicht erfüllt. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft auch fort für Personen, die mit Ablauf des 31. Dezember 2010 oder mit Ablauf des Kalenderjahres der erstmaligen Beschäftigungsaufnahme im Inland nach § 6 Absatz 4 Satz 1 aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 aber nicht erfüllen.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 82 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 11a „Nr. 6“ durch „Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Abs. 9 neu gefasst. Abs. 9 lautete:

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

Artikel 1 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Satz 1 „oder vor Aufgabe des Praktikums mit Vollendung des 30. Lebensjahres“ am Ende eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 12 Abs. 9 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) hat in Abs. 12 „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch“ durch „Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches“ ersetzt.

414 ÄNDERUNGEN

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1518) hat in Nr. 4 „ ; § 175 Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1946) hat Nr. 4 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, wenn die Satzung nicht einen früheren Zeitpunkt bestimmt; § 175 Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend.“

§ 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, Krankengeld der Sozialen Entschädigung 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.⁴¹⁵

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 135 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 2 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Satz 2 „Bundessozialhilfegesetzes“ durch „Zwölften Buches“ und „Sozialhilfeträger“ durch „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 139 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Satz 1 Nr. 2 das Komma durch „oder“ ersetzt, Nr. 3 in Satz 1 aufgehoben und Nr. 4 in Nr. 3 unnummeriert. Nr. 3 lautete:

„3. mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden, oder“.

Artikel 1 Nr. 139 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Im Falle des Satzes 1 Nr. 3 ist das Mitglied insbesondere darauf hinzuweisen, dass nach dem Ende der Mitgliedschaft eine freiwillige Versicherung auch bei einer anderen Krankenkasse ausgeschlossen ist sowie darauf, dass unter den Voraussetzungen des Zwölften Buches die Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen durch den Träger der Sozialhilfe möglich ist.“

15.12.2018.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat in Nr. 2 „oder“ durch ein Komma ersetzt, in Nr. 3 den Punkt durch „oder“ ersetzt und Nr. 4 eingefügt.

415 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 3 des Gesetzes vom 6. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2142) und Artikel 1 Nr. 120 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) haben in Abs. 1 Nr. 2 „Erziehungsgeld bezogen“ durch „nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld bezogen oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen“ ersetzt.

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 7 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat in Abs. 1 Nr. 2 „oder“ am Ende durch ein Komma ersetzt, in Abs. 1 Nr. 3 den Punkt durch „oder“ ersetzt und Abs. 1 Nr. 4 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 5 Nr. 5 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2998) hat Nr. 1 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

§ 193 Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Wehrdienst oder Zivildienst

(1) Bei versicherungspflichtig Beschäftigten, denen nach § 1 Abs. 2 des Arbeitsplatzschutzgesetzes Entgelt weiterzugewähren ist, gilt das Beschäftigungsverhältnis als durch den Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 und § 6b Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes nicht unterbrochen. Dies 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. Die 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. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

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

(4) Die Absätze 1 und 2 gelten für Personen, die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten. Die 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. 3.⁴¹⁶

„1. das Beschäftigungsverhältnis ohne Entgeltzahlung fortbesteht, längstens für einen Monat, im Falle eines rechtmäßigen Arbeitskampfes bis zu dessen Beendigung,“.

02.01.2001.—Artikel 19 Nr. 4 des Gesetzes vom 30. November 2000 (BGBl. I S. 1638) hat in Abs. 1 Nr. 2 „Erziehungsurlaub“ durch „Elternzeit“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 29 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Nr. 3 „medizinische Maßnahmen zur“ durch „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt.

01.05.2002.—Artikel 47b Nr. 2 des Gesetzes vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1467) hat Nr. 3 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„3. von einem Rehabilitationsträger während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird oder“

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

Artikel 2 Abs. 19 Nr. 3 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748) hat in Abs. 1 Nr. 2 „oder Elterngeld“ nach „Erziehungsgeld“ eingefügt.

01.08.2012.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat Abs. 1 Nr. 2a eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) hat in Abs. 1 Nr. 2 „oder Pflegeunterstützungsgeld bezogen“ nach „genommen“ eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 71 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Nr. 2a „oder im Zusammenhang mit einer Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes“ nach „Gewebe“ eingefügt.

01.01.2024.—Artikel 32 Nr. 6 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Nr. 3 „ , Krankengeld der Sozialen Entschädigung“ nach „Versorgungskrankengeld“ eingefügt.

01.04.2024.—Artikel 10 Nr. 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 191) hat in Abs. 1 Nr. 4 „oder Qualifizierungsgeld“ nach „Kurzarbeitergeld“ eingefügt.

01.01.2025.—Artikel 38 Nr. 5 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 1 Nr. 3 „Krankengeld der Soldatenentschädigung“ nach „Entschädigung,“ eingefügt.

416 ÄNDERUNGEN

29.07.1995.—Artikel 18 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. Juli 1995 (BGBl. I S. 962) hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.1996.—Artikel 14 Nr. 1 des Gesetzes vom 15. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1726) hat in Abs. 1 „und § 6b Abs. 1“ nach „Abs. 1“ eingefügt.

Artikel 14 Nr. 2 desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „und § 6b Abs. 1“ nach „Abs. 1“ eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 62 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Zweiter Titel Satzung, Organe

§ 194 Satzung der Krankenkassen

(1) Die Satzung muß insbesondere Bestimmungen enthalten über

1. Namen und Sitz der Krankenkasse,
2. Bezirk der Krankenkasse und Kreis der Mitglieder,
3. Art und Umfang der Leistungen, soweit sie nicht durch Gesetz bestimmt sind,
4. Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242,
5. Zahl der Mitglieder der Organe,
6. Rechte und Pflichten der Organe,
7. Art der Beschlußfassung des Verwaltungsrates,
8. Bemessung der Entschädigungen für Organmitglieder,
9. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung,
10. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle und
11. Art der Bekanntmachungen.

(1a) Die Satzung kann eine Bestimmung enthalten, nach der die Krankenkasse den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann. Gegenstand dieser Verträge können alle Leistungen sein, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen, insbesondere Ergänzungstarife zur Kostenerstattung, Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsrankenversicherung.

(2) Die Satzung darf keine Bestimmungen enthalten, die den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechen. Sie darf Leistungen nur vorsehen, soweit dieses Buch sie zuläßt.⁴¹⁷

§ 194a Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bei den Krankenkassen

24.12.2000.—Artikel 14 des Gesetzes vom 19. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1815) hat in Abs. 4 Satz 1 „§§ 51a und 54 Abs. 5“ durch „§§ 51a, 54 Abs. 5 oder § 58a“ ersetzt.

30.04.2005.—Artikel 20 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 22. April 2005 (BGBl. I S. 1106) hat in Abs. 4 Satz 1 „den §§ 51a, 54 Abs. 5 oder § 58a“ durch „dem Vierten Abschnitt“ ersetzt.

Artikel 20 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ am Ende gestrichen.

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

§ 22 Abs. 7 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

§ 22 Abs. 7 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

417 ÄNDERUNGEN

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 121 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Nr. 7 „der Vertreterversammlung“ durch „des Verwaltungsrates“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 136 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1a eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 140 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Nr. 4 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge.“

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 12a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Satz 2 in Abs. 1a neu gefasst. Satz 2 lautete: „Gegenstand dieser Verträge können insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, der Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung sein.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat Nr. 4 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. Festsetzung, Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrags nach § 242,“.

(1) Bei den Sozialversicherungswahlen im Jahr 2023 können im Rahmen eines Modellprojektes abweichend von § 54 Absatz 1 des Vierten Buches die Wahlen der Vertreter der Versicherten bei den in § 35a Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches genannten Krankenkassen auch in einem elektronischen Wahlverfahren über das Internet (Online-Wahl) durchgeführt werden. Eine Stimmabgabe per Online-Wahl ist nur möglich, wenn die jeweilige Krankenkasse in ihrer Satzung vorsieht, dass alternativ zu der brieflichen Stimmabgabe auch eine Stimmabgabe per Online-Wahl vorgenommen werden kann. Eine entsprechende Satzungsregelung muss spätestens bis zum 30. September 2020 in Kraft treten.

(2) Die am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen haben die Stimmabgabe per Online-Wahl gemeinsam und einheitlich vorzubereiten und durchzuführen. Nehmen mehrere Krankenkassen an dem Modellprojekt teil, bilden sie hierfür eine Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Absatz 1a Satz 1 des Zehnten Buches.

(3) Die nachgewiesenen Kosten der am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen für die Vorbereitung und Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl werden auf alle in § 35a Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches genannten Krankenkassen in entsprechender Anwendung von § 83 Absatz 1 Satz 2 der Wahlordnung für die Sozialversicherung umgelegt. Umgelegt werden dürfen insbesondere Aufwendungen für die Ausschreibung und Beauftragung externer Dienstleistungen einschließlich Kosten wissenschaftlicher und technischer Beratung sowie Sach- und Personalkosten der teilnehmenden Krankenkassen für Aufgaben, die in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 Satz 2 auf der Grundlage einer von dieser aufgestellten Projektplanung zur Vorbereitung und Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl wahrgenommen werden.

(3a) Das Bundesamt für Soziale Sicherung setzt die auf die einzelnen Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 1 entfallenden Umlagebeträge fest, zieht die festgesetzten Umlagebeträge von den Krankenkassen ein und erstattet den am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen ihre Kosten. Hierfür teilt der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen dem Bundesamt für Soziale Sicherung die von ihm nach § 83 Absatz 1 Satz 2 der Wahlordnung für die Sozialversicherung ermittelten Zahlen der wahlberechtigten Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit. Die am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen und die von ihnen gebildete Arbeitsgemeinschaft haben dem Bundesamt für Soziale Sicherung bis zum 31. Dezember 2023 die zur Durchführung der Aufgaben nach Satz 1 erforderlichen Angaben zu machen. Für die Nachweise der Kosten der am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen gilt § 82 Absatz 4 der Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend. Sach- und Personalkosten einer teilnehmenden Krankenkasse gelten in der Regel als nachgewiesen, soweit sie in Übereinstimmung mit der Projektplanung der Arbeitsgemeinschaft angefallen sind und die Arbeitsgemeinschaft die Plausibilität der Kosten bestätigt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Umlage- und Erstattungsverfahrens einschließlich Regelungen zur Verrechnung der Umlagebeträge mit Erstattungsfordernungen sowie zu Abschlagszahlungen treffen; die Bestimmungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Eine Erstattung an am Modellprojekt beteiligte Krankenkassen erfolgt nur, soweit Umlagebeträge beim Bundesamt für Soziale Sicherung bereits eingegangen sind. Im Falle einer Anfechtung der Online-Wahl sind die Umlage- und Erstattungsbeträge vorläufig festzusetzen.

(4) Die für Sozialversicherungswahlen geltenden allgemeinen Wahlgrundsätze nach § 45 Absatz 2 des Vierten Buches sind unter Berücksichtigung der technischen Besonderheiten auch bei Online-Wahlen entsprechend zu wahren.⁴¹⁸

418 QUELLE

24.06.2020.—Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

§ 194b Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl

(1) Für die Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl gelten die Vorschriften des Zweiten Titels des Vierten Abschnitts des Vierten Buches sowie die Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend, sofern in den Absätzen 2 bis 4 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) § 53 Absatz 4 des Vierten Buches gilt bei der Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl mit der Maßgabe, dass die Wahlbeauftragten und ihre Stellvertreter berechtigt sind, die räumlichen und technischen Infrastrukturen, die von den in § 35a Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches genannten Krankenkassen oder den von diesen beauftragten Dritten für die Durchführung der Wahl genutzt werden, in geeigneter Weise zu überprüfen. Die Wahlbeauftragten sind befugt, Dritte mit der Prüfung zu beauftragen.

(3) Für die Durchführung der Wahlen gelten im Übrigen folgende Vorgaben:

1. ein Wahlberechtigter darf seine Stimme entweder per Briefwahl oder per Online-Wahl abgeben,
2. bei doppelter Stimmabgabe durch einen Wahlberechtigten per Briefwahl und per Online-Wahl zählt die per Online-Wahl abgegebene Stimme, die per Briefwahl abgegebene Stimme ist ohne weitere Prüfung ungültig,
3. die Krankenkassen, die eine Stimmabgabe per Online-Wahl ermöglichen, können die zugelassenen Vorschlagslisten und die Darstellung der Listenträger abweichend von § 26 Absatz 1 der Wahlordnung für die Sozialversicherung zusätzlich auch im Internet veröffentlichen,
4. die Information der Wahlberechtigten nach § 27 Absatz 3 Satz 1 der Wahlordnung für die Sozialversicherung hat insbesondere Folgendes zu enthalten:
 - a) eine Beschreibung des Verfahrens für die Stimmabgabe per Online-Wahl einschließlich der für die Authentisierung des Wahlberechtigten zu verwendenden Authentisierungsmittel und der technischen Mechanismen, mit Hilfe derer sich der Wahlberechtigte von der Authentizität der Wahlplattform überzeugen kann, sowie
 - b) den Hinweis, dass eine Stimmabgabe nur einmal erfolgen kann und dass bei doppelt abgegebener Stimme sowohl per Briefwahl als auch per Online-Wahl die per Briefwahl abgegebene Stimme ungültig ist,
5. die Wahlbekanntmachung hat ergänzend zu § 31 Absatz 2 der Wahlordnung für die Sozialversicherung den Tag zu bezeichnen, bis zu dem eine Stimme per Online-Wahl abgegeben sein muss,
6. der Stimmzettel für die Stimmabgabe per Online-Wahl muss dem Stimmzettel nach § 41 Absatz 1 der Wahlordnung für die Sozialversicherung im Hinblick auf Darstellung und Inhalt entsprechen,
7. die Wahlunterlagen müssen zusätzlich Folgendes enthalten:
 - a) eine Beschreibung des Verfahrens für die Stimmabgabe per Online-Wahl einschließlich der für die Authentisierung des Wahlberechtigten zu verwendenden Authentisierungsmittel und der technischen Mechanismen, mit Hilfe derer sich der Wahlberechtigte von der Authentizität der Wahlplattform überzeugen kann, sowie
 - b) den Hinweis, dass eine Stimmabgabe nur einmal erfolgen kann und dass bei doppelt abgegebener Stimme sowohl per Briefwahl als auch per Online-Wahl die per Briefwahl abgegebene Stimme ungültig ist,
8. der Wahlberechtigte, der seine Stimme per Online-Wahl abgibt, hat
 - a) die für den Zugang zur Wahlplattform erforderliche Authentisierung unter Verwendung der zur Verfügung gestellten Authentisierungsmittel durchzuführen,
 - b) den elektronischen Stimmzettel persönlich zu kennzeichnen,
 - c) den Wahlvorgang durch Versenden des elektronischen Stimmzettels innerhalb der Wahlplattform abzuschließen und
 - d) keine weitere Stimme per Briefwahl abzugeben,

9. die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass eine Stimmabgabe per Online-Wahl barrierefrei durchgeführt werden kann,
10. ergänzend zu der Prüfung nach § 45 Absatz 1 der Wahlordnung für die Sozialversicherung hat der Wahlausschuss zu ermitteln, ob durch Wahlberechtigte eine doppelte Stimmabgabe sowohl per Briefwahl als auch per Online-Wahl erfolgt ist,
11. eine Stimmabgabe per Online-Wahl ist ungültig, wenn sie zu spät erfolgt, keine Kennzeichnung auf dem elektronischen Stimmzettel erfolgt ist oder die Kennzeichnung den Willen des Wählers nicht zweifelsfrei erkennen lässt.

(4) Bei Krankenkassen, die eine Stimmabgabe per Online-Wahl ermöglichen, beginnt die Ermittlung des Wahlergebnisses erst nach dem Wahltag. Die Wahlleitungen ermitteln unverzüglich getrennt nach Wählergruppen sowie jeweils für die Stimmabgabe per Briefwahl und die Stimmabgabe per Online-Wahl, wie viele Stimmen für die einzelnen Vorschlagslisten abgegeben worden sind. Die Auswertung der per Online-Wahl abgegebenen Stimmen muss vor der Auswertung der per Briefwahl abgegebenen Stimmen vorgenommen werden. Bei der Ermittlung der abgegebenen Stimmen ist über deren Gültigkeit zu entscheiden. Auf den Stimmzetteln der ungültigen per Briefwahl abgegebenen Stimmen ist der Grund der Ungültigkeit zu vermerken. Ungültige per Online-Wahl abgegebene Stimmen sind im Wahlergebnis jeweils mit dem Grund der Ungültigkeit auszuweisen.⁴¹⁹

§ 194c Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, in einer Rechtsverordnung bis zum 30. September 2020 die technischen und organisatorischen Vorgaben für die Durchführung der Online-Wahl im Rahmen des Modellprojektes nach § 194a im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu regeln. In der Verordnung ist Folgendes festzulegen:

1. die technischen Vorgaben einschließlich der Vorgaben für die Erstellung und Umsetzung eines angemessenen Informationssicherheitskonzeptes nach dem IT-Grundschutz des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik,
2. die Vorgaben für die Erstellung und Umsetzung eines gemäß dem IT-Grundschutz des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik angemessenen Notfallkonzeptes, das sowohl die Notfallvorsorge als auch die Notfallbewältigung einschließt,
3. die Vorgaben für die sichere Wahlvorbereitung und Wahldurchführung einschließlich Stimmauszählung, für die Überwachung der Wahlplattform und für die sichere Archivierung der Wahldurchführungs- und Ergebnisdaten,
4. die notwendigen Dokumentations-, Test-, Übungs-, Freigabe- und Zertifizierungsmaßnahmen,
5. geeignete Verfahren für die Authentisierung des Wahlberechtigten gegenüber der Wahlplattform mittels geeigneter Authentisierungsmittel und die Authentifizierung des Wahlberechtigten durch die Wahlplattform,
6. informationstechnische Anforderungen an die Nachvollziehbarkeit der Stimmauswertung zur Herstellung einer im Rahmen der technischen Möglichkeiten möglichst weitgehenden Transparenz bei der Wahlauswertung und
7. die Vorgaben für Kommunikations- und Meldewege, insbesondere bei Sicherheitsvorfällen.

Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ist bei der Erstellung und Prüfung der Umsetzung der Vorgaben angemessen zu beteiligen.

(2) Die Festlegung der Vorgaben, Maßnahmen und Verfahren nach Absatz 1 erfolgt auf der Grundlage der vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erstellten (Technischen) Richtlinien und sonstigen Sicherheitsanforderungen für Online-Wahlen und Online-Wahlprodukte. Darüber hinausgehende Sicherheitsanforderungen für Online-Wahlen im Rahmen der Sozialversicherungswahlen werden vom Bundesministerium für Gesundheit insbesondere unter Berücksichti-

419 QUELLE

24.06.2020.—Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat die Vorschrift eingefügt.