

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

Nr.

16(14)0196(6 A)

27.3.2007

VdAK • 53719 Siegburg

Herrn Staatssekretär  
Dr. Klaus Theo Schröder  
Bundesministerium für Gesundheit  
Friedrichstraße 108

10117 Berlin

## **Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen**

**Kontaktstelle:**

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.  
Frankfurter Straße 84  
53721 Siegburg  
Telefon: (0 22 41) 1 08 - 0

**Ihre Ansprechpartnerin:**

Birgit Mickley

Durchwahl: (0 22 41) 1 08 - 329  
Telefax: (0 22 41) 1 08 - 567  
E-Mail: [birgit.mickley@vdak-aev.de](mailto:birgit.mickley@vdak-aev.de)

26. März 2007

### **Inkompatibilitäten des GKV-WSG**

Sehr geehrter Herr Doktor Schröder,

nach unserer Kenntnis beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens des Gesetzes zur Änderung medizin-rechtlicher und anderer Vorschriften, redaktionelle und technische Korrekturen zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) auf den Weg zu bringen.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben sich auf der Fachebene ebenfalls mit den technischen Unstimmigkeiten des GKV-WSG befasst und diese in einer Übersicht zusammengestellt. Diese Übersicht übersenden wir Ihnen mit der Anregung, die seitens der Spitzenverbände bis dato festgestellten Unstimmigkeiten des GKV-WSG bei der laufenden Korrekturgesetzgebung zu berücksichtigen.

Eine Kopie dieses Schreibens geben wir den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zur Kenntnis.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Doris Pfeiffer

Anlage

---

Der Arbeitsgemeinschaft gehören an:

- AOK-Bundesverband, Bonn
- BKK Bundesverband, Essen
- IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
- See-Krankenkasse, Hamburg
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
- AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
- Knappschaft, Bochum

## Übersicht: Inkompatibilitäten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 2.2.2007 (GKV-WSG)

Stand: 26.03.2007

Nr.	Fundstelle im GKV-WSG	Gegenstand der Rechtsänderung	Inkompatibilität
1	Artikel 1 Nr. 2 (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V)	Mit dem GKV-WSG werden diejenigen Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, soweit sie zuletzt gesetzlich versichert waren oder vom Grundsatz her bisher nie versichert waren ( <b>Nichtversicherte</b> ). Ziel der Vorschrift ist es, allen Personen, die der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, Versicherungsschutz innerhalb der GKV zu gewähren. Entsprechend endet künftig auch eine freiwillige Mitgliedschaft nicht mehr, wenn die Beiträge nicht entrichtet werden (§ 191 Satz 1 Nr. 3 SGB V).	§ 8 SGB V sieht für bestimmte Personenkreise und Tatbestände die Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag vor, z.B. für bislang versicherungsfreie Arbeitnehmer, die infolge der Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze freiwilligen Versicherung werden. Eine Befreiung zugunsten einer freiwilligen Versicherung ist nicht möglich, vielmehr ist mit der Befreiung immer ein Ausscheiden aus der Solidargemeinschaft der GKV verbunden. Die Befreiung ist - mit einer Ausnahme, nämlich der Befreiung von Leistungsbeziehern der BA - nicht daran gebunden, dass ein anderweitiger Versicherungsschutz nachgewiesen wird. Dies steht mit der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht im Einklang.  Es entspräche der neuen Systematik des Gesetzes, wenn künftig eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 SGB V nur noch möglich wäre, soweit der Versicherte einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
2	Artikel 1 Nr. 11 Buchstabe c (§ 20 SGB V)	Mit dem GKV-WSG wird die Förderung der <b>Selbsthilfe</b> in einer eigenen Vorschrift geregelt (§ 20c SGB V) und zugleich der gesetzliche Rahmen der Förderung enger gesteckt. So wird etwa der Umfang der Förderung durch die Krankenkassen getzlich fixiert.	Die neue Vorschrift des §20c SGB V tritt nach Artikel 46 Abs. 8 zum 1.1.2008 in Kraft. Die bestehende gesetzliche Regelung - § 20 Abs. 4 SGB V - wird mit Artikel 46 Abs. 1 aber bereits zum 1.4.2007 aufgehoben; die Aufhebung kommt insoweit neun Monate zu früh.
3	Artikel 1 Nr. 12 (§ 20d SGB V), Artikel 1 Nr. 14 Buchstabe c (§ 23 Abs. 9 SGB V)	Die Kostenübernahme von <b>Schutzimpfungen</b> durch die Krankenkassen wird auf eine neue Rechtsgrundlage gestellt. Die Pflichtleistungen werden in § 20d Abs. 1, die Satzungsleistungen in § 20d Abs. 2 geregelt; die bisherige Satzungsermächtigung in § 23 Abs. 9 entfällt.	Nach § 28 Abs. 4 SGB V ist bei der ersten Inanspruchnahme eines Vertragsarztes die Praxisgebühr fällig. Dies gilt u.a. nicht bei Schutzimpfungen nach § 23 Abs. 9 SGB V. Es wurde vermlich übersehen, § 28 Abs. 4 SGB V entsprechend anzupassen.

Nr.	Fundstelle im GKV-WVG	Gegenstand der Rechtsänderung	Inkompatibilität
4	Artikel 1 Nr. 22 (§ 37 SGB V)	<p>Bisher erhalten Versicherte <b>häusliche Krankenpflege</b> in ihrem Haushalt oder ihrer Familie. Nach der Neuregelung ist die häusliche Krankenpflege auch an "sonst geeigneten Orten" zur Verfügung zu stellen. Im Weiteren haben Versicherte in Werkstätten für behinderte Menschen bei einem besonders hohen Pflegebedarf Anspruch auf häusliche Krankenpflege sowie Versicherte in Pflegeheimen, die auf Dauer einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege umfasst auch die richtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen. Der G-BA hat zu den vorstehenden Regelungen in Richtlinien nach § 92 SGB V die notwendigen Festlegungen zu treffen.</p>	<p>a) Nach Artikel 46 Abs. 1 tritt der geänderte § 37 SGB V bereits zum 1.4.2007 in Kraft. Somit haben die Versicherten ab diesem Zeitpunkt einen Anspruch auf Leistungsgewährung. Dem G-BA fehlt die notwendige Zeit, für die einzelnen Bereiche die Antragskriterien in Richtlinien zu konkretisieren. Das Inkrafttreten der Vorschrift hätte an die Veröffentlichung der entsprechenden Richtlinien gekoppelt werden müssen.</p> <p>b) Durch die vorliegende Gesetzesformulierung ("Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst") werden die bisherigen Sätze 1 und 2 des § 37 Abs. 2 SGB V aufgehoben. Der bisherige Satz 2, der bislang Rechtsgrundlage für weitergehende Satzungsleistungen ist, sollte aber erhalten bleiben.</p>
5	Artikel 1 Nr. 23 (§ 37b SGB V)	<p>Mit dieser Neuregelung soll die Versorgung der Versicherten verbessert werden, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden und bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Die spezialisierte <b>ambulante Palliativversorgung</b> umfasst als Gesamtleistung ärztliche und pflegerische Leistungen.</p> <p>Der G-BA hat bis zum 30.9.2007 folgende Festlegungen zu treffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- besonderer Versorgungsbedarf der Palliativpatienten</li> <li>- Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie der Zusammenarbeit der Beteiligten</li> </ul>	<p>Nach Artikel 46 Abs. 1 tritt die Regelung zum 1.4.2007 in Kraft. Ab diesem Zeitpunkt haben die Versicherten einen Anspruch auf die Leistung. Der G-BA hat jedoch in Richtlinien bis zum 30.9.2007 die Inhalte und den Umfang der Leistung festzulegen. Die Vorschrift hätte entsprechend zum 1.10.2007 Inkrafttreten müssen.</p>

Nr.	Fundstelle im GKV-WSG	Gegenstand der Rechtsänderung	Inkompatibilität
6	Artikel 1 Nr. 26 (§ 40 SGB V) und Nr. 28 (§ 41 SGB V)	Leistungen zur <b>medizinischen Rehabilitation</b> nach § 40 SGB V sowie die medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V, bislang so genannte Kann-Leistungen, werden mit dem GKV-WSG zu Pflichtleistungen.	Entsprechend des Grundsatzes in § 266 Abs. 4 SGB V sind die genannten Rehabilitationsleistungen künftig bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen. Es fehlt die entsprechende Änderung in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV), die in § 4 die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aufzählt.
7	Artikel 1 Nr. 33 (§ 53 Abs. 4 SGB V)	Mit dem GKV-WSG werden die Möglichkeiten der Krankenkassen, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten, deutlich erweitert. Nach neuem Recht können die Krankenkassen allen Versicherten u.a. <b>Kostenerstattungstarife</b> anbieten.	Als eine gesetzliche Vorgabe für die Kostenerstattungstarife wird im neuen § 53 Abs. 4 Satz 3 SGB V bestimmt, dass § 13 Abs. 1 Satz 2 bis 4 nicht gilt. Hier handelt es sich um ein redaktionelles Versehen, denn diese Sätze existieren nicht. Der Verweis muss korrekterweise "§ 13 Abs. 2 Satz 2 bis 4" lauten.
8	Artikel 1 Nr. 122 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 140f Abs. 4 Satz 1 SGB V)	In § 140f Abs. 4 SGB V wird festgelegt, in welchen Bereichen die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten an Entscheidungen, die die Versorgung betreffen, beratend mitwirken. Zu diesen Mitwirkungsbereichen zählen gegenwärtig u.a. die <b>Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen</b> (§ 111b SGB V), die die Spitzenverbände gemeinsam mit den Spitzenorganisationen der Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen abgeben. Mit dem GKV-WSG wird die rechtliche Grundlage für die Abgabe dieser Rahmenempfehlungen ersatzlos gestrichen.	Mit der Aufhebung des § 111b SGB V durch Artikel 1 Nr. 78 GKV-WSG müsste zugleich die Nennung derselben Norm in der Aufzählung des § 140f SGB V gestrichen werden. Diese Streichung wurde versäumt.
9	Artikel 1 Nr. 136a (§ 176 SGB V)	Durch das GKV-WSG wird die gesetzliche Zuweisungsregel zur <b>See-Krankenkasse</b> aufgehoben. Seeleute können demnach ab 1.1.2009 (Artikel 46 Abs. 10) Mitglied einer anderen als der See-Krankenkasse werden.	Die §§ 17 Abs. 3, 39 Abs. 5 SGB V sehen spezielle Erstattungsansprüche der Arbeitgeber bzw. Leistungsansprüche der Versicherten für den Bereich der Seeschifffahrt ausdrücklich nur gegenüber der See-Krankenkasse vor. Es bedarf deshalb einer redaktionellen Korrektur; die Ansprüche müssen sich ab 2009 gegen die (gewählte) Krankenkasse richten.

Nr.	Fundstelle im GKV-WSG	Gegenstand der Rechtsänderung	Inkompatibilität
10	Artikel 1 Nr. 153 Buchstabe b (§ 221 Abs. 1 SGB V)	Mit dem GKV-WSG wird die jährliche Beteiligung des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen neu geregelt; die <b>Bundesbeteiligung</b> wird in den Jahren 2007 und 2008 je 2,5 Mrd. Euro betragen und in den Folgejahren um jeweils 1,5 Mrd. Euro erhöht bis ein Betrag von 14,0 Mrd. Euro erreicht ist.	Wird die Bundesbeteiligung ab dem Jahr 2009 jährlich um 1,5 Mrd. Euro erhöht, so erreicht sie im Jahr 2016 einen Betrag von 14,5 Mrd. Euro. Da laut gesetzlicher Vorgabe der Jahreshöchstbetrag bei 14,0 Mrd. Euro liegen soll, ist unklar, ob im Jahr 2016 eine Erhöhung um 1,5 Mrd. oder um 1,0 Mrd. Euro zu erfolgen hat.
11	Artikel 1 Nr. 168 (§ 249a SGB V)	§ 249a SGB V regelt die <b>Beitragstragung der versicherungspflichtigen Rentner</b> . Mit dem GKV-WSG wird diese Norm an die geänderten Finanzierungsregelungen angepasst.	Die Finanzreform inklusive Einführung des Gesundheitsfonds tritt zum 1.1.2009 in Kraft. zeitgleich müsste auch diese Änderung in Kraft treten, sie tritt allerdings nach Artikel 46 Abs. 1 bereits zum 1.4.2007 in Kraft.
12	Artikel 1 Nr. 174 (§ 257 SGB V)	§ 257 SGB V regelt die Ansprüche der freiwillig gesetzlich oder privat versicherten Arbeitnehmer auf <b>Beitragszuschüsse</b> ihrer Arbeitgeber. Die Norm wird mit dem GKV-WSG an die Finanzreform angepasst, die ab 2009 greifen soll.	Artikel 1 Nr. 174 Buchstabe a, c, d und e treten nach Artikel 46 Abs.1 zum 1.4.2007 in Kraft, müssten jedoch erst zum 1.1.2009 in Kraft treten.
13	Artikel 1 Nr. 182 (§ 270 Abs. 1 SGB V)	Der künftig einheitliche GKV-weite Beitragssatz ist nach § 220 Abs. 1 SGB V so zu bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit der Beteiligung des Bundes nach § 221 und den sonstigen voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds decken. § 270 Abs. 1 legt künftig fest, für welche sonstigen Ausgaben die Krankenkassen die <b>Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds</b> erhalten. Dabei werden in dieser Norm die im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigungs-fähigen Leistungsausgaben, die Aufwendungen für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) und die Verwaltungskosten genannt.	Mit der derzeitigen Regelung würde der Fonds Finanzmittel vereinnahmen, für die es keine Ausschüttungsregelung gibt. Die in § 270 geregelten Zuweisungen dürfen sich nicht nur auf die im RSA nicht berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben beziehen, sondern müssen um die übrigen Ausgaben ergänzt werden.

Nr.	Fundstelle im GKV-WSG	Gegenstand der Rechtsänderung	Inkompatibilität
14	Artikel 1 Nr. 190 (§ 282 SGB V)	Nach geltendem Recht haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste zu fördern. Sie bilden zu diesem Zweck eine Arbeitsgemeinschaft auf Bundesebene, den <b>MDS</b> . Der geänderte § 282 SGB V schreibt nun vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum 1. Januar 2008 „einen medizinischen Dienst auf Bundesebene“ in Form einer rechtsfähigen Körperschaft des öffentlichen Rechts bildet.	<p>a) Nach Artikel 46 Abs. 9 tritt der geänderte § 282 erst zum 1.7.2008 - also sechs Monate nach Bildung der Körperschaft - in Kraft.</p> <p>b) Inkonsistent ist zudem die Vorgabe zur künftigen Rechtsform des MDS. Nach geltendem Recht verlieren die medizinischen Dienste ihren Status als öffentlich-rechtliche Körperschaften, sobald sie keine Beamten bzw. beamtenähnlichen Mitarbeiter mehr beschäftigen. Aus diesem Grund sind auch die in den neuen Ländern errichteten MDK als eingetragene Vereine organisiert. Dass der MDS, der ebenfalls weder aktive Beamte beschäftigt, noch pensionierte Beamte zu versorgen hat, als öffentlich-rechtliche Körperschaft errichtet wird, ist daher nicht stimmig.</p>
15	Artikel 2 Nr. 6a Buchstabe b (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V)	Arbeitnehmer ohne Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen werden ab 1.1.2009 (Artikel 46 Abs. 10) vom <b>Krankengeldanspruch</b> ausgenommen. Ihnen ist aber ein <b>Wahltarif</b> für Krankengeld anzubieten (§ 53 Abs. 6 SGB V). Der Krankengeldabschluss gilt nicht für Heimarbeiter, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt gegen ihre Auftraggeber haben.	Die genannten Heimarbeiter haben (mangels Entgeltfortzahlung) einen sofortigen Krankengeldanspruch. Problematisch ist insoweit, dass der von ihnen bislang als Äquivalent gezahlte höhere Krankenversicherungsbeitrag auf Basis des erhöhten Beitragssatzes nach § 242 SGB V zum 1.1.2009 entfällt.
16	Artikel 2 Nr. 6 a Buchstabe b (§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB V)	Für die gesetzlich vom <b>Krankengeldanspruch</b> ausgenommenen Selbstständigen und Versicherten ohne Entgeltfortzahlungsanspruch wird ausdrücklich klargestellt, dass die Möglichkeit zur Wahl eines Wahltarifs mit Krankengeldanspruch besteht.	Der Verweis in § 44 SGB V auf § 53 Abs. 5 ist redaktionell zu korrigieren; einschlägig ist Abs. 6.

Nr.	Fundstelle im GKV-WVG	Gegenstand der Rechtsänderung	Inkompatibilität
17	Artikel 3 Nr. 1 (Änderung des SGB II - Grundsicherung für Arbeitssuchende)	Mit dem GKV-WVG wird § 26 SGB II dahingehend geändert, dass die Leistungsträger nach dem SGB II auch für erwerbsfähige Personen, die keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld II haben, die Beiträge zu einer freiwilligen Krankenversicherung zu übernehmen haben, wenn diese bedürftig sind oder allein durch die Beitragszahlung bedürftig würden.	Freiwillig Versicherte scheiden bei Nichtentrichten ihrer Beiträge nicht mehr aus der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Die betreffende Änderung des § 191 SGB V tritt nach Artikel 46 Abs. 1 zum 1.4.2007 in Kraft.  Deshalb müsste nebenstehende Beitragsübernahmeregelung für erwerbsfähige Personen ohne Anspruch Arbeitslosengeld II, die freiwillig versichert sind, ebenfalls zum 1.4.2007 in Kraft treten. Das Inkrafttreten ist aber für den 1.1.2009 vorgesehen.
18	Artikel 8 Nr. 23 (§ 52 SGB XI)	§ 52 SGB XI regelt die Aufgabenwahrnehmung in der Pflegeversicherung auf Landesebene. Auch für den Bereich der Pflegeversicherung werden mit dem GKV-WVG die gesetzlichen Aufgaben von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen. Die damit korrespondierenden neuen organisationsrechtlichen Vorgaben für die <b>Vertretung der Ersatzkassen auf Landesebene</b> finden sich im geänderten § 212 Abs. 5. Aus der bislang zwingend vorgegebenen Gemeinschaftsvertretung der Ersatzkassen durch ihre Verbände wird künftig eine optionale Gemeinschaftsvertretung, die durch die Verbände der Ersatzkassen erfolgen kann. Es folgt eine Bevollmächtigung der Verbände, dürfen diese auch die notwendigen Verwaltungsakte erlassen.	Es fehlt die rechtliche Klarstellung im SGB XI, dass § 212 Abs. 5 Satz 4 - 10 SGB V für den Bereich der Pflegeversicherung entsprechend gilt. Eine Ergänzung in § 52 Abs. 1 SGB XI böte sich an.
19	Artikel 10 (Änderung des SGB XII - Sozialhilfe)	Mit dem GKV-WVG wird § 32 SGB XII dahingehend geändert, dass die Sozialhilfeträger u. a. die Beiträge für versicherungspflichtige Personen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu übernehmen haben, wenn diese bedürftig sind.	§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wird nach Artikel 46 Abs. 1 bereits zum 1.4.2007 wirksam, Artikel 10 nach Artikel 46 Abs. 1 allerdings erst zum 1.1.2009. Artikel 10 müsste korrekterweise auch zum 1.4.2007 in Kraft treten.
20	Artikel 12 (§ 16 Künstlersozialversicherungsgesetz)	Mit Artikel 12 Nr. 2b wird in § 16 Abs. 1 Satz 2 <b>KSVG</b> der Begriff "Zuschusses" verwendet.	Da die Vorschrift auf die Beitragsberechnung abstellt, muss es richtiger Weise "Beitrages" heißen.

Nr.	Fundstelle im GKV-WSG	Gegenstand der Rechtsänderung	Inkompatibilität
21	Artikel 19 Nr. 1 Buchstabe b (§ 4 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG)	Die Krankenkassen haben den Krankenhäusern in gesetzlich vorgeschriebenem Umfang durch abnehmende Fallzahlen bedingte <b>Mindererlöse</b> auszugleichen. Mit dem GKV-WSG wird dieser Ausgleichssatz für die Mindererlöse „ab dem Jahr 2007“ von 40 auf 20 vom Hundert gesenkt.	Es ist unklar, ob sich die Regelung auf das Geschäftsjahr 2007 bezieht oder auf das Jahr, in dem die Pflegesatzverhandlung geführt und der Ausgleich berechnet wird.
22	Artikel 20 Nr. 2 (§ 12 Abs. 2 Satz 1 BPfIV)	Eine analoge Änderung sieht das GKV-WSG in der Bundespflegesatzverordnung für die Krankenhäuser vor, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind.	siehe lfd. Nr. 21
23	Artikel 29 (Änderung der KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung)	Die Regelungen der <b>KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung</b> werden an die Regelungen zum Gesundheitsfonds angepasst.	Artikel 29 tritt nach Artikel 46 Abs. 9 vollständig zum 1.7.2008 in Kraft; die Nummern 1, 2 und 4 müssten allerdings erst zum 1.1.2009 in Kraft treten.