

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. – 17/9341

Zu Artikel 12a-neu- (SGB IV)

Nach Artikel 12 wird folgender Artikel 12a eingefügt:

„Artikel 12a

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Nach § 70 Absatz 5 Satz 1 des Vierten Buches 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 7 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist, werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Auf Verlangen der Aufsichtsbehörde ist der Haushaltsplan zusätzlich in einer maschinell auswertbaren Form zu übermitteln. Näheres hierzu, insbesondere zur Form und Struktur der Datenmeldung, wird von den Aufsichtsbehörden mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart.“

Begründung:

Durch die manuelle Erfassung von Haushaltsplänen der Krankenkassen zum Zwecke einer EDV-unterstützten Prüfung entstehen unnötige bürokratische Kosten. Eine Lieferung in maschinell auswertbarer Form kann bei den Aufsichtsbehörden verwaltungstechnischen Aufwand vermeiden. Da die Haushaltspläne von den meldenden Krankenkassen mit Hilfe von EDV-Systemen erstellt werden und somit die zu meldenden Daten in elektronischer Form vorliegen, dürfte der zusätzliche Aufwand für die Krankenkassen minimal sein.

Da die manuelle Erfassung entfällt, können die Aufsichtsbehörden die Prüfung der Haushaltspläne zeitlich früher abschließen, ohne die Qualität der Prüfung zu gefährden.

Eine einheitliche Struktur der Meldung soll zwischen den Aufsichtsbehörden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen erarbeitet und verbindlich vereinbart werden.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. – 17/9341

Zu Artikel 12b-neu- (SGB V)

Nach Artikel 12a - neu - wird folgender Artikel 12b eingefügt:

„Artikel 12b 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 8 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 35a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 5a wird folgender Absatz 5b eingefügt:

„(5b) Nach einem bis zum 31. Dezember 2012 veröffentlichten Beschluss nach Absatz 3 kann der pharmazeutische Unternehmer abweichend von Absatz 5 jederzeit eine erneute Nutzenbewertung beantragen, wenn der Zusatznutzen als nicht belegt gilt, weil die erforderlichen Nachweise nicht vollständig vorgelegt wurden. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über den Antrag innerhalb eines Monats.“

b) Absatz 7 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Eine Beratung vor Beginn von Zulassungsstudien der Phase drei oder zur Planung klinischer Prüfungen soll unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder des Paul-Ehrlich-Instituts stattfinden.“

2. Nach § 91 Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Verletzen Mitglieder oder deren Stellvertreter, die von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen benannt oder berufen werden, in der ihnen insoweit übertragenen Amtsführung die Ihnen einem Dritten gegenüber obliegende Amtspflicht, gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches mit der Maßgabe entsprechend, dass die Verantwortlichkeit den Gemeinsamen Bundesausschuss, nicht aber die in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen, trifft. Dies gilt auch im Falle einer Berufung der unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 2 Satz 7. Soweit von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen für die Vorbereitung von Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses Personen für die nach seiner Geschäftsordnung bestehenden Gremien benannt werden und diese Personen zur Wahrung der Vertraulichkeit der für den Gemeinsamen Bundesausschuss geheimhaltungspflichtigen, ihnen zugänglichen Unterlagen und Informationen verpflichtet werden, gilt Satz 1 entsprechend. Das Gleiche gilt für nach § 140f Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz benannte sachkundige Personen, denen zur Ausübung ihres Mitberatungsrechts für den Gemeinsamen Bundesausschuss geheimhaltungspflichtige Unterlagen und Informationen zugänglich gemacht werden, wenn sie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Wahrung der Vertraulichkeit dieser Unterlagen verpflichtet worden sind. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Geschäftsordnung.“

3. Dem § 106 Absatz 5e wird folgender Satz angefügt:

„Dieser Absatz gilt auch für Verfahren, die am 31. Dezember 2011 noch nicht abgeschlossen waren.“

4. Dem § 129 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Im Rahmenvertrag nach Absatz 2 kann vereinbart werden, in welchen Fällen Arzneimittel nicht nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b ersetzt werden dürfen.“

5. Dem § 130a Absatz 8 wird folgender Satz angefügt:

„Verträge nach Satz 1, die nicht nach Maßgabe der Vorschriften des Vierten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen abgeschlossen wurden, wer-

den mit Ablauf des ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] unwirksam.“

6. § 130b wird wie folgt geändert

a) In Absatz 4 Satz 2 werden nach dem Wort „Ländern“ die Wörter „nach Maßgabe der Rahmenvereinbarung nach Absatz 9“ eingefügt.

b) Absatz 9 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Für Arzneimittel, für die der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 35a Absatz 3 einen Zusatznutzen festgestellt hat, sollen die Jahrestherapiekosten vergleichbarer Arzneimittel sowie die tatsächlichen Abgabepreise in anderen europäischen Ländern gewichtet nach den jeweiligen Umsätzen und Kaufkraftparitäten berücksichtigt werden.“

7. § 171e Absatz 4 und 5 wird aufgehoben.’

Begründung:

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Pharmazeutische Unternehmer erhalten die Möglichkeit, eine neue Nutzenbewertung zu beantragen, auch wenn die Jahresfrist noch nicht abgelaufen ist bzw. wenn keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen. Diese Möglichkeit wird ausschließlich dann eingeräumt, wenn der Zusatznutzen wegen fehlender Nachweise gemäß § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt gilt. Das kann insbesondere dann der Fall sein, wenn der pharmazeutische Unternehmer von der vom Gemeinsamen Bundesausschuss genannten zweckmäßigen Vergleichstherapie abgewichen ist.

Die Möglichkeit einer erneuten Nutzenbewertung besteht nur übergangsweise bis zu dem angegebenen Stichtag. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die frühe Nutzenbewertung für alle Beteiligten ein neues Verfahren mit engen Fristen ist, das sich noch einspielen muss. Nach Ablauf der Stichtagsregelung liegen ausreichend Erfahrungen vor, so dass erwartet werden kann, dass pharmazeutische Unternehmer sogleich vollständige Unterlagen für die Nutzenbewertung einreichen.

Die Regelung erhöht die Rechtssicherheit für alle Beteiligten. Sie ersetzt eine bisher angewendete entsprechende Kulanzregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses durch einen Rechtsanspruch des pharmazeutischen Unternehmers.

Zu Buchstabe b

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bei Beratungen des pharmazeutischen Unternehmers, die sich mit der Planung des Studienprogramms befassen, die zuständige Bundesoberbehörde beteiligen. Auf diese Weise sollen für die Studienplanung Synergien genutzt werden, damit das Studienprogramm des pharmazeutischen Unternehmers sowohl im Hinblick auf die Anforderungen der Zulassungsbehörden als auch im Hinblick auf die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses optimiert werden kann.

Zu Nummer 2

Der neu eingefügte Absatz 3a regelt die Haftung des Gemeinsamen Bundesausschusses für Pflichtverletzungen gegenüber Dritten. Nach Satz 1 haftet der Gemeinsame Bundesausschuss, wenn die von den Trägern des Gemeinsamen Bundesausschusses benannten Mitglieder des Beschlussgremiums oder die von ihnen berufenen unparteiischen Mitglieder oder jeweils deren Stellvertreter eine ihnen einem Dritten gegenüber obliegende Amtspflicht nach § 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG in Ausübung des ihnen insoweit übertragenen Amtes verletzen. Dies gilt nach Satz 2 auch dann, wenn die Berufung des unparteiischen Mitglieds oder des Stellvertreters, das bzw. der die Pflichtverletzung begangen hat, nach Absatz 2 Satz 7 durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgt ist. Schäden, welche aus Rechtsverstößen, die nicht in Ausübung des Amtes, sondern nur bei Gelegenheit der Amtsausübung verursacht wurden, werden nicht von der Haftungsübernahme erfasst. Nach Satz 3 haftet der Gemeinsame Bundesausschuss entsprechend ebenfalls für die von den Trägerorganisationen für die vorbereitenden Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses benannten Personen, soweit diese Personen zur Wahrung der Vertraulichkeit der für den Gemeinsamen Bundesausschuss geheimhaltungspflichtigen, ihnen zugänglichen Unterlagen und Informationen verpflichtet werden und sie diese Pflichten verletzen. Dies gilt nach Satz 4 ebenso für die nach § 140f Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz benannten Patientenvertreterinnen und -vertreter, denen zur Ausübung ihres Mitberatungsrechts für den Gemeinsamen Bundesausschuss geheimhaltungspflichtige Unterlagen und Informationen zugänglich gemacht werden, wenn sie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Wahrung der Vertraulichkeit dieser Unterlagen verpflichtet worden sind.

Vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Haftung der Trägerorganisationen für die von ihnen in Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung entsandten oder berufenen Mitglieder (BGH – Urt. v. 14.03.2002 – III ZR 302/00) bedarf es für den Gemeinsamen Bundesausschuss der gesetzlichen Klarstellung einer davon abweichenden Zuordnung der von dessen Mitgliedern und deren Stellvertretern insoweit wahrzunehmenden Amtsführung in den ausschließlichen Verantwortungsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses. Andernfalls sind die insbesondere mit den dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragenen Bewertungsentscheidungen verbundenen Haftungsrisiken nicht sachgerecht zu handhaben, etwa da jede Trägerorganisation für die von ihr benannten Mitglieder und Stellvertreter dasselbe volle Haftungsrisiko absichern müsste. Ein weiterer Grund ist, dass insbesondere aus der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) ein Haftungsrisiko entsteht durch etwaige Ansprüche von pharmazeutischen Unternehmen wegen einer Verletzung schützenswerter Geschäftsgeheimnisse durch Bekanntwerden vertraulich übermittelter Dossierbestandteile aus dem Verantwortungsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses heraus.

Amtspflichten betreffen die verantwortliche Mitwirkung an Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, aber auch die Geheimhaltung vertraulicher Informationen, welche die benannten Personen zur Wahrnehmung ihrer Mitberatungstätigkeit erhalten. Deshalb gilt die Haftungsübernahme nicht nur für die mit Stimmrecht im Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses wirkenden, sondern auch die in vorbereitenden Gremien, insbesondere in den Unterausschüssen und Arbeitsgruppen tätigen Personen. Weil auch die nach § 140f Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz benannten Patientenvertreterinnen und -vertreter zur Ausübung ihres Mitberatungsrechts nach § 140f Absatz 2 Satz 1 vertrauliche Informationen erhalten, ist eine Erstreckung der Haftungsübernahme auch auf diese geboten.

Das Nähere insbesondere zu den Geheimhaltungspflichten, auch der in den vorbereitenden Unterausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses tätigen sowie der nach § 140f Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz benannten Personen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Geschäftsordnung. Er hat dabei im Rahmen seiner Organisationspflichten auch die technischen und sonstigen Anforderungen zur hinreichenden Sicherung vertraulicher Unterlagen zu bestimmen.

Zu Nummer 3

Klarstellung zur Rechtslage. Der Grundsatz "Beratung vor Regress" gilt ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des GKV-VStG am 1. Januar 2012 für alle laufenden und nachfolgenden Verfahren der Prüfungsgremien – auch soweit sie zurückliegende Prüfzeiträume betreffen. Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss können seitdem keinen Erstattungsbeitrag mehr festsetzen, wenn nicht zu dem früheren Prüfzeitraum die gesetzlich vorgeschriebene individuelle Beratung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes erfolgt ist. Insoweit haben die Prüfungsgremien das zum Zeitpunkt ihrer abschließenden Entscheidung geltende Recht anzuwenden. Zudem scheidet die Festsetzung eines Erstattungsbetrages für Prüfzeiträume aus, die vor der tatsächlichen Beratung liegen, weil der Zweck der Vorschrift, einer wiederholten Überschreitung des Richtgrößenvolumens durch individuelle Beratung vorzubeugen, nur mit der Möglichkeit zur Anpassung des Ordnungsverhaltens in den nachfolgenden Prüfzeiträumen erreicht werden kann. Für ein bereits vor dem Inkrafttreten abgeschlossenes Widerspruchsverfahren gilt die Neuregelung nicht, auch wenn eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses noch anhängig ist. Insoweit gelten die allgemeinen verfahrensrechtlichen Grundsätze.

Zu Nummer 4

Die Regelung präzisiert die Befugnis der Vertragspartner des Rahmenvertrags. Diese können den Austausch von Arzneimitteln gegen andere wirkstoffgleiche Arzneimittel ausschließen. Diese Möglichkeit kommt insbesondere für bestimmte Anwendungsgebiete oder Arzneimittel in Betracht, bei denen es zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung sachgerecht ist, dass Patienten regelhaft nur das vom Arzt verordnete Präparat erhalten.

Zu Nummer 5

Verträge zwischen gesetzlichen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen nach § 130a Absatz 8 sind im Regelfall öffentliche Aufträge, die nach Maßgabe vergaberechtlicher Vorschriften im Wettbewerb und im Wege transparenter Vergabeverfahren auszuschreiben sind. Grundlage für diese Verpflichtung bildet die Richtlinie 2004/18/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge. Deren Anwendung wurde durch das GKV-OrgWG zum 1. Januar 2009 in § 69 Absatz 2 Satz 4 ausdrücklich gesetzlich klargestellt. Demnach sind die vergaberechtlichen Vorschriften des Vierten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (§§ 97

ff. GWB), die das europäische Recht umsetzen, unmittelbar anzuwenden. Trotz dieser Rechtslage und entsprechender Aufforderungen der Aufsichtsbehörden (das Bundesversicherungsamt hat etwa die bundesunmittelbaren Krankenkassen mit Rundschreiben vom 19. März 2009 aufgefordert, entsprechende Altverträge zu beenden) führen einzelne gesetzliche Krankenkassen die bisherigen, mit Vergaberecht nicht mehr vereinbaren Verträge weiter oder haben im Einzelfall neue Verträge unter Missachtung des geltenden Rechts abgeschlossen. Entsprechende aufsichtsrechtliche Maßnahmen des Bundesversicherungsamts gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen haben nicht zu der gewünschten Beendigung der vergaberechtswidrigen Rabattverträge geführt.

Eine gesetzliche Beendigung dieser Verträge ist erforderlich, da Maßnahmen der Aufsichtsbehörden nicht in gleicher Weise geeignet sind, das gewünschte Ziel zu erreichen. Als Maßnahme der Aufsichtsbehörden kommt lediglich in Betracht, die Krankenkassen zu verpflichten, die entsprechenden Rabattverträge außerordentlich fristlos zu kündigen. Für die Beurteilung der Frage, ob ein außerordentliches Kündigungsrecht besteht, ist bei der nach § 314 Abs. 1 BGB erforderlichen Interessenabwägung die den §§ 101b und 114 Abs. 1 Satz 2 GWB zu Grunde liegende gesetzliche Wertung einzubeziehen. Danach überwiegt nach Ablauf einer bestimmten Frist das Vertrauen der Vertragspartner in den Fortbestand der Verträge das Interesse der Mitbewerber an einer Neuausschreibung. Eine Verpflichtung der Krankenkassen zur außerordentlichen fristlosen Kündigung wäre daher nur in den Fällen möglich, in denen diese Abwägung zu Ungunsten des pharmazeutischen Unternehmers ausgeht.

Selbst wenn man die Rechtmäßigkeit einer aufsichtsrechtlichen Verfügung unterstellt, ist die Beendigung der Rabattverträge durch die Aufsichtsbehörde zur Erreichung des Zieles (Hebung von Einsparpotenzialen) aufgrund der Dauer des aufsichtsrechtlichen Verfahrens nach § 89 SGB IV weniger geeignet als die gesetzliche Beendigung der Rabattverträge.

Mit der Regelung werden Altverträge, die zum Zeitpunkt ihres Abschlusses nach den vergaberechtlichen Bestimmungen so nicht hätten geschlossen werden dürfen, nach einer mehrmonatigen Übergangszeit nach dem Inkrafttreten der Regelung beendet. Damit wird ermöglicht, dass ab 2013 nur noch Verträge gelten, die nach vergaberechtlichen Grundsätzen ausgeschrieben wurden. Die Versorgung der Versicherten wird dadurch nicht beeinträchtigt, da die betroffenen Arzneimittel weiterhin zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden können. An Stelle der vereinbarten Rabatte gilt der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers, soweit nicht neue Rabattverträge geschlossen werden.

Die betroffenen pharmazeutischen Unternehmer haben unter dem Gesichtspunkt des Bestandsschutzes kein überwiegendes schutzwürdiges Interesse am Fortbestand der betroffenen Verträge. Die Rechtslage nach dem europäischen und nationalen Vergaberecht ist den Krankenkassen und den beteiligten Vertragspartnern seit mehreren Jahren bekannt. Die betroffenen Vertragspartner können nicht davon ausgehen, dass Altverträge trotz Änderung des Rechtsrahmens für den Abschluss derartiger Verträge ohne zeitliche Begrenzung auf Jahre hinaus fortgelten. Rabattverträge sollen zudem regelmäßig nicht länger als für eine Laufzeit von zwei Jahren geschlossen werden (§ 130a Absatz 8 Satz 6).

Die Regelung ist auch mit Blick auf das Gebot der sparsamen Mittelverwendung notwendig. Sie gibt den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, bei einem Neuabschluss der Verträge im Wege der Vergabe das wirtschaftlichste Angebot zu berücksichtigen und so weitere Einsparpotentiale zu nutzen. Die vergaberechtlichen Regelungen dienen der Gewährleistung eines effektiven Preiswettbewerbs unter den pharmazeutischen Unternehmern auch zu Gunsten der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung und der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt. Zudem dienen sie der Gewährleistung transparenter Vergabeverfahren zum Schutz der pharmazeutischen Unternehmer als Wettbewerber um öffentliche Aufträge der gesetzlichen Krankenkassen.

Da die gesetzliche Regelung unmittelbar die begünstigende Befreiung des pharmazeutischen Unternehmers von der vertraglichen Rabattpflicht bewirkt, ist nachteilig lediglich dessen wirtschaftliches Interesse betroffen, die Arzneimittelabgabe und die Preisbildung nach den bisherigen vertraglichen Bedingungen und nicht nach den für alle pharmazeutischen Unternehmer gleichermaßen geltenden Ordnungs- und Vertragsbedingungen sowie wettbewerblichen Preisbildungsmechanismen in der gesetzlichen Krankenversicherung fortzuführen. Dieses Interesse hat gegenüber den genannten Gemeinwohl- und Mitbewerberinteressen zurückzutreten.

In der Nutzung möglicher Einsparpotentiale ist auch der legitimierende Grund zu sehen, für den Bereich der Rabattverträge eine Sonderregelung vorzunehmen. Das erhebliche Einsparpotential, das durch einen Abschluss neuer Rabattverträge genutzt werden kann, rechtfertigt im Interesse der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung eine kurzfristige Regelung.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Änderung unter Buchstabe b. Die Schiedsstelle berücksichtigt die Vereinbarungen in der Rahmenvereinbarung nach Absatz 9 zur Gewichtung der tatsächlichen Abgabepreise des Arzneimittels in anderen europäischen Ländern.

Zu Buchstabe b

Die gesetzlichen Vorgaben für die Rahmenvereinbarung werden präzisiert. Die bereits im geltenden Recht vorgesehene Berücksichtigung der tatsächlichen Abgabepreise des Arzneimittels in anderen europäischen Ländern wird um eine Vorschrift zur Gewichtung der jeweiligen Preise ergänzt, um deren Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Die Regelung tritt bereits am Tag der dritten Lesung in Kraft, damit sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt in der Rahmenvereinbarung berücksichtigt und den Preisverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den pharmazeutischen Unternehmen zu Grunde gelegt werden können.

Zu Nummer 7

Wie die bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung der durch das GKV-OrgWG eingefügten Regelungen gezeigt haben, ist eine gesonderte Genehmigung der Ermittlung des Barwerts der Altersversorgungsverpflichtungen durch die Aufsichtsbehörden nicht erforderlich und kann daher entfallen. Im Rahmen ihrer allgemeinen Aufsichtstätigkeit haben die Aufsichtsbehörden ohnehin zu prüfen, ob die Bildung des Deckungskapitals für die Altersversorgungsverpflichtungen der Krankenkassen den gesetzlichen Vorgaben entspricht. Zu diesem Zweck können sie sich von den ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen alle erforderlichen Unterlagen vorlegen lassen und alle Auskünfte verlangen. Es liegt in der Verantwortung der einzelnen Aufsichtsbehörde, wie engmaschig sie diese Prüfung gestaltet. Eine gesonderte Genehmigung der Ermittlung des Barwerts der Altersversorgungsverpflichtungen hätte dagegen nicht zwangsläufig eine höhere Richtigkeitsgewähr der von der Krankenkasse vorgelegten Berechnungen zur Folge. Die Regelung führt zu einer deutlichen Verringerung des Verwaltungsaufwands der Aufsichtsbehörden. Da zugleich auch die mit der Genehmigung verbundene Gebührenpflicht entfällt, werden die Krankenkassen auch finanziell entlastet.