

§ 309 Versicherter Personenkreis

(1) Soweit Vorschriften dieses Buches

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

(2) (weggefallen)

(3) (weggefallen)

(4) (weggefallen)

(5) Zeiten der Versicherung, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 1990 in der Sozialversicherung oder in der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der Staatlichen ehemaligen Versicherung der Deutschen Demokratischen Republik oder in einem Sonderversorgungssystem (§ 1 Abs. 3 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes) zurückgelegt wurden, gelten als Zeiten einer Pflichtversicherung bei einer Krankenkasse im Sinne dieses Buches. Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 gilt Satz 1 vom 1. Januar 1991 an entsprechend für Personen, die ihren Wohnsitz und ihre Versicherung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand vom 2. Oktober 1990 hatten und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt waren, wenn sie nur wegen Überschreitung der in diesem Gebiet geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 nicht überschritten wurde.⁵³⁶

(3) Die Vorschriften dieses Kapitels gelten für die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin nur insoweit, als sie ihre Zuständigkeit mit Inkrafttreten dieses Gesetzes auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet erstreckt. Sie gilt insoweit als Kasse mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet. Vom 1. Januar 1995 an gelten die Vorschriften dieses Kapitels mit Ausnahme des § 309 Abs. 5, § 310 Abs. 3, § 311 Abs. 2 und 4, § 312 Abs. 7a und 7b Satz 1 sowie des § 313 Abs. 6 im Land Berlin nicht; der in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Teil des Landes Berlin gilt im Rahmen des § 47 Abs. 5 und 6, § 312 Abs. 7a und 7b Satz 1 als zum Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 gehörig; für die Anwendung des § 61 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 4, § 62 Abs. 2 und 2a, § 226 Abs. 2, § 232 Abs. 1, § 234, § 235 Abs. 3 sowie des § 240 Abs. 4 ist § 18 Abs. 1 des Vierten Buches maßgeblich.“

536 QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.08.1991.—Artikel 6 Nr. 5 des Gesetzes vom 25. Juli 1991 (BGBl. I S. 1606) und Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) haben Abs. 3 bis 5 eingefügt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 166 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 3 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 166 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 166 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 „Versicherung“ durch „Pflichtversicherung“ nach „einer“ ersetzt.

01.04.1999.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 24. März 1999 (BGBl. I S. 388) hat Abs. 6 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 82 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Solange § 311 Abs. 1 Buchstabe c Anwendung findet, können Personen, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet nach § 10 versichert sind, abweichend von § 5 Abs. 7 auf Antrag nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 pflichtversichert werden. Der Antrag ist bei der nach § 181 zuständigen oder der nach § 184 Abs. 2 gewählten Krankenkasse zu stellen. Die Versicherungspflicht beginnt mit dem Tag, der dem Eingang des Antrags folgt, frühestens jedoch mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 5

§ 310 Leistungen

(1) (weggefallen)

(2) (weggefallen)

(3) Die erforderlichen Untersuchungen gemäß § 30 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 7 gelten für den Zeitraum der Jahre 1989 bis 1991 als in Anspruch genommen.⁵³⁷

Abs. 1 Nr. 9 und 10 im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 eingetreten sind. Die zuständige Krankenkasse hat der Krankenkasse, bei der die Versicherung nach § 10 besteht, unverzüglich den Beginn der Mitgliedschaft anzuzeigen. Vom 1. Januar 1996 an gelten §§ 173 bis 177 entsprechend.“

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat Abs. 2, 4 und 6 aufgehoben. Abs. 2, 4 und 6 lauteten:

„(2) Wer bis zum 31. Dezember 1990 in der gesetzlichen Krankenversicherung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet pflichtversichert war und mit Ablauf des 31. Dezember 1990 aus der Versicherungspflicht ausscheidet, bleibt versichert, ohne daß es eines Antrags auf freiwillige Versicherung bedarf. Die Versicherung wird als freiwillige Versicherung bis zum Wirksamwerden einer Austrittserklärung weitergeführt.

(4) Personen, die bei der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der ehemaligen Staatlichen Versicherung der Deutschen Demokratischen Republik versichert waren und deren Versicherungsschutz am 1. Januar 1991 weiterbestand, können der Versicherung beitreten. Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieses Absatzes anzuzeigen. Die Mitgliedschaft beginnt am 1. Juni 1991, auf Antrag des Versicherten mit dem Tag des Beitritts. § 184 Abs. 1 gilt entsprechend. Wer der Versicherung nach Satz 1 beitrifft und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn der Mitgliedschaft an kündigen. Vom 1. Januar 1996 an gelten §§ 173 bis 175 entsprechend.

(6) Die für die Familienversicherung maßgebliche Einkommensgrenze nach § 10 Abs. 1 Nr. 5 beträgt mindestens 630 Deutsche Mark.“

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

„(1) Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 ist aus der für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet maßgebenden Beitragsbemessungsgrenze zu errechnen.“

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 gilt Satz 1 mit Wirkung vom 1. Januar 1991 an entsprechend für Personen, die ihren Wohnsitz und ihre Versicherung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 haben und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt sind, wenn sie nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 freiwillig versichert sind und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 nicht überschritten wird.“

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 30 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 1 Nr. 2 „Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten“ durch „allgemeinen Rentenversicherung“ ersetzt.

537 QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 46 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Bei Inanspruchnahme von Leistungen nach § 31 ist bis zum 30. Juni 1991 keine Zuzahlung zu leisten. Bei Inanspruchnahme dieser Leistungen zwischen dem 1. Juli und dem 31. Dezember 1991 beträgt die Zuzahlung 1,50 Deutsche Mark je Mittel.“

Artikel 1 Nr. 46 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 11 Satz 2 eingefügt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 167 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Bei Inanspruchnahme von Leistungen nach § 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2, § 41 bis zum 30. Juni 1991 sind keine Zuzahlungen zu leisten. In der Zeit vom 1. Juli 1991 bis zum 30. Juni 1992 beträgt die Zuzahlung fünf Deutsche Mark je Kalendertag.“

Artikel 1 Nr. 167 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 30 Abs. 5 ist erst auf die Behandlungen anzuwenden, die nach dem 30. Juni 1992 beginnen; die erforderlichen Untersuchungen für den Zeitraum der Jahre 1989 bis 1991 gelten als in Anspruch genommen.“

Artikel 1 Nr. 167 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Bei Inanspruchnahme von Leistungen nach § 31 ist bis zum 30. Juni 1991 keine Zuzahlung zu leisten. Bei Inanspruchnahme dieser Leistungen zwischen dem 1. Juli 1991 und dem 30. Juni 1993 beträgt die Zuzahlung 1,50 Deutsche Mark je Mittel.“

Artikel 1 Nr. 167 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5, 6, 8 und 10 aufgehoben. Abs. 5, 6, 8 und 10 lauten:

„(5) Bei Inanspruchnahme von Leistungen nach § 32 ist bis zum 30. Juni 1991 keine Zuzahlung zu leisten. Bei Inanspruchnahme dieser Leistungen zwischen dem 1. Juli 1991 und dem 30. Juni 1992 beträgt die Zuzahlung fünf vom Hundert der Kosten.

(6) Zu den Kosten von orthopädischen Schuhen ist bis zum 30. Juni 1991 kein Eigenanteil zu zahlen. In der Zeit zwischen dem 1. Juli 1991 und dem 30. Juni 1992 beträgt der Eigenanteil 50 vom Hundert des Eigenanteils, der jeweils für diese Jahre von den Krankenkassen in dem Gebiet, in dem dieses Gesetzbuch Fünftes Buch schon vor dem Wirksamwerden des Beitritts gegolten hat, festgesetzt worden ist.

(8) Bei Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung nach § 39 ist bis zum 30. Juni 1991 keine und für die Zeit zwischen dem 1. Juli und dem 31. Dezember 1991 für längstens vierzehn Tage eine Zuzahlung von 2,50 Deutsche Mark je Kalendertag zu leisten. Vom 1. Januar 1992 bis zum 30. Juni 1992 beträgt die Zuzahlung fünf Deutsche Mark je Kalendertag für längstens vierzehn Tage.

(10) Fahrkosten nach § 60, die bis zum 30. Juni 1991 entstanden sind, übernimmt die Krankenkasse in vollem Umfang. Zwischen dem 1. Juli 1991 und dem 30. Juni 1992 entstandene Fahrkosten übernimmt die Krankenkasse in den in § 60 Abs. 2 Satz 1 genannten Fällen in Höhe des zehnteiligen Betrags je Fahrt übersteigenden Betrages.“

Artikel 1 Nr. 167 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 11 Satz 2 „1. Juli“ durch „1. Januar“ ersetzt.

01.01.1997.—Artikel 2 Nr. 16 des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Bei der Anwendung des § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 5 und des § 41 Abs. 3 sind kalendertäglich bis zum 31. Dezember 1993 8 Deutsche Mark und vom 1. Januar 1994 an 9 Deutsche Mark zu zahlen.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 57 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 1 „9 Deutsche Mark“ durch „14 Deutsche Mark“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 57 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 26 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Für die in Satz 1 genannten Zuzahlungsbeträge gilt § 62a entsprechend.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 83 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Bei der Anwendung des § 23 Abs. 6 und des § 40 Abs. 5 sind kalendertäglich 20 Deutsche Mark, bei der Anwendung des § 24 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 6 und des § 41 Abs. 3 sind kalendertäglich 14 Deutsche Mark zu zahlen.“

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat Abs. 1, 2, 4, 7, 9 und 11 aufgehoben. Abs. 1, 2, 4, 7, 9 und 11 lauteten:

„(1) Bei der Anwendung des § 39 Abs. 4 und des § 40 Abs. 5 und 6 sind kalendertäglich 14 Deutsche Mark zu zahlen.

(2) Soweit eine Behandlung nach § 29 bis zum 30. Juni 1991 durchgeführt wird, erstattet die Krankenkasse die vollen Kosten. Für eine Behandlung, die zwischen dem 1. Juli 1991 und dem 30. Juni 1992 durchgeführt wird, erstattet die Krankenkasse 90 vom Hundert, unter den Voraussetzungen des § 29 Abs. 1 Satz 2 für das zweite und jedes weitere Kind 95 vom Hundert der Kosten.

(4) Solange § 311 Abs. 1 Buchstabe c anzuwenden ist, sind für die Anwendung des § 23 Abs. 5 Satz 3 und 4 und des § 40 Abs. 3 Satz 3 höchstens die Ausgaben aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet

§ 311 Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

(1) (weggefallen)

(2) Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung werden bei Anwendung des § 72 die im Beitrittsgebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag kraft Gesetzes zur ambulanten Versorgung zugelassen, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden. Die kirchlichen Fachambulanzen sind kraft Gesetzes bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden. Die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder teilen die Fachambulanzen, die die Voraussetzungen des Satzes 1 und 2 erfüllen, mit ihren Tätigkeitsfeldern und der Zahl der Ärzte den kassenärztlichen Vereinigungen und dem Bundesministerium für Gesundheit mit. Der Zulassungsausschuß kann die Zulassung nach Satz 1 und 2 widerrufen, wenn eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche ambulante Versorgung durch die Einrichtung nicht möglich ist. Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen haben die in den Einrichtungen nach Satz 1 und 2 beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach Satz 1 oder 2 bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 95 Abs. 2 Satz 3 erfüllt sind; dies gilt in einem Planungsbereich, in dem bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt ist nur dann, wenn sonst der zum 1. Oktober 1992 festgesetzte Bestand von Ärzten unterschritten würde. Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag sind der fachärztlichen Versorgung (§ 73) zuzuordnen. Die Sätze 6 und 7 erster Halbsatz gelten für die Anstellung von Ärzten über die am 1. Oktober 1992 vorhandenen Fachgebiete hinaus, sofern vor Antragstellung keine Zulassungsbeschrän-

außerhalb des Beitrittsgebietes je Mitglied im vorvergangenen Kalenderjahr, die entsprechend der Entwicklung der nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder dieser Krankenkassen im darauf folgenden Kalenderjahr je Mitglied erhöht werden, zugrunde zu legen; dieser Betrag wird um den Vomhundertsatz vermindert, um den sich die in § 18 Abs. 2 des Vierten Buches bestimmte Bezugsgröße (Ost) von der in § 18 Abs. 1 des Vierten Buches bestimmten Bezugsgröße unterscheidet.

(7) § 36 Abs. 2 gilt bis zum 31. Dezember 1993 mit der Maßgabe, daß die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen für die nach § 36 Abs. 1 bestimmten Hilfsmittel statt der Festsetzung von Festbeträgen Vertragspreise vereinbaren können; die Vertragspreise sind Höchstpreise.

(9) Das Sterbegeld nach § 59 beträgt beim Tod eines Mitglieds 70 vom Hundert der in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet geltenden Bezugsgröße, höchstens jedoch 2.100 Deutsche Mark, beim Tod eines nach § 10 Versicherten die Hälfte des Sterbegeldes für das Mitglied. Für Versicherte der knappschaftlichen Krankenversicherung erhöht sich der Vomhundertsatz um die Hälfte. Das Sterbegeld darf jedoch die nach § 59 geltenden Höchstbeträge nicht übersteigen.

(11) Bei der Anwendung der §§ 61 und 62 sind die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet geltende monatliche Bezugsgröße und Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde zu legen. Bei der Anwendung des § 61 im Beitrittsgebiet ist für die Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Abs. 3) an 1. Januar 1993 die monatliche Bezugsgröße zugrunde zu legen, die für das Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet gilt.“

Artikel 1 Nr. 1 desselben Gesetzes hat Abs. 3 geändert. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Krankenkasse erstattet dem Versicherten 80 vom Hundert der Kosten der Versorgung mit Zahnersatz nach § 30, wenn die Behandlung in der Zeit vom 1. Januar 1991 bis zum 30. Juni 1992 beginnt. Die erforderlichen Untersuchungen gemäß § 30 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 7 gelten für den Zeitraum der Jahre 1989 bis 1991 als in Anspruch genommen. Solange die Verbände der Krankenkassen und die kassenzahnärztlichen Vereinigungen Verfahrensregelungen noch nicht vereinbart haben, wird die Forderung des Zahnarztes gegen den Versicherten erst fällig, wenn der Versicherte den Zuschuß nach Satz 1 von der Krankenkasse erhalten hat.“

kungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind. Eine Nachbesetzung ist auch möglich, wenn Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss hat den Antrag einer Einrichtung auf Verlegung ihres Sitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.

(3) (weggefallen)

(4) (weggefallen)

(5) § 83 gilt mit der Maßgabe, daß die Verbände der Krankenkassen mit den ermächtigten Einrichtungen oder ihren Verbänden im Einvernehmen mit den kassenärztlichen Vereinigungen besondere Verträge schließen können.

(6) (weggefallen)

(7) Bei Anwendung des § 95 gilt das Erfordernis des Absatzes 2 Satz 3 dieser Vorschrift nicht

a) für Ärzte, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet die Facharztanerkennung besitzen,

b) für Zahnärzte, die bereits zwei Jahre in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet zahnärztlich tätig sind.

(8) Die Absätze 5 und 7 gelten nicht in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teil des Landes Berlin.⁵³⁸

538 QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.04.1991.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792) hat Buchstabe b in Abs. 1 aufgehoben. Buchstabe b lautete:

„b) Bis zu einer Regelung durch den gesamtdeutschen Gesetzgeber gilt:

aa) Der Herstellerabgabepreis im Sinne der Arzneimittel-Preisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147) wird für apothekenpflichtige Arzneimittel, die an Verbraucher in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet abgegeben werden, im Jahre 1991 um einen Abschlag von 55 vom Hundert verringert. Die Abgabe der in Satz 1 genannten Arzneimittel an Abnehmer außerhalb des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebietes ist unzulässig.

bb) Der pharmazeutische Unternehmer und der pharmazeutische Großhandel können von ihren Abnehmern Nachweise über die Verwendung der in Doppelbuchstabe aa) genannten Arzneimittel verlangen. Das Nähere regeln die Beteiligten oder ihre Verbände.

cc) Die Höhe des Abschlags ist zum 1. Januar 1992 und zum 1. Januar 1993 durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung entsprechend dem Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet und in dem Gebiet, in dem das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch schon vor dem Beitritt gegolten hat, zu verringern.

dd) Buchstabe b) tritt mit Ablauf des 31. Dezember 1993 außer Kraft. Doppelbuchstabe aa) gilt vom 1. Juli 1991 an nicht für Arzneimittel, die nach der Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301) nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen.“

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 168 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung werden bei Anwendung des § 72 die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien u.a.) kraft Gesetzes bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen. Der Zulassungsausschuß kann die Zulassung nach Satz 1 widerrufen, wenn eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche ambulante Versorgung durch die Einrichtung nicht möglich ist. Der Zulassungsausschuß entscheidet über eine Verlängerung der Zulassung nach

Satz 1 im Benehmen mit der Landesbehörde, insbesondere unter Berücksichtigung des Anteils der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte.“

Artikel 1 Nr. 168 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „bis zum 31. Dezember 1995“ nach „gilt“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 168 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Buchstabe b in Abs. 4 aufgehoben. Buchstabe b lautete:

„b) Außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung können ermächtigte Ärzte und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt werden. Außerordentliche Mitglieder sind nicht stimmberechtigt.“

Artikel 1 Nr. 168 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Buchstabe c in Abs. 4 neu gefasst. Buchstabe c lautete:

„c) In den Organen der Kassenärztlichen Vereinigung sind die Kassenärzte und die Ärzte, die in den Einrichtungen nach Absatz 2 beschäftigt sind, je zur Hälfte vertreten. Die in Buchstabe a) Nr. 2 genannten Ärzte setzen sich zu 60 vom Hundert aus den ärztlichen Leitern dieser Einrichtungen zusammen. Die Leiter werden aus der Mitte der in der Einrichtung tätigen Fach- und Gebietsärzte jeweils für die Dauer von zwei Jahren in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt. Die Wahl wird vom Träger der Einrichtung bestätigt.“

Artikel 1 Nr. 168 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 8 aufgehoben. Abs. 8 lautete:

„(8) Bei Anwendung des § 96 gilt:

Die Zulassungsausschüsse in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bestehen bis zum 31. Dezember 1995 aus drei Vertretern der Krankenkassen und drei Vertretern der Ärzte. Die Vertreter der Ärzte sind ein Kassenarzt, ein Arzt, der in einer Einrichtung nach Absatz 2 beschäftigt ist, sowie ein außerordentliches Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung.“

Artikel 1 Nr. 168 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 9 Satz 2 eingefügt.

01.01.1994.—Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792) hat Abs. 1 Buchstabe b eingefügt.

01.01.1996.—Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1987) hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 84 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 aufgehoben. Abs. 1 lautete:

„(1) § 71 ist mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

- a) Bei der Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ist zu berücksichtigen, daß für die Finanzierung der Ausgaben, die auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet entfallen, nur die Einnahmen aus der Durchführung der Versicherung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet verwendet werden dürfen.
- b) Bis zu einer Regelung durch den gesamtdeutschen Gesetzgeber gilt:
 - aa) Der Herstellerabgabepreis im Sinne der Arzneimittel-Preisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147) wird für apothekenpflichtige Arzneimittel, die an Verbraucher in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet abgegeben werden, im Jahre 1991 um einen Abschlag von 55 vom Hundert verringert. Die Abgabe der in Satz 1 genannten Arzneimittel an Abnehmer außerhalb des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebietes ist unzulässig.
 - bb) Der pharmazeutische Unternehmer und der pharmazeutische Großhandel können von ihren Abnehmern Nachweise über die Verwendung der in Doppelbuchstabe aa) genannten Arzneimittel verlangen. Das Nähere regeln die Beteiligten oder ihre Verbände.
 - cc) Die Höhe des Abschlags ist zum 1. Januar 1992 und zum 1. Januar 1993 durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung entsprechend dem Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet und in dem Gebiet, in dem das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch schon vor dem Beitritt gegolten hat, zu verringern.
 - dd) Buchstabe b) tritt mit Ablauf des 31. Dezember 1993 außer Kraft. Doppelbuchstabe aa) gilt vom 1. Juli 1991 an nicht für Arzneimittel, die nach der Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301) nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen.
- c) Die Vergütung für Leistungen, die in dem Gebiet, in dem das Gesetz schon vor dem Beitritt gegolten hat, erbracht werden, richtet sich bis zu dem Zeitpunkt, in dem sich die wirtschaftlichen Ver-

hältnisse in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet an die wirtschaftlichen Verhältnisse im Gebiet, in dem das Gesetz schon vor dem Beitritt gegolten hat, angeglichen haben, nach den Vergütungsregelungen, die für vergleichbare in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet erbrachte Leistungen gelten. Der Leistungserbringer ist nicht verpflichtet, den Versicherten zu behandeln; er kann von dem Versicherten den Differenzbetrag zu der Vergütung, die er von einem Versicherten aus dem Gebiet, in dem das Gesetz schon vor dem Beitritt gegolten hat, erhalten hätte, verlangen. Die Sätze 1 und 2 finden keine Anwendung, wenn

1. die Behandlung einer akuten Erkrankung unaufschiebbar ist;
2. die Behandlung einer Krankheit in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet nicht möglich ist.“

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat Abs. 2a, 3, 6 und 9 bis 11 aufgehoben. Abs. 2a, 3, 6 und 9 bis 11 lauteten:

„(2a) Fachärzte an kirchlichen Fachambulanzen, welche gemäß § 311 Abs. 2 Satz 2 bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen sind, sind vom Zulassungsausschuß auf ihren Antrag unabhängig von bestehenden Zulassungsbeschränkungen und unabhängig von der Beschränkung in § 25 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen. Mit Zustimmung des Krankenhausträgers erfolgt die Zulassung auf Antrag für einen Vertragssitz in den Räumen der kirchlichen Fachambulanz. Für die Genehmigung von angestellten Ärzten im Rahmen einer beantragten Zulassung nach Satz 1 findet § 32b Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte keine Anwendung, soweit die angestellten Ärzte am 31. Dezember 1995 in der kirchlichen Fachambulanz tätig waren. Bei der Anwendung des § 95 Abs. 7 gilt das Erfordernis des Satzes 3 Nr. 2 dieser Vorschrift nicht. Ein Zulassungsantrag nach Satz 1 ist spätestens bis zum 30. Juni 1996 beim Zulassungsausschuß zu stellen. Teilt der Träger einer kirchlichen Fachambulanz dem Zulassungsausschuß bis zum 31. Dezember 1995 mit, daß er zum 1. Juli 1996 die Umwandlung der kirchlichen Fachambulanz in eine Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft aus zugelassenen Vertragsärzten beabsichtigt, besteht die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 311 Abs. 2 Satz 2 bis zum 31. Dezember 1996 fort.

(3) Soweit dies zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung erforderlich ist, können die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam bis zum 31. Dezember 1995 eine Treuhandgesellschaft zur Übernahme der Trägerschaft von Einrichtungen nach Absatz 2 gründen, um deren Fortbestand zu ermöglichen. Das Nähere wird zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt.

(6) Bei Anwendung des § 85 gilt:

Die Gesamtvergütung an die Kassenärzte und die Einrichtungen nach Absatz 2 kann pauschaliert verteilt werden.

(9) § 98 Abs. 2 Nr. 12 findet bis zum 31. Dezember 1995 mit der Maßgabe Anwendung, daß die Vorschrift nicht für die Zulassung von Ärzten der Jahrgänge 1941 und früher gilt, wenn diese am 1. Januar 1990 ihren ständigen Wohnsitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet hatten. Für die Anstellung von Ärzten nach § 95 Abs. 9 gilt Satz 1 entsprechend.

(10) Bei der Anwendung des § 105 gilt zusätzlich:

Die Niederlassung in freier Praxis ist mit dem Ziel zu fördern, daß der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird. Der Anteil der in Absatz 2 genannten Einrichtungen ist entsprechend zu verringern. Diesem Ziel dient auch die Umwandlung der genannten Einrichtungen in Gemeinschaftseinrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung (Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften u.a.).

(11) Die §§ 124 und 126 gelten mit der Maßgabe, daß bis zum 31. Dezember 1993 die in Absatz 2 genannten Einrichtungen, die Heil- und Hilfsmittel erbringen, zugelassen sind, soweit sie wirtschaftlich leistungsfähig sind. Nach dem 31. Dezember 1993 richtet sich die Zulassung dieser Einrichtungen nach den §§ 124 und 126, soweit eine wirtschaftliche Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln durch private Leistungserbringer nicht sichergestellt werden kann.“

Artikel 1 Nr. 1 desselben Gesetzes hat Buchstabe d in Abs. 4 aufgehoben. Buchstabe d lautete:

„d) Bis kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts handlungsfähig sind, nehmen die nach demokratischen Regeln entstandenen, privatrechtlich organisierten, vorläufigen kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Aufsichtsbehörden der Länder die Aufgaben von kassenärztlichen Vereinigungen längstens bis zum 30. Juni 1991 wahr. Die

§ 311a⁵³⁹

Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (West) erstreckt sich auf den Teil des Landes Berlin, in dem das Grundgesetz bisher nicht galt.“

Artikel 1 Nr. 3 desselben Gesetzes hat Abs. 8 eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. e der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 2 Satz 3 „Bundesminister“ durch „Bundesministerium“ ersetzt.

28.08.2002.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3352) hat Abs. 2 Satz 8 bis 10 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 182 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung werden bei Anwendung des § 72 die im Beitrittsgebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag kraft Gesetzes zur ambulanten Versorgung zugelassen, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden. Die kirchlichen Fachambulanzen sind kraft Gesetzes bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden. Die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder teilen die Fachambulanzen, die die Voraussetzungen des Satzes 1 und 2 erfüllen, mit ihren Tätigkeitsfeldern und der Zahl der Ärzte den kassenärztlichen Vereinigungen und dem Bundesministerium für Gesundheit mit. Der Zulassungsausschuß kann die Zulassung nach Satz 1 und 2 widerrufen, wenn eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche ambulante Versorgung durch die Einrichtung nicht möglich ist. Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen haben die in den Einrichtungen nach Satz 1 und 2 beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach Satz 1 oder 2 bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 95 Abs. 2 Satz 3 erfüllt sind; dies gilt in einem Planungsbereich, in dem bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt ist nur dann, wenn sonst der zum 1. Oktober 1992 festgesetzte Bestand von Ärzten unterschritten würde. Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag sind der fachärztlichen Versorgung (§ 73) zuzuordnen. Die Sätze 6 und 7 erster Halbsatz gelten für die Anstellung von Ärzten über die am 1. Oktober 1992 vorhandenen Fachgebiete hinaus, sofern vor Antragstellung keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind. Eine Nachbesetzung ist auch möglich, wenn Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss hat den Antrag einer Einrichtung auf Verlegung ihres Sitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.“

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 182 lit. b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Bei Anwendung des § 77 gilt:

- a) Ordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung in dem beigetretenen Gebiet sind
 1. die Kassenärzte,
 2. die Fach- oder Gebietsärzte, die in den Einrichtungen nach Absatz 2 beschäftigt sind.

b) (weggefallen)

- c) In den Organen der Kassenärztlichen Vereinigung sind die Ärzte, die in Einrichtungen nach Absatz 2 beschäftigt sind, im Verhältnis ihrer Zahl zu der der Vertragsärzte vertreten. Das zu Beginn der Wahlperiode bestehende Verhältnis nach Buchstabe c Satz 1 gilt für die gesamte Dauer.“

539 QUELLE

01.04.1991.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 169 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 „; ab 1. Januar 1993 beträgt der Abschlag 20 vom Hundert“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 169 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „ , ab 1. Januar 1993 22 vom Hundert,“ nach „24 vom Hundert“ und „ , ab 1. Januar 1993 23 vom Hundert“ am Ende eingefügt.

AUFHEBUNG

§ 311b⁵⁴⁰§ 312⁵⁴¹

01.01.1994.—Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 311a Rechnungsabschläge bei Arzneimitteln

(1) Die Krankenkassen, die die Krankenversicherung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet durchführen, erhalten von den Apotheken in diesem Gebiet für ab 1. April 1991 zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel auf den für den Versicherten maßgeblichen, um den Abschlag von 5 vom Hundert (§ 130) verringerten Arzneimittelabgabepreis einen Rechnungsabschlag in Höhe von 22 vom Hundert; ab 1. Januar 1993 beträgt der Abschlag 20 vom Hundert.

(2) Für die gemäß Absatz 1 abgegebenen Arzneimittel erhalten die in Absatz 1 genannten Apotheken von dem pharmazeutischen Großhandel einen Rechnungsabschlag in Höhe von 24 vom Hundert, ab 1. Januar 1993 22 vom Hundert, und der pharmazeutische Großhandel von den pharmazeutischen Unternehmen einen Rechnungsabschlag in Höhe von 25 vom Hundert, ab 1. Januar 1993 23 vom Hundert.

(3) Die in Absatz 2 genannten Rechnungsabschläge dürfen für Arzneimittel, die nicht nach Absatz 1 abgegeben werden, weder geltend gemacht noch entgegengenommen werden. Der pharmazeutische Unternehmer und der pharmazeutische Großhandel können ihre Abnehmer binden, die von dem Rechnungsabschlag nach Absatz 1 erfaßten Arzneimittel nur zu Lasten der in Absatz 1 genannten Krankenkassen abzugeben, und von ihren Abnehmern Nachweise über die Abgabe der in Absatz 1 genannten Arzneimittel verlangen.

(4) Der Bundesminister für Gesundheit paßt die Höhe der in den Absätzen 1 und 2 genannten Rechnungsabschläge durch Rechtsverordnung an, damit erreicht wird, daß die pharmazeutischen Unternehmer, der pharmazeutische Großhandel und die Apotheken ein Defizit bei den Arzneimittelausgaben im Zeitraum vom 1. April 1991 bis 31. März 1992 bis zu einem Betrag von 500 Millionen Deutsche Mark, im Zeitraum 1. April 1992 bis 31. März 1993 bis zu einem Betrag von einer Milliarde Deutsche Mark und im Zeitraum 1. April 1993 bis 31. Dezember 1993 bis zu einem Betrag von 700 Millionen Deutsche Mark zu 100 vom Hundert und ein über diese Beträge hinausgehendes Defizit zu 50 vom Hundert tragen. Ein Defizit im Sinne des Satzes 1 liegt vor, soweit die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen, die die Krankenversicherung in dem in Absatz 1 genannten Gebiet durchführen, 15,6 vom Hundert ihrer Beitragseinnahmen überschreiten.“

540 QUELLE

01.04.1991.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.1994.—Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 1991 (BGBl. I S. 792) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 311b Bußgeldvorschriften

(1) Ordnungswidrig handelt, wer entgegen § 311a Abs. 3 Satz 1 die in § 311a Abs. 2 genannten Rechnungsabschläge geltend macht oder entgegennimmt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 10 000 Deutsche Mark geahndet werden.“

541 QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.08.1991.—Artikel 6 Nr. 6 des Gesetzes vom 25. Juli 1991 (BGBl. I S. 1606) hat Abs. 7a und 7b eingefügt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 170 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 6 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 170 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 7a Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 170 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7b Satz 2 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 85 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 7a und 7b aufgehoben. Abs. 7a und 7b lauteten:

„(7a) Solange § 311 Abs. 1 Buchstabe c Anwendung findet, können versicherungspflichtig Beschäftigte, die ihren Wohnsitz im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 haben und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt sind, die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse wählen, bei der sie zuletzt vor Aufnahme der Beschäftigung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet versichert waren. Ist eine solche Krankenkasse nicht vorhanden, so kann die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse gewählt werden, die bei einer entsprechenden Beschäftigung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 zuständig wäre oder nach § 183 Abs. 1 gewählt werden könnte. § 183 Abs. 5 gilt entsprechend. Vom 1. Januar 1996 an gelten die §§ 173 bis 177 entsprechend.

(7b) Solange § 311 Abs. 1 Buchstabe c Anwendung findet, ist bei der Anwendung des § 257 Abs. 2 für Beschäftigte, die ihren Wohnsitz im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 haben und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt sind, die Krankenkasse heranzuziehen, die zuletzt vor Aufnahme einer Beschäftigung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet heranzuziehen war oder nach Absatz 7a Satz 2 heranzuziehen wäre. Vom 1. Januar 1996 an ist der nach § 257 Abs. 2a Satz 2 für das Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet zu errechnende durchschnittliche Höchstbeitrag anzuwenden.“

AUFHEBUNG

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 312 Organisation der Krankenkassen

(1) Die See-Krankenkasse (§ 165), die Bundesknappschaft (§ 167) sowie die Ersatzkassen (§ 168), deren örtliche Zuständigkeit das gesamte Gebiet umfaßt, in dem dieses Buch schon vor dem Wirksamwerden des Beitritts gegolten hat, erstrecken vom 1. Januar 1991 an ihre Zuständigkeit auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

(2) Bei Anwendung des § 143 gilt:

- a) Für die am 14. Oktober 1990 bestehenden Bezirke des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebietes wird zum 1. Januar 1991 je eine Ortskrankenkasse errichtet. Die Landesregierung kann durch Rechtsverordnung den örtlichen Zuständigkeitsbereich der Ortskrankenkassen abweichend von den Bezirksgrenzen bestimmen. Die Zuständigkeit der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin (West) erstreckt sich vom 1. Januar 1991 an auf den Teil des Landes Berlin, in dem dieses Buch bisher nicht galt.
- b) Die Aufsichtsbehörde erläßt eine vorläufige Satzung und stellt im Namen und für Rechnung der Krankenkasse den Geschäftsführer ein. Die Einstellung erfolgt zunächst befristet bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Durchführung der ersten Sozialversicherungswahlen.
- c) Mit Errichtung der Ortskrankenkassen gehen die die Krankenkassen betreffenden Aufgaben der Sozialversicherung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet auf die Ortskrankenkassen über, soweit nicht andere Krankenkassen zuständig sind. Hat der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung vor dem 1. Januar 1991 einem Versicherten eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung bewilligt, die erst nach diesem Zeitpunkt erbracht wird, hat die zuständige Krankenkasse die Kosten von dem Zeitpunkt an zu tragen, von dem an der Versicherte bei ihr versichert ist.

(3) Bei Errichtungen und Anschlußerrichtungen von Betriebskrankenkassen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet gelten § 147 Abs. 1 Nr. 3 und § 148 Abs. 1 Satz 3 nicht, wenn die nach § 148 Abs. 2 erforderliche Abstimmung bis zum 31. Dezember 1991 bei der Aufsichtsbehörde beantragt worden ist. Die Aufsichtsbehörde hat den Termin für die Abstimmung innerhalb eines halben Jahres nach der Antragstellung festzusetzen.

(4) Die in § 147 Abs. 2 vorgesehene Kostentragungspflicht des Arbeitgebers gilt nicht, solange der in § 241 Satz 2 festgelegte einheitliche Beitragssatz für die Mitglieder gilt, die einer Krankenkasse mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet angehören oder angehören würden, wenn sie nicht bei einer anderen sich über den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes erstreckenden Krankenkasse versichert wären.

(5) § 157 Abs. 2 Nr. 3 und § 158 Abs. 1 Satz 3 gelten nicht bei Errichtungen und Ausdehnungen von Innungskrankenkassen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet, wenn die nach

§ 313⁵⁴²

§ 158 Abs. 2 erforderliche Abstimmung bis zum 31. Dezember 1991 bei der Aufsichtsbehörde beantragt worden ist. Die Aufsichtsbehörde hat den Termin für die Abstimmung innerhalb eines halben Jahres nach der Antragstellung festzusetzen.

(6) Die Zuständigkeit der Bundesknappschaft sowie der See-Krankenkasse nach § 182 Abs. 1 ist auch für Rentner und Rentenantragsteller gegeben, die zuletzt bei der Bundesknappschaft oder der See-Krankenkasse versichert gewesen wären, wenn deren Zuständigkeit sich bereits vor dem 1. Januar 1991 auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet erstreckt hätte. Vom 1. Januar 1996 an gelten die §§ 173 bis 177 entsprechend.

(7) Für versicherungspflichtig Beschäftigte, die am 1. Januar 1991 in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, gilt § 183 Abs. 5 Satz 1 mit der Maßgabe, daß die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit dem 1. Januar 1991 beginnt, wenn bis zum 15. Januar 1991 das Wahlrecht ausgeübt und dies dem Arbeitgeber mitgeteilt wird.

(8) Bei Anwendung des § 202 haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge bis zum 30. Juni 1991 die Empfänger von Versorgungsbezügen zu ermitteln und den zuständigen Krankenkassen die Empfänger sowie die Höhe der Versorgungsbezüge mitzuteilen.“

542 QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.08.1991.—Artikel 6 Nr. 7 des Gesetzes vom 25. Juli 1991 (BGBl. I S. 1606) hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) Bei Anwendung des § 248 Abs. 2 werden Zeiten der Versicherung in der Sozialversicherung der Deutschen Demokratischen Republik Zeiten einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland gleichgestellt.“

Artikel 6 Nr. 8 desselben Gesetzes hat in Abs. 8 „Die §§ 247, 250“ durch „§ 250“ ersetzt.

01.01.1994.—Artikel 1 Nr. 171 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Buchstabe a in Abs. 10 neu gefasst. Buchstabe a lautete:

„a) Der Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 und die Finanzausgleiche bei überdurchschnittlichen Bedarfssätzen nach §§ 266 und 267 sind für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet getrennt durchzuführen. Bei der Anwendung der §§ 265 bis 267 dürfen nur Aufwendungen für Versicherte berücksichtigt werden, die einer Krankenkasse mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet angehören oder angehören würden, wenn sie nicht bei einer anderen sich über den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes erstreckenden Krankenkasse versichert wären.“

Artikel 1 Nr. 171 lit. b und c desselben Gesetzes hat Buchstabe b in Abs. 10 in Buchstabe c unnummeriert und Abs. 10 Buchstabe b eingefügt.

28.03.1998.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 24. März 1998 (BGBl. I S. 526) hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 10 Buchstabe a neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265, für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen nach § 265a, der Risikostrukturausgleich nach § 266 und die Datenerhebung nach § 267 sind für das Beitrittsgebiet getrennt durchzuführen.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Buchstabe a Satz 2 „§§ 265 bis 267“ durch „§§ 266 und 267“ ersetzt.

01.04.1999.—Artikel 3 Nr. 7 des Gesetzes vom 24. März 1999 (BGBl. I S. 388) hat Abs. 6 aufgehoben. Abs. 6 lautete:

„(6) Bei Anwendung des § 249 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 3 tritt an die Stelle des Betrages von 610 Deutsche Mark ein Betrag, der in demselben Verhältnis zu einem Siebtel der in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet geltenden monatlichen Bezugsgröße steht, wie 610 Deutsche Mark zu einem Siebtel der in den übrigen Ländern geltenden monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, aufgerundet auf volle zehn Deutsche Mark. Diese Regelung tritt mit dem Wirksamwerden des Beitritts in Kraft.“

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat Abs. 1, 1a, 2 bis 4 und 7 bis 9 aufgehoben. Abs. 1, 1a, 2 bis 4 und 7 bis 9 lauteten:

(1) Bis zur Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet an das Niveau im übrigen Bundesgebiet haben Krankenkassen, die ihre Zuständigkeit auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet erstrecken, in Ergänzung der in § 220 vorgesehenen Regelungen in ihrem Haushalt die Einnahmen und Ausgaben für die Durchführung der Versicherung in diesem Gebiet getrennt auszuweisen. Dies gilt auch für den Rechnungsabschluß sowie für Geschäftsübersichten und Statistiken. Die Krankenkassen dürfen für die Finanzierung der Ausgaben, die auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet entfallen, nur die Einnahmen aus der Durchführung der Versicherung in diesem Gebiet verwenden; entsprechend ist ein besonderer Beitragssatz festzulegen. Der Beitragssatz beträgt bis zum 31. Dezember 1991 12,8 vom Hundert. Dieser Beitragssatz gilt auch für Krankenkassen mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.

(1a) Der Risikostrukturausgleich nach § 266 und die Datenerhebungen nach § 267 sind für das Beitrittsgebiet getrennt durchzuführen.

(2) Bei der Anwendung der beitragsrechtlichen Regelungen der § 223 Abs. 3, § 226 Abs. 2, § 232 Abs. 1, § 235 Abs. 3, § 240 Abs. 4 gelten die für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet festgesetzte Bezugsgröße und Beitragsbemessungsgrenze. Bei Anwendung des § 234 Abs. 1 gilt Satz 1 ab 1. Januar 1992.

(3) Abweichend von § 236 Abs. 1 gilt als beitragspflichtige Einnahme ein Dreißigstel des Betrages, der als monatlicher Bedarf nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz festgesetzt ist.

(4) Bei Anwendung des § 241 gilt bis zum 31. Dezember 1991 einheitlich ein allgemeiner Beitragssatz von 12,8 vom Hundert.

(7) Abweichend von § 250 Abs. 1 Nr. 1 und § 255 werden die Krankenversicherungsbeiträge für pflichtversicherte Rentner im Kalenderjahr 1991 von den Trägern der Rentenversicherung pauschal an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte für die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen abgeführt. Der Pauschalbeitrag beträgt 12,8 vom Hundert des Gesamtbeitrages der Renten.

(8) § 250 Abs. 1 Nr. 2 und § 256 treten zum 1. Januar 1992 in Kraft.

(9) Die §§ 260 bis 263 sind mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

a) Die Krankenkassen können im Jahre 1991 Betriebsmitteldarlehen aufnehmen, wenn die Einnahmen nicht ausreichen, um die Ausgaben im Rahmen der Durchführung der Versicherung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet zu decken. Das Betriebsmitteldarlehen kann bis zur Höhe von sechs Monatsausgaben aufgenommen werden. Die Aufnahme höherer Darlehen bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

b) Die §§ 261 und 262 finden für Krankenkassen mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 1994 keine Anwendung. Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet erstreckt, haben bei der Bildung der Rücklagen nach den §§ 261 und 262 die Ausgaben im Zusammenhang mit der Durchführung der Versicherung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet außer Betracht zu lassen.“

Artikel 1 Nr. 1 desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 10 Buchstabe b aufgehoben. Satz 2 lautete: „Für versicherte Mitglieder in dem Teil des Landes Berlin, in dem das Grundgesetz bis zum Inkrafttreten des Einigungsvertrages nicht galt, gilt als beitragspflichtige Einnahmen nach § 266 Abs. 3 das einfache arithmetische Mittel zwischen den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der in diesem Teil des Landes Berlin versicherten Mitglieder und den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller im Land Berlin versicherten Mitglieder der Krankenkasse.“

Artikel 1 Nr. 86 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Buchstabe c in Abs. 10 aufgehoben. Buchstabe c lautete:

„c) Der Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner nach den §§ 268 bis 273 wird getrennt für die versicherungspflichtigen Rentner durchgeführt, die einer Krankenkasse mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet angehören oder angehören würden, wenn sie nicht bei einer anderen sich über den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes erstreckenden Krankenkasse versichert wären.“

AUFHEBUNG

§ 313a⁵⁴³

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 210 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 313 Finanzierung

- (1) (weggefallen)
- (2) (weggefallen)
- (3) (weggefallen)
- (4) (weggefallen)
- (5) (weggefallen)
- (6) (weggefallen)
- (7) (weggefallen)
- (8) (weggefallen)
- (9) (weggefallen)

(10) Die §§ 265 bis 273 sind mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

- a) Der Risikostrukturausgleich nach § 266 und die Datenerhebungen nach § 267 sind für das Beitrittsgebiet getrennt durchzuführen. Bei der Anwendung der §§ 266 und 267 dürfen nur beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder und Aufwendungen für Versicherte berücksichtigt werden, die einer Krankenkasse mit Sitz in dem Beitrittsgebiet angehören oder angehören würden, wenn sie nicht bei einer anderen sich über den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes erstreckenden Krankenkasse versichert wären.
- b) Der Risikostrukturausgleich nach § 266 ist für Versicherte im Land Berlin abweichend von Buchstabe a nach den für das bisherige Bundesgebiet geltenden Regelungen durchzuführen.“

543 QUELLE

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 24. März 1998 (BGBl. I S. 526) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat in Abs. 1 Satz 1 „für die Kalenderjahre 1999 bis 2001“ durch „ab 1999“ ersetzt.

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 4 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Solange die Darlehen nach § 222 Abs. 2 und 4 nicht zurückgezahlt sind und das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagensoll nicht aufgefüllt ist, dürfen die Veränderungen der Finanzkraft der Krankenkassen in dem in Absatz 1 Nr. 1 genannten Gebiet, die auf die Rechtsangleichung im Risikostrukturausgleich ab 1. Januar 1999 (Absatz 1) zurückzuführen sind, nicht den Vereinbarungen über Vergütungen oder Preise nach den Vorschriften des Vierten Kapitels und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen zugrunde gelegt werden.“

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat in Abs. 1 „1999“ durch „2001“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Nr. 3 bis 7 eingefügt.

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

30.04.2002.—Artikel 1 Nr. 8a des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 3 „ „ , des Krankenhausentgeltgesetzes“ nach „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 211 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 „bis zum Ausgleichsjahr 2007“ nach „2001“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 211 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 bis 5 aufgehoben. Abs. 3 bis 5 lauteten:

„(3) Veränderungen der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen in dem in Absatz 1 Nr. 1 genannten Gebiet, die auf die Rechtsangleichung im Risikostrukturausgleich ab dem 1. Januar 2000 zurückzuführen sind (Absatz 1), dürfen nicht zu einer Veränderung der Vereinbarungen über Vergütungen oder Preise nach den Vorschriften des Vierten Kapitels, der §§ 63 und 64 und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen über die für dieses Gebiet maßgebliche Rate nach § 71 Abs. 2 hinaus führen. § 71 Abs. 2 Nr. 2 gilt.

(4) Soweit die Veränderungen der Finanzkraft der Krankenkassen in dem in Absatz 1 Nr. 1 genannten Gebiet auf die Rechtsangleichung im Risikostrukturausgleich ab 1. Januar 1999 (Absatz 1) zurück-

**Dreizehntes Kapitel
Weitere Übergangsvorschriften⁵⁴⁴**

§ 314 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Versicherungsverträge, die den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zum Gegenstand haben, werden auf Antrag der Versicherten auf Versiche-

zuführen sind, dürfen diese im Jahre 1999 insgesamt nicht mehr als 1,2 Milliarden Deutsche Mark betragen.

(5) Im Jahr 2002 werden die Auswirkungen der Regelung in Absatz 1 auf die Höhe der Beitragssätze in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Gebiet und im übrigen Bundesgebiet überprüft. In der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 kann der Gewichtungsfaktor für die Jahre 2003 bis 2007 (Absatz 1 Nr. 7) mit Zustimmung des Bundesrates abweichend geregelt werden, wenn die Ausgleichsleistungen zu ungerechtfertigten Belastungsunterschieden der Beitragszahler in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Gebiet und im übrigen Bundesgebiet führen.“

01.01.2008.—Artikel 2 Nr. 31 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Krankenkassen, die ihre Zuständigkeit auf das in Absatz 1 Nr. 1 genannte Gebiet erstrecken, haben die Daten nach § 267 für die Versicherten in diesem Gebiet weiterhin getrennt zu erheben und den Rechnungsabschluß (§ 77 des Vierten Buches) sowie Geschäftsübersichten und Statistiken (§ 79 des Vierten Buches) für die Durchführung der Versicherung in diesem Gebiet weiterhin getrennt auszuweisen.“

AUFHEBUNG

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 83c des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 313a Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich (§ 266) wird ab 2001 bis zum Ausgleichsjahr 2007 abweichend von § 313 Abs. 10 Buchstabe a und von Artikel 35 Abs. 9 des Gesundheitsstrukturgesetzes mit folgender Maßgabe durchgeführt:

1. Die Verhältniswerte und die standardisierten Leistungsausgaben (§ 266 Abs. 2 Satz 3) sowie der Beitragsbedarf (§ 266 Abs. 2 Satz 2) sind für Versicherte in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Gebiet getrennt zu ermitteln und zugrunde zu legen.
2. Für die Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes (§ 266 Abs. 3) sind die Beitragsbedarfssumme und die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zugrunde zu legen.
3. Die Verhältniswerte und die standardisierten Leistungsausgaben (§ 266 Abs. 2 Satz 3) sowie der Beitragsbedarf (§ 266 Abs. 2 Satz 2) sind für die Versicherten im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand vom 2. Oktober 1990 einschließlich des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teils des Landes Berlin getrennt zu ermitteln und zu Grunde zu legen.
4. Die Werte nach Nummer 3 sind zusätzlich für die Versicherten aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zu ermitteln.
5. Für die Feststellung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen (§ 266 Abs. 2) der Krankenkassen in dem in Nummer 1 genannten Gebiet sind die nach Nummer 1 ermittelten standardisierten Leistungsausgaben um den Unterschiedsbetrag zwischen den Werten nach Nummer 4 und nach Nummer 1, gewichtet mit dem Faktor nach Nummer 7 zu erhöhen.
6. Für die Feststellung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen (§ 266 Abs. 2) der Krankenkassen in dem in Nummer 3 genannten Gebiet sind die nach Nummer 3 ermittelten standardisierten Leistungsausgaben um den Unterschiedsbetrag zwischen den Werten nach Nummer 3 und nach Nummer 4, gewichtet mit dem Faktor nach Nummer 7 zu verringern.
7. Der Gewichtungsfaktor beträgt im Jahr 2001 25 vom Hundert und erhöht sich bis zum Jahr 2007 jährlich um 12,5 Prozentpunkte.“

544 QUELLE

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 212 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift des Kapitels eingefügt.

rungsverträge nach dem Basistarif gemäß §§ 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

(2) Zur Gewährleistung der in § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Begrenzung bleiben im Hinblick auf die ab 1. Januar 2009 weiterhin im Standardtarif Versicherten alle Versicherungsunternehmen, die die nach § 257 Abs. 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2c in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.⁵⁴⁵

§ 315 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder

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

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

545 QUELLE

29.09.1990.—Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885) in Verbindung mit Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet C Abschnitt II Nr. 1 des Vertrages vom 31. August 1990 (BGBl. II S. 889) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 314 Bußgeldvorschriften

§ 306 Satz 1 Nr. 5 ist bis zum Inkrafttreten der §§ 28a bis 28r des Vierten Buches in folgender Fassung anzuwenden:

- „5. Verstöße gegen Bestimmungen über die Verpflichtung zur Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen.“

QUELLE

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 212 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 2 Abs. 21 Nr. 4 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) hat in Abs. 1 „§ 12 Abs. 1a“ durch „§ 152 Absatz 1“ ersetzt.

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

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

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.⁵⁴⁶

§ 316 Übergangsregelung zur enteralen Ernährung

Versicherte haben bis zur Veröffentlichung der Zusammenstellung nach § 31 Abs. 5 Satz 2 im Bundesanzeiger Anspruch auf enterale Ernährung nach Maßgabe des Kapitels E der Arzneimittel-Richtlinien in der Fassung vom 25. August 2005 (BAnz. S. 13 241).⁵⁴⁷

§ 317 Psychotherapeuten

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

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

Der Zulassungsausschuss hat über die Zulassungsanträge bis zum 30. September 2009 zu entscheiden.⁵⁴⁸

546 QUELLE

01.07.2007.—Artikel 1 Nr. 213 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 2 Abs. 21 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) hat in Abs. 2 Satz 2 „§ 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung“ durch „§ 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 21 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „§ 12 Abs. 1a“ durch „§ 152 Absatz 1“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 3 Abs. 1 des Gesetzes vom 26. Juli 2016 (BGBl. I S. 1824) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gilt für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.“

547 QUELLE

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift eingefügt.

548 QUELLE

§ 318 Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

Die Regelung des § 37 Abs. 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist nicht anzuwenden, wenn die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung abweichend von § 71 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches getrennt im Haushaltsplan ausweist sowie die Rechnungslegung und den Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchführt. Satz 1 gilt nur, wenn das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor der Bekanntmachung nach § 37 Abs. 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das folgende Ausgleichsjahr auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt im Haushaltsplan ausgewiesen sind. Entsprechend gilt Satz 1 für den Jahresausgleich nach § 41 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung nur, wenn das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor der Durchführung des Jahresausgleichs auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass sie die Rechnungslegung und den Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchgeführt hat.⁵⁴⁹

§ 319 Übergangsregelung zum Krankengeldwahltarif

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

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

(3) Die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 kann bis zum 30. September 2009 mit Wirkung vom 1. August 2009 abgegeben werden. Wahltarife nach § 53 Absatz 6 können bis zum 30. September 2009 oder zu einem in der Satzung der Krankenkasse festgelegten späteren Zeitpunkt mit Wirkung vom 1. August 2009 neu abgeschlossen werden. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 können Versicherte nach Absatz 2 innerhalb von acht Wochen nach dem Ende des Leistungsbezugs rückwirkend zu dem Tag, der auf den letzten Tag des Leistungsbezugs folgt, die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 abgeben oder einen Wahltarif wählen.⁵⁵⁰

§ 320 Übergangsregelung zur befristeten Weiteranwendung aufgehobener Vorschriften

§ 120 Absatz 6 und § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 in der Fassung des Artikels 15 Nummer 6a Buchstabe c und Nummer 13a Buchstabe b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) sind bis zum 1. Juli 2011 weiter anzuwenden.⁵⁵¹

§ 321 Übergangsregelung für die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137g Absatz 1

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift eingefügt.

549 QUELLE

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Vorschrift eingefügt.

550 QUELLE

01.08.2009.—Artikel 15 Nr. 15 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat die Vorschrift eingefügt.

551 QUELLE

01.07.2010.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) hat die Vorschrift eingefügt.

Die in § 28b Absatz 1, den §§ 28c, 28e sowie in den Anlagen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g Absatz 1 für Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen gelten jeweils weiter bis zum Inkrafttreten der für die jeweilige Krankheit vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137f Absatz 2 zu erlassenden Richtlinien. Dies gilt auch für die in den §§ 28d und 28f der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen, soweit sie auf die in Satz 1 genannten Anforderungen verweisen. Die in § 28f Absatz 1 Nummer 3 und Absatz 1a und § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Aufbewahrungsfristen gelten weiter bis zum Inkrafttreten der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 zu regelnden Anforderungen an die Aufbewahrungsfristen. Die in § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Evaluation gelten weiter bis zum Inkrafttreten der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 zu regelnden Anforderungen an die Evaluation.⁵⁵²

§ 322 Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sowie aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent sowie für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise weiter ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 8,2 Prozent Anwendung; von diesen gelten jeweils 0,9 Prozentpunkte als Zusatzbeitrag gemäß § 242.⁵⁵³

552 QUELLE

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 84 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift eingefügt.

553 QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 41 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat die Vorschrift eingefügt.