

2020

Ausgegeben zu Bonn am 31. März 2020

Nr. 15

Tag	Inhalt	Seite
19. 3. 2020	Viertes Gesetz zur Änderung des Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetzes FNA: 2212-4 GESTA: K005	600
22. 3. 2020	Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) FNA: 2121-51-1-2, 330-1, 8252-3, 860-4-1, 860-4-1-14, 860-5, 860-5-12, 860-5-24, 2126-9-13-2, 860-5-40, 860-5-42, 860-6, 860-11, 860-5-12, 860-5-39 GESTA: M029	604
22. 3. 2020	Gesetz zur Vorbereitung der Schaffung von Baurecht durch Maßnahmengesetz im Verkehrsbereich (Maßnahmengesetzvorbereitungsgesetz – MgvG) FNA: neu: 930-15 GESTA: J019	640
12. 3. 2020	Verordnung zu den Mindestanforderungen an Sanierungspläne für Institute (Sanierungsplanmindestanforderungsverordnung – MaSanV) FNA: neu: 660-10-1	644
23. 3. 2020	Verordnung zur Änderung der Beschäftigungsverordnung und der Aufenthaltsverordnung FNA: 26-12-7, 26-12-7, 26-12-1, 26-12-1, 26-8-1	655
25. 3. 2020	Verordnung zur Änderung der Bundespolizei-Laufbahnverordnung und der Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für den verkürzten Aufstieg in den gehobenen Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei FNA: 2030-6-28, 2030-6-32	664

Herausgeber: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
Postanschrift: 11015 Berlin
Hausanschrift: Mohrenstraße 37, 10117 Berlin
Telefon: (0 30) 18 580-0

Redaktion: Bundesamt für Justiz
Schriftleitungen des Bundesgesetzblatts Teil I und Teil II
Postanschrift: 53094 Bonn
Hausanschrift: Adenauerallee 99 – 103, 53113 Bonn
Telefon: (02 28) 99 410-40

Verlag: Bundesanzeiger Verlag GmbH
Postanschrift: Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Hausanschrift: Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln
Telefon: (02 21) 9 76 68-0

Satz, Druck: M. DuMont Schauberg, Köln

Bundesgesetzblatt Teil I enthält Gesetze sowie Verordnungen und sonstige Bekanntmachungen von wesentlicher Bedeutung, soweit sie nicht im Bundesgesetzblatt Teil II zu veröffentlichen sind.

Bundesgesetzblatt Teil II enthält

a) völkerrechtliche Übereinkünfte und die zu ihrer Inkraftsetzung oder Durchsetzung erlassenen Rechtsvorschriften sowie damit zusammenhängende Bekanntmachungen,

b) Zolltarifvorschriften.

Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement. Postanschrift für Abonnementbestellungen sowie Bestellungen bereits erschienener Ausgaben:
Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon: (02 21) 9 76 68-2 82, Telefax: (02 21) 9 76 68-1 40
E-Mail: bgl@bundesanzeiger.de, Internet: www.bundesgesetzblatt.de bzw. www.bgbl.de

Bezugspreis für Teil I und Teil II halbjährlich im Abonnement je 85,00 €. Bezugspreis dieser Ausgabe: 13,55 € (12,50 € zuzüglich 1,05 € Versandkosten). Im Bezugspreis ist die Mehrwertsteuer enthalten; der angewandte Steuersatz beträgt 7 %.

ISSN 0341-1095

Viertes Gesetz zur Änderung des Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetzes

Vom 19. März 2020

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetzes

Das Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Juni 2016 (BGBl. I S. 1450), das zuletzt durch Artikel 39 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „vorbereiten auf (Fortbildungsziel)“ durch die Wörter „auf folgende Fortbildungsziele vorbereiten:“ ersetzt.

bb) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe a werden die Wörter „§§ 53 und 54 des Berufsbildungsgesetzes oder“ durch die Wörter „§§ 53 bis 53d und 54 des Berufsbildungsgesetzes,“ ersetzt.

bbb) In Buchstabe b werden die Wörter „§§ 42, 42a, 45, 51a und 122 der Handwerksordnung,“ durch die Wörter „§§ 42 bis 42d, 42f, 45 und 51a der Handwerksordnung oder“ ersetzt.

ccc) Folgender Buchstabe c wird angefügt:

„c) der nach § 122 Absatz 2 bis 4 der Handwerksordnung weiter anzuwendenden Prüfungsregelungen,“.

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b sind Maßnahmen, die auf Fortbildungsabschlüsse zu öffentlich-rechtlich geregelten Prüfungen auf Grundlage des § 53b des Berufsbildungsgesetzes oder des § 42b der Handwerksordnung sowie auf gleichwertige Fortbildungsabschlüsse vorbereiten, in Teilzeitform förderfähig, wenn sie mindestens 200 Unterrichtsstunden umfassen und innerhalb von 36 Kalendermonaten abgeschlossen werden.“

c) In Absatz 4 Satz 2 werden vor dem Wort „Präsenzlehrveranstaltungen“ die Wörter „physische und virtuelle“ eingefügt.

d) In Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „Absatz 1 Satz 2 und 3“ durch die Angabe „Absatz 2“ ersetzt.

e) In Absatz 6 Satz 2 wird das Wort „dabei“ durch die Wörter „bei vollzeitschulischen Maßnahmen“ ersetzt.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 4

Fernunterrichtslehrgänge“.

b) In Satz 2 wird nach der Angabe „§ 11 Absatz 1“ die Angabe „und 2“ angefügt.

3. § 4a wird wie folgt gefasst:

„§ 4a

Mediengestützte Lehrgänge

(1) Eine Maßnahme, die teilweise unter Einsatz mediengestützter Kommunikation durchgeführt wird und die nicht als Fernunterricht nach § 12 des Fernunterrichtsschutzgesetzes zulassungspflichtig ist, wird gefördert, wenn sie durch Präsenzunterricht ergänzt wird und regelmäßige Leistungskontrollen durchgeführt werden.

(2) Zu mediengestützter Kommunikation zählen Unterrichtsformen, die auf einer Online-Lernplattform durchgeführt werden und bei denen der Lernprozess von der Lehrkraft aktiv gesteuert und der Lernfortschritt regelmäßig von ihr kontrolliert wird.

(3) Die Mindestdauer nach § 2 Absatz 3 und die Förderungshöchstdauer nach § 11 Absatz 1 und 2 bemessen sich bei diesen Maßnahmen nach der Anzahl der Unterrichtsstunden, die für den Präsenzunterricht vorgesehen sind, zuzüglich der Anzahl der Stunden, die für die mediengestützte Kommunikation vorgesehen sind.“

4. § 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 6

Förderfähige Fortbildung, Fortbildungsplan

(1) Förderung wird für die gezielte Vorbereitung auf Fortbildungsziele im Sinne von § 2 Absatz 1 und für die Teilnahme an Maßnahmen im Sinne dieses Gesetzes geleistet.

(2) Wurde bereits ein Fortbildungsziel im Sinne von § 2 Absatz 1 gefördert, so wird die Vorbereitung auf ein weiteres Fortbildungsziel im Sinne von § 2 Absatz 1 gefördert, wenn das angestrebte Fortbildungsziel auf dem bereits erreichten Fortbildungsziel aufbaut. Dies ist insbesondere dann gegeben, wenn ein Fortbildungsziel auf der nächsten Fortbildungsstufe im Sinne des § 53a des Berufsbildungsgesetzes oder des § 42a der Handwerksordnung angestrebt wird.

(3) Abweichend von Absatz 2 kann die Vorbereitung auf ein weiteres Fortbildungsziel auch dann gefördert werden, wenn besondere Umstände des

Einzelfalls dies rechtfertigen. Besondere Umstände sind insbesondere dann gegeben, wenn ein wichtiger Grund der Ausübung desjenigen Berufs entgegensteht, zu dem die zuletzt nach diesem Gesetz geförderte Fortbildung qualifiziert hat, oder wenn das weitere Fortbildungsziel für die Berufsausübung in fachlicher Hinsicht erforderlich ist.

(4) Besteht eine Maßnahme aus mehreren Maßnahmeabschnitten, so sind diese im ersten Förderantrag in einem Fortbildungsplan anzugeben. In den Fällen des Satzes 1 umfasst die Förderung vorbehaltlich des § 2 Absatz 3 alle Maßnahmeabschnitte, die als Teile der im Fortbildungsplan genannten Fortbildungsprüfung anerkannt werden. Es können auch Maßnahmeabschnitte, die mit einer eigenständigen Fortbildungsprüfung abschließen, gefördert werden, wenn sie zugleich zur Befreiung von einem oder mehreren Teilen der im Fortbildungsplan genannten Fortbildungsprüfung eines übergeordneten Fortbildungsziels führen.

(5) Die Teilnahme an einem Maßnahmeabschnitt, der von dem Fortbildungsplan abweicht, wird nur gefördert, wenn der Maßnahmeabschnitt

1. inhaltlich einem im Fortbildungsplan angegebenen Maßnahmeabschnitt entspricht oder
2. einen im Fortbildungsplan angegebenen Maßnahmeabschnitt, der nicht mehr angeboten wird, weitgehend ersetzt

und die geänderte Gesamtmaßnahme weiterhin die Fördervoraussetzungen des § 2 Absatz 3 erfüllt und die Förderungshöchstdauer nach § 11 Absatz 1 und 2 nicht überschritten wird.“

5. § 7 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 2“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 2“ ersetzt.
- b) In Absatz 5 Nummer 2 werden die Wörter „Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

6. § 9a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 wird das Wort „Fernunterricht“ durch das Wort „Fernunterrichtslehrgängen“ und werden die Wörter „mediengestütztem Unterricht“ durch die Wörter „mediengestützten Lehrgängen“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 wird das Wort „Fernunterricht“ durch das Wort „Fernunterrichtslehrgängen“ und werden die Wörter „mediengestütztem Unterricht“ durch die Wörter „mediengestützten Lehrgängen“ ersetzt und die Wörter „oder an einer diesem vergleichbaren und verbindlichen mediengestützten Kommunikation“ gestrichen.

7. In § 10 Absatz 3 wird das Wort „zehnte“ durch das Wort „vierzehnte“ ersetzt und die Angabe „130“ durch die Angabe „150“ ersetzt.

8. § 11 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Eine Teilnahme an Maßnahmen in Vollzeitform wird bis zur Dauer von 24 Kalendermonaten, in Teilzeitform nach § 2 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 bis zur Dauer von 48 Kalendermona-

ten und in Teilzeitform nach § 2 Absatz 3 Satz 2 bis zur Dauer von 36 Kalendermonaten gefördert (Förderungshöchstdauer).

(2) Abweichend von Absatz 1 wird die Förderungshöchstdauer angemessen verlängert, sofern

1. dies gerechtfertigt ist durch

- a) eine Schwangerschaft,
- b) die Erziehung und Pflege eines Kindes bis zur Vollendung des vierzehnten Lebensjahres,
- c) die Betreuung eines behinderten Kindes,
- d) eine Behinderung oder schwere Krankheit des Teilnehmers oder der Teilnehmerin,
- e) die Pflege eines oder einer pflegebedürftigen nahen Angehörigen nach § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes, der oder die nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft ist,

2. andere besondere Umstände des Einzelfalles dies rechtfertigen oder

3. die längere Dauer der Vorbereitung auf das Fortbildungsziel rechtlich vorgeschrieben ist.

In den Fällen der Nummern 1 und 2 darf die Förderungshöchstdauer längstens um zwölf Kalendermonate verlängert werden.“

b) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 3 und 4.

9. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „50“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Unterhaltsbeitrag nach § 10 Absatz 2 Satz 1 einschließlich der in § 10 Absatz 2 Satz 3 genannten Erhöhungsbeträge wird ebenso wie der Kinderbetreuungszuschlag nach § 10 Absatz 3 in voller Höhe als Zuschuss geleistet. Die Zuschüsse nach Satz 1 werden bis zum Ablauf desjenigen Monats gewährt, in dem planmäßig der letzte Unterrichtstag abgehalten wird.“

c) In Absatz 3 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 2“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 2“ ersetzt.

10. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 Satz 1 bis 3 wird aufgehoben.
- b) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Mit dem Tod des Darlehensnehmers oder der Darlehensnehmerin erlischt die verbliebene Darlehensschuld einschließlich etwaiger Kosten und Zinsen.“

11. In § 13a Satz 1 wird nach der Angabe „§ 18a Absatz 1“ die Angabe „und 2“ eingefügt.

12. § 13b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird das Wort „wird“ durch das Wort „werden“ und die Angabe „40“ durch die Angabe „50“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Hat der Darlehensnehmer oder die Darlehensnehmerin innerhalb von drei Jahren nach

Beendigung der Maßnahme im Inland ein Unternehmen oder eine freiberufliche Existenz gegründet oder übernommen oder einen bestehenden Gewerbebetrieb erweitert und trägt er oder sie dafür überwiegend die unternehmerische Verantwortung, so wird auf Antrag und gegen Vorlage der erforderlichen Nachweise das bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht fällig gewordene, auf die Lehrgangs- und Prüfungsgebühren entfallende Restdarlehen nach § 12 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in voller Höhe erlassen, wenn er oder sie

1. die Fortbildungsprüfung bestanden hat und
2. das Unternehmen, die freiberufliche Existenz oder den erweiterten Gewerbebetrieb mit der Absicht, dieses Unternehmen, diese Existenz oder diesen Gewerbebetrieb als Haupterwerb zu betreiben, mindestens drei Jahre führt.

Darlehensraten und Zinsen, die in den ersten drei Jahren nach der Existenzgründung fällig sind, werden auf Antrag des Darlehensnehmers oder der Darlehensnehmerin gestundet. Wenn die Voraussetzungen für einen Erlass nach Satz 1 nach Ablauf der drei Jahre nicht vorliegen, sind die gestundeten Darlehensraten und die auf sie angefallenen vereinbarten Zinsen zurückzuzahlen.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für jeden Monat, für den der Darlehensnehmer oder die Darlehensnehmerin glaubhaft macht, dass

1. sein oder ihr Einkommen den Betrag nach § 18a Absatz 1 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes nicht übersteigt und
2. er oder sie

a) ein Kind, das das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erzieht oder

b) ein behindertes Kind betreut oder

c) einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen oder eine pflegebedürftige nahe Angehörige nach § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes, der oder die nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft ist, pflegt, werden auf Antrag die Darlehensrate und die Zinsen nach § 13 Absatz 5 längstens für einen Zeitraum von zwölf Monaten gestundet.“

bb) In den Sätzen 2 und 4 wird jeweils die Angabe „bis 3“ durch die Angabe „und 2“ ersetzt.

cc) In Satz 5 wird das Wort „zehnte“ durch das Wort „vierzehnte“ ersetzt.

dd) Satz 6 wird aufgehoben.

13. § 16 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Weist der Teilnehmer oder die Teilnehmerin in einem Nachweis des Bildungsträgers nicht die regelmäßige Teilnahme an der Maßnahme nach

und kann die regelmäßige Teilnahme bis zum Ende der Maßnahme nicht mehr erreicht werden, so ist der Bewilligungsbescheid aufzuheben und der Teilnehmer oder die Teilnehmerin hat die erhaltenen Leistungen zu erstatten. Hat der Teilnehmer oder die Teilnehmerin die Maßnahme aus wichtigem Grund abgebrochen und bis zum Abbruch regelmäßig an der Maßnahme teilgenommen, so ist der Bewilligungsbescheid nur in dem Umfang aufzuheben und der Teilnehmer oder die Teilnehmerin hat den Maßnahmebeitrag nur in dem Umfang zu erstatten, in dem die Lehrgangs- und Prüfungsgebühren noch nicht fällig geworden sind.“

14. In § 17a Absatz 1 Nummer 2 und 3 wird jeweils die Angabe „2 100“ durch die Angabe „2 300“ ersetzt.

15. § 19 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „schriftlichen“ die Wörter „oder elektronischen“ und nach dem Wort „Antrag“ die Wörter „, der den Vorgaben des § 36a Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 oder 2 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch entsprechen muss“ eingefügt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „Der Maßnahmebeitrag muss“ durch die Wörter „Maßnahmebeitrag und Unterhaltsbeitrag müssen“ ersetzt.

16. § 19b wird aufgehoben.

17. § 23 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach der Angabe „§ 6“ die Wörter „Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 1“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden die Wörter „Zuschussanteils zum Unterhaltsbeitrag“ durch das Wort „Unterhaltsbeitrages“ ersetzt und wird die Angabe „und 2“ gestrichen.

bb) In Nummer 2 werden die Wörter „Zuschussanteils zum Erhöhungsbetrag“ durch das Wort „Erhöhungsbetrages“ ersetzt und die Wörter „§ 12 Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „§ 10 Absatz 2 Satz 3“ ersetzt.

cc) Nummer 3 wird aufgehoben.

dd) Die Nummern 4 bis 7 werden die Nummern 3 bis 6.

c) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 1“ ersetzt.

18. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Zuschussanteile am“ durch die Wörter „Der Zuschuss für den“ ersetzt und wird die Angabe „Satz 3“ gestrichen.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „2 600“ durch die Angabe „5 000“ ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Wörter „Die monatlichen Zuschussanteile am Unterhaltsbeitrag“ durch die Wörter „Der monatliche Zuschuss für den Unterhaltsbeitrag“ ersetzt und wird die Angabe „Satz 3“ gestrichen.

- c) In Absatz 3 wird die Angabe „16“ durch die Angabe „10“ ersetzt.
- d) Folgender Absatz 4 wird angefügt:
- „(4) Können bei der erstmaligen Antragstellung für einen Bewilligungszeitraum die Feststellungen, die für eine Entscheidung über einen vollständigen Antrag erforderlich sind, nicht innerhalb von sechs Kalenderwochen getroffen werden oder können Zahlungen nicht innerhalb von zehn Kalenderwochen geleistet werden, so werden unter dem Vorbehalt der Rückforderung geleistet:
1. der Zuschuss für den voraussichtlichen Unterhaltsbeitrag für vier Monate und
 2. der Zuschuss zum Maßnahmebeitrag, soweit der Teilnehmer oder die Teilnehmerin die Fälligkeit der Kosten der Lehrveranstaltung nachweist.“
19. In § 25 Satz 1 wird im Satzteil nach Nummer 2 die Angabe „16“ durch die Angabe „10“ ersetzt.
20. In § 27 Absatz 2 Nummer 1 werden nach dem Wort „Fortbildungsziel“ die Wörter „und Fortbildungsstufe“ eingefügt.
21. § 30 wird wie folgt gefasst:

„§ 30

Übergangsvorschriften

(1) Für Maßnahmen der beruflichen Aufstiegsfortbildung, die bis zum Ablauf des 31. Juli 2020 abgeschlossen worden sind, sind die Vorschriften dieses Gesetzes in der bis zum Ablauf des 31. Juli 2020 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(2) Für Maßnahmen der beruflichen Aufstiegsfortbildung, die vor dem 31. Juli 2020 begonnen, aber noch nicht abgeschlossen worden sind, sind die Vorschriften dieses Gesetzes in der bis zum Ab-

lauf des 31. Juli 2020 geltenden Fassung mit Ausnahme der §§ 10, 12 und 17a weiterhin anzuwenden.

(3) § 2 Absatz 1 in der bis zum Ablauf des 31. Juli 2020 geltenden Fassung ist auf Fortbildungsabschlüsse zu öffentlich-rechtlich geregelten Prüfungen auf Grundlage

1. der §§ 53 und 54 des Berufsbildungsgesetzes in der bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 geltenden Fassung sowie
2. der §§ 42 und 42a der Handwerksordnung in der bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 geltenden Fassung

solange anzuwenden, bis für den jeweiligen Fortbildungsabschluss neue Prüfungsregelungen auf der Grundlage der §§ 53 bis 53d oder 54 des Berufsbildungsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung sowie der §§ 42 bis 42d oder 42f der Handwerksordnung in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung erlassen worden sind.

(4) Für Stundungs- und Erlassanträge, die ab dem 1. August 2020 bei der Kreditanstalt für Wiederaufbau eingehen, ist § 13b in der ab dem 1. August 2020 geltenden Fassung anzuwenden.“

Artikel 2

Bekanntmachungserlaubnis

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung kann den Wortlaut des Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetzes in der ab dem 1. August 2020 geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekannt machen.

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. August 2020 in Kraft.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 19. März 2020

Der Bundespräsident
Steinmeier

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin
für Bildung und Forschung
Anja Karliczek

Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Vom 22. März 2020

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 0 Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 3c des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 10 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Bei Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind und die durch Ärzte oder Zahnärzte unmittelbar an Patienten angewendet werden, kann die zuständige Bundesoberbehörde im Fall eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses auf Antrag des Zulassungsinhabers im Einzelfall gestatten, dass das Arzneimittel abweichend von Absatz 1 Satz 1 befristet mit einer Kennzeichnung in einer anderen als der deutschen Sprache in den Verkehr gebracht wird.“

2. Nach § 11 Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„(1c) Bei Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind und die durch Ärzte oder Zahnärzte unmittelbar an Patienten angewendet werden, kann die zuständige Bundesoberbehörde im Fall eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses auf Antrag des Zulassungsinhabers im Einzelfall gestatten, dass das Arzneimittel abweichend von Absatz 1 Satz 1 befristet mit einer Packungsbeilage in einer anderen als der deutschen Sprache in den Verkehr gebracht wird.“

3. Nach § 52b Absatz 3a werden die folgenden Absätze 3b bis 3f eingefügt:

„(3b) Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wird ein Beirat eingerichtet, der die Versorgungslage mit Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, kontinuierlich beobachtet und bewertet. Im Beirat sollen ein Vertreter der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie die folgenden Verbände, Organisationen und Behörden vertreten sein:

1. die Fachgesellschaften der Ärzte,
2. die Berufsvertretungen der Apotheker,
3. die Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe,
4. die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenverbände der pharmazeutischen Unternehmer,
5. der Verband der vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlungen,
6. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
7. die Kassenärztliche Bundesvereinigung,
8. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
9. die zuständigen Bundesoberbehörden und die zuständigen Behörden.

Das Bundesministerium benennt die teilnehmenden Verbände und Organisationen des Beirats. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte macht die teilnehmenden Verbände und Organisationen auf seiner Internetseite bekannt. Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung, die das Nähere zum Verfahren und zur Arbeitsweise des Beirats regelt. Die Geschäftsordnung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums.

(3c) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erstellt nach Anhörung des Beirats eine aktuelle Liste versorgungsrelevanter und versor-

gungskritischer Wirkstoffe und macht diese auf seiner Internetseite bekannt. Zudem macht das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die ihm gemeldeten Lieferengpässe auf seiner Internetseite bekannt. Sofern Wirkstoffe oder Arzneimittel im Zuständigkeitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts betroffen sind, erfolgt die Bekanntmachung nach den Sätzen 1 und 2 im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut.

(3d) Die zuständige Bundesoberbehörde kann nach Anhörung des Beirats im Fall eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses eines Arzneimittels geeignete Maßnahmen zu dessen Abwendung oder Abmilderung ergreifen. Die zuständige Bundesoberbehörde kann insbesondere anordnen, dass pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen bestimmte Maßnahmen zur Gewährleistung der angemessenen und kontinuierlichen Bereitstellung von Arzneimitteln nach Absatz 1 ergreifen; dies schließt Maßnahmen zur Kontingentierung von Arzneimitteln ein. Bei Arzneimitteln mit versorgungskritischen Wirkstoffen kann die zuständige Bundesoberbehörde nach Anhörung des Beirats zur Abwendung oder Abmilderung eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses Maßnahmen zur Lagerhaltung anordnen.

(3e) Auf Anforderung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte haben pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen zur Abwendung oder Abmilderung eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses eines Arzneimittels Daten zu verfügbaren Beständen, zur Produktion und zur Absatzmenge sowie Informationen zu drohenden Lieferengpässen des jeweiligen Arzneimittels mitzuteilen. Sofern Wirkstoffe oder Arzneimittel im Zuständigkeitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts betroffen sind, erfolgt die Anforderung der Daten im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. Die Daten können dem Beirat auf seine Anforderung in anonymisierter Form zur Beobachtung und Bewertung übermittelt werden.

(3f) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erstellt nach Anhörung des Beirats eine Liste von Fertigarzneimitteln, für die eine regelmäßige Datenübermittlung zur Beurteilung der Versorgungslage erforderlich ist, und macht diese auf seiner Internetseite bekannt. Pharmazeutische Unternehmer übermitteln dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte regelmäßig Daten in elektronischer Form zu verfügbaren Beständen, zur Produktion und zur Absatzmenge von Fertigarzneimitteln, die auf der Liste nach Satz 1 aufgeführt sind. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann, soweit es zur Beurteilung der Versorgungslage erforderlich ist, auch von Arzneimittelgroßhandlungen eine regelmäßige Datenübermittlung in elektronischer Form zu verfügbaren Beständen und zur Absatzmenge von Fertigarzneimitteln, die auf der Liste nach Satz 1 aufgeführt sind, fordern. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt das Verfahren und die Formatvorlagen für die elektronische Übermittlung der Daten fest und gibt diese auf seiner Internetseite bekannt. Sofern Fertigarzneimittel im Zuständig-

keitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts betroffen sind, erfolgt die Erstellung der Liste von Fertigarzneimitteln, die Festlegung des Verfahrens und der Formatvorlagen sowie die Bekanntmachung im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. Die Daten können dem Beirat auf dessen Anforderung in anonymisierter Form zur Beobachtung und Bewertung übermittelt werden.“

4. § 97 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Nummer 16 wird folgende Nummer 16a eingefügt:

„16a. entgegen § 52b Absatz 3e Satz 1 eine Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht,“.

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Im Fall des Absatzes 2 Nummer 16a ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten.“

Artikel 1

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

§ 29 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 5 wird angefügt:

„5. Streitigkeiten nach § 4a Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

2. In Absatz 3 Nummer 1 werden nach dem Wort „zwischen“ die Wörter „gesetzlichen Krankenkassen untereinander betreffend den Risikostrukturausgleich sowie zwischen“ eingefügt.

Artikel 2

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2913) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Satz 4 werden die Wörter „und 4 Absatz 1 Satz 1“ durch ein Komma und die Wörter „4 Absatz 4, § 4a Absatz 2 und 4 Nummer 5“ ersetzt.

2. In § 17 Satz 3 werden die Wörter „Achten Titels“ durch die Wörter „Dritten und Vierten Titels“ ersetzt.

3. In § 34 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „§§ 171f und 172“ durch die Angabe „§§ 162 und 163“ ersetzt.

Artikel 3
Änderung des
Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 3 und 11 Absatz 3 Satz 1 und 2 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 575) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 35a Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „§ 147“ durch die Angabe „§ 149“ ersetzt.
2. § 90 Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:

„(4) Die Aufsichtsbehörden treffen sich mindestens zweimal jährlich zu einem Erfahrungs- und Meinungsaustausch. Die Aufsichtsbehörden unterrichten sich dabei regelmäßig über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie über die von ihnen genehmigten leistungsbezogenen Satzungsregelungen der Krankenkassen. Soweit dieser Erfahrungs- und Meinungsaustausch Angelegenheiten der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau betrifft, nehmen auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft teil.

(5) Beschlüsse der Aufsichtsbehördentagung nach Absatz 4 ergehen einstimmig. Zu einem Beschluss in Angelegenheiten, die ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung betreffen, ist eine Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen erforderlich. Jedes Land hat mindestens drei Stimmen, Länder mit mehr als zwei Millionen Einwohnern haben vier, Länder mit mehr als sechs Millionen Einwohnern fünf, Länder mit mehr als sieben Millionen Einwohnern sechs Stimmen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat 20 und das Bundesministerium für Gesundheit hat sechs Stimmen. Abweichend von Satz 2 kommt ein Beschluss nicht zustande, wenn mindestens drei Länder mit jeweils mehr als sieben Millionen Einwohnern gegen den Beschluss gestimmt haben. Weicht eine Aufsichtsbehörde in ihrer Aufsichtspraxis von einem Beschluss ab, unterrichtet sie die anderen Aufsichtsbehörden.“

3. § 90a Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Enthält die Satzung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung des Fünften Buches, wird der Zuständigkeitsbereich bestimmt durch die Region nach § 144 Absatz 3 des Fünften Buches, für die sie ihrer Satzung nach zuständig ist.“

Artikel 4
Änderung der
Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung

In § 12 Absatz 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung vom 15. Juli 1999 (BGBl. I S. 1627), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 27. November 2018 (BGBl. I S. 2023) geändert worden ist,

wird die Angabe „§ 171d Abs. 1“ durch die Angabe „§ 169 Absatz 1“ und die Angabe „§ 171e“ durch die Angabe „§ 170“ ersetzt.

Artikel 5
Änderung des
Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3 Satz 2 wird aufgehoben.
 - b) Absatz 4 Satz 2 bis 6 wird aufgehoben.
 - c) Absatz 5 wird aufgehoben.
2. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

„§ 4a

Wettbewerb der
Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

(1) Der Wettbewerb der Krankenkassen dient dem Ziel, das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungen zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Dieser Wettbewerb muss unter Berücksichtigung der Finanzierung der Krankenkassen durch Beiträge und des sozialen Auftrags der Krankenkassen angemessen sein. Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar oder mittelbar fördern, sind unzulässig.

(2) Unlautere geschäftliche Handlungen der Krankenkassen sind unzulässig.

(3) Krankenkassen sind berechtigt, um Mitglieder und für ihre Leistungen zu werben. Bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen muss die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Die Werbung hat in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln im Hinblick auf

1. Inhalt und Art der Werbung,
2. Höchstgrenzen für Werbeausgaben einschließlich der Aufwandsentschädigungen für externe Dienstleister, die zu Werbezwecken beauftragt werden,
3. die Trennung der Werbung von der Erfüllung gesetzlicher Informationspflichten,
4. die Beauftragung und Vergütung von Mitarbeitern, Arbeitsgemeinschaften, Beteiligungsgesellschaften und Dritten zu Werbezwecken,
5. die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge nach § 194 Absatz 1a.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverord-

nung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesamt für Soziale Sicherung übertragen.

(5) Beauftragen Krankenkassen Arbeitsgemeinschaften, Beteiligungsgesellschaften oder Dritte zu Zwecken des Wettbewerbs und insbesondere der Werbung, haben sie sicherzustellen, dass die Beauftragten die für entsprechende Maßnahmen der Krankenkassen geltenden Vorschriften einschließlich der Vorgaben der Absätze 1 bis 3 sowie der Rechtsverordnung nach Absatz 4 einhalten.

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

(7) Krankenkassen können von anderen Krankenkassen die Beseitigung und Unterlassung unzulässiger Maßnahmen verlangen, die geeignet sind, ihre Interessen im Wettbewerb zu beeinträchtigen. Die zur Geltendmachung des Anspruchs berechnete Krankenkasse soll die Schuldnerin vor der Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens abmahnen und ihr Gelegenheit geben, den Streit durch Abgabe einer mit einer angemessenen Vertragsstrafe bewehrten Unterlassungsverpflichtung beizulegen. Soweit die Abmahnung berechtigt ist, kann die Abmahnende von der Abgemahnten Ersatz der erforderlichen Aufwendungen verlangen. Zur Sicherung der Ansprüche nach Satz 1 können einstweilige Anordnungen auch ohne die Darlegung und Glaubhaftmachung der in § 86b Absatz 2 Satz 1 und 2 des Sozialgerichtsgesetzes bezeichneten Voraussetzungen erlassen werden. Ist auf Grund von Satz 1 Klage auf Unterlassung erhoben worden, so kann das Gericht der obsiegenden Partei die Befugnis zusprechen, das Urteil auf Kosten der unterliegenden Partei öffentlich bekannt zu machen, wenn sie ein berechtigtes Interesse dardat. Art und Umfang der Bekanntmachung werden im Urteil bestimmt. Die Befugnis erlischt, wenn von ihr nicht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Rechtskraft Gebrauch gemacht worden ist. Der Ausspruch nach Satz 5 ist nicht vorläufig vollstreckbar.“

3. Der bisherige § 4a wird § 4b.

3a. Dem § 35a Absatz 1b werden die folgenden Sätze 1 und 2 vorangestellt:

„Für zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes besteht die Verpflichtung zur Vorlage von Nachweisen nach Absatz 1 Satz 3; die ärztliche Behandlung mit einem solchen Arzneimittel unterliegt nicht der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach den §§ 135, 137c oder 137h. Satz 1 gilt nicht für biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte.“

3b. Nach § 35a Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„(1c) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den pharmazeutischen Unternehmer von der Ver-

pflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 auf Antrag freizustellen, wenn es sich um ein Antibiotikum handelt, das gegen durch multiresistente bakterielle Krankheitserreger verursachte Infektionen, für die nur eingeschränkte alternative Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen, wirksam ist und der Einsatz dieses Antibiotikums einer strengen Indikationsstellung unterliegt (Reserveantibiotikum). Der pharmazeutische Unternehmer hat seinen Antrag nach Satz 1 entsprechend zu begründen. Ein Antrag auf Freistellung nach Satz 1 ist nur vor der erstmaligen Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 zulässig. Das Nähere zur Ausgestaltung des Antragsverfahrens regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung bis zum 31. Dezember 2020. Das Robert Koch-Institut bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Kriterien zur Einordnung eines Antibiotikums als Reserveantibiotikum bis zum 31. Dezember 2020 und veröffentlicht diese Kriterien auf seiner Internetseite. Das Robert Koch-Institut hat zu diesen Kriterien im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine nicht abschließende Liste von multiresistenten bakteriellen Krankheitserregern nach Satz 1 zu veröffentlichen. Hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Freistellung für ein Reserveantibiotikum nach Satz 1 beschlossen, gilt der Zusatznutzen als belegt; das Ausmaß des Zusatznutzens und seine therapeutische Bedeutung sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zu bewerten. Bei dem Beschluss nach Absatz 3 Satz 1 hat der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung des Reserveantibiotikums unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Resistenzsituation festzulegen. Dazu holt er eine Stellungnahme beim Robert Koch-Institut ein, die im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu erstellen ist.“

3c. § 35a Absatz 3b wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden nach dem Wort „kann“ die Wörter „frühestens mit Wirkung zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens“ eingefügt.

bb) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. bei Arzneimitteln, deren Inverkehrbringen nach dem Verfahren des Artikels 14 Absatz 8 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur (ABl. L 136 vom 30.4.2004, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU)

- 2019/5 (ABl. L 4 vom 7.1.2019, S. 24) geändert worden ist, genehmigt wurde oder für die nach Artikel 14-a der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 eine Zulassung erteilt wurde, sowie“.
- cc) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:
- „Unter Beachtung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen sollen auch die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und der betroffene pharmazeutische Unternehmer vor Erlass einer Maßnahme nach Satz 1 schriftlich beteiligt werden.“
- b) Folgender Satz wird angefügt:
- „Klagen gegen eine Maßnahme nach Satz 1 haben keine aufschiebende Wirkung; ein Vorverfahren findet nicht statt.“
- 3d. In § 64b Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „acht“ durch die Angabe „15“ ersetzt.
4. § 71 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.
- b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
- „Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung haben keine aufschiebende Wirkung.“
5. (weggefallen).
6. In § 77 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „§ 144 Absatz 2 bis 4“ durch die Wörter „§ 155 Absatz 2, 5 und 6“ ersetzt.
7. (weggefallen).
8. § 87a wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 5 Satz 11 wird wie folgt gefasst:
- „Ab dem Jahr, in dem die Veränderungsrate auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2020 bis 2022 durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind Kodiereffekte, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 2 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 6 entstehen, in den Berechnungen zu bereinigen.“
- b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:
- „(5a) Der Bewertungsausschuss erstellt zum Zwecke der Erhöhung der Transparenz über die der Empfehlung nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 zugrunde liegenden Datengrundlagen einen Bericht über die Veränderungen der Behandlungsdiagnosen und den Einfluss der jeweiligen Behandlungsdiagnose auf die Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung. Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit der Empfehlung und den der Empfehlung zugrunde liegenden weiteren Beratungsunterlagen vorzulegen. § 87 Absatz 6 Satz 10 gilt entsprechend.“
9. In § 92a Absatz 4 Satz 4 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 1; § 266 Absatz 6“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1; § 266 Absatz 7“ ersetzt.
- 9a. Nach § 129 Absatz 4b wird folgender Absatz 4c eingefügt:
- „(4c) Eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit rabattierten Arzneimitteln ist von den Vertragspartnern nach Absatz 2 sicherzustellen. Ist ein rabattiertes Arzneimittel bei Vorlage der ärztlichen Verordnung nicht verfügbar, ist die Apotheke unmittelbar zur Abgabe eines lieferbaren wirkstoffgleichen Arzneimittels nach Maßgabe des § 129 Absatz 1 Satz 2 berechtigt. Ist bei einer Abgabe nach Satz 2 kein Arzneimittel zum Festbetrag verfügbar, trägt die Krankenkasse abweichend von § 31 Absatz 2 Satz 1 die Mehrkosten. Das Nähere zur unmittelbaren Abgabe nach den Sätzen 2 und 3 und zur Abrechnung ist im Rahmenvertrag nach Absatz 2 festzulegen.“
- 9b. In § 130a Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 20i“ die Angabe „Absatz 1“ gestrichen.
- 9c. Dem § 130b Absatz 7 werden die folgenden Sätze angefügt:
- „Der Erstattungsbetrag nach Absatz 1 oder Absatz 4 gilt ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels für alle Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff fort. Abweichend von Satz 1 gelten die Absätze 1 und 4 ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels entsprechend, soweit und solange für den Wirkstoff noch Patentschutz besteht. Wird für das Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 festgesetzt, gelten die Sätze 1 und 2 nicht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von der nach § 77 des Arzneimittelgesetzes zuständigen Bundesoberbehörde Auskunft über das Datum des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels verlangen. Der pharmazeutische Unternehmer übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Laufzeit des Patentschutzes nach Satz 2.“
10. § 137g wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1, 6, 11 und 12 wird jeweils die Angabe „Abs. 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „Absatz 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.
- 10a. In § 137i Absatz 4 Satz 8 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und wird nach dem Wort „Landesbehörden“ ein Komma und werden die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie auf Anforderung dem Bundesministerium für Gesundheit“ eingefügt.
11. (weggefallen).

12. Der Erste Abschnitt des Sechsten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Erster Abschnitt
Errichtung, Vereinigung
und Beendigung von Krankenkassen

Erster Titel
Arten der Krankenkassen

§ 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.

§ 144

Betriebskrankenkassen

(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 gegolten hat, bleibt dies unberührt.

§ 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 Be-

dingungen abhängig machen und kann nicht widerrufen werden.

§ 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.

§ 147

Deutsche

Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

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

§ 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.

Zweiter Titel

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

§ 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.

(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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

Dritter Titel

Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 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, 50c Absatz 2, die §§ 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 § 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 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.

§ 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.

§ 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.

(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.

§ 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.

§ 162

Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden

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

§ 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.

§ 164

Vorübergehende finanzielle Hilfen

(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.

Vierter Titel

Folgen der Auflösung, der Schließung und der Insolvenz

§ 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 so-

wie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vor- druck 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 Kas- senwahlrechts nach § 175 Absatz 3a hinzuweisen sowie auf die Folgen einer nicht rechtzeitigen Aus- übung des Wahlrechts. Der Vorstand hat außer- dem 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 Wahl- recht nicht rechtzeitig ausgeübt wird.

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

§ 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 Ver- mögen des Arbeitgebers nicht aus, um die Gläu- biger zu befriedigen, findet Absatz 1 Anwendung. Übersteigen die Verpflichtungen einer Kranken- kasse ihr Vermögen zum Zeitpunkt des Inkraft- tretens einer Satzungsbestimmung nach § 144 Absatz 2 Satz 1, hat der Arbeitgeber den Unter- schiedsbetrag innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Satzungsbestimmung aus- zugleichen. Dies gilt auch bei Vereinigungsverfah- ren gemäß § 155, wenn Betriebskrankenkassen beteiligt sind, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält.

§ 167

Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen

(1) Die Erfüllung der Verpflichtungen nach § 166 Absatz 1 und 2 Satz 3 kann nur vom Spit- zenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden, der die Verteilung auf die einzelnen Kran- kenkassen vornimmt und die zur Tilgung erforder- lichen Beträge von den Krankenkassen anfordert. Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Be- trag wird vom Spitzenverband Bund der Kranken- kassen wie folgt ermittelt:

1. der aufzuteilende Betrag wird durch die Summe der Mitglieder aller Krankenkassen ge- teilt;

2. das Ergebnis nach Nummer 1 wird mit der Zahl der Mitglieder jeder einzelnen Krankenkasse vervielfacht; maßgebend ist die Zahl der Mit- glieder, 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 Millio- nen Euro, sind zur Erfüllung der darüber hinaus- gehenden Beträge die Finanzreserven der Kranken- kassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1 heranzuziehen, soweit diese den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überstei- gen; § 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 Kranken- kasse entfallende Betrag wird wie folgt berechnet:

1. für jede Krankenkasse wird der Betrag an Finanzreserven ermittelt, der gemäß den Sät- zen 1 und 2 die Obergrenze überschreitet;
2. übersteigt die Summe der Überschreitungsbe- träge aller Krankenkassen nach Nummer 1 die noch zu erfüllenden Verpflichtungen, werden die noch zu erfüllenden Verpflichtungen durch die Summe der Überschreitungsbeiträge nach Nummer 1 geteilt;
3. der aus Nummer 2 resultierende Faktor wird für jede Krankenkasse mit dem Betrag nach Num- mer 1 multipliziert;
4. übersteigen die noch zu erfüllenden Verpflich- tungen die Summe der nach Nummer 1 ermit- telten Beträge, sind für jede Krankenkasse die Überschreitungsbeiträge nach Nummer 1 zu- grunde zu legen.

Reicht die Summe der Überschreitungsbeiträge nach Satz 3 Nummer 1 nicht aus, um die Ver- pflichtungen zu erfüllen, oder verfügt keine Kran- kenkasse über Finanzreserven oberhalb des 1,0fachen einer Monatsausgabe nach den Sät- zen 1 und 2, werden die Finanzreserven oberhalb von 0,75 Monatsausgaben in entsprechender An- wendung der Sätze 1 bis 3 herangezogen, um die verbleibenden Verpflichtungen zu erfüllen.

(3) Reicht der nach den Absätzen 1 und 2 er- mittelte Betrag nicht aus, um die Verpflichtungen zu erfüllen, beziehungsweise verfügt keine Kran- kenkasse über Finanzreserven oberhalb des 0,75fachen einer Monatsausgabe, wird der ver- bleibende Betrag auf alle Krankenkassen gemäß Absatz 1 Satz 2 aufgeteilt.

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

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkas- sen 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.

§ 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.

(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.

§ 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.

§ 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.

(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) 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.

(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 6 entsprechend.“

13. § 173 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 Nummer 2 bis 4 wird wie folgt gefasst:
 - „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,“.
 - bb) Die Sätze 2 bis 5 werden aufgehoben.
- b) In Absatz 3 werden die Wörter „oder jede Ersatzkasse“ gestrichen.
- c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(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 In-

nungskrankenkasse, 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.“

13a. § 174 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird Absatz 1 und die Wörter „Betriebs- oder Innungskrankenkasse“ werden durch das Wort „Betriebskrankenkasse“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird Absatz 2 und die Wörter „Betriebs- oder Innungskrankenkassen“ werden durch das Wort „Betriebskrankenkassen“ und die Wörter „Betriebs- oder Innungskrankenkasse“ durch das Wort „Betriebskrankenkasse“ ersetzt.
- c) Absatz 5 wird Absatz 3.

13b. In § 175 Absatz 3a Satz 1 werden die Wörter „§ 171b Absatz 3 Satz 1“ durch die Wörter „§ 160 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

13c. In § 213 Absatz 1 Satz 6 wird die Angabe „§ 164 Abs. 2 und 3“ durch die Wörter „§ 168 Absatz 1 und 2“ ersetzt.

14. § 217b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „besteht der Vorstand aus mehreren Personen, müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören“ eingefügt.
- b) Die folgenden Absätze 4 bis 6 werden angefügt:

„(4) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss gebildet. Die Amtsdauer entspricht derjenigen des Vorstandes. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss setzt sich zusammen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse. Kann eine Besetzung nach den Vorgaben des Satzes 2 nicht erfolgen, bleibt der entsprechende Sitz frei. Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewählt. Der Stimmenanteil der Vertreter der Kassenart im Lenkungs- und Koordinierungsausschuss bemisst sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Mitglieds-kassen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die neue Wahlperiode des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beginnt. Der Stimmenanteil der Kassenart wird auf die Anzahl der Sitze verteilt. Kann ein Sitz nicht besetzt werden, entfällt dessen Stimmenanteil.“

(5) Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen sind im Benehmen mit dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss zu treffen. Der Vorstand hat die vom Lenkungs- und Koordinierungsausschuss abgegebenen Empfehlungen zu beachten. Dies gilt nicht für Entscheidungen, mit denen der Vorstand Beschlüsse, die der Verwaltungsrat im Rahmen seiner Zuständigkeit getroffen hat, umsetzt. In begründeten Fällen kann der Vorstand von den Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses abweichen; in diesen Fällen teilt der Vorstand dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss seine Gründe schriftlich mit. Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung kann er im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung regeln. Vertreter des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses können an Sitzungen gesetzlicher Gremien, denen der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angehört, teilnehmen.

(6) Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen fallen, vor Beschlussfassung Stellungnahmen abgeben. Fordert der Verwaltungsrat mit der Mehrheit seiner Stimmen eine Stellungnahme des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses an, muss der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss die angeforderte Stellungnahme abgeben. Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses sind berechtigt, an nicht öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilzunehmen.“

15. § 217c Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Jede Vorschlagsliste hat mindestens 40 Prozent weibliche und 40 Prozent männliche Bewerberinnen und Bewerber zu enthalten.“

- b) In Satz 12 wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.

16. § 217d wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „70 Absatz 1 und 5“ durch die Angabe „69“ ersetzt.
- b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Der Haushaltsplan wird vom Vorstand aufgestellt. Der Verwaltungsrat stellt ihn fest. Der Haushaltsplan bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan spätestens am 1. Oktober vor Beginn des Kalenderjahres, für das er gelten soll, der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diese kann die Genehmigung auch für einzelne Ansätze versagen, soweit der Haushaltsplan gegen Gesetz oder sonstiges

- für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maßgebendes Recht verstößt oder die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes nicht beachtet sind.“
17. § 217f wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:
- „Der Vorstand hat dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten, wenn die dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben nicht rechtzeitig umgesetzt werden. Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens innerhalb eines Monats nach dem für die Umsetzung der gesetzlichen Aufgabe vorgegebenen Zeitpunkt schriftlich vorzulegen. In dem Bericht sind insbesondere die Gründe für die nicht rechtzeitige Umsetzung, der Sachstand und das weitere Verfahren darzulegen.“
- b) In Absatz 7 werden die Wörter „§ 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7“ durch die Wörter „§ 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2“ ersetzt.
18. § 261 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „ein Viertel“ durch die Wörter „ein Fünftel“ ersetzt.
- b) In Absatz 4 werden die Wörter „einem Viertel“ durch die Wörter „der Hälfte“ ersetzt.
19. Die §§ 265a und 265b werden aufgehoben.
20. § 266 wird wie folgt geändert:
- a) Der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Grundpauschale“ das Komma und werden die Wörter „alters-, geschlechts-“ gestrichen.
- bb) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
- „Mit den risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt. Durch diesen werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden zwischen den Krankenkassen ausgeglichen, die sich aus der Verteilung der Versicherten auf nach Risikomerkmale getrennte Risikogruppen gemäß Absatz 2 ergeben.“
- c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:
- „(2) Die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen erfolgt anhand der Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität, regionalen Merkmalen und danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld haben. Die Morbidität der Versicherten wird auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigt. Regionale Merkmale sind solche, die die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Region beeinflussen können.“
- d) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „alters-, geschlechts- und“ gestrichen.
- bb) Satz 2 wird aufgehoben.
- e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Folgender Satz wird vorangestellt:
- „Die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 3 orientiert sich an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der den Risikogruppen zugeordneten Versicherten.“
- bb) Im neuen Satz 2 werden die Wörter „Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 2“ durch das Wort „Dabei“ ersetzt.
- cc) Der neue Satz 3 wird aufgehoben.
- f) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:
- „(5) Die Bildung der Risikogruppen nach Absatz 2 und die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 3 erfolgt nach Kriterien, die zugleich
1. Anreize zu Risikoselektion verringern und
 2. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen.“
- g) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und wie folgt geändert:
- aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Es gibt für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach Absatz 3 jährlich bekannt
1. die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Risikogruppen nach Absatz 2, und
 2. die Höhe der risikoadjustierten Zu- und Abschläge.“
- bb) In den Sätzen 1 und 3 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- h) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7 und wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt.
- bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Es legt bei der Berechnung der Höhe der monatlichen Zuweisungen die Werte nach Satz 1 und die zuletzt erhobenen Versicherungszahlen der Krankenkassen je Risikogruppe nach Absatz 2 zugrunde.“
- cc) In Satz 3 wird das Wort „Zuweisung“ durch das Wort „Zuweisungen“ ersetzt, wird das

- Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und werden die Wörter „zum 1. Oktober dieses Jahres“ durch die Wörter „für dieses Jahr“ ersetzt.
- dd) In Satz 6 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- i) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 8 und wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „und ihre Bekanntgabe an die Versicherten“ gestrichen, wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt und wird das Wort „Daten“ durch das Wort „Berechnungswerte“ ersetzt.
- bbb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
- „2. die Abgrenzung und die Verfahren der Standardisierung der Leistungsausgaben nach den Absätzen 3 bis 6; dabei können für Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, besondere Standardisierungsverfahren und Abgrenzungen für die Berücksichtigung des Krankengeldes geregelt werden,“.
- ccc) In Nummer 2a wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „Deckung dieser Ausgaben“ die Wörter „sowie das Verfahren der Verarbeitung der nach § 270 Absatz 2 zu übermittelnden Daten“ eingefügt.
- ddd) Nach Nummer 2a wird folgende Nummer 2b eingefügt:
- „2b. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Risikogruppen nach Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von Absatz 2; hierzu gehört auch die Festlegung des Verfahrens zur Auswahl der regionalen Merkmale,“.
- eee) In Nummer 3 werden die Wörter „die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Versichertengruppen nach § 267 Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von § 267 Absatz 2; hierzu gehört auch“ gestrichen und werden die Wörter „Erhebung und Übermittlung“ durch das Wort „Verarbeitung“ ersetzt.
- fff) In Nummer 4 werden die Wörter „einschließlich der Stelle, der die Berechnungen und die Durchführung des Zahlungsverkehrs übertragen werden können“ gestrichen.
- ggg) Die Nummern 6 bis 8 werden wie folgt gefasst:
- „6. das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs einschließlich des Ausschlusses von Risikogruppen, die anhand der Morbidität der Versicherten gebildet werden, mit den höchsten relativen Steigerungsraten,
7. die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 5 und 12,
8. die Vergütung des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung für die Erstellung von Gutachten nach Absatz 10,“.
- bb) In Satz 2 werden die Wörter „Absatz 4 Satz 2 und“ gestrichen.
- j) Die folgenden Absätze 10 bis 12 werden angefügt:
- „(10) Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs sind regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung in einem Gutachten zu überprüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen; im Jahr 2023 sind gesondert die Wirkungen der regionalen Merkmale als Risikomerkmale im Risikostrukturausgleich zu untersuchen. Die Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen nach § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung insbesondere auf die Manipulationsresistenz und Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs einschließlich der Einhaltung der Vorgaben des § 266 Absatz 5 sind zusätzlich zu dem Gutachten nach Satz 2 zweiter Halbsatz durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung im Jahr 2023 zu untersuchen. Für den Zweck des Gutachtens nach Satz 3 ist auch die Veränderung der Häufigkeit der Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 unter Berücksichtigung der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen zu untersuchen.
- (11) Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nach Maßgabe der §§ 266 bis 270 in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung. Die Anpassung der Datenmeldung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung gemäß § 7 Absatz 1 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist ab dem Ausgleichsjahr 2021 bei den Zuweisungen nach Absatz 3 zu berücksichtigen.

(12) Bei den Zuweisungen nach Absatz 3 werden die finanziellen Auswirkungen der Bildung von Risikogruppen anhand von regionalen Merkmalen nach Absatz 2 durch Zu- und Abschläge im Ausgleichsjahr 2021 auf 75 Prozent begrenzt. Die Begrenzung erfolgt für alle Länder jeweils einheitlich für die Summe der Zuweisungen nach Absatz 3 für die Versicherten mit Wohnsitz in einem Land. Durch die Zu- und Abschläge werden 25 Prozent der Differenz der hypothetischen Höhe der Zuweisungen nach Absatz 3 ohne Bildung von Risikogruppen anhand von regionalen Merkmalen und der Höhe der Zuweisungen nach Absatz 3 einheitlich auf die Versicherten mit Wohnsitz in einem Land verteilt.“

21. Die §§ 267 und 268 werden wie folgt gefasst:

„§ 267

Datenverarbeitung
für die Durchführung und

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

(1) Für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten

1. die Versichertentage
 - a) mit den Risikomerkmale nach § 266 Absatz 2 mit Ausnahme der Morbidität und der regionalen Merkmale,
 - b) mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland,
 - c) mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung, differenziert nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4,
2. den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnorts,
3. die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens,
4. die bei Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 in der Verschlüsselung nach § 301 Absatz 2 Satz 1,
5. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a einschließlich der Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4,
6. die Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Absatz 3 Satz 1 einschließlich der vereinbarten Sonderkennzeichen sowie jeweils die Anzahl der Verordnungen,
7. die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren

nach Maßgabe dieser Vorschrift an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Eine unmittelbare oder mittelbare Einwirkung der Krankenkassen auf den Inhalt der Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 und die Art und Weise der Aufzeichnung insbesondere unter Verstoß gegen § 71 Absatz 6 Satz 9,

§ 73b Absatz 5 Satz 7, § 83 Satz 4, § 140a Absatz 2 Satz 7 und § 303 Absatz 4 ist unzulässig, soweit sie in diesem Buch nicht vorgeschrieben oder zugelassen ist.

(2) Für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten die Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente an das Bundesamt für Soziale Sicherung.

(3) Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist vom Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist bei den Daten nach Absatz 1 Satz 1 zulässig, soweit dies für die Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse oder für die Prüfung der Richtigkeit der Daten erforderlich ist. Über die Pseudonymisierung in der Krankenkasse und über jede Herstellung des Versichertenbezugs ist ein Protokoll anzufertigen, das bei dem Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren ist.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere zu den Fristen der Datenübermittlung und zum Verfahren der Verarbeitung der nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 zu übermittelnden Daten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung das Nähere zum Verfahren nach Absatz 3 Satz 1.

(5) Die Kosten für die Datenübermittlung nach dieser Vorschrift werden von den betroffenen Krankenkassen getragen.

(6) Zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs analysiert das Bundesamt für Soziale Sicherung den Zusammenhang zwischen den Leistungsausgaben eines Versicherten in den vorangegangenen drei Jahren und den Leistungsausgaben eines Versicherten im Ausgleichsjahr 2019. Hierfür übermitteln die Krankenkassen bis zum 15. August 2020 für die Berichtsjahre 2016 bis 2018 die Daten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung an das Bundesamt für Soziale Sicherung; Absatz 3 gilt entsprechend. Das Nähere über das Verfahren der Datenmeldung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung in der Bestimmung nach Absatz 4 Satz 2. Das Ergebnis der Untersuchung nach Satz 1 ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens mit Übergabe des ersten Gutachtens nach § 266 Absatz 10 vorzulegen.

(7) Die Absätze 1 bis 6 gelten nicht für die landwirtschaftliche Krankenkasse.

§ 268

Risikopool

(1) Ergänzend zum Risikostrukturausgleich gemäß § 266 werden die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle teilweise über einen Risikopool ausgeglichen. Übersteigt die Summe der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben eines Versicherten bei einer Krankenkasse innerhalb eines Ausgleichsjahres den Schwellenwert nach Satz 3, werden 80 Prozent des den Schwellenwert übersteigenden Betrags über den Risikopool ausgeglichen. Der Schwellenwert beträgt 100 000 Euro und ist in den Folgejahren anhand der jährlichen Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten anzupassen.

(2) Im Risikopool sind die Leistungsausgaben ausgleichsfähig, die bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 zu berücksichtigen sind, abzüglich der Aufwendungen für Krankengeld nach den §§ 44 und 45.

(3) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 7 Satz 3 und 6 sind die Leistungsausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 zu berücksichtigen.

(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt für jede Krankenkasse den Ausgleichsbetrag nach Absatz 1 Satz 2 und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 6 Satz 3, Absatz 7 Satz 3, 6 und 7 sowie Absatz 9 gilt für den Risikopool entsprechend.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere über

1. die jährliche Anpassung des Schwellenwertes,
2. die Berechnung und die Durchführung des Risikopoolverfahrens sowie
3. die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikopoolverfahrens erforderlichen Rechenwerte.“

22. § 269 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „die in § 267 Absatz 2 Satz 2 genannten Versichertengruppen“ durch die Wörter „Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind,“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird das Wort „Versichertengruppen“ durch das Wort „Risikogruppen“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 1 und 4 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
 - aa) In den Sätzen 1 und 2 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „3 und“ gestrichen.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 266 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten.“

e) In Absatz 3c Satz 3 bis 5 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

f) Absatz 3d wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und werden die Wörter „§ 268 Absatz 3 Satz 2 bis 9“ durch die Wörter „§ 267 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und werden die Wörter „Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 2“ ersetzt.

cc) In den Sätzen 4 bis 6 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

g) In Absatz 4 wird die Angabe „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.

23. § 270 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Buchstabe a wird Nummer 1 und die Angabe „Satz 1“ wird durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

bbb) Buchstabe b wird Nummer 2 und die Angabe „§ 266 Abs. 7“ wird durch die Wörter „§ 266 Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.

ccc) Buchstabe c wird Nummer 3.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „Abs. 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ und die Angabe „Abs. 6“ durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach den Absätzen 1 und 4 erheben die Krankenkassen für jedes Jahr

1. je Versicherten die Versichertentage mit Einschreibung in ein nach § 137g zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm und Angaben über die Teilnahme an den in Absatz 4 Satz 1 genannten Leistungen,
2. nicht versichertenbezogen die Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 und die Verwaltungsausgaben; § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 gilt entsprechend.

Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. August des Folgejahres in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für So-

ziale Sicherung; § 267 Absatz 3 Satz 2 bis 4 und Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 Nummer 2 bis zum 30. Juni des Folgejahres in maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“, die Angabe „§ 41“ durch die Angabe „§ 18“ und die Angabe „Buchstabe c“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „§ 41“ durch die Angabe „§ 18“ und die Angabe „Buchstabe c“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.

cc) In Satz 3 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

d) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Zur Förderung der Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds jährlich eine Pauschale für jeden Versicherten, der an einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, 3, 4 und 15 vorgesehenen Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Absatz 1, 2 und den §§ 25a und 26, Individualprophylaxe nach § 22 Absatz 1, 3 und § 22a Absatz 1 oder Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 teilgenommen hat. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe der Zuweisungen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 9 gilt entsprechend. Das Nähere über die Kriterien der Vergabe und das Verfahren bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1.“

24. § 270a Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ und die Angabe „Absatz 6“ durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.

b) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.

25. § 271 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2020 225 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“

b) In Absatz 5 wird die Angabe „269“ durch die Angabe „268“ ersetzt.

c) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.

26. § 273 wird wie folgt gefasst:

„§ 273

Sicherung der
Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach Maßgabe der Absätze 2 bis 7 die Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 auf ihre Rechtmäßigkeit. § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 9 und § 274 bleiben unberührt.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 auf auffällige Steigerungen im Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der übermittelten Diagnosen, die nicht auf demografische Veränderungen des Versichertenbestandes zurückzuführen sind. Die übrigen Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 kann das Bundesamt für Soziale Sicherung einer Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit unterziehen. Das Nähere, insbesondere einen Schwellenwert für die Feststellung einer Auffälligkeit, bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft bei nach Absatz 2 auffälligen Krankenkassen, ob die Auffälligkeit für die betroffene Krankenkasse zu erheblich erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Absatz 1 Satz 1 geführt haben kann. § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der ab dem 1. April 2020 geltenden Fassung bleibt dabei außer Betracht. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt eine Feststellung nach Satz 1 der betroffenen Krankenkasse mit. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkasse hat innerhalb von drei Monaten ab Eingang der Mitteilung nach Absatz 3 Satz 3 Tatsachen darzulegen, die die Auffälligkeit begründen. Erfolgt keine ausreichende Darlegung nach Satz 1, wird ein Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Macht die Krankenkasse als Grund für die Auffälligkeit einen tatsächlichen Anstieg der Morbidität ihrer Versicherten geltend, muss sie einen aus den Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 ersichtlichen entsprechenden Anstieg der erbrachten Leistungen darlegen. Legt die Krankenkasse zur Begründung der Auffälligkeit einen Versorgungsvertrag vor, prüft das Bundesamt für Soziale Sicherung die Rechtmäßigkeit dieses Vertrages hinsichtlich der Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2.

(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann auch dann eine Einzelfallprüfung durchführen, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse eine rechtswidrige Datenmeldung abgegeben hat. Die Krankenkasse hat dem Bundesamt für Soziale Sicherung auf dessen Verlangen innerhalb von drei Monaten alle Angaben zu machen, derer es zur Überprüfung des Sachverhalts bedarf. Kommt die Krankenkasse einem zumutbaren Verlangen des Bundesamts für Soziale Sicherung nicht, nur teilweise

oder nicht in der verlangten Aufbereitung nach, wird ein Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Eine Prüfung der Leistungserbringer, insbesondere im Hinblick auf Diagnosedaten, ist ausgeschlossen. Absatz 4 Satz 4 gilt entsprechend.

(6) Stellt das Bundesamt für Soziale Sicherung als Ergebnis der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 einen Rechtsverstoß fest, ermittelt es einen Korrekturbetrag, um den die Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 für die betroffene Krankenkasse zu kürzen sind. § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der ab dem 1. April 2020 geltenden Fassung bleibt dabei außer Betracht. Das Nähere über die Ermittlung des Korrekturbetrags bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1. Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung.

(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt die Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 5 ab dem Berichtsjahr 2013 durch. Im Rahmen der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, dass die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag nicht innerhalb der Frist gemäß § 71 Absatz 4 Satz 2, § 71 Absatz 4 Satz 3 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung oder § 73b Absatz 9 Satz 2 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung beanstandet hat. Satz 1 gilt nicht für abgeschlossene Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 3 Satz 1 und 2 in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung; für die Ermittlung des Korrekturbetrags gilt Absatz 6.“

27. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 14 werden die Wörter „(§ 266 Abs. 1 bis 6, § 267 Abs. 1 bis 6, § 268 Abs. 3)“ durch die Wörter „nach den §§ 266 und 267“ ersetzt.

28. Nach § 293 wird folgender § 293a eingefügt:

„§ 293a

Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung und über eine besondere Versorgung

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach den §§ 73b und 140a einschließlich der Verträge nach § 140a Absatz 1 Satz 3 (Vertragstransparenzstelle) ein. Die Vertragstransparenzstelle dient dem Zweck der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273 und der Information der Öffentlichkeit. Die Vertragstransparenzstelle führt ein Verzeichnis, das zu den Verträgen nach Satz 1 insbesondere Angaben enthält über

1. die Vertragsform,
2. die vertragschließende Krankenkasse,
3. bei einem Vertrag nach § 140a die Art der vertragschließenden Leistungserbringer,
4. den Tag des Vertragsbeginns,

5. soweit erfolgt, den Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen,
6. den Tag des Vertragsendes,
7. den räumlichen Geltungsbereich des Vertrages,
8. soweit vorhanden, die dem Vertrag als Einschlusskriterien zugrunde liegenden Diagnosen und
9. die Vertragsnummer nach Satz 4.

Jeder Vertrag ist durch die Vertragstransparenzstelle mit einer Vertragsnummer zu kennzeichnen. Das Verzeichnis nach Satz 3 ist vierteljährlich zu aktualisieren und in der jeweiligen aktuellen Fassung im Internet zu veröffentlichen.

(2) Die erstmalige Veröffentlichung des Verzeichnisses umfasst mindestens die Angaben nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1, 2 und 9 und erfolgt bis spätestens zum 30. September 2020. Die Veröffentlichung des Verzeichnisses mit sämtlichen Angaben nach Absatz 1 Satz 3 erfolgt bis spätestens zum 30. September 2021.

(3) Die Vertragstransparenzstelle bestimmt erstmalig bis zum 31. Juli 2020 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1, insbesondere

1. Art und Aufbau des Verzeichnisses,
2. das Verfahren für die Eintragung der Verträge in das Verzeichnis,
3. Art und Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Vertragsnummer und
4. das Verfahren für die Vergabe der Vertragsnummer.

Bei der Bestimmung nach Satz 1 Nummer 3 und 4 sollen bereits bestehende Vertragskennzeichen berücksichtigt werden. Die Vertragstransparenzstelle bestimmt das Nähere zu dem Verzeichnis nach Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 bis zum 31. März 2021. Satz 1 Nummer 1 und 2 gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle auf Anforderung spätestens bis zum 31. August 2020 die für die erstmalige Veröffentlichung des Verzeichnisses erforderlichen Angaben nach Absatz 2 Satz 1 zu übermitteln. Veränderungen der Angaben nach Absatz 2 Satz 1 und die Angaben zu nach der erstmaligen Übermittlung vereinbarten Verträgen sind von den Krankenkassen ohne Anforderung zu übermitteln.

(5) Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle auf Anforderung spätestens bis zum 30. Juni 2021 die für die Veröffentlichung des Verzeichnisses nach Absatz 2 Satz 2 erforderlichen Angaben zu übermitteln. Veränderungen der Angaben und die Angaben zu nach der erstmaligen Übermittlung vereinbarten Verträgen sind von den Krankenkassen ohne Anforderung zu übermitteln.

- (6) Innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Vertragsnummer nach Absatz 1 Satz 4 schaffen die Vertragspartner die Voraussetzungen für die softwaretechnische Umsetzung der ärztlichen Übermittlungspflicht nach § 295 Absatz 1b Satz 1 und 8.
- (7) Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung bei der Verwaltung der Vertragstransparenzstelle entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.“
29. § 295 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 1b wird folgender Satz angefügt:
- „In Fällen der Verträge nach den §§ 73b und 140a sind als zusätzliche Angabe auch die Vertragsnummern nach § 293a Absatz 1 Satz 4 zu übermitteln; Satz 1 gilt entsprechend.“
- b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- bb) Folgende Nummer 9 wird angefügt:
- „9. bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a, an denen eine Kassenärztliche Vereinigung beteiligt ist, die Angabe der jeweiligen Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4.“
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „Regelungen“ die Wörter „und die Prüfmaßstäbe nach Satz 3“ eingefügt.
- bb) In den Sätzen 5 und 6 werden jeweils nach dem Wort „Regelungen“ die Wörter „und die Prüfmaßstäbe“ eingefügt.
- cc) In Satz 6 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „das Zertifizierungsverfahren hat zudem die Einhaltung der ärztlichen Pflicht zur Übermittlung der Vertragsnummer nach Absatz 1b Satz 8 in Verträgen nach den §§ 73b und 140a zu gewährleisten“ eingefügt.
30. § 302 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 4 wird die Angabe „§ 73 Abs. 8, § 84 und § 305a“ durch die Wörter „§ 73 Absatz 8 und § 84“ ersetzt.
- b) Die folgenden Sätze werden angefügt:
- „Soweit die Daten nach Absatz 1 für die Aufgabenerfüllung nach § 305a erforderlich sind, haben die Rechenzentren den Kassenärztlichen Vereinigungen diese Daten auf Anforderung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. § 300 Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.“
31. In § 303 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „den §§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113,“ durch die Wörter „§ 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und § 113 sowie“ ersetzt und werden die Wörter „sowie zur Vorbereitung und Umsetzung der Beratung der Vertragsärzte nach § 305a“ gestrichen.
32. In § 304 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.
33. § 305a wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden die Wörter „und die Krankenkassen“ gestrichen.
- b) Satz 7 wird aufgehoben.
34. § 318 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 37 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 13 Absatz 2“ ersetzt.
- b) Die Sätze 2 und 3 werden durch folgenden Satz ersetzt:
- „Satz 1 gilt nur, wenn das Bundesamt für Soziale Sicherung rechtzeitig vor Durchführung des Jahresausgleichs nach § 18 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass die Rechnungslegung und der Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchgeführt wurden.“
35. § 323 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 3 Satz 1, 6 und 7 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6“ durch die Angabe „§ 6“ ersetzt.
- cc) In Satz 3 werden die Wörter „zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1“ durch die Wörter „bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu dem Wert nach § 17 Absatz 2“ ersetzt.
- c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) In den Sätzen 1 und 2 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- bb) In Satz 5 werden die Wörter „§ 30 Absatz 2 Satz 6“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 2 Satz 3“ ersetzt.

36. Folgender § 329 wird angefügt:

„§ 329

Übergangsregelung
für am 1. April 2020 bereits
geschlossene Krankenkassen

Auf die am 1. April 2020 bereits geschlossenen Krankenkassen sind die §§ 155, 171d Absatz 2 in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung anwendbar.“

Artikel 6

**Änderung der
Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 33 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift des Ersten Abschnitts wird wie folgt gefasst:

„Abschnitt 1

Gemeinsame Vorschriften“.

2. § 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 werden die Wörter „sowie der See-Krankenversicherung“ gestrichen.
- b) Die Absätze 4 und 5 werden aufgehoben.

3. Die §§ 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„§ 2

Risikogruppen

(1) Die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen nach § 266 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt mittels eines vom Bundesamt für Soziale Sicherung festgelegten Versichertenklassifikationsmodells, das auf Klassifikationsmodellen aufbaut, deren Einsatzfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden ist. Der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen sind folgende Risikomerkmale zu Grunde zu legen:

1. das Alter und das Geschlecht der Versicherten,
2. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen,
3. das Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht,
4. regionale Merkmale, die insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die demografische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur oder die Siedlungsstruktur am Wohnort des Versicherten abbilden.

Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das Bundesamt für Soziale Sicherung die Risikogruppen nach Satz 2 Nummer 3 abweichend abgrenzen.

(2) Die Altersabstände nach Absatz 1 Satz 2 betragen ein Jahr. Dabei sind Versicherte dem vollendeten Lebensjahr zuzuordnen, das sich aus der Differenz zwischen Erhebungs- und Geburtsjahr errechnet. Versicherte mit einem Alter unter einem Jahr sind dem Alter null und Versicherte mit einem Alter über 90 Jahre dem Alter 90 Jahre zuzuordnen.

(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Altersabstände und Altersgrenzen abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 3 bestimmen.

(4) Für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen ist das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch dann maßgebend, wenn rückwirkend Rente zugebilligt wird.

(5) In den Risikogruppen nach Absatz 1 sind nicht enthalten:

1. Versicherte, deren Leistungsansprüche nach § 16 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen,
2. Mitglieder, für deren Beitragsbemessung § 240 Absatz 4b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Angehörigen sowie
3. Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 256a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen.

§ 3

Versicherungszeiten

(1) Beginn und Ende einer Versicherungszeit (Anzahl der Versichertentage) im Sinne dieser Verordnung richten sich nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit in dieser Verordnung keine weitergehenden Anforderungen bestimmt sind.

(2) Bei Versicherten nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beginnt die Versicherungszeit mit dem Tag, an dem die Familienversicherung beginnt; der Zeitpunkt ist durch eine zeitnahe Meldung nach § 10 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 289 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu belegen. Satz 1 gilt unbeschadet eines Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Versicherungszeit nach Satz 1 endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen oder mit dem Ausscheiden des Mitglieds aus der Mitgliedschaft.“

4. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „den §§ 6 und 7“ durch die Wörter „§ 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

bb) In Nummer 1 werden die Wörter „Gesundheits- und Kinderuntersuchungen“ durch das Wort „Gesundheitsuntersuchungen“ ersetzt und werden die Wörter „und Leistungen nach

§ 22 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

cc) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Krankenbehandlung nach § 13 Absatz 4 Satz 1 bis 5 und Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 18 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den §§ 27a bis 33, 37 Absatz 1 Satz 1 bis 4, Absatz 1a und 2 Satz 1 bis 3, 7, 8 und Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den §§ 37a und 38 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den §§ 39, 39c, 42, 43 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den §§ 43a und 43b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“.

dd) In Nummer 10 wird nach der Angabe „§ 43“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt und werden die Wörter „Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3“ durch die Wörter „nach § 15 Absatz 7 eingeschriebene Versicherte“ ersetzt.

ee) In Nummer 11 werden die Wörter „eingeschriebene Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3“ durch die Wörter „nach § 15 Absatz 7 eingeschriebene Versicherte“ ersetzt und wird nach dem Wort „berücksichtigen“ der Punkt und werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen das Nähere in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird das Wort „Selbsthilfe“ durch das Wort „Gesundheitsförderung“ ersetzt, wird nach der Angabe „§ 37 Abs. 1 Satz 5“ ein Komma und werden die Wörter „Absatz 1a Satz 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 5“ eingefügt, werden die Wörter „für nicht für Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3 erbrachte“ durch die Wörter „für nicht für in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 15 Absatz 7 eingeschriebene Versicherte erbrachte“ ersetzt und wird nach der Angabe „§ 43“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt.

bb) In Nummer 5 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.

cc) Nummer 6 wird aufgehoben.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „mindern“ das Wort „pauschal“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „vom Berichtsjahr 2004 an“ gestrichen.

cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die Pauschalierung nach den Sätzen 1 und 2.“

5. Die §§ 5 und 6 werden wie folgt gefasst:

„§ 5

Bekanntmachungen

Die in dieser Verordnung vorgesehenen Bekanntmachungen erfolgen durch Mitteilung des Bundesamts für Soziale Sicherung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass die Krankenkassen unverzüglich Kenntnis von der Bekanntmachung erhalten. Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt die Bekanntmachung in geeigneter elektronischer Form öffentlich zugänglich zur Verfügung.

§ 6

Zahlungsverkehr und Verrechnung

(1) Hat das Bundesamt für Soziale Sicherung aufgrund einer Vorschrift dieser Verordnung einen durch eine Krankenkasse zu leistenden Betrag festgesetzt, verrechnet es diesen mit den nach § 16 Absatz 5 an die Krankenkasse auszahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt den Zeitpunkt der Verrechnung und teilt diesen der Krankenkasse mit einer Frist von mindestens 14 Kalendertagen mit.

(2) Auf Antrag der Krankenkasse kann das Bundesamt für Soziale Sicherung die Verrechnung nach Absatz 1 auf mehrere Ausgleichsmonate verteilen. Dabei muss der zu leistende Betrag spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Verrechnung vollständig verrechnet sein. Bei der Verteilung nach Satz 1 ist für jeden angefangenen Monat ein Zuschlag in Höhe von 0,5 Prozent des rückständigen Betrags zu zahlen.“

6. Die §§ 7 bis 15a werden aufgehoben.

7. Der Zweite bis Sechste Abschnitt werden wie folgt gefasst:

„Abschnitt 2

Datenmeldungen,

Versichertenklassifikationsmodell und Gutachten

§ 7

Verarbeitung von Daten

für die Durchführung und

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

(1) Unter Berücksichtigung der Vorgabe nach § 266 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich aus § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die folgenden versichertenbezogenen Datenübermittlungen der Krankenkassen für jedes Kalenderjahr (Berichtsjahr):

1. die Versichertentage unter Angabe von Geburtsjahr und Geschlecht,
2. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente,
3. die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren,
4. die Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

- einschließlich der vereinbarten Sonderkennzeichen sowie jeweils die Anzahl der Verordnungen,
5. die bei Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 in der Verschlüsselung nach § 301 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 6. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 7. die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 4, mit Ausnahme der Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 und 11,
 8. die Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland,
 9. die Anzahl der Versichertentage mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung, differenziert nach § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 53 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 10. die Anzahl der Versichertentage mit Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 11. der amtliche Gemeindegemeinschaftsschlüssel des Wohnorts.

Für die zeitliche Zuordnung der Angaben nach Satz 1 Nummer 4 ist das Verordnungsdatum, für die Zuordnung der Angaben nach Satz 1 Nummer 5 der Tag der Entlassung maßgeblich. Bei den Angaben nach Satz 1 Nummer 7 sind die Ausgaben für Arzneimittel einschließlich der Erstattungsbeträge nach § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Rabatte und Abschläge nach den §§ 130, 130a und 130c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu übermitteln. Satz 3 gilt nicht für die Übermittlung nach § 303b Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bei der Verarbeitung der Daten nach Satz 3 stellen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung sicher, dass Dritte keine Kenntnis erlangen können und die Verarbeitung nur für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie für die Durchführung der Aufgaben nach § 217f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt. Für den Zweck der Datenverarbeitung nach § 217f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermitteln die Krankenkassen ergänzend zu den Angaben nach Satz 3 anonymisiert je Versicherten die Angaben nach Satz 1 Nummer 7 ohne Berücksichtigung der Beträge nach Satz 3 sowie nicht versichertenbezogen die Beträge nach Satz 3 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der sicherstellt, dass diese ohne Krankenkassenbezug verarbeitet werden.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung verarbeitet die Daten nach Absatz 1 Satz 1, soweit dies

für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, die Durchführung des Risikopools nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Die Herstellung des Versichertenbezugs durch die Krankenkassen ist zulässig, soweit dies für die Prüfungen nach § 20 sowie zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 6 erforderlich ist. Für die Zwecke nach Satz 1 sind

1. die Datenmeldungen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die Korrekturmeldungen nach Absatz 4 Satz 2 einschließlich deren Dokumentation und
3. die den Meldungen nach den Nummern 1 und 2 zugrunde liegenden Daten

revisionssicher und nachprüfbar bis zum Ablauf des Kalenderjahres zu speichern oder aufzubewahren, das dem Abschluss der Prüfung des Berichtsjahres nach § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann feststellen, dass die weitere Aufbewahrung für die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 oder im Einzelfall für die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach Satz 3 spätestens nach Ablauf des vierten Kalenderjahres zu löschen, das auf den Abschluss der Prüfung des Berichtsjahres nach § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgt.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die zeitliche Zuordnung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 und Satz 2, für mehrere Kalenderjahre betreffende Krankenhausfälle auch abweichend von Absatz 1 Satz 2, und, auch im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, das Verfahren der Pseudonymisierung. Hierfür ist ein schlüsselabhängiges Verfahren mit jährlichem Schlüsselwechsel zu bestimmen, das sicherstellt, dass einem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit jeweils dasselbe Pseudonym zugeordnet wird und die Daten jedes Versicherten über die Berichtszeiträume hinweg verknüpfbar bleiben. Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung und den erforderlichen Umfang der Daten kann das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bestimmen.

(4) Die Daten nach Absatz 1 sind bis zum 15. August des dem Berichtsjahr folgenden Jahres nach Maßgabe des Absatzes 5 an das Bundesamt für Soziale Sicherung zu übermitteln. Durch eine neue Übermittlung werden korrigiert

1. die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 bis 11 bis zum 15. Juni des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres,
2. die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 bis zum 15. April des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres und

3. die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 8 bis 11 bis zum 15. April des zweiten und dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres.

Werden dem Bundesamt für Soziale Sicherung Daten nicht termingerecht übermittelt oder weisen sie erhebliche Fehler auf, kann das Bundesamt für Soziale Sicherung die Daten insgesamt oder teilweise zurückweisen; anstelle der zurückgewiesenen Daten kann es die Vorjahresdaten zugrunde legen, hat dabei dann aber die Versichertenentwicklung und die Morbiditätsentwicklung sowie einen angemessenen Sicherheitsabzug zu berücksichtigen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung unterrichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über Art und Umfang der von ihm zurückgewiesenen und stattdessen zugrunde gelegten Daten nach Satz 3.

(5) Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 1 pseudonymisiert und maschinenlesbar an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft die Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und leitet sie anschließend pseudonymisiert und maschinenlesbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung weiter. Das Ergebnis seiner Prüfung nach Satz 2 teilt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesamt für Soziale Sicherung schriftlich mit. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist berechtigt, die ihm nach Satz 1 übermittelten Daten zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dieser Verordnung, insbesondere nach § 8 Absatz 4 Satz 1, zu speichern.

(6) Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass zu einem Versichertenpseudonym, zu dem mehr als eine Krankenkasse Daten gemeldet hat, in der Summe mehr Versichertentage übermittelt wurden, als das Ausgleichsjahr an Kalendertagen aufweist, oder dass unterschiedliche Angaben zu Geburtsjahr und Geschlecht übermittelt wurden, teilt er den betroffenen Krankenkassen das jeweilige Versichertenpseudonym, die Art des Fehlers sowie die jeweils andere betroffene Krankenkasse mit, um eine Klärung der Versichertenverhältnisse herbeizuführen. Das Nähere über das Verfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

§ 8

Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells

(1) Die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells nach § 2 Absatz 1 Satz 1 und seine Anpassung an die Gegebenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung haben so zu erfolgen, dass keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden. Das nach Satz 1 an die gesetzliche Krankenversicherung angepasste Versichertenklassifikationsmodell ist prospektiv auszugestalten.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit bestellt auf Vorschlag des Bundesamts für Soziale Sicherung und nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen wissenschaft-

lichen Beirat beim Bundesamt für Soziale Sicherung, der

1. unter Beachtung der Kriterien nach Absatz 1 Empfehlungen zum Verfahren der laufenden Pflege und zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells gibt und
2. regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in einem Gutachten überprüft.

(3) In den wissenschaftlichen Beirat nach Absatz 2 werden Personen berufen, die über einen besonderen Sachverstand in Bezug auf die mit der Klassifikation von Versicherten zusammenhängenden medizinischen, pharmazeutischen, pharmakologischen, klinischen, ökonomischen oder statistischen Fragen sowie in Bezug auf die Entwicklung und Pflege von Versichertenklassifikationsmodellen verfügen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung richtet zur Unterstützung der Arbeit des wissenschaftlichen Beirats eine Geschäftsstelle ein. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann mit den Mitgliedern des Beirats für die Erstellung von Gutachten nach Absatz 2 Nummer 2 als Honorar eine feste Vergütung vereinbaren, die auch pauschalisiert sein kann. Die Ausgaben für die nach Satz 3 vereinbarte Vergütung werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.

(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung legt für das Versichertenklassifikationsmodell

1. die Risikogruppen,
2. den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen,
3. die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4,
4. das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und
5. das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr

nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 30. September fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Es berücksichtigt dabei die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats nach Absatz 2 Nummer 1. Absatz 1 gilt entsprechend. Das Bundesamt für Soziale Sicherung legt die Anzahl der regionalen Merkmale, die in das Versichertenklassifikationsmodell nach § 2 Absatz 1 Satz 1 einbezogen werden, fest. Es wählt dabei insbesondere regionale Merkmale, die die Ausgabenstruktur der Regionen beeinflussen können. Regionale Merkmale, die sich auf die Angebotsstruktur beziehen, können dabei nicht ausgewählt werden. Für die Datengrundlage der regionalen Merkmale verwendet es öffentlich zugängliche, aktuelle, amtliche Daten und die Daten nach § 7 Absatz 1. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann im Berechnungsverfahren nach Satz 1 Nummer 5 nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben der Krankenkassen gesondert berücksichtigen. Es kann nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Festlegungen nach Satz 1 unterjährig anpassen, wenn die allgemein gültige Kodierung der Diagnosen, die Arzneimittelklassifikation

oder das Gemeindeverzeichnis der statistischen Ämter des Bundes und der Länder aktualisiert wird. Die Anpassungen nach Satz 9 sind in geeigneter Weise bekannt zu geben. Die Datenmeldungen nach § 7 Absatz 1 für Versicherte im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 bleiben beim Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und dem Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Satz 1 unberücksichtigt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung legt im Versichertenklassifikationsmodell das Verfahren der Umsetzung des § 266 Absatz 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich nach § 18 fest.

(5) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten, sind gesonderte Risikogruppen nach Alter und Geschlecht zu bilden und Risikozuschläge anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln. Bei Versicherten, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung nach § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder § 53 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt haben, werden die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch eine gesonderte Risikogruppe ersetzt; das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Absatz 4 Satz 1 sind entsprechend anzuwenden. Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das Bundesamt für Soziale Sicherung innerhalb der nach Satz 2 zu bildenden Risikogruppe weitere Differenzierungen vornehmen. Sofern Versicherte sowohl der Risikogruppe nach Satz 1 als auch der Risikogruppe nach Satz 2 zuzuordnen sind, ist die Risikogruppe nach Satz 1 maßgeblich. Als Leistungsausgaben für die Risikogruppen nach Satz 1 werden die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung gebuchten Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen zu Grunde gelegt; danach sind, entsprechend den Bestimmungen des Kontenrahmens, die Bereiche pauschalierter oder nach dem tatsächlichen Aufwand berechneter Erstattungen an ausländische Versicherungsträger sowie Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung eine weitergehende oder abweichende Bestimmung der Bereiche, die Aufwendungen für Leistungen im Ausland betreffen, treffen.

§ 9

Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich

Die Krankenkassen übermitteln nach Maßgabe des Satzes 2 für den monatlichen Ausgleich nach § 16 Absatz 3 versichertenbezogen die Versicherungszeiten der Versicherten für die Zeiträume

1. Januar bis Juni und

2. Januar bis Dezember

(Berichtszeiträume). Die Krankenkassen legen die Versicherungszeiten nach Satz 1 für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 31. August des Berichtsjahres und für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nummer 2 bis zum 28. Februar des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesamt für Soziale Sicherung über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maschinenlesbar vor. § 7 Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 10

Follegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung beauftragt Personen oder Personengruppen, die über besonderen Sachverstand in Bezug auf die Versichertenklassifikation nach § 8 Absatz 4 verfügen, mit der Erstellung von wissenschaftlichen Follegutachten nach § 269 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) In den Gutachten nach Absatz 1 sollen insbesondere die in den Gutachten nach § 33 Absatz 2 in der am 31. März 2020 geltenden Fassung entwickelten Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und zur Deckung der Aufwendungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), auf Basis von Daten aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen überprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden. Die Vorgaben des § 266 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind bei der Überprüfung und Weiterentwicklung der Modelle zu beachten.

(3) Im Follegutachten nach § 269 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen insbesondere die im Gutachten nach § 33 Absatz 3 in der am 31. März 2020 geltenden Fassung enthaltenen Modelle überprüft und weiterentwickelt werden, bei denen die Zuweisungen für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage standardisierter Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzter Krankengeldzahlbeträge ermittelt werden; bei der Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten sind Morbiditätskriterien einzubeziehen. Darüber hinaus ist zu überprüfen, ob und inwieweit die Einbeziehung von weiteren Angaben gemäß § 269 Absatz 3b Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in das Modell umsetzbar ist, ob dies zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Modells führt und ob ergänzend eine Regelung entsprechend § 18 Absatz 1 Satz 3 oder einer alternativen anteiligen Berücksichtigung der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkassen für das Krankengeld nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Zudem ist ein gesondertes Modell zu entwickeln, in dem für jede Krankenkasse die Zuweisungen für die Aufwendungen für das Krankengeld

nach § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage der diesbezüglich tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkasse zu ermitteln sind.

(4) Im Folgegutachten nach § 269 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen Modelle zur landesspezifischen Differenzierung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf Grundlage der Erkenntnisse des Gutachtens nach § 33 Absatz 4 in der am 31. März 2020 geltenden Fassung geprüft und weiterentwickelt werden. Darüber hinaus ist zu überprüfen, ob und in welcher Form eine ergänzende Regelung entsprechend der Regelung in § 18 Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Außerdem ist unter Beachtung von Absatz 2 Satz 2 zu prüfen, ob und wie alternativ ein Verfahren ausgestaltet werden kann, in dem die Zuweisungen für Auslandsversicherte für jede Krankenkasse auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkasse für diese Versicherten ermittelt werden.

(5) Die Gutachten nach den Absätzen 3 und 4 sind dem Bundesamt für Soziale Sicherung jeweils bis zum 31. Dezember 2019 zu erstatten.

Abschnitt 3

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

§ 11

Zuweisungen für das Krankengeld

Für die Zuweisungen für das Krankengeld gelten die §§ 5 bis 7 und 10 in der am 31. März 2020 geltenden Fassung weiter.

§ 12

Ermittlung der Höhe der Grundpauschale

(1) Die Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale bilden die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Ausgaben sind durch die voraussichtliche Summe der Versicherten aller Krankenkassen zu teilen.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt im Voraus die Grundpauschale für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte fest.

(3) Die Bekanntmachung der vom Bundesamt für Soziale Sicherung für das Folgejahr ermittelten Grundpauschale sowie der Werte nach § 266 Absatz 6 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt jährlich bis zum 15. November.

§ 13

Zuweisungen für sonstige Ausgaben

(1) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungskosten. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe dieser Zuwei-

sungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt:

1. die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen sind zusammenzuzählen, die von Dritten erstatteten Aufwendungen für Verwaltungskosten bleiben außer Betracht;
2. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen;
3. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für alle Krankenkassen zu teilen und mit der Zuweisung nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkasse zu vervielfachen;
4. die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse ergibt sich aus der Summe der nach den Nummern 2 und 3 ermittelten Ergebnisse.

Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach Satz 1 im Jahresausgleich ist bei der Ermittlung nach Satz 2 Nummer 3 zur Summe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils die Summe der Zuweisungen nach § 268 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu addieren.

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ermittelt das Bundesamt für Soziale Sicherung die Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung für jedes Ausgleichsjahr im Jahresausgleich auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt: Die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sind durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung zu vervielfachen. Die so ermittelte Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung ist von den Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 abzuziehen. Bei der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ist durch die Versicherungszeiten aller Krankenkassen abzüglich der Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung und bei der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für alle Krankenkassen abzüglich der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die knappschaftliche Krankenversicherung zu teilen.

(3) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2

Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt:

1. die Aufwendungen aller Krankenkassen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, sind zusammenzuzählen, wobei Satzungsleistungen aufgrund von § 2 Absatz 1 Satz 2 und 3 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung, Aufwendungen für Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die zusätzlichen satzungsgemäßen Leistungen aufgrund von § 11 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Betracht bleiben;
2. das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen;
3. das Ergebnis nach Nummer 2 ist mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen.

(4) Die Bekanntmachung der vom Bundesamt für Soziale Sicherung vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen sowie der Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen erfolgt jährlich bis zum 15. November.

§ 14

Risikopool

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung legt jährlich den Schwellenwert für den Risikopool nach § 268 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fest und gibt ihn in geeigneter Weise bekannt. Für die Festlegung nach Satz 1 berechnet das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr die Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt für jede Krankenkasse die Versicherten, deren ausgleichsfähige Leistungsausgaben nach § 268 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in einem Ausgleichsjahr bei einer Krankenkasse den Schwellenwert nach Absatz 1 übersteigen. Dabei gelten für die Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben die Vorgaben des § 4 mit Ausnahme von Absatz 1 Satz 1 Nummer 3.

(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet für jede Krankenkasse den Ausgleichsbetrag nach § 268 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich nach § 18. § 18 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 5 gilt entsprechend. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Krankenkassen den nach Satz 1 berechneten Betrag mit. Es gibt die Höhe der insgesamt über den Risikopool verteilten Zuweisungen jährlich in geeigneter Weise bekannt.

(4) Das Nähere zum Verfahren nach dieser Vorschrift bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

§ 15

Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme

(1) Die Krankenkassen erhalten jährlich aus dem Gesundheitsfonds eine Pauschale für die Teilnahme eines Versicherten an einer der in § 270 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt die Höhe der Pauschalen jährlich nach Maßgabe der Absätze 2 und 3. Nimmt ein Versicherter in einem Ausgleichsjahr bei einer Krankenkasse mehrere Leistungen nach Satz 1 in Anspruch, erhält die Krankenkasse nur die Pauschale für die Leistung, die der jeweils höheren Stufe nach Absatz 2 zugeordnet ist.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 werden auf Grundlage der festgelegten Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte in drei Stufen eingeteilt, die zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Die Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Leistungen nach Absatz 1 Satz 1, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres keine Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt wurde, werden der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet.

(3) Die Höhe der Pauschale für jede Stufe berücksichtigt nach Maßgabe der Sätze 2 und 3 die Durchschnittskosten der in der jeweiligen Stufe enthaltenen Leistungen. Die Pauschale soll Anreize zur Förderung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 setzen, aber nicht die Kosten decken. Sie beträgt höchstens 50 Prozent der Kosten der Leistung mit der geringsten Bewertung der jeweiligen Stufe und steht in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Leistung mit der höchsten Bewertung der jeweiligen Stufe.

(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt die Stufeneinteilung nach Absatz 2 und die Höhe der Pauschalen bis zum 30. April des jeweiligen Ausgleichsjahres bekannt.

(5) Zur Förderung der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g des Fünften

Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen für jeden Versicherten, der in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben ist. Schreibt sich ein nach Satz 1 eingeschriebener Versicherter in ein weiteres strukturiertes Behandlungsprogramm ein, erhält die Krankenkasse nur eine Zuweisung nach Satz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt die Höhe der Zuweisung nach Satz 1 und das Nähere zu § 4 Absatz 1 Nummer 11.

(6) Aus § 270 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich die folgenden versichertenbezogenen Datenübermittlungen der Krankenkassen für jedes Berichtsjahr:

1. die Versichertentage mit Einschreibung in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm,
2. die Angabe über die Teilnahme an den in § 270 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Leistungen.

§ 7 Absatz 2 bis 5 gilt entsprechend.

(7) Für den Zweck der Zuweisungen nach Absatz 5 Satz 1 ist ein Versicherter in ein strukturiertes Behandlungsprogramm ab dem Zeitpunkt eingeschrieben, ab dem alle in § 24 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Im Fall der Fortsetzung der Teilnahme an einem Programm nach Maßgabe des § 24 Absatz 3 beginnt der neue zuweisungsrelevante Zeitraum der Einschreibung mit dem Tag der erneuten Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse. Für den Zweck der Zuweisungen nach Absatz 5 Satz 1 endet die Einschreibung eines Versicherten in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm

1. mit dem Tag, an dem die Zulassung des Programms insbesondere durch Aufhebung nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder durch Verzicht auf die Zulassung endet,
2. mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligungserklärung nach § 137f Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch den Versicherten oder
3. mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 24 Absatz 2 Nummer 2 endet.

(8) Soweit die Zuweisungen nach Absatz 5 Satz 1 Anteile zur Deckung berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben oder Verwaltungskosten enthalten, sind diese Anteile aus den standardisierten Leistungsausgaben und den standardisierten sonstigen Ausgaben bei der Ermittlung nach § 12 Absatz 1, § 13 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, § 17 Absatz 3 und § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 zu bereinigen.

(9) Hebt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Zulassung eines Programms auf, ist

die Zuweisung nach Absatz 5 Satz 1 zurückzuzahlen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann der Krankenkasse durch Bescheid die erneute Übermittlung der Datenmeldung nach Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 aufgeben und den Rückzahlungsbetrag geltend machen. Im Fall des Satzes 2 fließen die Einnahmen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet.

§ 16

Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung

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

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit. Die monatlichen Zuweisungen ergeben sich auf der Grundlage der Feststellung nach Satz 1, monatlich angepasst an die Veränderungen der Versichertenanzahl. Die Summe der monatlichen Zuweisungen an alle Krankenkassen entspricht einem Zwölftel des Wertes nach § 17 Absatz 2.

(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet für das jeweilige Ausgleichsjahr für alle Krankenkassen jeweils

1. bis zum 15. April des Ausgleichsjahres,
2. bis zum 15. Oktober des Ausgleichsjahres sowie
3. bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres

die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 neu unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 9 und teilt diese den Krankenkassen mit; im Fall von Nummer 3 ermittelt das Bundesamt für Soziale Sicherung außerdem auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Daten nach § 18 Absatz 1 Satz 1 und den zu erwartenden Betrag nach § 18 Absatz 2 vorläufig neu. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann dabei auf Antrag einer Krankenkasse im Einzelfall die vorläufige Höhe ihrer Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen abweichend ermitteln, wenn die nach Absatz 2 ermittelten Zuweisungen erheblich und nachweislich von dem im Jahresausgleich nach § 18 zu erwartenden Ergebnis abweichen. Bei der abweichenden Ermittlung nach Satz 2 kann sich das Bundesamt für Soziale Sicherung unter Berücksichtigung des § 7 Absatz 4 Satz 3 an Schätzungen orientieren und legt einen angemessenen Sicherheitsabzug zugrunde. Die bis zur Neuberechnung nach den Sätzen 1 und 2 festgesetzten Zuweisungen für das Ausgleichsjahr werden auf der Grundlage der Feststellungen nach den Sätzen 1 und 2 neu ermittelt. Das Nähere zum Verfahren

nach den Absätzen 2 und 3 bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(4) Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die Höhe der bisher nach Absatz 2 festgesetzten Zuweisungen, leistet der Gesundheitsfonds den überschießenden Betrag an die Krankenkasse. Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Krankenkassen die nach Satz 1 oder Satz 2 zu leistenden Beträge und den Zeitpunkt der Zahlung oder Verrechnung mit.

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

(6) Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung auf Grund der Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.

§ 17

Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt für jede Krankenkasse im Voraus für ein Ausgleichsjahr den Betrag, um den die monatlichen Zuweisungen für jede Krankenkasse zu verändern sind. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zieht dazu von dem Zuweisungsvolumen nach Absatz 2 die Ausgaben nach Absatz 3 ab und teilt das Ergebnis durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen und durch die Zahl 12. Das Ergebnis nach Satz 2 wird für jede Krankenkasse mit der Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, vervielfacht.

(2) Das Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr ergibt sich aus der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte für das Ausgleichsjahr. Diese werden um die für den Aufbau der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Einnahmen, die Ausgaben nach § 8 Absatz 3 Satz 4 und nach § 16 Absatz 6, die Kosten nach § 28q Absatz 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sowie die nach § 137g Absatz 1 Satz 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme entstehenden Vorkosten bereinigt.

(3) Die maßgeblichen Ausgaben ergeben sich aus der Höhe der voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Höhe der voraussichtlichen standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen.

(4) Die Bekanntmachung der vom Bundesamt für Soziale Sicherung für das Folgejahr ermittelten Beträge erfolgt jährlich bis zum 15. November.

§ 18

Jahresausgleich

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr)

1. die risikoadjustierten Zu- und Abschläge und
2. die Werte nach § 13 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie
3. die Werte nach § 13 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 neu. Die Summe der Risikozuschläge nach § 8 Absatz 5 Satz 1 ist auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 8 Absatz 5 Satz 5 und 6 zu begrenzen. Die Hälfte der Zuweisungen für die Versicherten- und Gruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 ist für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln. Bei der Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 genannten Risikomerkmale im Jahresausgleich sind nach Maßgabe des § 19 die Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Versichertentage, die den Risikogruppen zugeordnet sind, auszuschließen. Bei der Ermittlung nach Satz 1 Nummer 1 sind die Leistungsausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt für jede Krankenkasse den Betrag, um den die Zuweisungen für jede Krankenkasse im Jahresausgleich nach Absatz 3 zu verändern sind, indem es von dem Wert nach § 17 Absatz 2

1. die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die Höhe der standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und
3. die Höhe der Zuweisungen nach § 270 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Ausgleichsbeträge über den Risikopool nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

abzieht und das Ergebnis durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen teilt und für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht.

(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet auf der Grundlage der nach den Absätzen 1 und 2 ermittelten Zahlen sowie der Grundpauscha-

len nach § 12 für jede Krankenkasse die Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich. Für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, ist eine gemeinsame Berechnung vorzunehmen. Für Krankenkassen, die in dem auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahr miteinander vereinigt worden sind, kann das Bundesamt für Soziale Sicherung im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine gemeinsame Berechnung vornehmen.

(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt die nach den Absätzen 1 und 2 ermittelten Werte in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen die nach den Absätzen 2 und 3 ermittelten Beträge mit. Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, leistet der Gesundheitsfonds den überschießenden Betrag an die Krankenkasse. Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Krankenkassen die nach Satz 2 oder Satz 3 zu leistenden Beträge und den Zeitpunkt der Zahlung oder Verrechnung mit.

(5) Der Jahresausgleich ist bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres durchzuführen und im nächsten Jahresausgleich auf Grundlage der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 zu korrigieren. Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt die korrigierten Werte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen die korrigierten Zuweisungen mit. Das Nähere zum Verfahren bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

§ 19

Ausschluss auffälliger Risikogruppen

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die nach § 18 Absatz 1 Satz 4 auszuschließenden Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch das Verfahren nach den Absätzen 2 bis 5. Es gibt die dem Ausschlussverfahren zugrunde liegenden Werte zum Jahresausgleich bekannt.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 zugeordneten Versichertentage (Risikogruppenbesetzung) sowie die Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 unter Außerachtlassung von § 18 Absatz 1 Satz 4.

(3) Es ermittelt die Risikogruppenbesetzung, die sich auf Grundlage der Daten ergibt, die den Festlegungen nach § 8 Absatz 4 Satz 1 für das Ausgleichsjahr des Jahresausgleichs zugrunde lagen.

(4) Auf Grundlage der Risikogruppenbesetzung nach den Absätzen 2 und 3 ermittelt das Bundesamt für Soziale Sicherung die 10 Prozent der Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Risiko-

gruppenbesetzung, soweit sie das Eineinhalbfache der durchschnittlichen Steigerungsraten der Risikogruppenbesetzung überschreiten. Unberücksichtigt bleiben diejenigen Risikogruppen nach Satz 1, bei denen die absolute Risikogruppenbesetzung im Ausgleichsjahr den Schwellenwert von 0,05 Prozent der durchschnittlichen Versichertenzeiten aller Krankenkassen im Ausgleichsjahr nicht überschreitet.

(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung schließt von den Risikogruppen nach Absatz 4 diejenigen mit dem größten Zuweisungsvolumen, das sich aus der Risikogruppenbesetzung und den Zu- und Abschlägen nach Absatz 2 ergibt, aus, bis 5 Prozent aller Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des jeweiligen Jahresausgleichs ausgeschlossen wurden. Erfüllen weniger als 5 Prozent der Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Kriterien nach Absatz 4 Satz 1, sind alle nach Absatz 4 ermittelten Risikogruppen auszuschließen.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt bis zum 31. August des auf das Ausgleichsjahr folgenden Kalenderjahres dem Bundesamt für Soziale Sicherung mit Begründung die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 mit, bei denen ein möglicher überdurchschnittlicher Anstieg der Risikogruppenbesetzung medizinisch oder diagnostisch bedingt ist. Das Bundesamt für Soziale Sicherung schließt diese Risikogruppen nicht gemäß § 18 Absatz 1 Satz 4 aus.

(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann unter Berücksichtigung des Gutachtens nach § 266 Absatz 10 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer durch das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Überprüfung der Schwellenwerte nach Absatz 4 durch den wissenschaftlichen Beirat die Schwellenwerte abweichend festlegen.

§ 20

Prüfung der Datenmeldungen

(1) Die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen haben bei den Krankenkassen in ihrem Zuständigkeitsbereich mindestens alle drei Jahre folgende Daten, jeweils bezogen auf eines der drei zuletzt nach § 18 abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre, auf deren Richtigkeit zu prüfen:

1. die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 10 und 11 aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 und die Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1,
2. die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 bis 6 mit Ausnahme des Arztgruppenschlüssels aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 und 9 aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3.

Die Stellen nach Satz 1 haben jährlich die Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 für Ver-

sicherte nach § 14 Absatz 2 Satz 1 des jeweiligen Berichtsjahres auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Die Stellen nach Satz 1 legen im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung die Prüfstände nach Satz 1 fest.

(2) Für die Prüfungen nach Absatz 1 legt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Stellen nach Absatz 1 Satz 1 für den jeweiligen Prüfzyklus die Stichprobenmethodik und insbesondere das jeweilige Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs fest und bestimmt das Nähere über die Anforderungen an die Erhebung der Stichproben. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zieht die Stichproben für die jeweilige Prüfung und stellt den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 die Liste der gezogenen Stichproben in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Im Einvernehmen mit den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 legt das Bundesamt für Soziale Sicherung fest, welche der ihm vorliegenden Daten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 es darüber hinaus für die Stichprobenprüfung den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 für die jeweilige Prüfung zur Verfügung stellt.

(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Stellen nach Absatz 1 Satz 1 das Nähere zu Art, Umfang und Aufbereitungsform der Daten und Belege, die die Krankenkassen den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 zu übermitteln haben. Die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 teilen dem Bundesamt für Soziale Sicherung, der Krankenkasse und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich das Ergebnis ihrer Prüfungen mit. Das Nähere zur Mitteilung der Prüfergebnisse bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung der Stellen nach Absatz 1 Satz 1.

(4) Für die Richtigkeit der Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 ist zu prüfen, ob die Vorgaben des § 15 Absatz 7 erfüllt sind. Dafür sind die Meldungen des jeweiligen Ausgleichsjahres zu prüfen; zu berücksichtigen sind dabei die den Meldungen zugrunde liegenden Unterlagen des Ausgleichsjahres, des diesem vorangegangenen und des diesem nachfolgenden Kalenderjahres.

(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung rechnet die bei den Prüfungen nach Absatz 1 jeweils festgestellten fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle auf die der jeweiligen Stichprobe zugrunde liegende Grundgesamtheit hoch. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das jeweils anzuwendende Hochrechnungsverfahren im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Hierbei kann es bei den Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 auch bestimmen, dass die Hochrechnung nur erfolgt, wenn die fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle eine bestimmte Quote überschreiten.

(6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt auf Grund der jeweiligen Hochrechnung nach Absatz 5 den Korrekturbetrag und macht diesen durch Bescheid geltend. Die Einnahmen nach die-

sem Absatz fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet.

§ 21

Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft nach § 273 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Datenmeldungen nach § 7 Absatz 4 Satz 2 eines Berichtsjahres.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt den Korrekturbetrag nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, indem es

1. innerhalb von drei Monaten nach Einleitung des Verfahrens zur Ermittlung des Korrekturbetrags feststellt, welche Daten rechtswidrig übermittelt wurden,
2. nach Ablauf dieser Frist durch Vergleich der letzten Datenmeldung der Krankenkasse, für die bislang kein Korrekturbetrag auf Grundlage dieser Vorschrift oder des § 39a in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung ermittelt wurde, mit der rechtswidrigen Datenmeldung den Umfang der rechtswidrig übermittelten Daten schätzt,
3. auf Grundlage der Feststellung nach Nummer 1 oder der Schätzung nach Nummer 2 den Betrag ermittelt, um den die rechtswidrige Datenmeldung die Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhöht hat.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann die Schätzung nach Satz 1 Nummer 2 auf einzelne Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 beschränken. Für die Ermittlung nach den Sätzen 1 und 2 kann die betroffene Krankenkasse Auskünfte und Nachweise vorlegen oder das Bundesamt für Soziale Sicherung diese verlangen. Bei der Schätzung nach Satz 1 Nummer 2 berücksichtigt das Bundesamt für Soziale Sicherung die durchschnittliche Entwicklung der prüfgegenständlichen Daten bei allen am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen. Zum Ergebnis nach Satz 1 wird ein Strafzuschlag in Höhe von 25 Prozent addiert. Das Bundesamt für Soziale Sicherung macht den Korrekturbetrag durch Bescheid geltend.

(3) Die Einnahmen nach dieser Vorschrift fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet. Das Nähere zum Verfahren nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

§ 22

Durchführung des Einkommensausgleichs

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe der Mittel, die die Krankenkassen aus

dem Einkommensausgleich nach § 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die vorläufige Höhe der Mittel nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit; § 16 Absatz 2 gilt entsprechend. Die monatlichen Mittel für jede Krankenkasse für den jeweiligen Ausgleichsmonat ergeben sich, indem die voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen mit dem Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht wird. § 16 Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend. Die Mittel für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des auf den Monat der ersten Auszahlung folgenden Monats ausgezahlt.

(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet auf der Grundlage der aktuellen Mitgliederzahlen aus den jeweils zum Ersten eines Monats erstellten Monatsstatistiken für die zurückliegenden Monate des Ausgleichsjahres zu den in § 16 Absatz 3 Satz 1 genannten Terminen die vorläufige Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 16 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 4 gilt entsprechend.

(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das Ausgleichsjahr zu dem in § 18 Absatz 5 Satz 1 genannten Termin die Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 18 Absatz 4 gilt entsprechend.

Abschnitt 4

Aufbringung der Finanzmittel
für den Innovationsfonds bei den Krankenkassen

§ 23

Aufzubringende Mittel
der Krankenkassen für den Innovationsfonds

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt für die in § 92a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Jahre für jede Krankenkasse für das jeweilige Jahr den von dieser zu tragenden Anteil zur Finanzierung des Innovationsfonds, indem es jeweils den sich aus § 92a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen ergebenden Betrag durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen teilt und danach das Ergebnis mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse vervielfacht.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat für jede Krankenkasse das Ergebnis nach Absatz 1 von den Zuweisungen an die Krankenkasse nach § 266 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das jeweilige Jahr abzusetzen. § 18 gilt entsprechend.

Abschnitt 5

Anforderungen an die Zulassung
strukturierter Behandlungsprogramme nach
§ 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 24

Anforderungen an das Verfahren
der Einschreibung der Versicherten in
ein strukturiertes Behandlungsprogramm
nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
einschließlich der Dauer der Teilnahme

(1) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann nur zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass der Versicherte

1. nur auf Grund einer schriftlichen Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Erstdokumentation nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeschrieben wird,
 2. nach § 137f Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in die Teilnahme sowie die damit verbundene Verarbeitung seiner Daten einwilligt und
 3. über die Programminhalte, insbesondere auch darüber, dass zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse zur Unterstützung der Betreuung des Versicherten im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet werden können, und dass in den Fällen des § 25 Absatz 2 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, die Aufgabenteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele, die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm und die Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung sowie über seine im Programm aufgeführten Mitwirkungspflichten zur Erreichung der Ziele und darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat, informiert wird und diese Information schriftlich oder elektronisch bestätigt.
- (2) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann außerdem nur zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass
1. die Krankenkasse die aktive Teilnahme des Versicherten anhand der Dokumentation nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überprüft,
 2. die Teilnahme des Versicherten am Programm endet, wenn
 - a) er die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
 - b) er innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches So-

zialgesetzbuch veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder

- c) zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a genannten Frist übermittelt worden sind, und
3. die Krankenkasse die am Programm Beteiligten über Beginn und Ende der Teilnahme eines Versicherten am Programm informiert.

(3) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann auch zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass bei einer Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, seine Teilnahme am Programm auf Grund einer Folgedokumentation fortgesetzt werden kann. Während der Unterbrechungszeit gilt Absatz 2 Nummer 2 entsprechend.

§ 25

Anforderungen
an das Verfahren der Verarbeitung
der für die Durchführung der Programme
nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
erforderlichen personenbezogenen Daten

(1) Voraussetzung für die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms ist, dass

1. im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassende und zu übermittelnde Erst- und Folgedokumentationen vorgesehen sind, die nur die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils aufgeführten Angaben umfassen und nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verarbeitet werden, und
2. im Programm vorgesehen ist, dass Zugang zu den an die Krankenkassen nach dieser Vorschrift übermittelten Daten nur Personen haben, die Aufgaben im Rahmen der Betreuung Versicherter in strukturierten Behandlungsprogrammen wahrnehmen und hierfür besonders geschult worden sind.

(2) Soweit die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms mit einer Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart wird, kann das Programm zugelassen werden, wenn

1. in den Verträgen vereinbart worden ist, dass
 - a) die an der Durchführung des Programms beteiligten Vertragsärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen die von ihnen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu erhebenden Daten den Krankenkassen und zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums maschinell verwertbar und versicherten- und leistungserbringerbezogen übermitteln,

- b) der Versicherte schriftlich über die nach Buchstabe a übermittelten Daten unterrichtet wird,
 - c) die Arbeitsgemeinschaft nach Buchstabe a die ihr übermittelten Daten pseudonymisiert an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Mitglieder dieser Arbeitsgemeinschaft sind, sowie an eine von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete gemeinsame Einrichtung übermittelt, die diese Daten nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung und der Evaluation des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeiten dürfen,
 - d) die Pseudonymisierung des Versichertenbezugs in einer für die Zwecke nach Absatz 1 geeigneten Form erfolgt, und
2. im Programm vorgesehen ist, dass diese Vereinbarungen der Durchführung des Programms zu Grunde gelegt werden.

Satz 1 gilt für sonstige Verträge mit Leistungserbringern zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden, entsprechend.

(3) Soweit in den Verträgen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 nicht vorgesehen ist, kann das Programm nur dann zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Daten von den Leistungserbringern zu erheben und der Krankenkasse maschinell verwertbar sowie versicherten- und leistungserbringerbezogen spätestens innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums zu übermitteln sind. Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Leistungsdaten nach dem Zweiten Abschnitt des Zehnten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit erforderlich, und die Daten nach Absatz 1 an die mit der Evaluation beauftragten Sachverständigen gemäß § 137f Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelt werden. Personenbezogene Daten sind vor Übermittlung an die Sachverständigen durch die Krankenkassen zu pseudonymisieren.

§ 26

Berechnung der Kosten
für die Bescheidung von Zulassungsanträgen

(1) Die Bescheidung eines Antrags auf Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms um-

fasst alle Tätigkeiten, die unmittelbar durch die Bearbeitung des Antrags veranlasst sind. Der Berechnung der Gebühren sind die Personalkostensätze des Bundes einschließlich der Sachkostenpauschale zu Grunde zu legen. Die Personalkostensätze sind je Arbeitsstunde anzusetzen. Wird ein Zulassungsantrag vor der Bescheiderteilung zurückgenommen, wird der Gebührenberechnung der bis dahin angefallene Bearbeitungsaufwand zu Grunde gelegt. Auslagen sind den Gebühren in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen.

(2) Vorhaltekosten sind die beim Bundesamt für Soziale Sicherung anfallenden notwendigen Kosten, die durch Leistungen im Zusammenhang mit der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme veranlasst werden, die aber nicht unmittelbar durch die Bescheiderteilung entstehen. Zur Ermittlung der Vorhaltekosten ist die Summe der für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage des Absatzes 1 ermittelten Personal- und Sachkosten der mit der Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen befassten Mitarbeiter um die für das Ausgleichsjahr für die Bescheiderteilung berechneten Gebühren zu verringern.

Abschnitt 6

Übergangsregelung

§ 27

Übergangsregelung

(1) Nach Maßgabe des § 266 Absatz 11 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 insbesondere, dass

1. die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 bis 45 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht, ein weiteres Risikomerkmäl gemäß § 2 Absatz 1 Satz 2 ist,
2. § 31 Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 4 in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung anzuwenden ist,
3. die §§ 14, 15 Absatz 1 bis 4 und 6 Satz 1 Nummer 2, § 18 Absatz 1 Satz 4 und § 19 nicht anzuwenden sind.

(2) Werden im Rahmen der Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 die Datenmeldungen für die Ausgleichsjahre bis einschließlich 2020 geprüft, sind

1. zusätzlich die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3,
2. nicht die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 und § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2

zu prüfen. Die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 2 ist für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nicht durchzuführen.“

8. Der Siebte bis Neunte Abschnitt werden aufgehoben.

Artikel 7

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Dem § 8 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) geändert worden ist, wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Das Krankenhaus berechnet bei Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. Mai 2020 bis zum 31. Dezember 2020 zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe von 0,42 Prozent des Rechnungsbetrags und weist diesen gesondert in der Rechnung aus. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“

Artikel 7a

Änderung der Bundespfllegesatzverordnung

Dem § 8 der Bundespfllegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) geändert worden ist, wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Das Krankenhaus berechnet bei Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. Mai 2020 bis zum 31. Dezember 2020 zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe von 0,42 Prozent des Rechnungsbetrags und weist diesen gesondert in der Rechnung aus. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“

Artikel 8

Änderung der SGB V-Übertragungsverordnung

§ 1 der SGB V-Übertragungsverordnung vom 12. Februar 2010 (BGBl. I S. 88), die durch Artikel 57 Absatz 27 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„§ 1

Die in § 170 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 162 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthaltenen Ermächtigungen werden auf das Bundesamt für Soziale Sicherung übertragen.“

Artikel 8a

Änderung der Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung

Die Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung vom 18. Juli 2011 (BGBl. I S. 1396), die zuletzt durch Artikel 57 Absatz 28 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 wird die Angabe „§ 171e“ durch die Angabe „§ 170“ ersetzt.
2. In § 4 Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 171e“ durch die Angabe „§ 170“ ersetzt.

Artikel 9
Änderung des
Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

In § 219 Absatz 2 Satz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 4 und 11 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 575) geändert worden ist, werden die Wörter „einschließlich der Verpflichtungen der Deutschen Rentenversicherung Bund aus der Durchführung des Zahlungsverkehrs für den Risikostrukturausgleich gemäß § 266 des Fünften Buches“ gestrichen.

Artikel 10
Änderung des
Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 46 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 3 Satz 6 wird die Angabe „§ 147 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 149 Absatz 2“ ersetzt.

2. In Absatz 5 wird die Angabe „bis 172“ durch die Angabe „bis 170“ ersetzt.

Artikel 10a
Änderung des Gesetzes zur
Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts

Artikel 33 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 2 wird nach dem Wort „Buches“ das Wort „Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
2. Die Nummern 1 und 3 werden aufgehoben.

Artikel 11
Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse vom 4. Januar 2010 (BGBl. I S. 2), die zuletzt durch Artikel 57 Absatz 26 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist, außer Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates
sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es
ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 22. März 2020

Der Bundespräsident
Steinmeier

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister für Gesundheit
Jens Spahn

**Gesetz
zur Vorbereitung der Schaffung von
Baurecht durch Maßnahmengesetz im Verkehrsbereich
(Maßnahmengesetzvorbereitungsgesetz – MgvG)**

Vom 22. März 2020

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

§ 1

Gegenstand des Gesetzes

Gegenstand dieses Gesetzes ist es, ein Verfahren zu schaffen, um anschließend den Neu- oder Ausbau sowie die Änderung von Verkehrsinfrastruktur durch Gesetz anstelle eines Verwaltungsakts zulassen zu können.

§ 2

Verkehrsinfrastrukturprojekte

Durch Maßnahmengesetz anstelle eines Verwaltungsakts kann der Deutsche Bundestag abweichend von § 18 Absatz 1 des Allgemeinen Eisenbahngesetzes und von § 14 Absatz 1 des Bundeswasserstraßengesetzes die folgenden Verkehrsinfrastrukturprojekte zulassen:

1. den Ausbau der Eisenbahnstrecke von München über Mühldorf nach Freilassing,
2. den Ausbau der Eisenbahnstrecke von Hof über Marktredwitz und Regensburg nach Obertraubling,
3. den Ausbau der Eisenbahnstrecke von Magdeburg nach Halle,
4. den Neubau der Kurve von Mönchehof nach Ihringshausen im Rahmen des Ausbaus der Eisenbahnstrecke von Paderborn nach Halle,
5. die Elektrifizierung der Eisenbahnstrecke von Geithain nach Chemnitz im Rahmen des Ausbaus der Eisenbahnstrecke von Leipzig nach Chemnitz,
6. den Ausbau und Neubau der Eisenbahnstrecke von Hannover nach Bielefeld,
- 6a. den Ausbau der Eisenbahnstrecke von Niebüll über Klanxbüll nach Westerland,
7. den Ausbau der Eisenbahnstrecke von der deutsch-niederländischen Grenze über Kaldenkirchen, Viersen und Rheydt nach Odenkirchen,
8. die Fahrrinnenanpassung der Außenweser und der Unterweser (Nord),
9. die Abladeoptimierung der Fahrrinnen des Mittelrheins,
10. die Fahrrinnenvertiefung des Untermains bis Aschaffenburg,
11. die Vertiefung des Nord-Ostsee-Kanals sowie
12. den Ausbau des Wesel-Datteln-Kanals bis Marl und den Ersatzneubau der „Großen Schleusen“ sowie die Brückenhebung bei diesem Ersatzneubau.

Die Zulassung schließt die für den Betrieb des jeweiligen Verkehrsweges notwendigen Anlagen ein.

§ 3

Träger des Vorhabens; zuständige Behörde

(1) Träger des Vorhabens für die in § 2 Satz 1 genannten Verkehrsinfrastrukturprojekte ist die nach dem jeweiligen Fachgesetz zuständige Stelle für den Neu- oder Ausbau oder die Änderung des jeweiligen Verkehrsweges.

(2) Zuständige Behörde ist

1. für die in § 2 Satz 1 Nummer 1 bis 7 genannten Verkehrsinfrastrukturprojekte das Eisenbahn-Bundesamt und
2. für die in § 2 Satz 1 Nummer 8 bis 12 genannten Verkehrsinfrastrukturprojekte die Generaldirektion Wasserstraßen und Schifffahrt.

§ 4

Vorbereitendes Verfahren

(1) Für die Zulassung eines Verkehrsinfrastrukturprojektes oder von Teilen eines Verkehrsinfrastrukturprojektes nach § 2 Satz 1 durch Maßnahmengesetz wird vor Einleitung des jeweiligen Gesetzgebungsverfahrens ein vorbereitendes Verfahren durchgeführt. Der Träger des Vorhabens beantragt die Durchführung des vorbereitenden Verfahrens bei der zuständigen Behörde.

(2) Das vorbereitende Verfahren umfasst

1. die Unterrichtung über den Untersuchungsrahmen gemäß § 6,
2. ein Anhörungsverfahren gemäß § 7 Absatz 1 sowie
3. die Erstellung eines Abschlussberichts gemäß § 8.

(3) Auf das vorbereitende Verfahren sind die Bestimmungen für das Planfeststellungsverfahren und für daran anknüpfende Verfahren anzuwenden, soweit in diesem Gesetz nicht etwas anderes geregelt wird. Nicht auf das vorbereitende Verfahren anzuwenden sind

1. die §§ 18a bis 18e des Allgemeinen Eisenbahngesetzes,
2. die §§ 14a bis 14e des Bundeswasserstraßengesetzes und
3. die §§ 74 bis 78 des Verwaltungsverfahrensgesetzes.

(4) Die frühe Öffentlichkeitsbeteiligung nach § 5 wird vom Träger des Vorhabens durchgeführt. Das vorbereitende Verfahren wird von der zuständigen Behörde durchgeführt.

§ 5

Frühe Öffentlichkeitsbeteiligung

(1) Der Träger des Vorhabens hat die betroffene Öffentlichkeit frühzeitig zu unterrichten über

1. die Ziele des Verkehrsinfrastrukturprojektes,
2. die Mittel, die erforderlich sind, um das Verkehrsinfrastrukturprojekt zu verwirklichen, und
3. die voraussichtlichen Auswirkungen des Verkehrsinfrastrukturprojektes.

Er hat der betroffenen Öffentlichkeit Gelegenheit zur Äußerung und zur Erörterung zu geben.

(2) Die frühe Öffentlichkeitsbeteiligung findet vor Stellung des Antrags auf Durchführung eines vorbereitenden Verfahrens statt. Die nach § 4 Absatz 3 durchzuführende Öffentlichkeitsbeteiligung im vorbereitenden Verfahren bleibt davon unberührt.

(3) Das Ergebnis der frühen Öffentlichkeitsbeteiligung ist der betroffenen Öffentlichkeit und der zuständigen Behörde spätestens mit der Stellung des Antrags auf Durchführung eines vorbereitenden Verfahrens, im Übrigen unverzüglich mitzuteilen.

§ 6

**Unterrichtung
über den Untersuchungsrahmen**

(1) Für die Unterrichtung über den Untersuchungsrahmen gilt § 15 des Gesetzes über die Umweltverträglichkeitsprüfung nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Die zuständige Behörde unterrichtet und berät den Träger des Vorhabens – abweichend von § 15 Absatz 1 Satz 1 des Gesetzes über die Umweltverträglichkeitsprüfung – in jedem Fall entsprechend dem Planungsstand des Verkehrsinfrastrukturprojektes frühzeitig über Inhalt, Umfang und Detailtiefe der Angaben, die er voraussichtlich in den UVP-Bericht aufnehmen muss (Untersuchungsrahmen).

(3) Abweichend von § 15 Absatz 3 Satz 1 des Gesetzes über die Umweltverträglichkeitsprüfung muss vor der Unterrichtung die zuständige Behörde dem Träger des Vorhabens sowie den nach § 17 des Gesetzes über die Umweltverträglichkeitsprüfung zu beteiligenden Behörden Gelegenheit zu einer Besprechung geben.

(4) Die Besprechung hat sich auf den Gegenstand, den Umfang und die Methoden der Umweltverträglichkeitsprüfung und der weiteren mit dem Verkehrsinfrastrukturprojekt verbundenen Umweltprüfungen zu erstrecken.

(5) Die zuständige Behörde muss über § 15 des Gesetzes über die Umweltverträglichkeitsprüfung hinaus auch der betroffenen Öffentlichkeit nach § 2 Absatz 9 des Gesetzes über die Umweltverträglichkeitsprüfung Gelegenheit zur Teilnahme an der in Absatz 3 genannten Besprechung und zur Äußerung in dieser Besprechung geben.

§ 7

Anhörungsverfahren

(1) Für das Anhörungsverfahren gilt § 73 des Verwaltungsverfahrensgesetzes mit der Maßgabe, dass

1. die für das Einvernehmen nach Artikel 89 Absatz 3 des Grundgesetzes zuständige Landesbehörde bereits im Rahmen ihrer Stellungnahme nach § 73 Absatz 3a des Verwaltungsverfahrensgesetzes eine vorläufige Einschätzung zur Erteilung oder Versagung des Einvernehmens aufnimmt,
2. in der Bekanntmachung nach § 73 Absatz 5 Satz 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes zusätzlich darauf hinzuweisen ist, dass das Verkehrsinfrastrukturprojekt entweder durch Verwaltungsakt oder durch Erlass eines Maßnahmengesetzes zugelassen werden kann,
3. § 73 Absatz 9 des Verwaltungsverfahrensgesetzes keine Anwendung findet.

(2) Kommt die zuständige Behörde nach Abschluss des Anhörungsverfahrens zu dem Ergebnis, dass keine triftigen Gründe für die Annahme bestehen, dass die Zulassung des Verkehrsinfrastrukturprojektes besser durch ein Maßnahmengesetz erreicht werden kann, so leitet sie dem Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur einen entsprechend begründeten Entscheidungsvorschlag zu. Das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur kann auf Grundlage des Entscheidungsvorschlags davon absehen, ein Gesetzgebungsverfahren für ein Maßnahmengesetz zu veranlassen, wenn durch das Maßnahmengesetz die Zulassung des Verkehrsinfrastrukturprojektes zugunsten des Gemeinwohls nicht oder nur unwesentlich beschleunigt wird. In diesem Fall führt die nach diesem Gesetz zuständige Behörde das Verfahren über die Zulassung nach Maßgabe der Planfeststellungsregelungen, die für das jeweilige Verkehrsinfrastrukturprojekt gelten, fort.

(3) Wenn das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur entscheidet, dass ein Vorhaben nach § 2 Satz 1 durch Verwaltungsakt zugelassen werden soll, berichtet es dem Deutschen Bundestag hierüber unverzüglich.

§ 8

**Abschlussbericht
und Anlagen zum Abschlussbericht**

(1) Die zuständige Behörde erstellt nach Abschluss des Anhörungsverfahrens einen Abschlussbericht und leitet diesen dem Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur mit den für den Erlass eines Maßnahmengesetzes erforderlichen Unterlagen (Anlagen zum Abschlussbericht) zu. Erforderlich sind in der Regel die Planunterlagen mit entscheidungserheblichen Unterlagen wie zum Beispiel der UVP-Bericht, der landwirtschaftspflegerische Begleitplan und die etwaige Stellungnahme der Europäischen Kommission nach § 34 Absatz 4 Satz 2 des Bundesnaturschutzgesetzes. Wenn das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur gemäß § 7 Absatz 2 entscheidet, dass ein Vorhaben nach § 2 Satz 1 durch Verwaltungsakt zugelassen werden soll, ist kein Abschlussbericht zu erstellen.

(2) Soweit ein Verkehrsinfrastrukturprojekt oder Teile eines Verkehrsinfrastrukturprojektes nach § 2 Satz 1 Nummer 8 bis 12 Belange der Landeskultur oder der Wasserwirtschaft berührt beziehungsweise berühren, bedarf der Abschlussbericht des Einvernehmens der zuständigen Landesbehörde. Über die Erteilung des

Einvernehmens entscheidet die zuständige Landesbehörde innerhalb von drei Monaten, nachdem ihr die zuständige Behörde den Entwurf des Abschlussberichts übermittelt hat.

(3) Der Abschlussbericht soll bezüglich seines Aufbaus und Inhalts einem Planfeststellungsbeschluss für das jeweilige Projekt entsprechen. Er soll zumindest enthalten:

1. eine Darstellung der durch das Projekt berührten öffentlichen und privaten Belange, einschließlich der Umweltauswirkungen auf Grundlage der zusammenfassenden Darstellung nach § 24 des Gesetzes über die Umweltverträglichkeitsprüfung und die begründete Bewertung der Umweltauswirkungen nach § 25 Absatz 1 des Gesetzes über die Umweltverträglichkeitsprüfung,
2. den für eine Abwägung erforderlichen Sachverhalt und dessen vorläufige Bewertung sowie Abwägungsalternativen einschließlich der Darstellung der nicht erledigten Einwendungen,
3. eine Darstellung, unter welchen Voraussetzungen das Verkehrsinfrastrukturprojekt oder Teile dieses Verkehrsinfrastrukturprojektes genehmigungsfähig ist beziehungsweise sind, insbesondere, ob dem Träger des Vorhabens zum Wohle der Allgemeinheit oder zur Vermeidung nachteiliger Wirkungen auf Rechte anderer Vorkehrungen oder die Errichtung und Unterhaltung von Anlagen aufzuerlegen sind,
4. welchen Betroffenen ein Anspruch auf angemessene Entschädigung zusteht, soweit solche Vorkehrungen oder Anlagen untunlich sind oder mit dem Projekt oder Teilen des Projektes unvereinbar sind,
5. welche Vorbehalte aufzunehmen und welche Auflagen dem Träger des Vorhabens aufzugeben sind, soweit eine abschließende Entscheidung noch nicht möglich ist,
6. bei Verkehrsinfrastrukturprojekten nach § 2 Satz 1 Nummer 8 bis 12 die Mitteilung über das gemäß Artikel 89 Absatz 3 des Grundgesetzes erforderliche Einvernehmen der zuständigen Landesbehörde.

Der Abschlussbericht ist so zu erstellen, dass durch ihn die Entscheidung des Deutschen Bundestages nicht vorweggenommen wird. In ihm muss so weit wie möglich Raum für eigene Abwägungen des Gesetzgebers gelassen werden.

§ 9

Zusätzliche Zugänglichmachung und Bekanntgabe des Maßnahmengesetzes

(1) Nach Verkündung des Maßnahmengesetzes im Bundesgesetzblatt übersendet die zuständige Behörde unverzüglich dem Träger des Vorhabens, denjenigen Personen, über deren Einwendungen entschieden worden ist, und den Vereinigungen, über deren Stellungnahmen entschieden worden ist, einen Auszug aus dem Bundesgesetzblatt in Papierform.

(2) Wären mehr als 50 Auszüge aus dem Bundesgesetzblatt zu übersenden, so kann stattdessen eine öffentliche Bekanntmachung erfolgen. Die öffentliche Bekanntmachung wird dadurch bewirkt, dass der Text des Maßnahmengesetzes im amtlichen Veröffentlichungsblatt der zuständigen Behörde und in örtlichen Tageszeitungen bekannt gemacht wird, die in dem Be-

reich verbreitet sind, in dem sich das Verkehrsinfrastrukturprojekt voraussichtlich auswirken wird; auf die Anlagen zum Gesetz kann verwiesen werden. Dem Träger des Vorhabens ist jedoch in jedem Fall die Ausgabe des Bundesgesetzblattes zu übersenden, in der das Maßnahmengesetz verkündet ist.

(3) Das Maßnahmengesetz wird zudem auf einer Internetseite der zuständigen Behörde zugänglich gemacht. In der öffentlichen Bekanntmachung ist die Internetseite anzugeben.

§ 10

Vollzugskontrolle; Unterrichtung der Europäischen Kommission

(1) Der zuständigen Behörde obliegt die Vollzugskontrolle. Sie überwacht, dass der Träger des Vorhabens die im Maßnahmengesetz festgelegten Maßnahmen gesetzeskonform umsetzt.

(2) Ist bei einem Verkehrsinfrastrukturprojekt eine Unterrichtung der Europäischen Kommission gemäß § 34 Absatz 5 des Bundesnaturschutzgesetzes erforderlich, so erfolgt diese Unterrichtung durch die zuständige Behörde.

§ 11

Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen für Änderungen des Maßnahmengesetzes

(1) Das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf, ein die Bundesschienenwege betreffendes Maßnahmengesetz zu ändern, wenn nach Inkrafttreten eines solchen Maßnahmengesetzes Tatsachen bekannt werden, die der Ausführung des Verkehrsinfrastrukturprojektes oder von Teilen des Verkehrsinfrastrukturprojektes nach den getroffenen Festsetzungen entgegenstehen. Die hiervon betroffenen öffentlichen und privaten Belange sind zu ermitteln und gegeneinander abzuwägen. Die Grundzüge des Maßnahmengesetzes dürfen nicht geändert werden.

(2) Für die Änderung von Maßnahmengesetzen, die Bundeswasserstraßen betreffen, gilt Absatz 1 mit der Maßgabe entsprechend, dass die Rechtsverordnung nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf.

(3) Das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur kann durch Rechtsverordnung die Ermächtigung nach Absatz 1 auf die zuständigen Behörden nach § 3 Absatz 2 übertragen.

(4) Für eine Rechtsverordnung, durch die ein Maßnahmengesetz geändert wird, gilt die zusätzliche Zugänglichmachung und Bekanntgabe nach § 9 entsprechend.

(5) Die Rechtsverordnungen nach den Absätzen 1 und 2 sind dem Bundestag zuzuleiten. Sie können durch Beschluss des Bundestages geändert oder abgelehnt werden. Der Beschluss des Bundestages zu der Rechtsverordnung wird der Bundesregierung zugeleitet. Rechtsverordnungen, die der Zustimmung des Bundesrates bedürfen, sind zudem dem Bundesrat zuzuleiten. Die Zuleitung erfolgt erst nach der Zuleitung an den Bundestag. Hat sich der Bundestag nach Ablauf

von vier Sitzungswochen seit Eingang der Rechtsverordnung nicht mit ihr befasst, so wird die unveränderte Rechtsverordnung dem Bundesrat zugeleitet.

§ 12

Normenkontrollverfahren

Über die Gültigkeit einer Rechtsverordnung nach § 11 Absatz 1 und 2 entscheidet auf Antrag das Bundesverwaltungsgericht. § 47 der Verwaltungsgerichtsordnung ist auf das Verfahren beim Bundesverwaltungsgericht entsprechend anzuwenden.

§ 13

Zusätzliche Regelungen der Behörde

Ohne Erlass einer Rechtsverordnung kann die zuständige Behörde nach § 3 Absatz 2 zusätzliche Regelungen treffen,

1. soweit ihr die abschließende Entscheidung in einem Maßnahmengesetz oder in einer Rechtsverordnung nach § 11 Absatz 1 oder 2 vorbehalten ist,
2. wenn nicht voraussehbare Wirkungen des Verkehrsinfrastrukturprojektes oder einer dem Maßnahmengesetz oder einer Rechtsverordnung nach § 11 Absatz 1 oder 2 entsprechenden Anlage auf Rechte Dritter erst nach Inkrafttreten des Maßnahmengesetzes oder einer solchen Rechtsverordnung auftreten und der Betroffene Vorkehrungen oder die Errichtung und Unterhaltung von Anlagen verlangt, die die nachteiligen Wirkungen ausschließen, oder
3. soweit es sich um Planänderungen von unwesentlicher Bedeutung handelt.

Auf das Verfahren finden die für die Planfeststellung geltenden Vorschriften Anwendung.

§ 14

Überleitung von Verfahren

(1) Ist für ein in § 2 Satz 1 genanntes Verkehrsinfrastrukturprojekt oder für Teile dieses Verkehrsinfrastrukturprojektes bereits ein Planfeststellungsverfahren nach den §§ 72 bis 78 des Verwaltungsverfahrensgesetzes eingeleitet worden, so kann das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur prüfen, das Zulassungsverfahren nach diesem Gesetz fortzuführen.

(2) Vor einer Entscheidung muss das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur die zuständige Planfeststellungsbehörde anhören.

(3) Hat das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur entschieden, dass bei einem in § 2 Satz 1 genannten Verkehrsinfrastrukturprojekt, für das bereits ein Planfeststellungsverfahren eingeleitet worden war, das Zulassungsverfahren nach diesem Gesetz fortgesetzt wird, so darf das Gesetzgebungsverfahren für das Maßnahmengesetz erst eingeleitet werden, wenn das vorbereitende Verfahren durchgeführt worden ist.

§ 15

Gebühren

Das Eisenbahn-Bundesamt erhebt für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen Gebühren und Auslagen für die Durchführung von vorbereitenden Verfahren. Die Gebührenart kann abweichend von den Vorschriften des Bundesgebührengesetzes geregelt werden.

§ 16

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 22. März 2020

Der Bundespräsident
Steinmeier

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister
für Verkehr und digitale Infrastruktur
Andreas Scheuer

**Verordnung
zu den Mindestanforderungen an Sanierungspläne für Institute
(Sanierungsplanmindestanforderungsverordnung – MaSanV)¹**

Vom 12. März 2020

Auf Grund des § 21a Absatz 1 Satz 1 und 3 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes, der durch Artikel 1 Nummer 7 des Gesetzes vom 2. November 2015 (BGBl. I S. 1864) eingefügt worden ist, in Verbindung mit § 1c Buchstabe a der Verordnung zur Übertragung von Befugnissen zum Erlass von Rechtsverordnungen auf die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, der durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2017 (BGBl. I S. 3908) eingefügt worden ist, verordnet die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht im Einvernehmen mit der Deutschen Bundesbank und nach Anhörung der Abwicklungsbehörde:

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1

Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Begriffsbestimmungen
- § 3 Ausgestaltung von Sanierungsplänen

Abschnitt 2

Allgemeine Anforderungen
an die Ausgestaltung von Sanierungsplänen

- § 4 Vom Sanierungsplan erfasste Unternehmen
- § 5 Beschreibung der für den Sanierungsplan relevanten Unternehmen
- § 6 Interner Prozess
- § 7 Allgemeine Vorgaben zu Indikatoren
- § 8 Kategorien von Indikatoren
- § 9 Belastungsanalyse

Abschnitt 3

Vereinfachte Anforderungen

- § 10 Anwendungsbereich
- § 11 Widerruf von vereinfachten Anforderungen
- § 12 Zusammenfassung des Sanierungsplans
- § 13 Beschreibung des Instituts und der anderen von dem Sanierungsplan erfassten gruppenangehörigen Unternehmen und Zweigstellen
- § 14 Indikatoren
- § 15 Handlungsoptionen
- § 16 Belastungsanalyse
- § 17 Frist zur Einreichung und Aktualisierung von Sanierungsplänen

Abschnitt 4

Anforderungen an die
Erstellung von Sanierungsplänen
durch institutsbezogene Sicherungssysteme

- § 18 Antragstellung
- § 19 Voraussetzungen für die Befreiung von der Sanierungsplanung und den Widerruf der Befreiung
- § 20 Fristen für die Erstellung des Sanierungsplans
- § 21 Sanierungsplanung durch das institutsbezogene Sicherungssystem
- § 22 Beschreibung des institutsbezogenen Sicherungssystems und der befreiten Institute
- § 23 Interner Prozess
- § 24 Indikatoren
- § 25 Handlungsoptionen
- § 26 Kommunikations- und Informationsplan
- § 27 Vorbereitungsmaßnahmen
- § 28 Informationsaustausch
- § 29 Aktualisierung

Abschnitt 5

Schlussvorschriften

- § 30 Inkrafttreten
- Anlage 1 Liste der Indikatoren des Sanierungsplans
- Anlage 2 Liste zusätzlicher Indikatoren des Sanierungsplans

Abschnitt 1

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung gilt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 für alle Institute nach § 2 Absatz 1 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes und für übergeordnete Unternehmen nach § 1 Nummer 3 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes.

(2) Abschnitt 3 gilt nur für Institute und übergeordnete Unternehmen, für die die Aufsichtsbehörde vereinfachte Anforderungen nach § 19 Absatz 1 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes festgelegt hat.

(3) Abschnitt 4 gilt nur für Institute und übergeordnete Unternehmen, die von der Pflicht zur Erstellung eines Sanierungsplans nach § 20 Absatz 1 Satz 1 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes befreit worden sind, sowie für institutsbezogene Sicherungssysteme.

§ 2

Begriffsbestimmungen

(1) Mit Ausnahme der in Absatz 2 genannten Begriffe werden die Begriffe in der in den §§ 2 und 3 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes festgelegten Bedeutung verwendet.

¹ Mit dieser Verordnung werden die notwendigen Vorgaben zur Sanierungsplanung von weniger bedeutenden Instituten sowie von institutsbezogenen Sicherungssystemen geschaffen. Diese Verordnung dient darüber hinaus der Umsetzung der Vorgaben der Leitlinien der Europäischen Bankenaufsichtsbehörde EBA/GL/2014/06 vom 18.7.2014 über die bei Sanierungsplänen zugrunde zu legende Bandbreite an Szenarien sowie der Vorgaben der Leitlinien der Europäischen Bankenaufsichtsbehörde EBA/GL/2015/02 vom 23.7.2015 zur Mindestliste der qualitativen und quantitativen Indikatoren des Sanierungsplans.

(2) Für die Zwecke dieser Verordnung werden die folgenden Begriffe wie folgt bestimmt:

1. Wesentliche gruppenangehörige Unternehmen und Zweigstellen sind solche, die die Voraussetzungen erfüllen, welche in Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a bis f der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 der Kommission vom 23. März 2016 zur Ergänzung der Richtlinie 2014/59/EU des Europäischen Parlaments und des Rates durch technische Regulierungsstandards, in denen der Inhalt von Sanierungsplänen, Abwicklungsplänen und Gruppenabwicklungsplänen, die Mindestkriterien, anhand deren die zuständige Behörde Sanierungs- und Gruppensanierungspläne zu bewerten hat, die Voraussetzungen für gruppeninterne finanzielle Unterstützung, die Anforderungen an die Unabhängigkeit der Bewerter, die vertragliche Anerkennung von Herabschreibungs- und Umwandlungsbefugnissen, die Verfahren und Inhalte von Mitteilungen und Aussetzungsbekanntmachungen und die konkrete Arbeitsweise der Abwicklungskollegien festgelegt wird (ABl. L 184 vom 8.7.2016, S. 1), genannt sind.
2. Indikator ist ein mit einer qualitativen oder quantitativen Messgröße versehenes Merkmal, das die Verfolgung von Entwicklungen ermöglicht, die Auswirkungen auf die Finanzlage des Instituts oder der Gruppe haben können.
3. Indikatorenwert ist der jeweilige quantitative Ist-Wert eines Indikators zum Zeitpunkt der Messung.
4. Schwellenwert eines Indikators ist der durch das Institut gemäß § 7 Absatz 1 festzulegende Wert eines Indikators, der geeignet ist, einen Krisenfall im Sinne des § 12 Absatz 1 Satz 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes aufzuzeigen.

§ 3

Ausgestaltung von Sanierungsplänen

§ 13 Absatz 1 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes gilt auch für die Ausgestaltung von Sanierungsplänen, die nach Maßgabe des Abschnitts 3 oder des Abschnitts 4 erstellt werden.

Abschnitt 2

Allgemeine Anforderungen an die Ausgestaltung von Sanierungsplänen

§ 4

Vom Sanierungsplan erfasste Unternehmen

Hat gemäß § 12 Absatz 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes nicht das Institut, sondern allein das übergeordnete Unternehmen einen Sanierungsplan zu erstellen, muss der Sanierungsplan neben dem übergeordneten Unternehmen selbst auch die wesentlichen gruppenangehörigen Unternehmen und Zweigstellen einbeziehen. § 5 Satz 1 bleibt unberührt.

§ 5

Beschreibung der für den Sanierungsplan relevanten Unternehmen

Bei der strategischen Analyse des Instituts oder der Gruppe nach § 13 Absatz 2 Nummer 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes sowie bei der allgemeinen

Beschreibung der vom Sanierungsplan erfassten Unternehmen nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe a der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 ist ein Organigramm, das alle für den Sanierungsplan relevanten Unternehmen umfasst, in den Sanierungsplan aufzunehmen. Im Organigramm oder an anderer geeigneter Stelle des Sanierungsplans sind auch die jeweiligen Beteiligungsquoten auszuweisen. Ebenso sind dort bestehende Beherrschungs- und Ergebnisabführungsverträge zu beschreiben.

§ 6

Interner Prozess

(1) Die in § 13 Absatz 2 Nummer 6 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes und in Artikel 5 Absatz 3 Buchstabe a der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 genannten Prozesse haben vorzusehen, dass die Geschäftsleitung bei Erreichen des Schwellenwerts eines Indikators entscheidet, ob Handlungsoptionen ergriffen werden. Der Sanierungsplan hat in diesem Zusammenhang vorzusehen, dass die von der Geschäftsleitung getroffene Entscheidung zu dokumentieren ist. Er hat des Weiteren vorzusehen, dass die Aufsichtsbehörde unverzüglich und umfassend über das Erreichen des Schwellenwerts des Indikators und über die von der Geschäftsleitung getroffene Entscheidung informiert wird.

(2) Es ist zu beschreiben, wie sichergestellt wird, dass die für die Umsetzung von Handlungsoptionen erforderlichen Informationen aus dem Berichtssystem richtig, vollständig und aktuell sind.

§ 7

Allgemeine Vorgaben zu Indikatoren

(1) Das Institut hat im Sanierungsplan quantitative und qualitative Indikatoren sowie für die jeweiligen quantitativen Indikatoren angemessene Schwellenwerte festzulegen. Die Schwellenwerte sind so festzulegen, dass sie es dem Institut ermöglichen, rechtzeitig die geeigneten Handlungsoptionen einzuleiten, um einen Krisenfall im Sinne des § 12 Absatz 1 Satz 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes aus eigener Kraft und ohne außerordentliche finanzielle Unterstützung aus öffentlichen Mitteln nach § 2 Absatz 3 Nummer 9 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes zu überwinden. Bei der Festlegung von Schwellenwerten ist die Umsetzungsdauer von Handlungsoptionen zu berücksichtigen. Das Institut hat die Angemessenheit der festgelegten Schwellenwerte im Sanierungsplan zu begründen.

(2) Die Pflicht zur Darstellung von Frühwarnsignalen besteht über Artikel 5 Absatz 4 der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 hinaus auch dann, wenn diese Frühwarnsignale bisher nicht im Risikomanagement verwendet wurden, sondern für die Zwecke der Sanierungsplanung neu eingeführt werden.

(3) Die Indikatoren müssen mindestens folgende Kategorien abdecken:

1. Kapital,
2. Liquidität,
3. Rentabilität und
4. Qualität der Vermögenswerte.

Weitere Kategorien sind durch

1. marktbasierende Indikatoren und
2. makroökonomische Indikatoren

abzudecken, es sei denn, das Institut kann im Sanierungsplan nachvollziehbar begründen, dass die entsprechende Kategorie aufgrund seiner Rechtsform, seines Risikoprofils, seiner Größe oder seiner Komplexität nicht relevant ist.

(4) Die Indikatoren sind so zu wählen, dass das Geschäftsmodell und die Geschäftsstrategie, das Risikoprofil, die Größe und die Komplexität des Instituts angemessen abgebildet und für die Sanierungsplanung relevante Steuerungsgrößen der internen Risikosteuerung angemessen berücksichtigt sind. Die Indikatoren müssen instituts- und gruppenspezifische Risiken angemessen abbilden. Die Anzahl, die Art und die Höhe der Schwellenwerte der Indikatoren müssen angemessen sein, um rechtzeitig auf sich verschlechternde Bedingungen in allen für das Institut relevanten Bereichen hinzuweisen. Bei der Auswahl der Indikatoren sind auch zukunftsorientierte Indikatoren zu verwenden.

(5) Aus den in Absatz 3 genannten Kategorien sind mindestens die in Anlage 1 aufgelisteten Indikatoren in den Sanierungsplan aufzunehmen. Die Institute können darüber hinaus die in Anlage 2 genannten zusätzlichen Indikatoren verwenden.

(6) Sofern das Institut im Sanierungsplan nachvollziehbar begründet, dass einzelne der in Anlage 1 aufgelisteten Indikatoren aufgrund seiner Rechtsform, seines Risikoprofils, seiner Größe oder seiner Komplexität nicht relevant sind, kann das Institut auf die Aufnahme des entsprechenden Indikators in den Sanierungsplan verzichten. Das Institut muss sicherstellen, dass für die Kategorien Kapital, Liquidität, Rentabilität und Qualität der Vermögenswerte mindestens ein Indikator je Kategorie im Sanierungsplan enthalten ist. Weitere Vorgaben zu den einzelnen Kategorien richten sich nach § 8.

(7) Indikatoren sind grundsätzlich einzeln zu betrachten. Ist die Einzelbetrachtung eines Indikators nicht geeignet, einen Krisenfall im Sinne des § 12 Absatz 1 Satz 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes anzuzeigen, sind Indikatoren zu kombinieren, sofern und soweit die Aufsichtsbehörde nicht etwas anderes bestimmt. Dies gilt nicht für die verpflichtenden Indikatoren aus den Kategorien Kapital und Liquidität nach Anlage 1. Werden Indikatoren kombiniert, so hat das Institut diese Kombination im Sanierungsplan detailliert zu beschreiben und nachvollziehbar darzulegen, warum eine Einzelbetrachtung nicht geeignet und die gewählte Kombination angemessen ist.

(8) Der Sanierungsplan hat darzustellen, dass die Schwellenwerte der Indikatoren bei Bedarf, mindestens jedoch jährlich, überprüft und erforderlichenfalls angepasst werden. Das Institut muss gemäß Satz 1 vorgenommene Änderungen der Schwellenwerte im Sanierungsplan nachvollziehbar begründen.

(9) Im Sanierungsplan ist zu beschreiben, wie sichergestellt wird, dass die Indikatoren so zeitnah und regelmäßig überwacht werden, dass negative Entwicklungen rechtzeitig erkannt werden können. Dazu gehört auch eine Beschreibung, wie das Berichtssystem des Instituts eine zeitnahe Information über die Indikatorenwerte und den Abstand zu den entsprechenden Schwellenwerten

ermöglicht. Dabei ist auch das Überwachungsintervall für die jeweiligen Indikatoren zu beschreiben.

(10) Bei jeder Aktualisierung des Sanierungsplans hat das Institut in der neuen Fassung des Sanierungsplans über die Entwicklung der Indikatorenwerte und deren Abstand zu den Schwellenwerten der Indikatoren seit der letzten Fassung des Sanierungsplans zu berichten, sofern das Institut an die Aufsichtsbehörde über diese Entwicklungen nicht bereits separat in angemessener Weise Bericht erstattet hat und soweit die Aufsichtsbehörde daraufhin nicht etwas anderes bestimmt hat.

§ 8

Kategorien von Indikatoren

(1) Kapitalindikatoren haben jede eingetretene und jede drohende Verschlechterung des Eigenkapitals in quantitativer und qualitativer Hinsicht einschließlich eines Anstiegs der Verschuldungsquote aufzuzeigen. Die Schwellenwerte sind so festzusetzen, dass ein angemessener Abstand besteht zu den für das Institut geltenden Eigenkapitalanforderungen gemäß Artikel 92 der Verordnung (EU) Nr. 575/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 über Aufsichtsbedingungen an Kreditinstitute und Wertpapierfirmen und zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 648/2012 (ABl. L 176 vom 27.6.2013, S. 1; L 208 vom 2.8.2013, S. 68; L 321 vom 30.11.2013, S. 6; L 193 vom 21.7.2015, S. 166; L 20 vom 25.1.2017, S. 3), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/876 (ABl. L 150 vom 7.6.2019, S. 1) geändert worden ist, einschließlich zusätzlicher Eigenmittelanforderungen gemäß § 10 Absatz 3 oder Absatz 4 des Kreditwesengesetzes oder gemäß Artikel 16 Absatz 2 Buchstabe a der Verordnung (EU) Nr. 1024/2013 des Rates vom 15. Oktober 2013 zur Übertragung besonderer Aufgaben im Zusammenhang mit der Aufsicht über Kreditinstitute auf die Europäische Zentralbank (ABl. L 287 vom 29.10.2013, S. 63; L 218 vom 19.8.2015, S. 82).

(2) Liquiditätsindikatoren sind so zu wählen, dass sie tatsächliche oder mögliche Verschlechterungen der Fähigkeit des Instituts aufzeigen, seinen aktuellen und künftigen sowie seinen kurz- und langfristigen Liquiditäts- und Refinanzierungsbedarf zu decken. Die Schwellenwerte der Indikatoren haben einen angemessenen Abstand einzuhalten zu den für das Institut geltenden Mindestliquiditätsanforderungen, insbesondere gemäß § 11 Absatz 1 Satz 1 des Kreditwesengesetzes sowie gemäß Artikel 412 der Verordnung (EU) Nr. 575/2013, einschließlich zusätzlicher Liquiditätsanforderungen gemäß § 11 Absatz 3 des Kreditwesengesetzes oder gemäß Artikel 16 Absatz 2 Buchstabe a der Verordnung (EU) Nr. 1024/2013.

(3) Rentabilitätsindikatoren haben wesentliche tatsächliche oder mögliche Veränderungen der Ertragslage aufzuzeigen, die zu einer schnellen Verschlechterung der Finanzlage des Instituts führen können. Dabei sind auch operationelle Risiken zu berücksichtigen, welche einen signifikanten Einfluss auf die Ertragslage haben könnten.

(4) Indikatoren bezüglich der Qualität der Vermögensgegenwerte haben in der Regel sowohl den aktuellen Wert als auch die Entwicklung der Qualität der Vermögenswerte des Instituts zu messen und zu über-

wachen. Dabei sind außerbilanzielle Positionen zu berücksichtigen.

(5) Marktbasierte Indikatoren haben die Erwartungen der Marktteilnehmer bezüglich einer möglichen plötzlichen Verschlechterung der finanziellen Situation des Instituts oder der Gruppe, die zu einem erschwerten Zugang zum Kapitalmarkt und zu Refinanzierungsmöglichkeiten führen kann, zu erfassen.

(6) Makroökonomische Indikatoren haben mögliche Verschlechterungen der wirtschaftlichen Bedingungen in den für das Institut relevanten Märkten zu erfassen.

§ 9

Belastungsanalyse

(1) Wie in Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe d der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 beschrieben, ist die Wirksamkeit der Handlungsoptionen und die Zweckmäßigkeit der Indikatoren in einer Reihe von Belastungsszenarien zu bewerten.

(2) Die Anzahl der Belastungsszenarien hängt von der Größe, Komplexität und Vernetzung des Instituts oder der Gruppe sowie von Art, Umfang und Komplexität des Geschäftsmodells und des damit einhergehenden Risikos ab. Das Institut hat für die Belastungsanalyse mindestens vier verschiedene Belastungsszenarien zu entwickeln.

(3) Der Sanierungsplan muss mindestens ein Belastungsszenario aus jeder der folgenden Kategorien enthalten:

1. ein Belastungsszenario, in dem das Risiko ernsthafter nachteiliger Auswirkungen auf ein einzelnes Institut, eine einzelne Gruppe oder ein Institut in einer Gruppe besteht (idiosynkratisches Belastungsszenario),
2. ein Belastungsszenario, in dem das Risiko ernsthafter nachteiliger Auswirkungen auf das Finanzsystem und die Realwirtschaft besteht (systemweites Belastungsszenario) sowie
3. die Kombination aus einem idiosynkratischen und einem systemweiten Belastungsszenario.

Bei der Entwicklung von weiteren Belastungsszenarien kann das Institut die Kategorie unter Berücksichtigung der Vorgaben aus Absatz 5 selbst auswählen. Der Sanierungsplan muss mindestens ein Belastungsszenario mit plötzlich eintretenden nachteiligen Entwicklungen und mindestens ein Belastungsszenario mit langsam eintretenden nachteiligen Entwicklungen enthalten.

(4) Die Belastungsszenarien müssen schwerwiegend genug sein, um die Wirksamkeit der Sanierungsoption und die Zweckmäßigkeit der Indikatoren nach Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe d der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 bei der Notfallplanung prüfen zu können. Ein Belastungsszenario ist nur dann schwerwiegend genug, wenn in dessen Verlauf der Schwellenwert mindestens eines Indikators nach § 7 Absatz 1 oder der Schwellenwert einer Kombination von Indikatoren nach § 7 Absatz 7 erreicht wird und die ungehinderte Weiterentwicklung des Belastungsszenarios zu einer Bestandsgefährdung des Instituts oder eines gruppenangehörigen Unternehmens nach Artikel 18 Absatz 4 der Verordnung (EU) Nr. 806/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Juli 2014 zur Fest-

legung einheitlicher Vorschriften und eines einheitlichen Verfahrens für die Abwicklung von Kreditinstituten und bestimmten Wertpapierfirmen im Rahmen eines einheitlichen Abwicklungsmechanismus und eines einheitlichen Abwicklungsfonds sowie zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 1093/2010 (ABl. L 225 vom 30.7.2014, S. 1; L 101 vom 18.4.2015, S. 62) oder nach § 63 Absatz 1 oder § 64 in Verbindung mit § 62 Absatz 1 Nummer 1 oder § 63 Absatz 1 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes führen könnte.

(5) Die Belastungsszenarien müssen die wesentlichen Risiken abbilden, denen das Institut oder die Gruppe ausgesetzt ist. Für die Feststellung der wesentlichen instituts- oder gruppenspezifischen Risiken sind insbesondere das Geschäfts- und Refinanzierungsmodell, die Art der Geschäftstätigkeiten, die Struktur des Instituts oder der Gruppe, die Größe oder Vernetzung mit anderen Instituten oder dem Finanzsystem im Allgemeinen sowie Risiken oder Schwachstellen des Instituts oder der Gruppe zu berücksichtigen. Das Belastungsszenario muss auf Ereignissen beruhen, die außergewöhnlich, aber plausibel sind.

(6) Bei der Entwicklung idiosynkratischer Belastungsszenarien sind die folgenden Ereignisse vorrangig in Betracht zu ziehen:

1. der Ausfall wichtiger Geschäftspartner,
2. die Schädigung des Ansehens des Instituts oder der Gruppe,
3. erhebliche Liquiditätsabflüsse,
4. nachteilige Entwicklungen der Preise von Vermögenswerten, denen das Institut oder die Gruppe in erheblichem Umfang ausgesetzt ist,
5. erhebliche Kreditausfälle und
6. ein erhebliches operationelles Verlustrisiko.

Bei der Entwicklung von systemweiten Belastungsszenarien sind die folgenden Ereignisse vorrangig in Betracht zu ziehen:

1. der Ausfall von wichtigen Geschäftspartnern mit Auswirkungen auf die Finanzstabilität,
2. ein Rückgang der auf dem Markt für Interbankenkredite verfügbaren Liquidität,
3. ein erhöhtes Länderrisiko und allgemeine Kapitalabflüsse aus einem für die Geschäftstätigkeit des Instituts oder der Gruppe wichtigen Land,
4. eine ungünstige Entwicklung der Preise von Vermögenswerten auf einem oder mehreren Märkten und
5. ein Konjunkturabschwung.

Sollten andere als die in den Sätzen 1 und 2 genannten Ereignisse die instituts- oder gruppenspezifischen Risiken besser abbilden, sind diese Ereignisse bei der Entwicklung von Belastungsszenarien heranzuziehen. Die Auswahl der Ereignisse für die Belastungsszenarien ist nachvollziehbar zu begründen. Die Aufsichtsbehörde kann einem oder mehreren Instituten und übergeordneten Unternehmen bestimmte Belastungsszenarien vorgeben, die sich auf das Institut, gruppenangehörige Unternehmen oder die gesamte Gruppe beziehen.

(7) Die Belastungsszenarien und die zugrunde gelegten Annahmen sind in qualitativer und quantitativer Hinsicht nachvollziehbar zu beschreiben.

(8) Die Auswirkungen der Belastungsszenarien sowohl auf das Institut als auch auf die Gruppe sind darzustellen. Diese Darstellung umfasst insbesondere die Auswirkungen auf Kapital, Liquidität, Ertragskraft, Risikoprofil, Fortführung des Geschäftsbetriebs einschließlich Zahlungs- und Abrechnungsprozessen sowie das Ansehen des Instituts oder der Gruppe. Die Auswirkungen der Belastungsszenarien auf die Entwicklung der relevanten Indikatorenwerte im Verlauf der Belastungsszenarien sind ebenfalls darzustellen.

(9) Betrachtungshorizont für die Analyse nach Artikel 12 Absatz 3 Satz 1 der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 ist die gesamte Zeitspanne, die benötigt wird, um die finanzielle Stabilität des Instituts oder der Gruppe zu sichern oder wiederherzustellen. Bei der Analyse der Auswirkungen und der Umsetzbarkeit der in den Belastungsszenarien eingesetzten Handlungsoptionen sind die verwendeten Annahmen und die Auswirkungen der Handlungsoptionen auf die relevanten Indikatorenwerte nachvollziehbar darzustellen.

Abschnitt 3

Vereinfachte Anforderungen

§ 10

Anwendungsbereich

Hat die Aufsichtsbehörde nach § 19 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes vereinfachte Anforderungen festgelegt, finden die Regelungen des Abschnitts 2 Anwendung, soweit sich nicht aus den Regelungen dieses Abschnitts etwas anderes ergibt. Die Aufsichtsbehörde kann im Einvernehmen mit der Deutschen Bundesbank anordnen, dass einzelne in diesem Abschnitt genannte Vereinfachungen keine Anwendung finden.

§ 11

Widerruf von vereinfachten Anforderungen

Die Aufsichtsbehörde kann im Einvernehmen mit der Deutschen Bundesbank die Festlegung vereinfachter Anforderungen ganz oder teilweise unter Berücksichtigung der Kriterien des § 19 Absatz 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes für die Zukunft widerrufen, wenn die Voraussetzungen für die Zulässigkeit der Festlegung vereinfachter Anforderungen nicht mehr vorliegen oder wenn dies für die Wirksamkeit des Sanierungsplans oder dessen Umsetzung erforderlich ist. In diesem Fall fordert die Aufsichtsbehörde das Institut nach Maßgabe des § 12 Absatz 3 Satz 1 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes zur Vorlage eines überarbeiteten Sanierungsplans auf.

§ 12

Zusammenfassung des Sanierungsplans

Die Zusammenfassung des Sanierungsplans nach Artikel 4 der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 hat sich im Falle der Festlegung vereinfachter Anforderungen auf die in den §§ 13 bis 16 festgelegten Inhalte des Sanierungsplans zu beziehen.

§ 13

Beschreibung des Instituts und der anderen von dem Sanierungsplan erfassten gruppenangehörigen Unternehmen und Zweigstellen

(1) Die Identifikation von kritischen Funktionen und die Beschreibung des Prozesses und der Kriterien zu deren Identifikation im Sinne des Artikels 7 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer iii und iv der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 sind nicht erforderlich.

(2) Die Zuordnung von kritischen Funktionen zu den wesentlichen gruppenangehörigen Gesellschaften und Zweigstellen im Sinne des Artikels 7 Absatz 1 Buchstabe b der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 ist nicht erforderlich.

(3) Die nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe d Ziffer i der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 vorgesehene Beschreibung der wichtigsten Gegenparteien auf der Aktiv- und auf der Passivseite kann jeweils auf die zehn wichtigsten Gegenparteien beschränkt werden. Die Wichtigkeit der Gegenparteien bemisst sich dabei

1. auf der Aktivseite nach der Gesamthöhe der Forderungen des Instituts gegen die jeweiligen Gegenparteien und
2. auf der Passivseite nach der Gesamthöhe der Verbindlichkeiten des Instituts gegenüber den jeweiligen Gegenparteien.

Das Verhältnis der Forderungen und Verbindlichkeiten der zehn wichtigsten Gegenparteien auf der Aktiv- und auf der Passivseite zum jeweiligen Gesamtvolumen der Aktiv- und Passivseite ist anzugeben.

§ 14

Indikatoren

(1) Für jede der in § 7 Absatz 3 Satz 1 genannten Kategorien hat das Institut mindestens einen Indikator festzulegen. Zunächst sind Indikatoren aus Anlage 1 dieser Verordnung zu prüfen. Soweit das Institut für eine der in § 7 Absatz 3 Satz 1 genannten Kategorien keinen Indikator aus Anlage 1 dieser Verordnung aufnimmt, muss im Sanierungsplan nachvollziehbar begründet werden, dass aufgrund der Rechtsform, des Risikoprofils, der Größe oder der Komplexität des Instituts keiner dieser Indikatoren relevant ist. Unter Beachtung des Grundsatzes aus § 7 Absatz 4 ist in diesem Fall für die betreffende Kategorie mindestens ein anderer Indikator zu wählen und die Auswahl dieses Indikators zu begründen. Die Institute können hierbei die in Anlage 2 nicht abschließend genannten zusätzlichen Indikatoren verwenden.

(2) Es besteht keine Pflicht, marktbasierende und makroökonomische Indikatoren nach § 7 Absatz 3 Satz 2 in den Sanierungsplan aufzunehmen.

(3) Der Sanierungsplan hat darzustellen, dass die Schwellenwerte der Indikatoren bei Bedarf, mindestens jedoch alle zwei Jahre, überprüft und erforderlichenfalls angepasst werden.

(4) § 7 Absatz 10 findet keine Anwendung.

§ 15

Handlungsoptionen

(1) Die Institute sind nicht verpflichtet, Handlungsoptionen nach Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe a der

Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 darzustellen, deren Hauptziel es ist, das Fortbestehen kritischer Funktionen sicherzustellen.

(2) Bei der Analyse der Auswirkungen der dargestellten Handlungsoptionen müssen die Anforderungen nach Artikel 10 Nummer 2 der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 nicht berücksichtigt werden.

(3) Die Bewertung der Erfolgsaussichten bei der Analyse der Umsetzbarkeit nach Artikel 11 Absatz 1 der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 umfasst die Darstellung, wie die Handlungsoptionen grundsätzlich in idiosynkratischen oder systemweiten Krisenszenarien beurteilt werden.

§ 16

Belastungsanalyse

Eine Belastungsanalyse nach § 9 ist nicht erforderlich.

§ 17

Frist zur Einreichung und Aktualisierung von Sanierungsplänen

(1) Wenn die Aufsichtsbehörde die Geltung von vereinfachten Anforderungen festgelegt hat, beträgt die Frist für die erstmalige Erstellung des Sanierungsplans grundsätzlich zwölf Monate.

(2) Hat die Aufsichtsbehörde die Geltung von vereinfachten Anforderungen festgelegt, finden nur § 12 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes Anwendung.

Abschnitt 4

Anforderungen an die Erstellung von Sanierungsplänen durch institutsbezogene Sicherungssysteme

§ 18

Antragstellung

(1) Sowohl ein Institut, das einem institutsbezogenen Sicherungssystem angehört, als auch ein institutsbezogenes Sicherungssystem können einen Antrag nach § 20 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes auf Befreiung von der Pflicht zur Sanierungsplanung stellen (Befreiungsantrag).

(2) Der Befreiungsantrag nach Absatz 1 ist schriftlich bei der Aufsichtsbehörde zu stellen. Anträge können auch auf elektronischem Weg eingereicht werden.

(3) Ist das Institut Teil einer Gruppe und hat das übergeordnete Unternehmen nach § 12 Absatz 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes einen Sanierungsplan für die Gruppe zu erstellen, kann nur das übergeordnete Unternehmen für die Gruppe einen Befreiungsantrag stellen.

(4) Stellt ein Institut den Befreiungsantrag, ist dem Antrag die Zustimmungserklärung des institutsbezogenen Sicherungssystems beizufügen.

(5) Stellt das institutsbezogene Sicherungssystem einen Befreiungsantrag, muss der Befreiungsantrag die Erklärung enthalten, dass jedes vom Antrag umfasste Institut dem Befreiungsantrag zugestimmt hat.

Sind von dem Antrag Institute umfasst, die Teil einer Gruppe sind, reicht bezüglich dieser Institute die Erklärung, dass das übergeordnete Unternehmen für die Gruppe dem Befreiungsantrag zugestimmt hat. Dem Befreiungsantrag ist eine Liste der vom Befreiungsantrag erfassten Institute beizufügen. Das institutsbezogene Sicherungssystem kann den Befreiungsantrag auch stellen, bevor die vom Befreiungsantrag erfassten Institute von der Aufsichtsbehörde gemäß § 12 Absatz 3 Satz 1 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes zur Erstellung eines Sanierungsplans aufgefordert worden sind.

(6) Ist die Struktur des institutsbezogenen Sicherungssystems dezentral ausgerichtet, muss der Befreiungsantrag zusätzlich die schriftliche Bestätigung enthalten, dass die jeweilige Einheit des institutsbezogenen Sicherungssystems, dem das von der Befreiung umfasste Institut unmittelbar angehört, an der Erstellung, der Einbeziehung der Inhalte in die zur ordnungsgemäßen Erfüllung der Aufgaben implementierten Mechanismen und Verfahren einschließlich des Systems für die Überwachung und Einstufung der Risiken gemäß Artikel 113 Absatz 7 der Verordnung (EU) Nr. 575/2013 und der Aktualisierung des Sanierungsplans angemessen mitwirken wird.

(7) Auch ein Institut, das nicht vom Sanierungsplan des institutsbezogenen Sicherungssystems erfasst ist, kann auf eigenen Antrag oder auf Antrag des institutsbezogenen Sicherungssystems von der Pflicht zur Sanierungsplanung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes befreit werden. Die Absätze 1 bis 6 finden Anwendung. Das institutsbezogene Sicherungssystem hat dieses Institut bei der nächsten Aktualisierung des Sanierungsplans zu erfassen. Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt der Einreichung des vom institutsbezogenen Sicherungssystem aktualisierten Sanierungsplans bei der Aufsichtsbehörde.

(8) Sowohl das institutsbezogene Sicherungssystem als auch das von der Befreiung erfasste Institut können gegenüber der Aufsichtsbehörde jederzeit in Schriftform erklären, dass ein von der Befreiung erfasstes Institut anstelle des institutsbezogenen Sicherungssystems einen eigenen Sanierungsplan erstellen wird. Mit Einreichung dieser Erklärung bei der Aufsichtsbehörde hat die Aufsichtsbehörde das Institut aufzufordern, einen eigenen Sanierungsplan zu erstellen.

(9) Ordnet die Aufsichtsbehörde für ein Institut zusätzliche Anforderungen nach § 21 Absatz 3 an, ist das institutsbezogene Sicherungssystem vorher anzuhören. Das institutsbezogene Sicherungssystem kann in diesem Fall die Zustimmungserklärung nach Absatz 4 oder den Antrag nach Absatz 5 für dieses Institut zurücknehmen. Absatz 8 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 19

Voraussetzungen für die Befreiung von der Sanierungsplanung und den Widerruf der Befreiung

(1) Voraussetzung für die Befreiung eines Instituts von der Sanierungsplanung ist neben der Stellung des Befreiungsantrags nach § 18 Absatz 1 und der Erfüllung der in § 20 Absatz 1 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes genannten Voraussetzungen, dass das

institutsbezogene Sicherungssystem die Anforderungen an die Sanierungsplanung für die von der Befreiung erfassten Institute erfüllen kann.

(2) Die Aufsichtsbehörde kann die Befreiung im Einvernehmen mit der Deutschen Bundesbank hinsichtlich aller oder einzelner vom Befreiungsantrag erfassten Institute erteilen. Die Aufsichtsbehörde berücksichtigt bei ihrer Entscheidung neben der Erfüllung der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen die in § 19 Absatz 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes genannten Kriterien. Die Aufsichtsbehörde muss die Entscheidung dem Antragsteller innerhalb von drei Monaten ab Eingang des vollständigen Befreiungsantrags schriftlich mitteilen.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann im Einvernehmen mit der Deutschen Bundesbank die Befreiung aller oder einzelner der erfassten Institute nach § 20 Absatz 3 Satz 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes jederzeit widerrufen

1. unter Berücksichtigung der in § 19 Absatz 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes genannten Kriterien oder
2. wenn ein eigenständiger Sanierungsplan des befreiten Instituts geeignet und erforderlich ist, um die Wirksamkeit des Sanierungsplans zu erhöhen oder dessen Umsetzung zu erleichtern, oder
3. wenn das von der Befreiung erfasste Institut seine Mitwirkungs- und Informationspflichten im Zusammenhang mit dem Sanierungsplan nicht ausreichend erfüllt.

Wird die Befreiung widerrufen, fordert die Aufsichtsbehörde das Institut nach Maßgabe des § 12 Absatz 3 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes zur Vorlage eines eigenen Sanierungsplans auf.

(4) Widerruft die Aufsichtsbehörde die Befreiung nach Absatz 3, ist das institutsbezogene Sicherungssystem vorher anzuhören.

§ 20

Fristen für die Erstellung des Sanierungsplans

(1) Für die erstmalige Erstellung eines Sanierungsplans durch das institutsbezogene Sicherungssystem gilt die Frist nach § 17 Absatz 1 entsprechend. Hat die Aufsichtsbehörde die vom Befreiungsantrag erfassten Institute bereits zur Erstellung eines Sanierungsplans aufgefordert, verlängert sich die für die Erstellung des Sanierungsplans gesetzte Frist um den Zeitraum von der Einreichung des Antrags bei der Aufsichtsbehörde bis zur Bekanntgabe der Entscheidung nach § 19 Absatz 2 Satz 3.

(2) Stellt das institutsbezogene Sicherungssystem den Befreiungsantrag, bevor die vom Befreiungsantrag erfassten Institute von der Aufsichtsbehörde gemäß § 12 Absatz 3 Satz 1 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes zur Erstellung eines Sanierungsplans aufgefordert wurden, ist der Sanierungsplan erstmals innerhalb von zwölf Monaten nach Bekanntgabe der Erteilung der Befreiung zu erstellen.

(3) Für die nicht von der Befreiung erfassten Institute bleibt die Frist für die Erstellung von Sanierungsplänen nach § 12 Absatz 3 Satz 1 des Sanierungs- und Ab-

wicklungsgesetzes unberührt, es sei denn, § 17 Absatz 1 findet Anwendung.

§ 21

Sanierungsplanung durch das institutsbezogene Sicherungssystem

(1) Das institutsbezogene Sicherungssystem hat für die befreiten Institute einen Sanierungsplan zu erstellen. Die Anforderungen nach den §§ 12 bis 19 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes sind nach Maßgabe der §§ 22 bis 29 zu erfüllen.

(2) Die Angaben zu den Instituten nach Absatz 4 und den §§ 22 bis 28 können zusammengefasst erfolgen. Zu diesem Zweck kann das institutsbezogene Sicherungssystem die Institute in angemessene Klassen einteilen und die Angaben in Bezug auf die gebildeten Klassen darstellen. Es ist anzugeben, welche Institute welcher Klasse zugeordnet wurden. Das institutsbezogene Sicherungssystem hat sicherzustellen, dass die Einteilung der Institute in Klassen und die Zusammenfassung der Angaben im Sanierungsplan nachvollziehbar begründet werden.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann im Einvernehmen mit der Deutschen Bundesbank unter Berücksichtigung der in § 19 Absatz 2 des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes genannten Kriterien jederzeit anordnen, dass über die Anforderungen des Absatzes 1 hinaus weitere Anforderungen zu beachten sind. Hierbei kann die Aufsichtsbehörde im Einvernehmen mit der Deutschen Bundesbank auch anordnen, dass der ein bestimmtes Institut umfassende Teil des Sanierungsplans von der Geschäftsleitung dieses Instituts unterzeichnet wird.

(4) Der Sanierungsplan muss eine Zusammenfassung enthalten, die sich auf alle Teile des Sanierungsplans bezieht. In der Zusammenfassung ist jede wesentliche Änderung des institutsbezogenen Sicherungssystems, der von der Befreiung erfassten Institute und des Sanierungsplans seit dessen letzter Einreichung zu beschreiben. Die Wesentlichkeit einer Änderung bestimmt sich nach Artikel 4 Absatz 2 der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075.

§ 22

Beschreibung des institutsbezogenen Sicherungssystems und der befreiten Institute

(1) Das institutsbezogene Sicherungssystem hat die allgemeine Beschreibung des Instituts und der Gruppe nach Artikel 6 Absatz 2 Buchstabe a und Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe a der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 sowohl in Bezug auf die von der Befreiung erfassten Institute als auch in Bezug auf das institutsbezogene Sicherungssystem zu erfüllen. Das Gleiche gilt für die Darstellung der gruppeninternen und externen Verflechtungen gemäß Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c und d der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075. Die allgemeine Beschreibung des institutsbezogenen Sicherungssystems hat auch ein Organigramm zu umfassen.

(2) Die Anforderungen an den Sanierungsplan hinsichtlich der Beschreibung von Kerngeschäftsbereichen sowie der Beschreibung des Prozesses und der Kriterien zu deren Identifikation nach Artikel 6 Absatz 1 und nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer iii und iv

der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 sowie die Zuordnung von Kerngeschäftsbereichen zu wesentlichen gruppenangehörigen Gesellschaften und Zweigstellen nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe b der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 haben sich auf die von der Befreiung erfassten Institute zu beziehen. Die Identifikation von kritischen Funktionen und die Beschreibung der Prozesse und der Kriterien zu deren Identifikation sowie die Zuordnung von kritischen Funktionen zu den wesentlichen gruppenangehörigen Gesellschaften und Zweigstellen sind nicht erforderlich.

§ 23

Interner Prozess

(1) Die Zuständigkeiten für die Erstellung, die in Absatz 2 beschriebene Einbeziehung der Inhalte des Sanierungsplans, die Aktualisierung des Sanierungsplans sowie für das Verfahren der Aktualisierung nach Artikel 5 Absatz 1 Buchstaben a und b der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 und die Anforderungen von Artikel 5 Absatz 2 der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 zur Beschreibung der Grundsätze und des Verfahrens für die Zustimmung zum Sanierungsplan durch die Geschäftsleitung des institutsbezogenen Sicherungssystems sind nur mit Bezug auf das institutsbezogene Sicherungssystem zu beschreiben.

(2) Der Sanierungsplan hat zu beschreiben, wie seine Inhalte in die beim institutsbezogenen Sicherungssystem zur ordnungsgemäßen Erfüllung seiner Aufgabe implementierten Mechanismen und Verfahren, einschließlich des Systems für die Überwachung und Einstufung der Risiken gemäß Artikel 113 Absatz 7 der Verordnung (EU) Nr. 575/2013, einbezogen sind.

(3) Der Sanierungsplan hat zu beschreiben, wie sichergestellt wird, dass die Indikatoren beim institutsbezogenen Sicherungssystem oder bei den befreiten Instituten so zeitnah und regelmäßig überwacht werden, dass negative Entwicklungen rechtzeitig erkannt werden können. Dazu gehört auch eine Beschreibung, wie das Berichtssystem eine zeitnahe Information über die Indikatorenwerte und deren Abstand zu den entsprechenden Schwellenwerten ermöglicht. Dabei ist auch das Intervall für die Überwachung der jeweiligen Indikatoren zu beschreiben.

(4) Der Eskalations- und Entscheidungsprozess gemäß Artikel 5 Absatz 3 Buchstabe a der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 ist in Bezug auf das institutsbezogene Sicherungssystem und in Bezug auf die befreiten Institute zu beschreiben. Darüber hinaus hat die Beschreibung des internen Eskalations- und Entscheidungsprozesses darzustellen, wie sichergestellt wird, dass bei Erreichen des Schwellenwerts von Indikatoren die Geschäftsleitung des betroffenen Instituts unverzüglich informiert wird und eine Entscheidung über das Ergreifen von Handlungsoptionen trifft. Auch muss der Sanierungsplan beschreiben, wie diese Entscheidung dokumentiert wird und wie die Aufsichtsbehörde und das institutsbezogene Sicherungssystem sowohl über das Erreichen des Schwellenwerts von Indikatoren als auch über die von der Geschäftsleitung getroffene Entscheidung informiert werden.

(5) Das institutsbezogene Sicherungssystem hat im Sanierungsplan zu beschreiben, wie die Anforderungen

von Artikel 5 Absatz 5 der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 und des § 6 Absatz 2 eingehalten werden.

§ 24

Indikatoren

(1) Im Sanierungsplan ist darzustellen, wie die Anforderungen des § 7 Absatz 1 und 3 bis 7 zu den Indikatoren in Bezug auf die befreiten Institute eingehalten werden. Für jede der in § 7 Absatz 3 Satz 1 genannten Kategorien ist mindestens ein Indikator festzulegen. Für die befreiten Institute entfällt die Darstellung der markt-basierten und makroökonomischen Indikatoren gemäß § 7 Absatz 3 Satz 2. Zunächst sind Indikatoren aus der Anlage 1 dieser Verordnung zu prüfen. Unter Beachtung des Grundsatzes aus § 7 Absatz 4 können auch andere Indikatoren gewählt werden.

(2) Der Sanierungsplan hat darzustellen, wie die Schwellenwerte von Indikatoren bei Bedarf, jedoch mindestens bei jeder Aktualisierung des Sanierungsplans, überprüft und erforderlichenfalls angepasst werden.

(3) Der Sanierungsplan hat darzustellen, dass die Anforderungen des § 8 Absatz 1 bis 4 zu den Kategorien von Indikatoren in Bezug auf die befreiten Institute eingehalten werden.

(4) Das institutsbezogene Sicherungssystem hat im Sanierungsplan zu beschreiben, wie es makroökonomische Entwicklungen beobachtet und bewertet, die negative Auswirkungen auf eine Vielzahl von befreiten Instituten haben können. Sofern markt-basierte Entwicklungen negative Auswirkungen auf eine Vielzahl von befreiten Instituten haben können, gilt Satz 1 entsprechend.

§ 25

Handlungsoptionen

(1) Auf die Erstellung eines Sanierungsplans durch das institutsbezogene Sicherungssystem finden die Anforderungen zu den Handlungsoptionen nach Maßgabe der Artikel 8 und 9 der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 entsprechende Anwendung.

(2) Die Handlungsoptionen haben sowohl solche zu umfassen, die die von der Befreiung erfassten Institute eigenständig ergreifen können, als auch solche, bei denen die von der Befreiung erfassten Institute auf die Mitwirkung des institutsbezogenen Sicherungssystems im Rahmen seiner satzungsrechtlichen Voraussetzungen und Verfahren angewiesen sind. Entsprechendes gilt für die Auswirkungs- und Umsetzbarkeitsanalyse gemäß Artikel 10 und 11 der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 und die Darstellung der Kontinuität der Geschäftstätigkeiten gemäß Artikel 12 Absatz 1 und Absatz 2 Buchstabe a und b der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075. Bei der Umsetzbarkeitsanalyse zu den Handlungsoptionen ist insbesondere ein möglicher Gleichlauf von Handlungsoptionen bei mehreren Instituten im Krisenfall zu berücksichtigen. Das institutsbezogene Sicherungssystem ist nicht verpflichtet, Handlungsoptionen gemäß Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe a der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 darzustellen, deren Hauptziel die Aufrechterhaltung kritischer Funktionen ist. Die Anforderungen nach Artikel 10 Absatz 2 der Delegierten Verordnung (EU)

2016/1075 müssen bei der Auswirkungsanalyse nicht berücksichtigt werden.

(3) Die Bewertung der Erfolgsaussichten bei der Umsetzbarkeitsanalyse nach Artikel 11 Absatz 1 Buchstabe a der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 umfasst in Bezug auf die von der Befreiung erfassten Institute auch die Darstellung, wie die Handlungsoptionen grundsätzlich in idiosynkratischen oder systemweiten Krisenszenarien beurteilt werden.

(4) Ein Zeitplan für die Umsetzung von Handlungsoptionen nach Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe c der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 ist in Bezug auf die befreiten Institute und das institutsbezogene Sicherungssystem darzustellen.

§ 26

Kommunikations- und Informationsplan

Der Sanierungsplan des institutsbezogenen Sicherungssystems hat einen Kommunikations- und Informationsplan zu enthalten, der die Anforderungen des Artikels 14 der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 sowohl in Bezug auf die von der Befreiung erfassten Institute als auch in Bezug auf das institutsbezogene Sicherungssystem erfüllt.

§ 27

Vorbereitungsmaßnahmen

Die Beschreibung der Umsetzung des identifizierten Handlungsbedarfs gemäß Artikel 15 der Delegierten Verordnung (EU) 2016/1075 hat mit Bezug auf das institutsbezogene Sicherungssystem und die befreiten Institute zu erfolgen.

Bonn, den 12. März 2020

Der Präsident
der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
F. Hufeld

§ 28

Informationsaustausch

(1) Der Sanierungsplan hat zu beschreiben, wie das institutsbezogene Sicherungssystem und die von der Befreiung erfassten Institute sich gegenseitig die für die Erstellung, die in § 23 Absatz 2 beschriebene Einbeziehung der Inhalte des Sanierungsplans, die Aktualisierung des Sanierungsplans und die für die Sicherstellung der rechtzeitigen Umsetzung von Handlungsoptionen notwendigen Informationen bereitstellen.

(2) Der Sanierungsplan hat auch zu beschreiben, wie sichergestellt wird, dass die Informationen im Sinne des Absatzes 1 aktuell, richtig und vollständig sind, sowie dem institutsbezogenen Sicherungssystem rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden.

§ 29

Aktualisierung

Der vom institutsbezogenen Sicherungssystem erstellte Sanierungsplan ist nach jeder Änderung, die sich wesentlich auf den Sanierungsplan auswirken kann, zu aktualisieren und der Aufsichtsbehörde sowie der Deutschen Bundesbank zu übermitteln. Die Aufsichtsbehörde kann von dem institutsbezogenen Sicherungssystem verlangen, seinen Sanierungsplan häufiger zu aktualisieren.

Abschnitt 5

Schlussvorschriften

§ 30

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Liste der Indikatoren des Sanierungsplans

1. Kapitalindikatoren
 - a) Harte Kernkapitalquote
 - b) Gesamtkapitalquote
 - c) Verschuldungsquote
2. Liquiditätsindikatoren
 - a) Liquiditätsdeckungsquote
 - b) Strukturelle Liquiditätsquote
 - c) Kosten der Refinanzierung am Interbankengeldmarkt
3. Rentabilitätsindikatoren
 - a) Kapitalrendite oder Eigenkapitalrendite
 - b) Bedeutende operative Verluste
4. Indikatoren für die Qualität der Vermögenswerte
 - a) Anstiegsrate der notleidenden Kredite (brutto)
 - b) Deckungsquote (Rückstellungen/Gesamtwert der notleidenden Kredite)
5. Marktbasierte Indikatoren
 - a) Rating mit negativem Ausblick oder Bonitätsherabstufung
 - b) Credit-Default-Swap-Spread (CDS-Spread)
 - c) Aktienkursschwankung
6. Makroökonomische Indikatoren
 - a) Veränderungen des Bruttoinlandprodukts
 - b) Credit Default Swaps auf öffentliche Schuldtitel

Anlage 2**Liste zusätzlicher Indikatoren des Sanierungsplans**

1. Kapitalindikatoren
 - a) Verhältnis von Gewinnrücklage und Rückstellungen zum Gesamteigenkapital
 - b) Nachteilige Informationen über die Finanzlage wichtiger Gegenparteien
2. Liquiditätsindikatoren
 - a) Konzentration von Liquidität und Finanzierungsquellen
 - b) Kosten der Gesamtfinanzierung (Einlagenrefinanzierung und Refinanzierung am Interbankengeldmarkt)
 - c) Durchschnittliche Position der Refinanzierung am Interbankengeldmarkt
 - d) Inkongruenz bei der vertraglichen Laufzeit
 - e) Verfügbare unbelastete Vermögenswerte
3. Rentabilitätsindikatoren
 - a) Aufwand-Ertrag-Verhältnis (Betriebskosten/Betriebseinkommen)
 - b) Nettozinsspanne
4. Indikatoren für die Qualität der Vermögenswerte
 - a) Notleidende Kredite/Eigenkapital
 - b) Notleidende Kredite (brutto)/Kredite insgesamt
 - c) Anstiegsrate der Wertminderungen auf Finanzanlagen
 - d) Notleidende Kredite nach wesentlicher geografischer oder sektoraler Konzentration
 - e) Gestundete Forderungen²/Risikopositionen insgesamt
5. Marktbasierte Indikatoren
 - a) Kurs-Buchwert-Verhältnis
 - b) Risiko für das Ansehen des Instituts oder erheblicher Schaden für das Ansehen des Instituts
6. Makroökonomische Indikatoren
 - a) Rating mit negativem Ausblick oder Bonitätsherabstufung von Staaten
 - b) Arbeitslosenquote

² „Unterlassene Forderungen“ gemäß der Definition in den Artikeln 163 bis 183 der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 680/2014 der Kommission vom 16. April 2014 zur Festlegung technischer Durchführungsstandards für die aufsichtlichen Meldungen der Institute gemäß der Verordnung (EU) Nr. 575/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L 191 vom 28.6.2014, S. 1).

Verordnung zur Änderung der Beschäftigungsverordnung und der Aufenthaltsverordnung

Vom 23. März 2020

Auf Grund

- des § 42 Absatz 1 Nummer 1, 4 und 5 und Absatz 2 Nummer 4 und 5 des Aufenthaltsgesetzes, der durch Artikel 1 Nummer 30 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) neu gefasst worden ist, in Verbindung mit § 61 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 3 des Asylgesetzes, von denen Absatz 1 Satz 3 durch Artikel 3 Nummer 11 Buchstabe a des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1294) und Absatz 2 Satz 3 durch Artikel 1 Nummer 20 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1722) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
- des § 69 Absatz 3 Satz 1, Absatz 5 Nummer 2 und Absatz 7 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes, dessen Absatz 3 Satz 1 durch Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe c des Gesetzes vom 13. Juli 2017 (BGBl. I S. 2350), dessen Absatz 5 Nummer 2 zuletzt durch Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe e Doppelbuchstabe aa des Gesetzes vom 13. Juli 2017 (BGBl. I S. 2350) und dessen Absatz 7 Satz 1 durch Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe g Doppelbuchstabe aa des Gesetzes vom 13. Juli 2017 (BGBl. I S. 2350) geändert worden ist, verordnet die Bundesregierung,
- des § 99 Absatz 1 Nummer 1 bis 3a Buchstabe a, b und e, Nummer 3b, 5, 13 und 13a des Aufenthaltsgesetzes, jeweils in Verbindung mit § 1 Absatz 2 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165) und dem Organisationserlass vom 14. März 2018 (BGBl. I S. 374), sowie auf Grund des § 99 Absatz 5 Nummer 1 des Aufenthaltsgesetzes, von denen Absatz 1 Nummer 3a Buchstabe a, b und e und Nummer 3b durch Artikel 4b Nummer 1 und 2 des Gesetzes vom 17. Februar 2020 (BGBl. I S. 166) geändert worden ist, von denen Absatz 1 Nummer 13 durch Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa des Gesetzes vom 12. April 2011 (BGBl. I S. 610) geändert worden ist, von denen Absatz 1 Nummer 13a zuletzt durch Artikel 4b Nummer 3 des Gesetzes vom 17. Februar 2020 (BGBl. I S. 166) geändert worden ist und von denen Absatz 5 Nummer 1 durch Artikel 1 Nummer 55 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat,
- sowie des § 40 Nummer 1 des AZR-Gesetzes, der durch Artikel 3 Absatz 9 Nummer 2 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, in Verbindung mit § 1 Absatz 2 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165) und dem Organisationserlass vom 14. März 2018 (BGBl. I S. 374), verordnet das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat:

Artikel 1

Änderung der Beschäftigungsverordnung

Die Beschäftigungsverordnung vom 6. Juni 2013 (BGBl. I S. 1499), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 26. November 2019 (BGBl. I S. 1865) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „in den Fällen des“ die Angabe „§ 24a und“ sowie nach dem Wort „Lebensjahres“ die Wörter „der Ausländerin oder“ eingefügt.
 - b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Beschäftigung“ die Wörter „der Ausländerin oder“ eingefügt.
2. § 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 3

Leitende Angestellte,
Führungskräfte und Spezialisten

Die Zustimmung kann erteilt werden für

1. leitende Angestellte,
2. Mitglieder des Organs einer juristischen Person, die zur gesetzlichen Vertretung berechtigt sind, oder
3. Personen, die für die Ausübung einer inländischen qualifizierten Beschäftigung über besondere, vor allem unternehmensspezifische Spezialkenntnisse verfügen.“
3. § 4 wird aufgehoben.
4. § 14 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Nummer 2 werden die Wörter „oder religiösen“ gestrichen.
 - b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Keiner Zustimmung bedarf die Erteilung eines Aufenthaltstitels an vorwiegend aus religiösen Gründen Beschäftigte, die über einfache deutsche Sprachkenntnisse verfügen. Wenn es dem aus religiösen Gründen Beschäftigten auf Grund besonderer Umstände des Einzelfalles nicht möglich oder nicht zumutbar ist, vor der Einreise Bemühungen zum Erwerb einfacher Kenntnisse der deutschen Sprache zu unternehmen, oder in Abwägung der Gesamtumstände das Sprachnachweiserfordernis im Einzelfall eine besondere Härte darstellen würde, bedarf die erstmalige Erteilung eines Aufenthaltstitels trotz fehlender einfacher deutscher Sprach-

kenntnisse keiner Zustimmung. Im Fall des Satzes 2 sind innerhalb eines Zeitraums von weniger als einem Jahr nach Einreise einfache deutsche Sprachkenntnisse nachzuweisen. Aus vorwiegend religiösen Gründen Beschäftigte, die wegen ihrer Staatsangehörigkeit auch für einen Aufenthalt, der kein Kurzaufenthalt ist, visumfrei in das Bundesgebiet einreisen und sich darin aufhalten dürfen, sind vom Erfordernis der Sprachkenntnisse befreit.“

5. § 15 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 5 wird das Wort „oder“ am Ende gestrichen.
- b) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch das Wort „, oder“ ersetzt.
- c) Folgende Nummer 7 wird angefügt:
„7. von Schülerinnen und Schülern deutscher Auslandsschulen mit einer Dauer von bis zu sechs Wochen.“

6. § 15a Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 wird die Angabe „Verordnung (EG) Nr. 539/2001“ durch die Angabe „Verordnung (EU) 2018/1806 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. November 2018 zur Aufstellung der Liste der Drittländer, deren Staatsangehörige beim Überschreiten der Außengrenzen im Besitz eines Visums sein müssen, sowie der Liste der Drittländer, deren Staatsangehörige von dieser Visumpflicht befreit sind (ABl. L 303 vom 28.11.2018, S. 39), die durch die Verordnung (EU) 2019/592 (ABl. L 103 I vom 12.4.2019, S. 1) geändert worden ist,“ ersetzt.
- b) In Nummer 2 Buchstabe b wird die Angabe „Verordnung (EG) Nr. 539/2001“ durch die Angabe „Verordnung (EU) 2018/1806“ ersetzt.

7. § 19 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 wird das Wort „oder“ nach dem Wort „einzuweisen“ durch ein Komma ersetzt.
- b) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:
„2. erworbene Maschinen, Anlagen und sonstige Sachen abzunehmen oder in ihre Bedienung eingewiesen zu werden, oder“.
- c) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.

8. § 22 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:
„5. Personen, die eSport in Form eines Wettkampfes zwischen Personen berufsmäßig ausüben und deren Einsatz in deutschen Vereinen oder vergleichbaren an Wettkämpfen teilnehmenden Einrichtungen des eSports vorgesehen ist, wenn sie
 - a) das 16. Lebensjahr vollendet haben,
 - b) der Verein oder die Einrichtung ein Bruttogehalt zahlt, das mindestens 50 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Rentenversicherung beträgt, und

c) der für den eSport zuständige deutsche Spitzenverband die berufsmäßige Ausübung von eSport bestätigt und die ausgeübte Form des eSports von erheblicher nationaler oder internationaler Bedeutung ist,“.

- b) Die bisherigen Nummern 5 bis 7 werden die Nummern 6 bis 8.
- c) In der neuen Nummer 7 wird das Wort „oder“ am Ende gestrichen.
- d) In der neuen Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch das Wort „, oder“ ersetzt.
- e) Folgende Nummer 9 wird angefügt:

„9. Hausangestellte, die unter Beibehaltung ihres gewöhnlichen Aufenthaltes im Ausland ihren Arbeitgeber oder dessen Familienangehörige mit gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland für eine Dauer von bis zu 90 Tagen innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten in das Inland begleiten.“

9. Nach § 24 wird folgender § 24a eingefügt:

„§ 24a

Berufskraftfahrerinnen und Berufskraftfahrer

(1) Die Zustimmung kann Ausländerinnen und Ausländern für eine inländische Beschäftigung als Berufskraftfahrerin oder Berufskraftfahrer im Güterkraftverkehr und Personenverkehr mit Kraftomnibussen erteilt werden, wenn sie

1. die EU- oder EWR-Fahrerlaubnis und
2. die Grundqualifikation oder beschleunigte Grundqualifikation nach der Richtlinie 2003/59/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Juli 2003 über die Grundqualifikation und Weiterbildung der Fahrer bestimmter Kraftfahrzeuge für den Güter- oder Personenkraftverkehr und zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 3820/85 des Rates und der Richtlinie 91/439/EWG des Rates sowie zur Aufhebung der Richtlinie 76/914/EWG des Rates (ABl. L 226 vom 10.9.2003, S. 4), die zuletzt durch die Richtlinie (EU) 2018/645 (ABl. L 112 vom 2.5.2018, S. 29) geändert worden ist, und der Richtlinie 2006/126/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Dezember 2006 über den Führerschein (Neufassung) (ABl. L 403 vom 30.12.2006, S. 18), die zuletzt durch die Richtlinie (EU) 2018/933 (ABl. L 165 vom 2.7.2018, S. 35) geändert worden ist,

besitzen, die für die Ausübung der Beschäftigung erforderlich sind. Die Zustimmung wird mit Vorrangprüfung erteilt. Satz 2 gilt nicht, wenn zuvor eine Zustimmung nach Absatz 2 für eine Beschäftigung bei demselben Arbeitgeber erteilt wurde.

(2) Die Zustimmung kann Ausländerinnen und Ausländern für eine inländische Beschäftigung bei einem Arbeitgeber erteilt werden, wenn

1. der Arbeitsvertrag zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erlangung der nach Absatz 1 erforderlichen Fahrerlaubnis und Qualifikationen verpflichtet,
2. die Arbeitsbedingungen für die Zeit der Maßnahmen so ausgestaltet sind, dass die Fahrerlaub-

nis und die Qualifikationen einschließlich der Ausstellung der erforderlichen Dokumente innerhalb von 15 Monaten erlangt werden können,

3. für die Zeit nach Erlangung der Fahrerlaubnis und der Qualifikationen ein konkretes Arbeitsplatzangebot für eine inländische Beschäftigung als Berufskraftfahrerin oder Berufskraftfahrer im Güterkraftverkehr oder Personenverkehr mit Kraftomnibussen bei demselben Arbeitgeber vorliegt und
4. der Nachweis erbracht wird, dass sie die in ihrem Herkunftsland für die Beschäftigung als Berufskraftfahrerin oder Berufskraftfahrer einschlägige Fahrerlaubnis besitzen.

Die Zustimmung wird für bis zu 15 Monate und mit Vorrangprüfung für die spätere Beschäftigung als Berufskraftfahrerin oder Berufskraftfahrer erteilt. Im begründeten Einzelfall kann die Zustimmung für bis zu weitere sechs Monate erteilt werden.

(3) Für Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis zum Zwecke einer Beschäftigung nach Absatz 1 oder 2 besitzen, findet § 9 keine Anwendung.“

10. § 30 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Tätigkeiten nach § 3 Nummer 1 und 2 auch ohne Zustimmung sowie nach § 16, die bis zu 90 Tage innerhalb eines Zeitraums von 180 Tagen ausgeübt werden,“.

11. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 32

Beschäftigung von Personen
mit Duldung oder Aufenthalts gestattetung“.

- b) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Zustimmung“ die Wörter „mit Vorrangprüfung“ gestrichen.
- c) Absatz 2 Nummer 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Wörter „§ 3 Nummer 1 bis 3,“ werden gestrichen.
 - bb) Die Wörter „§ 22 Nummer 3 bis 5“ werden durch die Wörter „§ 22 Nummer 3 bis 6“ ersetzt.
- d) Absatz 3 wird aufgehoben.
- e) Absatz 4 wird Absatz 3 und die Wörter „Die Absätze 2 und 3 finden“ werden durch die Wörter „Der Absatz 2 findet“ ersetzt.

Artikel 2

Weitere Änderung der Beschäftigungsverordnung

§ 14 Absatz 1a der Beschäftigungsverordnung vom 6. Juni 2013 (BGBl. I S. 1499), die zuletzt durch Artikel 1 dieser Verordnung geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 wird das Wort „einfache“ durch das Wort „hinreichende“ ersetzt.
2. In Satz 2 wird jeweils das Wort „einfacher“ durch das Wort „hinreichender“ ersetzt.
3. In Satz 3 wird das Wort „einfache“ durch das Wort „hinreichende“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung der Aufenthaltsverordnung

Die Aufenthaltsverordnung vom 25. November 2004 (BGBl. I S. 2945), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2585) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 12 Absatz 1 Satz 4 wird die Angabe „§ 16“ durch die Angabe „§ 16b“ ersetzt.
2. In § 13 Absatz 1 Nummer 1 wird die Angabe „Verordnung (EG) Nr. 539/2001“ durch die Wörter „Verordnung (EU) 2018/1806 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. November 2018 zur Aufstellung der Liste der Drittländer, deren Staatsangehörige beim Überschreiten der Außengrenzen im Besitz eines Visums sein müssen, sowie der Liste der Drittländer, deren Staatsangehörige von dieser Visumpflicht befreit sind (ABl. L 303 vom 28.11.2018, S. 39), die durch die Verordnung (EU) 2019/592 (ABl. L 103 I vom 12.4.2019, S. 1) geändert worden ist,“ ersetzt.
3. In § 15, § 18 Satz 1 Nummer 1, § 22 Absatz 1 Nummer 1 und 2, § 39 Satz 1 Nummer 3 sowie in § 40 wird jeweils die Angabe „Verordnung (EG) Nr. 539/2001“ durch die Angabe „Verordnung (EU) 2018/1806“ ersetzt.
4. § 17 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Wörter „Artikel 1 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 539/2001“ durch die Wörter „Artikel 4 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2018/1806“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 4 wird die Angabe „§ 4 Abs. 3 Satz 1“ durch die Wörter „§ 4a Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.
5. § 31 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Nummer 1 wird das Wort „Arbeitsplatzsuche“ durch die Wörter „Arbeits- oder Ausbildungsplatzsuche“ ersetzt.
 - bbb) In Nummer 2 Buchstabe b werden die Wörter „§ 18 Absatz 4 Satz 2“ durch die Angabe „§ 19c Absatz 3“ ersetzt.
 - ccc) In Nummer 2 wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) eine Beschäftigung gemäß § 14 Absatz 1a der Beschäftigungsverordnung ausüben will und dabei einen Fall des § 14 Absatz 1a Satz 2 der Beschäftigungsverordnung geltend macht, oder“.
 - bbb) In Satz 5 werden die Wörter „§ 16 Absatz 1, 6 oder Absatz 7 oder nach § 20“ durch die Wörter „§ 16b Absatz 1 oder Absatz 5, § 17 Absatz 2 oder § 18d“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 wird die Angabe „§§ 18, 19, 19a, 19b, 19d“ durch die Angabe „§§ 18a, 18b, 18c Absatz 3, §§ 19, 19b, 19c“ ersetzt.
 - c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

- „(4) In den Fällen des § 81a des Aufenthaltsgesetzes ist für die Erteilung der nach § 81a Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 des Aufenthaltsgesetzes erforderlichen Vorabzustimmung die Ausländerbehörde zuständig, die für den Ort der Betriebsstätte zuständig ist, an der der Ausländer beschäftigt werden soll.“
6. In § 34 Satz 1 Nummer 5, 6 und 7 werden jeweils die Wörter „§ 16 Absatz 1 und 6“ durch die Wörter „§ 16b Absatz 1 und 5“ ersetzt.
7. § 38a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 20 Abs. 1 Nr. 1“ durch die Wörter „§ 18d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 20 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 18d Absatz 3“ ersetzt.
8. In § 38b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 wird jeweils die Angabe „§ 20 Abs. 1 Nr. 2“ durch die Wörter „§ 18d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.
9. In § 38d Absatz 2 Nummer 3 und 4 wird jeweils die Angabe „§ 20“ durch die Angabe „§ 18d“ ersetzt.
10. In § 38e Satz 1 wird die Angabe „§ 20 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 18d Absatz 3“ ersetzt.
11. In § 38f Absatz 1 Nummer 3 und 4 wird jeweils die Angabe „§ 20“ durch die Angabe „§ 18d“ ersetzt.
12. § 39 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 3 wird die Angabe „§§ 16, 17b oder 18d“ durch die Angabe „§§ 16b, 16e oder 19e“ ersetzt.
- bb) In Nummer 8 wird die Angabe „§ 19b“ durch die Angabe „§ 19“ ersetzt.
- cc) In Nummer 9 Buchstabe b wird jeweils die Angabe „§ 19d“ durch die Angabe „§ 19b“ ersetzt.
- dd) In Nummer 10 Buchstabe b wird jeweils die Angabe „§ 20b“ durch die Angabe „§ 18f“ ersetzt.
- b) In Satz 2 wird die Angabe „§ 19b“ durch die Angabe „§ 19“ ersetzt.
13. In § 41 Absatz 4 wird die Angabe „§ 19b“ durch die Angabe „§ 19“ ersetzt.
14. In § 44 Nummer 1 wird die Angabe „§ 19 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 18c Absatz 3“ ersetzt.
15. Dem § 49 wird folgender Absatz 4 angefügt:
- „(4) Geht die örtliche Zuständigkeit nach Erhebung der Bearbeitungsgebühr auf eine andere Behörde über, verbleibt die Bearbeitungsgebühr bei der Behörde, die sie erhoben hat. In diesem Fall erhebt die nunmehr örtlich zuständige Behörde keine Bearbeitungsgebühr.“
16. § 59 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 20“ durch die Angabe „§ 18d“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird die Angabe „§ 20b“ durch die Angabe „§ 18f“ ersetzt.
- b) In Absatz 4a wird die Angabe „§ 16“ durch die Angabe „§ 16b“ ersetzt.
- c) In Absatz 4b wird die Angabe „§ 17b“ durch die Angabe „§ 16e“ ersetzt.
- d) In Absatz 4c wird die Angabe „§ 18d“ durch die Angabe „§ 19e“ ersetzt.
- e) In Absatz 4d werden die Wörter „dem Aufenthaltstitel“ durch die Wörter „der Aufenthaltserlaubnis oder in einem zu dieser Aufenthaltserlaubnis gehörenden Zusatzblatt nach den Anlagen D11 und D11a oder in dem Trägervordruck nach der Anlage D1“ ersetzt.
- f) Folgender Absatz 7 wird angefügt:
- „(7) Sofern ein Aufenthaltstitel für Zwecke der Aufnahme oder Ausübung einer Erwerbstätigkeit nach § 84 Absatz 2 Satz 2 des Aufenthaltsgesetzes als fortbestehend gilt, dokumentiert die Ausländerbehörde dies auf Antrag des Ausländers in einem Vordruck nach Anlage D11 oder D11a; ist dem Ausländer ein Dokument entsprechend einem in Anlage D1 bis D3 vorgesehenen Muster ausgestellt worden oder wird ihm ein solches Dokument ausgestellt, ist die Eintragung in diesem Dokument vorzunehmen.“

Artikel 4

Weitere Änderung der Aufenthaltsverordnung

In § 31 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 der Aufenthaltsverordnung vom 25. November 2004 (BGBl. I S. 2945), die zuletzt durch Artikel 3 dieser Verordnung geändert worden ist, werden die Wörter „Arbeits- oder Ausbildungsplatzsuche“ durch das Wort „Arbeitsplatzsuche“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung der AZRG-Durchführungsverordnung

In der Anlage der AZRG-Durchführungsverordnung vom 17. Mai 1995 (BGBl. I S. 695), die zuletzt durch Artikel 53 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, wird Abschnitt I Allgemeiner Datenbestand wie folgt geändert:

1. Nummer 1 Spalte D wird wie folgt geändert:
- a) Die Wörter „§§ 5, 14 bis 19, 21, 23, 24a, 25 bis 27 des AZR-Gesetzes“ werden durch die Wörter „§§ 5, 14 bis 19, 21, 23, 23a, 24a, 25 bis 27 des AZR-Gesetzes“ ersetzt.
- b) In Ziffer II werden nach den Wörtern „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 18b des AZR-Gesetzes“ die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 23a des AZR-Gesetzes ohne Angabe des Geschäftszeichens“ eingefügt.

2. Nummer 2 Spalte D wird wie folgt geändert:

- a) Die Wörter „§§ 5, 14 bis 19, 21, 23, 24a des AZR-Gesetzes“ werden durch die Wörter „§§ 5, 14 bis 19, 21, 23, 23a, 24a des AZR-Gesetzes“ ersetzt.
- b) In Ziffer II werden nach den Wörtern „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 18b des AZR-Gesetzes“ die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 23a des AZR-Gesetzes“ eingefügt.

3. Nummer 3 Spalte D wird wie folgt geändert:

- a) Die Wörter „§§ 5, 14 bis 19, 21, 23, 24a, 25, 26 des AZR-Gesetzes“ werden durch die Wörter „§§ 5, 14 bis 19, 21, 23, 23a, 24a, 25, 26 des AZR-Gesetzes“ ersetzt.
- b) In Ziffer II werden nach den Wörtern „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 18b des AZR-Gesetzes“ die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 23a des AZR-Gesetzes“ eingefügt.

4. Nummer 3a Spalte D wird wie folgt geändert:

- a) Die Wörter „§§ 14, 15, 17, 17a, 18a bis 18e, 23, 24 des AZR-Gesetzes“ werden durch die Wörter „§§ 14, 15, 17, 17a, 18a bis 18e, 23, 23a, 24 des AZR-Gesetzes“ ersetzt.
- b) Die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zu Spalte A Buchstabe a, c, e bis j“ werden durch die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 18b des AZR-Gesetzes zu Spalte A Buchstabe a, c, e bis j“ ersetzt und die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 23a des AZR-Gesetzes zu Spalte A Buchstabe c“ eingefügt.

5. Nummer 4 Spalte D wird wie folgt geändert:

- a) Die Wörter „Übermittlung/Weitergabe nach den §§ 5, 14 bis 19, 21, 23 oder 24a des AZR-Gesetzes“ werden durch die Wörter „§§ 5, 14 bis 19, 21, 23, 23a, 24a des AZR-Gesetzes“ ersetzt.
- b) In Ziffer II werden nach den Wörtern „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 18b des AZR-Gesetzes zu Spalte A Buchstabe a bis f“ die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 23a des AZR-Gesetzes zu Spalte A Buchstabe a bis d“ eingefügt.

6. In Nummer 6 Spalte D werden die Wörter „§§ 5, 14 bis 19, 21, 23, 24a, 25 bis 27 des AZR-Gesetzes“ durch die Wörter „§§ 5, 14 bis 19, 21, 23, 23a, 24a, 25 bis 27 des AZR-Gesetzes“ ersetzt.

7. Nummer 8 Spalte D wird wie folgt geändert:

- a) Die Wörter „§§ 15, 16, 17a, 18, 18a, 18b, 18d, 21, 23 des AZR-Gesetzes“ werden durch die Wörter „§§ 15, 16, 17a, 18, 18a, 18b, 18d, 21, 23, 23a des AZR-Gesetzes“ ersetzt.
- b) In Ziffer II werden nach den Wörtern „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 18b des AZR-Gesetzes“ die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 23a des AZR-Gesetzes zu Spalte A Buchstabe t und u“ eingefügt.

8. Nummer 9 wird wie folgt geändert:

- a) In Spalte A wird der Buchstabe m wie folgt gefasst:

„m) Aufenthaltstitel erteilt nach Einreise in das Bundesgebiet mit				
aa) Visum nach § 17 Absatz 1 AufenthG am		(5)*		
bb) Visum nach § 17 Absatz 2 AufenthG am		(5)*		
cc) Visum nach § 20 Absatz 1 AufenthG am		(5)*		
dd) Visum nach § 20 Absatz 2 AufenthG am		(5)*		
ee) einem im Verfahren nach § 81a AufenthG erteilten Visum am		(5)*		

- b) Spalte D wird wie folgt geändert:

- aa) Die Wörter „§§ 15, 16, 17, 17a, 18, 18a, 18b, 18d, 18g, 19, 21, 23, 24a des AZR-Gesetzes“ werden durch die Wörter „§§ 15, 16, 17, 17a, 18, 18a, 18b, 18d, 18g, 19, 21, 23, 23a, 24a des AZR-Gesetzes“ ersetzt.

bb) In Ziffer II werden nach den Wörtern „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 18b des AZR-Gesetzes“ die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 23a des AZR-Gesetzes zu Spalte A Buchstabe a bis g, m bis p und x bis y“ eingefügt.

9. Nummer 10 wird wie folgt geändert:

a) Spalte A Buchstabe b Doppelbuchstabe jj wird wie folgt geändert:

aa) In Dreifachbuchstabe jjj werden die Wörter „1. Alternative“ gestrichen.

bb) In Dreifachbuchstabe kkk werden die Wörter „Absatz 1 Nummer 2, 2. Alternative“ durch die Angabe „Absatz 1a“ ersetzt.

cc) Der Dreifachbuchstabe nnn wird gestrichen.

dd) Die bisherigen Dreifachbuchstaben ooo bis qqq werden zu Dreifachbuchstaben nnn bis ppp.

ee) Der bisherige Dreifachbuchstabe rrr wird Dreifachbuchstabe qqq und wie folgt gefasst:

„qqq) § 22 Nummer 5 BeschV, eSportler		(2)*		
erteilt am				
befristet bis				“.

ff) Die bisherigen Dreifachbuchstaben sss und ttt werden zu den Dreifachbuchstaben rrr und sss.

gg) Nach Dreifachbuchstabe sss wird folgender Dreifachbuchstabe ttt eingefügt:

„ttt) § 24a BeschV, Berufskraftfahrerinnen und Berufskraftfahrer		(2)*		
erteilt am				
befristet bis				“.

hh) Nach Dreifachbuchstabe yyy wird folgender Dreifachbuchstabe zzz angefügt:

„zzz) übrige Beschäftigungssachverhalte der BeschV		(2)*		
erteilt am				
befristet bis				“.

b) In Spalte A Buchstabe b wird nach Doppelbuchstabe kk folgender Dreifachbuchstabe aaa eingefügt:

„aaa) § 6 BeschV, Beschäftigung in ausgewählten Berufen bei ausgeprägter berufspraktischer Erfahrung		(2)*		
erteilt am				
befristet bis				“.

c) Spalte D wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „§§ 15, 16, 17, 17a, 18, 18a, 18b, 18d, 18g, 19, 21, 23 des AZR-Gesetzes“ werden durch die Wörter „§§ 15, 16, 17, 17a, 18, 18a, 18b, 18d, 18g, 19, 21, 23, 23a des AZR-Gesetzes“ ersetzt.

bb) In Ziffer II werden nach den Wörtern „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 18b des AZR-Gesetzes“ die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 23a des AZR-Gesetzes“ eingefügt.

10. Nummer 11 Spalte D wird wie folgt geändert:

a) Die Wörter „§§ 15, 16, 17, 17a, 18, 18a, 18b, 18d, 18g, 19, 21, 23 des AZR-Gesetzes“ werden durch die Wörter „§§ 15, 16, 17, 17a, 18, 18a, 18b, 18d, 18g, 19, 21, 23, 23a des AZR-Gesetzes“ ersetzt.

b) In Ziffer II werden nach den Wörtern „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 18b des AZR-Gesetzes“ die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 23a des AZR-Gesetzes“ eingefügt.

11. Nummer 12 Spalte D wird wie folgt geändert:

a) Die Wörter „§§ 15, 16, 17, 17a, 18, 18a, 18b, 18d, 18g, 19, 21, 23 des AZR-Gesetzes“ werden durch die Wörter „§§ 15, 16, 17, 17a, 18, 18a, 18b, 18d, 18g, 19, 21, 23, 23a des AZR-Gesetzes“ ersetzt.

b) In Ziffer II werden nach den Wörtern „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 18b des AZR-Gesetzes“ die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 23a des AZR-Gesetzes“ eingefügt.

12. Nummer 17 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe e wird durch die folgenden Buchstaben e bis i ersetzt:

<p>„e) Bescheinigung über die Aussetzung der Abschiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2 Satz 3 AufenthG in Verbindung mit § 60c Absatz 1 AufenthG (Ausbildungsduldung, Anspruch)</p> <p>erteilt am</p> <p>befristet bis</p> <p>widerrufen am</p> <p>erloschen am</p>		(2)		
<p>f) Bescheinigung über die Aussetzung der Abschiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2 Satz 3 AufenthG in Verbindung mit § 60c Absatz 7 AufenthG (Ausbildungsduldung, Ermessen)</p> <p>erteilt am</p> <p>befristet bis</p> <p>widerrufen am</p> <p>erloschen am</p>		(2)		
<p>g) Bescheinigung über die Aussetzung der Abschiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2 Satz 3 AufenthG in Verbindung mit § 60d Absatz 1 AufenthG (Beschäftigungsduldung, Regelanspruch, Beschäftigter)</p> <p>erteilt am</p> <p>befristet bis</p> <p>widerrufen am</p> <p>erloschen am</p>		(2)		
<p>h) Bescheinigung über die Aussetzung der Abschiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2 Satz 3 AufenthG in Verbindung mit § 60d Absatz 1 AufenthG (Beschäftigungsduldung, Regelanspruch, Ehegatte/Lebenspartner)</p> <p>erteilt am</p> <p>befristet bis</p> <p>widerrufen am</p> <p>erloschen am</p>		(2)		
<p>i) Bescheinigung über die Aussetzung der Abschiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2 Satz 3 AufenthG in Verbindung mit § 60d Absatz 2 AufenthG (Beschäftigungsduldung, Regelanspruch, minderjährige ledige Kinder)</p> <p>erteilt am</p> <p>befristet bis</p> <p>widerrufen am</p> <p>erloschen am</p>		(2)		

<p>j) Bescheinigung über die Aussetzung der Abschiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2 Satz 3 AufenthG in Verbindung mit § 60d Absatz 4 AufenthG (Beschäftigungsduldung, Ermessen, Beschäftigter)</p> <p>erteilt am</p> <p>befristet bis</p> <p>widerrufen am</p> <p>erloschen am</p> <p>k) Bescheinigung über die Aussetzung der Abschiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2 Satz 3 AufenthG in Verbindung mit § 60d Absatz 4 in Verbindung mit Absatz 1 AufenthG (Beschäftigungsduldung, Ermessen, Ehegatte/Lebenspartner)</p> <p>erteilt am</p> <p>befristet bis</p> <p>widerrufen am</p> <p>erloschen am</p> <p>l) Bescheinigung über die Aussetzung der Abschiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2 Satz 3 AufenthG in Verbindung mit § 60d Absatz 4 in Verbindung mit Absatz 2 AufenthG (Beschäftigungsduldung, Ermessen, minderjährige ledige Kinder)</p> <p>erteilt am</p> <p>befristet bis</p> <p>widerrufen am</p> <p>erloschen am</p>		(2)		“
---	--	-----	--	---

b) Die Buchstaben f bis h werden die Buchstaben m bis o.

c) Nach Buchstabe o wird folgender Buchstabe p eingefügt:

<p>„p) Bescheinigung über die Aussetzung der Abschiebung (Duldung) nach § 60b Absatz 1 AufenthG (Duldung für Personen mit ungeklärter Identität)</p> <p>erteilt am</p> <p>befristet bis</p> <p>widerrufen am</p> <p>erloschen am</p>		(2)		“
--	--	-----	--	---

d) Der Buchstabe i wird Buchstabe q.

e) Spalte C wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „– Ausländerbehörden und mit der Durchführung ausländerrechtlicher Vorschriften betraute öffentliche Stellen zu Spalte A Buchstabe a bis f, h und i“ werden durch die Wörter „– Ausländerbehörden und mit der Durchführung ausländerrechtlicher Vorschriften betraute öffentliche Stellen zu Spalte A Buchstabe a bis m, o bis q“ ersetzt.

bb) Die Wörter „– mit grenzpolizeilichen Aufgaben betraute Behörde zu Spalte A Buchstabe g und i“ werden durch die Wörter „– mit grenzpolizeilichen Aufgaben betraute Behörde zu Spalte A Buchstabe n und q“ ersetzt.

f) Spalte D wird wie folgt geändert:

- aa) Die Wörter „§§ 15, 16, 17, 17a, 18, 18a, 18b, 18g, 19, 21, 23 des AZR-Gesetzes“ werden durch die Wörter „§§ 15, 16, 17, 17a, 18, 18a, 18b, 18g, 19, 21, 23, 23a des AZR-Gesetzes“ ersetzt.
- bb) Die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit“ werden durch die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach den §§ 18 und 18b des AZR-Gesetzes“ ersetzt und die Wörter „– Bundesagentur für Arbeit zur Aufgabenerfüllung nach § 23a des AZR-Gesetzes zu Spalte A Buchstabe a bis o“ eingefügt.
- cc) Die Wörter „– Statistisches Bundesamt zu Spalte A Buchstabe a bis h“ werden durch die Wörter „– Statistisches Bundesamt zu Spalte A Buchstabe a bis p“ ersetzt.

Artikel 6

Inkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 4 und Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc treten am 1. Oktober 2020 in Kraft.

(3) Artikel 2 tritt am 1. Oktober 2021 in Kraft.

(4) Artikel 4 tritt am 2. März 2025 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Berlin, den 23. März 2020

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister
für Arbeit und Soziales
Hubertus Heil

Der Bundesminister
des Innern, für Bau und Heimat
Horst Seehofer

**Verordnung
zur Änderung der Bundespolizei-Laufbahnverordnung
und der Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für den
verkürzten Aufstieg in den gehobenen Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei**

Vom 25. März 2020

Auf Grund des § 3 Absatz 2 Satz 1 des Bundespolizei-beamtengesetzes, der durch Artikel 3 Nummer 2 des Gesetzes vom 29. Juni 1998 (BGBl. I S. 1666) neu gefasst worden ist, und des § 17 Absatz 7 des Bundes-beamtengesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) verordnet die Bundesregierung:

**Artikel 1
Änderung der
Bundespolizei-Laufbahnverordnung**

Die Bundespolizei-Laufbahnverordnung vom 2. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2408), die zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Nach der Angabe zu § 12 wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 12a Altershöchstgrenze für die Verwendungsfortbildung zur Pilotin oder zum Piloten“.
 - b) Die Angabe zu § 17 wird durch die folgenden Angaben ersetzt:
„§ 16a Verkürzter Aufstieg von Spitzensportlerinnen und Spitzensportlern in den gehobenen Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei“
 - § 17 Verkürzter Aufstieg in den höheren Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei
 - § 18 Ausnahmen für besonders leistungsstarke Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte des mittleren Polizeivollzugsdienstes in der Bundespolizei“.
2. § 5 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Die Altershöchstgrenzen gelten nicht für Soldatinnen und Soldaten auf Zeit, deren Dienstzeit auf mindestens acht Jahre festgesetzt wurde.“
3. In § 9 Absatz 3 werden die Wörter „sich nach erfolgreichem Abschluss des Vorbereitungsdienstes sechs Monate in der neuen Laufbahn bewährt“ durch die Wörter „den Vorbereitungsdienst erfolgreich abgeschlossen“ ersetzt.
4. § 11 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Die Polizeivollzugsbeamtin oder der Polizeivollzugsbeamte, deren oder dessen Befähigung nach Absatz 2 oder nach der Verordnung über die Anerkennung europäischer Berufsqualifikationen als Laufbahnbefähigung anerkannt worden ist, soll eine Unterweisungszeit von mindestens sechs Monaten durchlaufen.“
5. § 12 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
„(1) Für die besonderen Fachverwendungen im Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei nach Anlage 2 können
 1. Beamtinnen und Beamte versetzt werden, wenn sie
 - a) die Bildungsvoraussetzungen nach Anlage 2 erfüllen und
 - b) erfolgreich an einem Auswahlverfahren, das für Regelbewerberinnen und Regelbewerber vorgesehen ist, teilgenommen haben,
 2. Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte in eine höhere Laufbahn des Polizeivollzugsdienstes wechseln, wenn sie
 - a) die Bildungsvoraussetzungen nach Anlage 2 erfüllen, und
 - b) erfolgreich an einem Auswahlverfahren, das für Regelbewerberinnen und Regelbewerber vorgesehen ist, teilgenommen haben,
 3. Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte im Flugdienst der Bundespolizei abweichend von § 17 Absatz 4 des Bundes-

beamtenengesetzes in die Laufbahn des gehobenen Polizeivollzugsdienstes wechseln, wenn sie

- a) die Bildungsvoraussetzungen nach Anlage 2 erfüllen und
 - b) erfolgreich an einem Auswahlverfahren teilgenommen haben,
4. Bewerberinnen und Bewerber nach Maßgabe der §§ 19 bis 21 der Bundeslaufbahnverordnung eingestellt werden, wenn sie
- a) die Bildungsvoraussetzungen nach Anlage 2 erfüllen und
 - b) die Altershöchstgrenze nach § 5 Absatz 3 und 4 nicht überschritten haben.“
- b) In Absatz 2 werden die Wörter „Absatz 1 Nummer 3“ durch die Wörter „Absatz 1 Nummer 4“ ersetzt.
- c) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 1 Nummer 1 und 3“ durch die Wörter „Absatz 1 Nummer 1 und 4“ ersetzt.
- d) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 1 Nummer 1 oder 3“ durch die Wörter „Absatz 1 Nummer 1 oder 4“ ersetzt.
6. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:

„§ 12a

Altershöchstgrenze für die Verwendungsförderung zur Pilotin oder zum Piloten

Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte dürfen an der Verwendungsförderung zur Pilotin oder zum Piloten im Flugdienst der Bundespolizei nur teilnehmen, wenn sie bei Beginn dieser Fortbildung noch nicht 40 Jahre alt sind.“

7. § 16 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Buchstabe b wird durch die folgenden Buchstaben b und c ersetzt:
 - „b) sich in einer Dienstzeit von mindestens zehn Jahren bewährt haben,
 - c) sich im Amt der Polizeihauptmeisterin oder des Polizeihauptmeisters mindestens drei Jahre bewährt haben,“.
 - bb) Der bisherige Buchstabe c wird Buchstabe d und in ihm wird das Wort „Beurteilungen“ durch die Wörter „dienstliche Beurteilungen“ ersetzt.
 - cc) Der bisherige Buchstabe d wird Buchstabe e.
- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Aufstiegsausbildung dauert sechs Monate. Sie umfasst eine theoretische und eine praktische Ausbildung. In der theoretischen Ausbildung können Fernlehrrmethoden eingesetzt werden.“

8. Die §§ 17 und 18 werden durch die folgenden §§ 16a bis 18 ersetzt:

„§ 16a

Verkürzter Aufstieg von Spitzensportlerinnen und Spitzensportlern in den gehobenen Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei

(1) Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte in der Spitzensportförderung in der Bundespolizei können zu einem verkürzten Aufstieg in den gehobenen Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei zugelassen werden, wenn

1. dafür ein dienstliches Bedürfnis besteht und
2. die Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamten
 - a) bei Beginn des Aufstiegs noch nicht 40 Jahre alt sind,
 - b) sich in dem von der Bundespolizei geförderten Spitzensport mindestens drei Jahre bewährt haben,
 - c) den Vorbereitungsdienst für den mittleren Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei mit einem mindestens überdurchschnittlichen Ergebnis abgeschlossen haben und
 - d) erfolgreich an einem Auswahlverfahren teilgenommen haben.

Bei der Bemessung der Bewährungszeit sind Zeiten einer Teilzeitbeschäftigung wie Zeiten einer Vollzeitbeschäftigung zu behandeln, soweit nicht zwingende sachliche Gründe entgegenstehen.

(2) Für das Auswahlverfahren gilt § 36 der Bundeslaufbahnverordnung mit der Maßgabe, dass

1. über die Zulassung zum Aufstieg – abweichend von § 36 Absatz 6 der Bundeslaufbahnverordnung – das Bundespolizeipräsidium entscheidet,
2. im Fall des § 36 Absatz 4 Satz 7 der Bundeslaufbahnverordnung die Teilnahme am Auswahlverfahren einmal, bei erfolgreicher Teilnahme auch mehrfach wiederholt werden kann.

(3) Die Aufstiegsausbildung dauert sechs Monate. Sie umfasst eine theoretische und eine praktische Ausbildung. In der theoretischen Ausbildung können Fernlehrrmethoden eingesetzt werden.

(4) Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte in der Spitzensportförderung der Bundespolizei, die die Befähigung für die nächsthöhere Laufbahn nach den Absätzen 1 bis 3 erworben haben, können höchstens ein Amt der Besoldungsgruppe A 11 erreichen. Für die Übertragung eines Amtes der neuen Laufbahn und für die Verleihung des ersten Beförderungsamtes gilt § 40 der Bundeslaufbahnverordnung. Abweichend davon kann den Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamten in der Spitzensportförderung der Bundespolizei, die mindestens ein Jahr ein Amt der Besoldungsgruppe A 9m mit Amtszulage innehaben, das Amt einer Polizeioberkommissarin oder eines Polizeioberkommissars unmittelbar übertragen werden.

§ 17

Verkürzter Aufstieg in den höheren Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei

(1) Abweichend von § 15 können Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte zu einem

verkürzten Aufstieg in den höheren Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei zugelassen werden, wenn

1. die Zulassung vor Ablauf des 31. Dezember 2023 erfolgt,
2. für die Zulassung ein dienstliches Bedürfnis besteht und
3. die Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamten
 - a) bei Beginn des Aufstiegs noch nicht 55 Jahre alt sind,
 - b) sich in einer Dienstzeit von mindestens zehn Jahren bewährt haben,
 - c) sich im Amt der Ersten Polizeihauptkommissarin oder des Ersten Polizeihauptkommissars mindestens drei Jahre bewährt haben,
 - d) in der letzten dienstlichen Beurteilung in ihrer Besoldungsgruppe mindestens mit der Note B 1 beurteilt worden sind und
 - e) erfolgreich an einem Auswahlverfahren teilgenommen haben.

(2) Für das Auswahlverfahren gilt § 36 der Bundeslaufbahnverordnung mit der Maßgabe, dass

1. über die Zulassung zum Aufstieg – abweichend von § 36 Absatz 6 Satz 1 der Bundeslaufbahnverordnung – das Bundespolizeipräsidium entscheidet,
2. im Fall des § 36 Absatz 4 Satz 7 der Bundeslaufbahnverordnung die Teilnahme am Auswahlverfahren einmal, bei erfolgreicher Teilnahme auch mehrfach wiederholt werden kann.

(3) Die Aufstiegsausbildung dauert in der Regel zwölf Monate. Die Aufstiegsausbildung kann auf neun Monate verkürzt werden, soweit berufspraktische Kenntnisse durch die Wahrnehmung von Aufgaben des höheren Polizeivollzugsdienstes nachgewiesen sind. Die Aufstiegsausbildung umfasst eine theoretische und eine praktische Ausbildung. Die theoretische Ausbildung dauert vier Monate. In der theoretischen Ausbildung können Fernlehrmethoden eingesetzt werden.

(4) Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte, die die Befähigung für den höheren Polizeivollzugsdienst nach den Absätzen 1 bis 3 erworben haben, können höchstens ein Amt der Besoldungsgruppe A 14 erreichen.

(5) Für die Übertragung eines Amtes der neuen Laufbahn und für die Verleihung des ersten Beförderungsamtes gilt § 40 der Bundeslaufbahnverordnung.

§ 18

Ausnahmen für besonders leistungsstarke Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte des mittleren Polizeivollzugsdienstes in der Bundespolizei

(1) Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamten des mittleren Polizeivollzugsdienstes in der Bundespolizei kann ein Amt der Laufbahn des gehobenen Polizeivollzugsdienstes in der Bundespolizei verliehen werden, wenn

1. die Verleihung vor Ablauf des 31. Dezember 2023 erfolgt,
2. für die Verleihung ein dienstliches Bedürfnis besteht und
3. die Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamten
 - a) bei der Zulassung für die Laufbahn des gehobenen Polizeivollzugsdienstes noch nicht 59 Jahre alt sind,
 - b) sich in einer Dienstzeit von mindestens zehn Jahren bewährt haben,
 - c) sich im Amt der Polizeihauptmeisterin oder des Polizeihauptmeisters mindestens drei Jahre bewährt haben,
 - d) in der letzten dienstlichen Beurteilung in ihrer Besoldungsgruppe mindestens mit der Note B 1 beurteilt worden sind,
 - e) im Rahmen einer Bestenauslese ausgewählt worden sind und
 - f) erfolgreich an einem Feststellungsgespräch teilgenommen haben.

Das Nähere regelt das Bundespolizeipräsidium in ergänzenden Bestimmungen.

(2) Im Feststellungsgespräch wird geprüft, ob die Polizeivollzugsbeamtin oder der Polizeivollzugsbeamte die notwendigen Fachkenntnisse für den vorgesehenen Aufgabenbereich besitzt.

(3) Das Feststellungsgespräch orientiert sich schwerpunktmäßig an den bisher wahrgenommenen Aufgaben und an der vorgesehenen Verwendung im neuen Aufgabenbereich. Es kann einmal wiederholt werden. Das Feststellungsgespräch mit der Polizeivollzugsbeamtin oder dem Polizeivollzugsbeamten führt ein unabhängiger Feststellungsausschuss des Bundespolizeipräsidiums oder einer von ihm bestimmten nachgeordneten Behörde. Das Nähere regelt die Verfahrensordnung des Bundespolizeipräsidiums.

(4) Ist das Feststellungsgespräch bei einer Polizeivollzugsbeamtin oder einem Polizeivollzugsbeamten erfolgreich verlaufen, so wird ihr oder ihm im Rahmen der besetzbaren Planstellen ein Amt der neuen Laufbahn verliehen. Das erste Beförderungsamtes in der höheren Laufbahngruppe darf erst verliehen werden, wenn eine Dienstzeit von einem Jahr in dieser Laufbahngruppe zurückgelegt worden ist. Abweichend davon kann Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamten das Amt einer Polizeioberkommissarin oder eines Polizeioberkommissars unmittelbar verliehen werden, wenn sie im Zeitpunkt des Feststellungsgesprächs bereits eine Dienstzeit von einem Jahr in einem Amt der Besoldungsgruppe A 9m mit Amtszulage zurückgelegt haben. Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamten, denen ein Amt des gehobenen Polizeivollzugsdienstes nach Absatz 1 verliehen worden ist, können höchstens ein Amt der Besoldungsgruppe A 11 erreichen.“

9. Anlage 2 wird wie folgt gefasst:

**„Anlage 2
(zu § 12 Absatz 1)**

**Bildungsvoraussetzungen
für besondere Fachverwendungen im Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei**

	Laufbahn	Besondere Fachverwendung	Bildungsvoraussetzungen
1	Mittlerer Polizeivollzugsdienst	Rettungsassistentin oder Rettungsassistent, Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter	<ul style="list-style-type: none"> – Abschluss als Gesundheits- oder Krankenpflegerin oder -pfleger oder – Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Rettungsassistentin“ oder „Rettungsassistent“ nach dem Rettungsassistentengesetz in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung oder – Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäterin“ oder „Notfallsanitäter“ nach dem Notfallsanitätergesetz <p>und</p> <p>hauptberufliche Tätigkeit von mindestens einem Jahr und sechs Monaten in diesem Bereich</p>
2		Physiotherapeutin oder Physiotherapeut	<p>Abschluss als Physiotherapeutin oder Physiotherapeut</p> <p>und</p> <p>hauptberufliche Tätigkeit von mindestens einem Jahr und sechs Monaten in diesem Bereich</p>
3		Technische Verwendung im Fachdienst für Informations- und Kommunikationstechnik	<ul style="list-style-type: none"> – Meisterprüfung oder Industriemeisterprüfung in Informations- und Kommunikationstechnik oder – Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf nach dem Berufsbildungsgesetz oder der Handwerksordnung in Informations- und Kommunikationstechnik oder – Abschluss einer vergleichbaren Ausbildung oder Abschluss einer gleichwertigen Ausbildung im öffentlichen Dienst in Informations- und Kommunikationstechnik <p>und</p> <p>hauptberufliche Tätigkeit von mindestens einem Jahr und sechs Monaten in diesem Bereich</p>
4		Technische Verwendung im Fachdienst für Polizeitechnik	<ul style="list-style-type: none"> – Meister- oder Industriemeisterprüfung in einem metallverarbeitenden Beruf oder – Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf nach dem Berufsbildungsgesetz oder der Handwerksordnung in einem Metall- oder Elektroberuf oder als Schiffsmechanikerin oder Schiffsmechaniker <p>und</p> <p>hauptberufliche Tätigkeit von mindestens einem Jahr und sechs Monaten in diesem Bereich</p>
5		Technische Verwendung im kriminaltechnischen Dienst	<ul style="list-style-type: none"> – Meisterprüfung oder Industriemeisterprüfung in der Kriminaltechnik oder – Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf nach dem Berufsbildungsgesetz oder der Handwerksordnung in Kriminaltechnik oder als Schiffsmechanikerin oder Schiffsmechaniker oder

	Laufbahn	Besondere Fachverwendung	Bildungsvoraussetzungen
			– Abschluss einer gleichwertigen Ausbildung im öffentlichen Dienst in Kriminaltechnik und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens einem Jahr und sechs Monaten in diesem Bereich
6		Nautisches Funktionspersonal	Seemännische oder nautische Qualifikation und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens einem Jahr und sechs Monaten in diesem Bereich
7	Gehobener Polizeivollzugsdienst	Pilotin oder Pilot	Lizenz als Berufspilotin oder Berufspilot oder als Verkehrspilotin oder Verkehrspilot nach den geltenden Bestimmungen der Europäischen Union über die Lizenzierung von Pilotinnen und Piloten an Bord von Hubschraubern und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens zwei Jahren in diesem Bereich
8		Flugtechnikerin oder Flugtechniker	Lizenz als Flugtechnikerin oder Flugtechniker an Bord von Hubschraubern bei den Polizeien des Bundes oder der Länder nach der Verordnung über Luftfahrtpersonal und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens zwei Jahren in diesem Bereich
9		Prüferin oder Prüfer von Luftfahrtgerät	Lizenz als Prüferin oder Prüfer von Luftfahrtgerät nach der Verordnung über Luftfahrtpersonal in der jeweils geltenden Fassung und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens zwei Jahren in diesem Bereich
10		Freigabeberechtigtes Personal der Kategorie B oder höherwertig	Lizenz für freigabeberechtigtes Personal nach den geltenden Bestimmungen der Europäischen Union und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens zwei Jahren in diesem Bereich
11		Fachpersonal für die zerstörungsfreie Werkstoffprüfung der Qualifikationsstufe 2	Erlaubnis zur Durchführung zerstörungsfreier Werkstoffprüfungen nach den geltenden Vorschriften der Europäischen Union und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens zwei Jahren in diesem Bereich
12		Nautisches Funktions- oder Lehrpersonal	Hochschulabschluss im seemännischen oder nautischen Bereich und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens zwei Jahren in diesem Bereich
13		Kommandantin oder Kommandant eines Einsatzschiffs der Bundespolizei, Stellvertreterin oder Stellvertreter der Kommandantin oder des Kommandanten eines Einsatzschiffs der Bundespolizei	Diplom- oder Bachelorabschluss in einem für die Tätigkeit geeigneten Studiengang und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens zwei Jahren in diesem Bereich

	Laufbahn	Besondere Fachverwendung	Bildungsvoraussetzungen
14		Technische Verwendung im Fachdienst für Informations- und Kommunikationstechnik	Diplom- oder Bachelorabschluss in einem für die Tätigkeit geeigneten Studiengang und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens einem Jahr und sechs Monaten in diesem Bereich
15		Technische Verwendung im Fachdienst für Polizeitechnik	Diplom- oder Bachelorabschluss in einem für die Tätigkeit geeigneten Studiengang und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens einem Jahr und sechs Monaten in diesem Bereich
16		Technische Verwendung im kriminaltechnischen Dienst	Diplom- oder Bachelorabschluss in einem für die Tätigkeit geeigneten Studiengang und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens einem Jahr und sechs Monaten in diesem Bereich
17		Führungs-, Funktions- oder Lehrpersonal im polizeiärztlichen Dienst	Diplom- oder Bachelorabschluss in einem Studiengang im Bereich der Gesundheitswissenschaften oder der Medizinpädagogik und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens einem Jahr und sechs Monaten in diesem Bereich
18		Sportwissenschaftlerin oder Sportwissenschaftler, Diplomsportlehrerin oder Diplomsportlehrer	Diplom- oder Bachelorabschluss in einem Studiengang der Sport- oder Erziehungswissenschaften und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens einem Jahr und sechs Monaten in diesem Bereich
19	Höherer Polizeivollzugsdienst	Technische Verwendung im Fachdienst für Informations- und Kommunikationstechnik	Hochschulabschluss in einem für die Tätigkeit geeigneten Masterstudiengang oder ein gleichwertiger für die Tätigkeit geeigneter Abschluss und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens zwei Jahren und sechs Monaten in diesem Bereich
20		Technische Verwendung im Fachdienst für Polizeitechnik	Hochschulabschluss in einem für die Tätigkeit geeigneten Masterstudiengang oder ein gleichwertiger für die Tätigkeit geeigneter Abschluss und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens zwei Jahren und sechs Monaten in diesem Bereich
21		Technische Verwendung im kriminaltechnischen Dienst	Hochschulabschluss in einem für die Tätigkeit geeigneten Masterstudiengang oder ein gleichwertiger für die Tätigkeit geeigneter Abschluss und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens zwei Jahren und sechs Monaten in diesem Bereich
22		Ärztin oder Arzt	Medizinstudium und abgeschlossene Facharztausbildung und hauptberufliche Tätigkeit von mindestens zwei Jahren und sechs Monaten in diesem Bereich“.

Artikel 2
Änderung der
Verordnung über die Ausbildung
und Prüfung für den verkürzten Aufstieg
in den gehobenen Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei

Die Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für den verkürzten Aufstieg in den gehobenen Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei vom 15. März 2017 (BGBl. I S. 514), die durch Artikel 2 der Verordnung vom 16. August 2017 (BGBl. I S. 3261) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 1 wird die Angabe „§ 16“ durch die Wörter „den §§ 16 und 16a“ ersetzt.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „(§ 16 Absatz 4 der Bundespolizei-Laufbahnverordnung)“ gestrichen.
 - b) In Absatz 3 werden nach den Wörtern „Buchstabe a bis c“ die Wörter „oder § 16a Absatz 1 Nummer 1 und 2 Buchstabe a bis c“ eingefügt.
3. § 4 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Ausbildung dauert sechs Monate. Sie umfasst eine theoretische und eine praktische Ausbildung.“
4. Dem § 6 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„In der theoretischen Ausbildung können Fernlehrmethoden eingesetzt werden.“

Artikel 3
Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. April 2020 in Kraft.

Berlin, den 25. März 2020

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister
des Innern, für Bau und Heimat
Horst Seehofer